



T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİS ÇALIŞANLARININ İNTİHAR GİRİŞİMİNDE
BULUNAN OLGULARA YÖNELİK TUTUMLARININ
TÜKENMİŞLİK VE İŞ DOYUMU İLE İLİŞKİSİ**

Hazırlayan
Gamzegül BALICA

Acil Tıp Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Danışman
Doç. Dr. Nurşah BAŞOL

TOKAT – 2019



T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİS ÇALIŞANLARININ İNTİHAR GİRİŞİMİNDE
BULUNAN OLGULARA YÖNELİK TUTUMLARININ
TÜKENMİŞLİK VE İŞ DOYUMU İLE İLİŞKİSİ**

Hazırlayan
Gamzegül BALICA

Acil Tıp Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Danışman
Doç. Dr. Nurşah BAŞOL

TOKAT – 2019

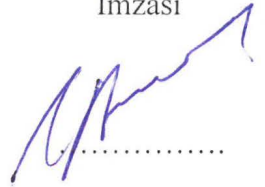
**ACİL SERVİS ÇALIŞANLARININ İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN
OLGULARA YÖNELİK TUTUMLARININ TÜKENMİŞLİK VE İŞ
DOYUMU İLE İLİŞKİSİ**

Tezin Kabul Ediliş Tarihi : 03/07/2019

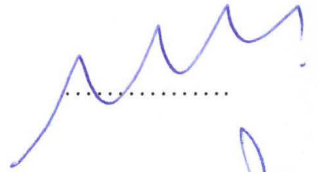
Jüri Üyeleri (Unvan,Adı Soyadı)

İmzası

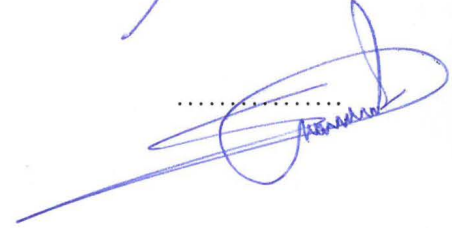
Başkan : Doç.Dr.Latif DURAN



Üye : Doç.Dr.Nurşah BAŞOL



Üye : Dr.Öğr.Üyesi Serhat KARAMAN



Bu tez, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 10/06/2019 tarih ve 11/07 karar sayılı oturumunda belirlenen jüri tarafından kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü : Doç.Dr.Fikret GEVREK

Mühür



T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçlara atıf yaptığımı ve kaynağını gösterdiğimi beyan ederim.

03/07/2019

Gamzegül BALICA

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince bana rehberlik eden, bilgi ve tecrübesiyle beni yönlendiren, daima motive eden, değerli zamanlarını esirgemeyerek bana her fırsatta yardımcı olan değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Nurşah BAŞOL başta olmak üzere,

Verilerin istatistiksel analizinde yol gösteren ve teknik bilgisini her daim sunan değerli hocam Öğr. Gör. Yunus Emre KUYUCU'ya ve acil tıp hemşireliği yüksek lisans programındaki tüm hocalarıma,

Anket çalışmamda emeği geçen Tokat ili ve ilçelerindeki bütün acil servis çalışanları ve bana destek olan arkadaşlarıma,

Beni özveri ile büyüten, attığım her adımda daima yanımda olan, hayatım boyunca her zaman bana güven veren, maddi-manevi desteklerini her daim yanımda hissettiğim, sevgisini ve emeğini hiçbir zaman esirgemeyen, eğitim hayatım boyunca duygu durum değişikliklerime katlanan, her daim benimle birlikte tüm stres ve heyecanlarıma ortak olan canım annem Bengül BALICA ve babam Kazım BALICA ile destekleriyle yanımda olan ve beni motive eden kardeşlerim Rüyagül BALICA ve Büşra BALICA'ya,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Gamzegül BALICA

Temmuz - 2019

ÖZET

ACİL SERVİS ÇALIŞANLARININ İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN OLGULARA YÖNELİK TUTUMLARININ TÜKENMİŞLİK VE İŞ DOYUMU İLE İLİŞKİSİ

Giriş ve Amaç: Her geçen gün intiharların sayısı artmaktadır. Bu yüzden intiharlar önemli bir sosyal ve kamu sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Acil sağlık hizmetleri, intihar eden kişilerin müdahale edildiği ilk yerdir. İntihar eden bireylerin tedavisinde ve intiharların önlenmesinde önemli rol oynayan acil sağlık çalışanları, bu vakalarla sıklıkla karşılaşmaktadır. Bu sebeple, intihar durumunda acil sağlık personellerinin intihar eğilimlerine karşı tutumları ciddi öneme sahiptir. Planlanan bu çalışmanın amacı; acil servislerde sıkça rastlanan intihar girişimi olan hastalara yönelik acil servis çalışanlarının tutum ve davranışlarını saptamak ve bunları iş doyum ve tükenmişliğin etkileyip etkilemediğini belirlemektir.

Materyal ve Metot: Çalışmanın örneklemini Tokat ve ilçelerindeki tüm acil servislerde çalışan 282 sağlık personeli oluşturup, tanımlayıcı bir korelasyon çalışmasıdır. Veriler; kişisel bilgi formu, intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik acil sağlık çalışanlarının tutumları ölçeği (İGYTÖ), mesleki tükenmişlik ölçeği (MTÖ) ve mesleki doyum ölçeği (MDÖ) kullanılarak anket yöntemiyle toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler dağılımı, ortalama±standart sapma, ortanca (min-max), t-testi, Anova ve Pearson Korelasyon testleri kullanıldı, $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 159’u kadın, 123’ü erkek ve 193’ü evli, 89’u bekar toplam 282 sağlık personeli katıldı. Katılımcıların intihar girişiminde bulunan hastalara karşı olumlu tutuma sahip oldukları fakat bunun; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, medeni durum, çalışma süresi, haftalık çalışma saati ve nöbet tutup tutmama gibi değişkenlerin intihar olgularına ilişkin tutumu etkilemediği belirlenmiştir. İGYTÖ ile alt boyutları arasında anlamlı, pozitif, orta veya zayıf korelasyon bulunurken; İGYTÖ ile MTÖ arasında negatif, çok zayıf ve anlamlı ilişki bulunmuş; İGYTÖ ile MDÖ arasında ise pozitif, çok zayıf anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Acil servis çalışanlarının intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik tutumları olumlu olmakla beraber bu düzeyin artırılması için mesleki doyumda artış ve tükenmişlikte azalma olması gerekmektedir. İntihar vakalarına karşın sağlık çalışanlarına mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarında yer verilmesi ve psikiyatri servisi ile koordineli olarak işbirliği sağlanması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Sağlık Personeli, İş Doyumu, Tükenmişlik, İntihar Girişimi

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN EMERGENCY SERVICE HEALTHCARE PROFESSIONALS' ATTITUDES TOWARDS THE CASE OF SUICIDE ATTEMPT WITH JOB SATISFACTION AND BURNOUT

Background and Objective: The number of suicides increases day by day. Therefore, suicides are an important social and public health problem. Emergency health services are the first place where suicide is treated. Emergency healthcare professionals, who play an important role in the treatment of suicidal individuals and the prevention of suicides, frequently encounter these cases. Thus, the attitudes of emergency healthcare professionals towards suicidal tendencies are of great importance in case of suicide. The aim of this planned study; to determine the attitudes and behaviours of the emergency healthcare professionals towards patients with frequent suicide attempts in emergency services and to determine whether they affect job satisfaction and burnout.

Material and Method: The sample of the study consists of 282 health personnel working in all emergency services in Tokat and its districts and it is a descriptive correlation study. The data was collected by questionnaire method using personal information form, the scale of the attitudes of emergency healthcare professionals towards the cases of suicide (TCSAS), occupational burnout scale (OBS) and occupational satisfaction scale (OSS). In the evaluation of the data; percentage distribution, mean \pm standard deviation, median (min-max), t-test, Anova and Pearson Correlation tests were used, $p < 0.05$ was accepted.

Discussion: The study included 159 women, 123 men and 193 married and 89 bachelors out of a total of 282 health personnel. The age, gender, level of education, occupation, marital status, duration of work, weekly working hours and being on duty or not did not affect the attitude of suicide cases, and it was determined that they had a positive attitude towards patients who attempted suicide. While there was a significant, positive, moderate or weak correlation between TCSAS and its sub-dimensions; a negative, very weak and significant relationship was found between TCSAS and OBS; a positive, very weak significant relationship was found between TCSAS and OSS.

Results: In order for emergency healthcare professionals to have a positive attitude towards suicide cases; cooperation should be provided in coordination with emergency services and psychiatry service. The study should be applied to other health personnel as well, and potential problems should be identified. In spite of suicide cases, it is recommended that health professionals be included in the pre- and post-graduate education programs.

Keywords: Emergency Service, Healthcare Professionals, Job Satisfaction, Burnout, Suicide Attempt

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ETİK SÖZLEŞME	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VII
TABLolar LİSTESİ	XIII
SİMGE VE KISALTMALAR	XV
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı Ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. İntihar Kavramı	6
2.1.1. İntiharın Tanımı	6
2.1.2. İntihar Girişimi Tanımı	8
2.1.3. İntihar Ve İntihar Girişimi Arasındaki İlişki	9
2.2. İntihar Epidemiyolojisi	10
2.2.1. Dünyada İntihar Epidemiyolojisi	10
2.2.2. Türkiye’de İntihar Epidemiyolojisi	12

2.3. İntihar Ve İntihar Girişimine İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar	15
2.3.1. Psikodinamik Yaklaşım.....	15
2.3.2. Toplumbilimsel Yaklaşımlar	17
2.3.3. Sosyal Öğrenme Yaklaşımı	17
2.3.4. Davranışçı Ve Bilişsel Yaklaşımlar.....	18
2.3.5. Biyolojik Yaklaşımlar	19
2.3.6. Aile – Sistem Yaklaşımı	20
2.4. İntihar Davranışlarının Sınıflandırması.....	21
2.4.1. Durkheim Sınıflaması.....	21
2.4.1.1. Bencil (Egoistik) İntiharlar	22
2.4.1.2. Elcil (Altruistik) İntiharlar (Diğerkâm: Elcil).....	22
2.4.1.3. Kurlsızlık (Anomik) İntiharları.....	22
2.4.2. Shneidman Sınıflaması	22
2.4.2.1. Bencil (Egotic) İntiharlar	22
2.4.2.2. Çiftli (Dyadic) İntiharlar	23
2.4.2.3. Soyutlanma (Ageneratic) İntiharları	23
2.4.3. Baechler Sınıflaması.....	23
2.4.3.1. Kaçma İntiharları	23
2.4.3.2. Saldırganlık İntiharları	23
2.4.3.3. Adanma İntiharları.....	24
2.4.3.4. Oyun İntiharları.....	24

2.4.4. Beck Komitesi Sınıflaması	25
2.4.5. Maris Sınıflaması.....	25
2.5. İntihar İle İlişkili Faktörler	26
2.5.1. Yaş	26
2.5.2. Cinsiyet.....	27
2.5.3. Medeni Durum.....	27
2.5.4. Eğitim	28
2.5.5. Meslek	29
2.5.6. Irk	29
2.5.7. Din	30
2.5.8. Aile	30
2.5.9. Sosyoekonomik Durum	32
2.5.10. Kronik Veya Psikiyatrik Hastalıklar	32
2.6. İntihar Psikolojisi	33
2.7. İntihar Girişiminde Kullanılan Yöntemler	34
2.8. İntiharda Toksikoloji.....	37
2.9. İntihar Etiyolojisi	39
2.9.1. Biyolojik Faktörler	39
2.9.2. Psikolojik Faktörler	41
2.10. İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçekleri.....	46
2.11. Acil Servis Yoğunluğu	48

2.11.1. Acil Servise İntihar Girişimi İle Yapılan Başvurular	49
2.11.2. Acil Servise Başvuruların Yaygınlığı Ve Sıklığı	50
2.11.3. İntihar Girişimini Önlemede Acil Servisin Yeri Ve Önemi	51
2.12. Tükenmişlik.....	53
2.12.1. Tükenmişlik Tanımı Ve Önemi.....	53
2.12.2. Maslach Tükenmişlik Modeli.....	54
2.12.3. Tükenmişliğin Belirtileri	55
2.12.4. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler.....	55
2.12.5. Tükenmişliğin Sonuçları	56
2.12.6. Tükenmişlikle Mücadele Yöntemleri	56
2.13. İş Doyumu.....	57
2.13.1. İş Doyumu Kuramları.....	58
2.13.1.1. İçerik Kuramları.....	58
2.13.1.1.1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı	59
2.13.1.1.2. Herzberg'in İkili Faktör Kuramı [İki Etken (Motivasyon-Hijyen) Kuramı]	60
2.13.1.1.3. Alderfer'in V-İ-G Kuramı.....	61
2.13.1.2. Süreç (Bilişsel) Kuramları	61
2.13.1.2.1. Beklenti Kuramı	62
2.13.1.2.2. Adams'ın Eşitlik Kuramı	62
2.13.1.2.3. Amaç Saptama Kuramı	63

2.13.1.3. Pekiştirme Kuramları	63
2.13.2. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler	63
2.13.2.1. Bireysel Faktörler	63
2.13.2.2. Çevresel Ve Örgütsel Faktörler	65
3. MATERYAL VE METOT	67
3.1. Araştırmanın Şekli	67
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman	67
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	69
3.4. Verilerin Toplanması	69
3.5. Veri Toplama Araçları	70
3.5.1. Acil Servis Çalışanları Tanıtıcı Bilgi Formu	70
3.5.2. İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği	70
3.5.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	72
3.5.4. Mesleki Doyum Ölçeği	74
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	75
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	76
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	76
4. BULGULAR	77
4.1. Acil Servis Çalışanlarının Sosyo-Demografik Ve İş Özelliklerine İlişkin Bulgular	77

4.2. Acil Servis Çalışanlarının Sosyodemografik Ve İş Özelliklerinin İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği (İGYTÖ) Ve Alt Ölçeklerine İlişkin Bulgular	82
4.3. İGYTÖ Ve Alt Boyut Ölçekleri Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Bulgular	108
4.4. Mesleki Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Ve Alt Boyutları İle İGYTÖ Ve Alt Boyut Ölçekleri Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Bulgular	111
4.5. Mesleki Doyum Ölçeği (MDÖ) İle İGYTÖ Ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Bulgular	114
5. TARTIŞMA	116
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	131
KAYNAKLAR	135
EKLER	162
Ek-1 Anket Formu	162
Ek-2 İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği	164
Ek-3 Maslach Tükenmişlik Ölçeği	168
Ek-4 Mesleki Doyum Ölçeği	170
Ek-5 Etik Kurul Onayı	172
Ek-6 Kamu Hastaneler Birliği Anket İzni	173
Ek-7 İGYTÖ Kullanım İzni	174
ÖZGEÇMİŞ	175

TABLOLAR LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 3.1. Tokat İl Ve İlçe Hastanelerinin Acil Servislerinde Çalışan Personel Sayısı	68
Tablo 4.1. Acil Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	77
Tablo 4.2. Acil Sağlık Çalışanlarının İş Özelliklerine İlişkin Dağılımları	79
Tablo 4.3. Acil Sağlık Çalışanlarının Rahatsızlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	81
Tablo 4.4. Acil Sağlık Çalışanlarının Görev Yaptıkları Ortamdaki Memnuniyet Durumlarına İlişkin Dağılımları	81
Tablo 4.5. Acil Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Ve İş Özellikleri İle İGYTÖ Toplam Puanlarına Göre Dağılımı	83
Tablo 4.6. Acil Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Ve İş Özellikleri İle İGYTÖ Önleme Ve Koruma Alt Boyut Puanlarına Göre Dağılımı	86
Tablo 4.7. Acil Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Ve İş Özellikleri İle İGYTÖ Bireysel Yardım Alt Boyut Puanlarına Göre Dağılımı	90
Tablo 4.8. Acil Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Ve İş Özellikleri İle İGYTÖ Kurumsal Yardım Alt Boyut Puanlarına Göre Dağılımı	93
Tablo 4.9. Acil Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Ve İş Özellikleri İle İGYTÖ Tetikleyiciler Ve Psikopatoloji Alt Boyut Puanlarına Göre Dağılımı	97
Tablo 4.10. Acil Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Ve İş Özellikleri İle İGYTÖ Nedensel Atıflar Alt Boyut Puanlarına Göre Dağılımı	100

Sayfa

Tablo 4.11. Acil Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Ve İş Özellikleri İle İGYTÖ Tıbbi Yardım Alt Boyut Puanlarına Göre Dağılımı	104
Tablo 4.12. İGYTÖ Ve Alt Boyutlar Arası İlişki Dağılımı	108
Tablo 4.13. MTÖ Ve Alt Boyutları İle İGYTÖ Ve Alt Boyutları Arası İlişki Dağılımı	111
Tablo 4.14. MDÖ İle İGYTÖ Ve Alt Boyutları Arası İlişki Dağılımı	115



SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ATT: Acil Tıp Teknisyeni

ÇŞ/ÇF: Çalışma Şartlarının Ağırlığı Ve Çalışma Saati Fazlalığı

D: Duyarsızlaşma

DİE: Devlet İstatistik Enstitüsü

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DT: Duygusal Tükenme

EEG: Elektroensefalografi

FK/GS: Fiziksel Koşulların Yetersizliği Ve Güvenlik Sorunları

TOGÜ: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi

İGYTÖ: İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının
Tutumları Ölçeği

KB: Kişisel Başarı

MDÖ: Mesleki Doyum Ölçeği

MTÖ: Mesleki Tükenmişlik Ölçeği

PE: Personel Eksikliği/ Yetersizliği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization

YS/M: Yönetimsel Kaynaklı Sorunlar Ve Mobing

YYB: Yoğunluk, Yoruculuk, Bıkkınlık

1. GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Ölüm başlı başına esrarengiz bir konu olsa da, her yaşayan canlının başına gelecek oluşu ya da geliyor olması mevzunun doğum kadar normal bir olay olarak değerlendirilmesini gerektirmektedir. Lakin konu kişinin kendi canına kendisinin son vermesi olduğunda, her ne kadar bu kişisel bir karar olsa da, bireyin toplumsal kurumlar ya da kurallar dışında yaşamıyor olmasından dolayı birey kadar toplumu da etkisi altına almakta ve intihar eylemine sosyal bir boyut kazandırmaktadır (Seçim, 2016).

İnsanoğlu var oluşundan bu yana daha çok yaşayabilmek için ölümsüzlüğün sırlarını ararken bir yandan da çeşitli sebeplerden dolayı yaşamına son vermeyi düşünmektedir (Şahin ve Ceylan, 2017). Psikiyatri ve psikolojideki ilerlemelerle birlikte modern tıbbi yardım alma olanağının artması, yaşam koşullarının iyileşmesi, teknolojik ilerlemeler, sağlık hizmetlerinin gelişmesi, daha iyi eğitim koşulları ve zengin kişisel özgürlüklere karşın modern dünyada intihar ciddi bir evrensel halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Rozanov, 2017). İntihar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre kısaca kasıtlı olarak kişinin kendisini öldürme eylemi şeklinde isimlendirilmektedir. Ölümcül olmayan herhangi bir intihar davranışını ifade etmek için ise intihar girişimi tanımı kullanılır (World Health Organization, 2014).

İnsanlar çeşitli problemlere bağlı olarak dayanılmaz duygusal acılardan kaçış yöntemi olarak intihara kalkışabilmektedir. İntihar girişiminde bulunan birey öylesine bir sıkıntı içerisinde ki bu durumdan kurtulmasını sağlayacak başka alternatifleri

göremez. İntihar girişimde bulunan birey bu davranışında çaresizliğini, acısını ve umutsuzluğunu dile getirmek maksadında olabileceği gibi, gerçekten ölme arzusunda da olabilir. Hayatında olası değişikliği engellemek ya da böyle bir değişiklikten kaçmak maksadıyla intihar etmiş de olabilir. Sebebi ne olursa olsun her girişim ciddiyetle ele alınmalı ve dikkatle değerlendirilmelidir. Her tamamlanmış intihar öncesinde başarısız ve mesaj niteliği taşıyan intihar girişimleri mevcuttur (Büyükkaya ve Alacahan, 2005).

Dünyada her yıl yaklaşık olarak bir milyon kişi DSÖ verilerine göre, intihar sebebiyle yaşamını yitirmektedir. Bu sayı yaklaşık olarak her 40 saniyede bir kişinin hayatını kaybettiği anlamına gelmektedir. İntihar girişiminde bulunan kişi sayısının intihar eylemi sonucu hayatını yitirenlerden çok daha fazla sayıda olduğu bildirilmektedir. Yaklaşık olarak ölümlerle sonuçlanan her intihar eylemi için 20 intihar girişimi gerçekleşmektedir (World Health Organization, 2016). 2012 yılında dünyadaki tüm ölümlerin %1,4'ünü oluşturan intihar, ölüm sebepleri sıralamasında 15. sırada yer almıştır (World Health Organization, 2014). DSÖ'ne (2017) göre, 2015 yılı için Türkiye'de intihar hızı yüzbinde 8,7'i oluşturmaktadır (World Health Organization, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ölümlerle sonuçlanan intihar sayısı 2015 yılı için 3211 olarak bildirilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2016). Türkiye geneli intihar girişimi sayısını veren herhangi bir kaynak bulunmamaktadır. Genel olarak genç ve orta yaşlı yetişkinlerde görülen beklenmedik intihar girişimleri kişi, aile, toplum ve ülkeler için psikolojik, ekonomik ve sosyal yönden büyük engel oluşturmaktadır (World Health Organization, 2014).

Sağlık personelinin intihar girişiminde bulunan kişilerin bakımında bilgi, beceri ve tutumunun önemli rol oynadığı bilinmektedir. İntihar girişiminde bulunan kişilerle ilk temasının kurulduğu birimler genellikle acil servislerdir. İntihar girişiminde

bulunmuş vakaların ilk bakımının sağlanmasında acil servis çalışanları önemli bir role sahiptir (Er, 2011).

Bireyle terapötik iletişim ve bakımda psikososyal boyut, acil servislerin yoğun olması sebebiyle kolayca ihmal edilebilir. Hâlbuki intihar girişiminde bulunmuş kişiler hassas, kırılabilir durumdadır ve holistik yaklaşımdan büyük ölçüde fayda sağlayabilirler (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2014). İntihar girişimiyle acil servise gelen kişilerde, acil servisteki müdahalelerin ölüm oranını yılda %20 oranında azaltabileceği bildirilmektedir (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2014).

Yapılan araştırmalar sağlık çalışanlarının intihar girişiminde bulunan kişileri; dikkat çekme amacı güden, bakımları sıkıntılı ve zahmetli kişiler olarak algıladıklarını, bu kişilere karşı kendilerini karmaşık ve kararsız hissettiklerini göstermiştir. Bu vakalara yaklaşırken yeterli bilgi ve beceriden yoksun olduklarını, bu kişilerin neden kendilerine zarar verdiklerini anlayamadıklarını ve bakım kalitesinin sağlık çalışanlarının davranışından etkilendiğini ortaya çıkarmaktadır (Dower ve ark., 2000; Davidhizar, 1993; Domino ve ark., 1982; Holland ve Plumb, 1973; Hopkins, 2002; Watkins, 1997). Yapılan çalışmalar hemşirelerin serviste, intihar girişimindeki bir kişi ile karşılaştıklarında negatif tutumlarının duygusal destek eksikliğine sebep olduğunu ve bu intihar girişiminde bulunan kişiye, başarısızlık, suçluluk, utanç ve keder gibi duygular hissettirdiklerini göstermiştir (Burns, 2007; Duffy, 1997; Midence ve ark., 1996; Mgaya ve ark., 2007).

Sağlık çalışanları arasında intihar girişimlerine karşı duygusal, bilişsel ve davranışsal olmak üzere üç faktörden oluşan tutumların olduğu yapılan araştırmalar ile ortaya çıkarılmıştır. Duygusal bileşeni, durum ya da birey karşısında hissedilen duygu ve sempati; bilişsel bileşeni bilgi ve inançlar; davranışsal bileşeni ise intihar girişiminde

bulunan vakaya karşı gösterilen tutumu oluşturmaktadır (Botega ve ark., 2005; Skevington, 1984).

Tutum ve davranış arasındaki korelasyonu inceleyen araştırmalardan kimi zayıf bir ilişki olduğunu belirtirken, kimi de çalışmalarda gcl bir ilişki olduğunu savunmuştur. Fakat sağlık çalışanlarının tutumlarının direkt olarak bakım kalitesini ve hasta bakımını etkilediği belirtilmiştir (Oppenheim, 1996; Seremet, 1984).

İntihar girişimi ile acil servise gelen kişilere yönelik acil servis çalışanlarının deneyimlerinin araştırıldığı az sayıda uluslararası çalışma bulunmaktadır. Yurt dışı literatüre bakıldığında ise daha çok psikiyatri servislerinde, ocuk acil servislerinde çalışan sağlık personellerinin intihara karşı tutumları belirlenmeye çalışılmıştır. Acil servis çalışanlarının intihar girişimi ile gelen hastaya yönelik deneyimlerinin incelenmesi maksadıyla yurt dışı literatüründe konuyla ilgili çalışmalar bulunmasına rağmen ülkemizde yapılmış nadir sayıda çalışma bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, sağlık çalışanlarının intihar girişiminde bulunan olgulara karşı tutumlarının tükenmişlik ve iş doyumuna üzerine ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda acil servis sağlık çalışanlarının intihar vakalarına karşı tutumunun tükenmişlik ve iş doyumuna ilişkisini belirlemeye yönelik tanımlayıcı bir korelasyon çalışması yapılmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek bulguların acil servis çalışanlarının acil servise intihar girişimi ile gelen bireye yönelik yaklaşımlarının tükenmişlik ve iş doyumuna açısından bir etkiye sahip olup olmadığının anlaşılması konusunda kuramsal düzeyde önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu alıŐma, acil servis çalışanlarının intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik tutumlarının tükenmişlik ve iş doyumunu ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3.ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. Acil servis çalışanlarının sosyodemografik ve iş özellikleri nelerdir?
2. Acil servis çalışanlarının intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik tutumları hangi düzeydedir?
3. Acil servis çalışanlarının sosyodemografik ve iş özellikleri, intihar girişimde bulunan olgulara yönelik tutumlarını etkilemekte midir?
4. Acil servis çalışanlarının intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik tutumları ile tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
5. Acil servis çalışanlarının intihar girişimde bulunan olgulara yönelik tutumları ile iş doyumları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İNTİHAR KAVRAMI

2.1.1. İntiharın Tanımı

Suicidology intihar bilimi olarak tanımlanmaktadır. Suicide (intihar) kavramı latin kökenli sözcüklerden oluşur ve intihar latince 'insanın kendi kendini öldürmesi' manasına gelen 'sui' yani 'ben' ve 'cedere' yani öldürmek, kıymak manasına gelen iki kelimenin bir araya gelmesiyle 'suicidere'den İngilizceye suicide şeklinde yansımıştır (Shneidman ve ark., 1985). Tanzimat döneminde Türkçeye çevrili eserlerde ise kendini katletmek yerine intihar sözcüğü kullanılmaya başlanmış olup dilimize ilk kez geçişi sağlanmıştır. Arapçada ise bu sözcük deveyi boğazlama, göğüse vurma, kurbanın gırtlakını bıçakla kesme, boğazından asılma manasına gelen "nahr" kökünden türetilmiştir (Eyüboğlu, 1998). İntihar yerine özkıyım ya da özekıyım gibi kavramlar ise son zamanlarda bazı eserlerde yerini almaya başlamıştır (Ucan, 2005).

Konuya birçok sosyolog, akademisyen ya da düşünürün katıldığı intiharın tanımının yapılması ile ilgili süreçte, günümüzde dahi halen ortak bir tanımlamanın bulunmadığını görebiliriz. Örneğin; psikanalitik kuramın kurucusu olan Freud'un geliştirdiği kuramında, zihnin katmanları olan id, ego ve süperegonun uyum içinde senkronize çalışmadığı durumlarda ki bunlardan birisi çok sevilen bir kişi/obje kaybedilmesi durumudur. Bu gibi durumlarda insanın intiharı düşündüğünü belirterek intiharın psikolojik boyutunu vurgulamıştır. Bu konuda araştırmalar yapan Durkheim ve

Jung gibi intiharın toplumsal boyutu üzerinde duran düşünürler ise bu kavramı, ‘acısını çekmekte olduğumuz ortak hastalık’ şeklinde tarif etmişlerdir (Durkheim, 2015; Minois, 2008). Karl Menninger ise bu kavrama psikanalitik çerçeveden bakarak intiharı, ‘sevgi ya da nefretle oluşan öldürme arzusu, depresyon, melankoli ve umutsuzlukla oluşan ölme arzusu ve suç ya da utançla oluşan öldürülme arzusu’ şeklinde üç öğeden meydana geldiğini belirtmiştir (İnceoğlu, 1999). Hablwachs’ın intiharı, ‘kurbanın kendisi tarafından kendini öldürmek niyetiyle gerçekleştirilen, fedakârlık olmayan bir edimin sonucu olan her ölüm olayı intihardır’ şeklinde yorumlarken, Achille-Delman ise ‘yaşamayı seçebilecekken, ölümü seçen aklı başında her insanın, her türlü etik mecburiyet dışında kendini öldürdüğü edim intihardır’ şeklinde ifade etmiştir.

İntiharı tanımlamanın özünde, temel öge olan insanı ele almak yatar. Tanımlar kişiden kişiye değişmektedir. İntiharı kendini öldüren insanın eylemi olarak tanımlayan Litte’ye göre kaza ile zehir içerek ölen insanın da yapmış olduğu bu eylem intihar olarak kabul görmektedir. Kaza ile olma şartını tanımının dışına çıkaran Durkheim’a göre ise, insanın kendisini ölüme götüreceğini bile bile yaptığı eylem, intihar olarak tanımlanmaktadır (Weis and Arieti, 1974). Bu bağlamda Durkheim “ölen kişi tarafından ölümlle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu veya olumsuz bir girişimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her türlü ölüm olayı intihardır” diyerek ifade etmiştir (Durkheim and Ozankaya, 1986).

1974 yılında DSÖ ise, intihar tanımını “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül maksatlı olarak kendine zarar vermesi” olarak ifade etmiştir (Weis and Arieti, 1974).

Kişinin, ölümü seçtiği diğer bir anlamda yaşamaktan vazgeçtiği nokta olarak da özetlenebilecek bir 'ruh hali' olan intihar, uzun vadeli olarak hem akademisyenlerin, hem tarihçilerin, hem de sosyologların çalışma alanlarına konu olmuştur.

2.1.2. İntihar Girişimi Tanımı

Bireyin kendisine zarar vermek, kendisini yok etmek maksadıyla gerçekleştirdiği ölümcül olmayan girişimler, intihar girişimi olarak tanımlanmaktadır (Haran ve Aydın, 1995; Özcan ve Savlı, 2001). Tamamlanmış intiharlardan 10-40 kat daha sık gözlenmekte olan intihar girişimi, eylemin tekrarı açısından en önemli risk faktörlerinin başında gelmektedir (Haukka et al., 2008; Aslan et al., 2011). İntihar girişiminde bulunmayı amaçlayan kişi bu davranışında çaresizliğini, acısını ve umutsuzluğunu dile getirebileceği gibi gerçekten ölme arzusunda olma amacını da yansıtmış olabilir (Sayıl et al., 2002). Tüm intihar girişimlerinin gerçekleştirilme amacına bakılacak olursa %65'i gösteriş için, %30'u ambivalan ve %5'inin ciddi olarak yapıldığı gözlemlenmiştir (Sağınç ve ark., 2000). İntihar girişimleri en sık dikkat çekmek için yapılmaktadır.

DSÖ, intihar girişimini; “ölümcül sonucu olmayan bir eylemdir ve bu kişi davranışında alışlagelmişin dışında bir davranışı maksatlı olarak başlatarak, diğer kişilerin müdahalesi olmadan, kendisine zarar verme amaçlı ya da kişi reçete edilmiş bir maddeyi maksatlı olarak aşırı miktarlarda veya genellikle tanımlanmış tedavi edici dozlarından daha çok miktarda vücuduna alarak, fiziksel sonuçlarını değiştirmeyi hedeflediği bir süreçtir” şeklinde tanımlamıştır (<http://www.who.int/features/qa/24/en/> Erişim Tarihi: 28/01/2015). DSÖ, her 3 saniyede bir intihar girişimi ve her 40 saniyede bir ise tamamlanmış intihar yaşandığını istatistiksel olarak raporlamıştır. Tamamlanmış

olan her bir intihara karşılık, ortalama 30 tane intihar girişimi gerçekleştiği istatistiksel olarak ortaya konulmuştur. Böylelikle tüm dünyada intihar kavramı ölüm sebepleri arasında ilk 10 içinde yer almıştır.

2.1.3. İntihar ve İntihar Girişimi Arasındaki İlişki

DSÖ, intiharları gerçek intiharlar ve intihar girişimleri olarak iki kısma ayırmaktadır. İntihar girişimleri kişinin kendisine zarar vermek, zehirlemek, yok etmek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik, ölümcül olmayan tüm istemli girişimler olarak tanımlanırken gerçek intiharlar ise ölümlü sonuçlananlar olarak ifade edilmektedir (Shneidman ve ark., 1985).

Bireyin öz benliğine karşı dayattığı bir saldırganlık olan intihar, ‘düşünce aşaması’, ‘girişim aşaması’ ve ‘tamamlanmış intihar’ şeklinde üç aşamada incelenebilir. İntihar ekonomik, kültürel, sosyolojik ve psikolojik birçok etmenin etkisi neticesinde gerçekleşen çok değişkenli bir kavram olduğundan ötürü, ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerden normal kişilere kadar çok geniş bir popülasyonda karşımıza çıkmaktadır. Kişi özellikle travmatik bir durum ile karşılaştığında ya da bu durum ile baş edemediği zamanlarda intihar ile ilgili düşüncelerinin arttığı ve intihar girişimlerinin gerçekleştiği yapılan araştırmalar sonucunda ortaya çıkarılmıştır. İntihar girişiminde bulunan birey bu sürecin sonunda, sorunları için çözüm yolu oluşturabilecek, kendisine yardımcı olabilecek intihar dışındaki alternatifleri görememektedir.

Diğer bir ilginç istatistik ise, intihar girişimleri incelendiğinde intihar girişiminde bulunan bireylerin %1’inin, 1 yıl içerisinde tekrar intihar ederek hayatını sonlandırdığıdır. Bir başka ifade ile intihar girişiminde bulunan kişiler, yeniden intihar

girişiminde bulunmak için yüksek ölçüde risk faktörü taşımaktadırlar. Yeniden intihar için en riskli dönem ise ilk intihar girişiminin ardından geçen 3 ila 6 aylık dönemi kapsamaktadır (Hawton, Fagg and Marsack, 1980).

Özellikleri bakımından intiharlar ile intihar girişimleri arasında farklılık bulunmaktadır. İntihar girişimleri daha çok genç yaş gruplarında görülürken, intiharlara ise orta yaş grubu erkeklerde rastlanmaktadır (Hawton, 1994).

2.2. İNTİHAR EPİDEMİYOLOJİSİ

2.2.1. Dünyada İntihar Epidemiyolojisi

İntihar olgularındaki artış yalnızca ülkemizde değil bütün dünyada öncelikli sağlık sorunu olmaya başlamış olup, ülkelerin gelişmişlik seviyesi ile ters orantılı bir tablo oluşturmaktadır. İntihar hızı Finlandiya, Japonya, Almanya, İsviçre’de yüzbinde 25, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve İngiltere’de yüzbinde 12 düzeylerindedir (Atay ve Kerimoğlu, 2003).

Kimi zaman sosyal faktörlerin etkileri ile hızı değişiklik göstermektedir. Günümüzde gelişmiş ülkelerde önemli bir ölüm nedeni haline gelmiştir. Dünya çapında gelişmiş ülkelerdeki ölüm nedenleri arasında 9., ABD’nde ölüm nedenleri arasında 8. sırada intihar vardır (Welch, 2001). Bu yüzden de intiharlar ölüm frekansı sıralamasında serebrovasküler hastalıklardan, diyabet hastalığından, kalp hastalıklarından, kazalardan, kanserden ve onun komplikasyonlarına bağlı ölümlerden sonraki sırada yer almaktadır (Sağınç ve ark., 2000).

DSÖ'ne göre tüm dünya genelinde son 50 yıl boyunca intihar hızı %60 oranında artmıştır ve tüm dünyada 40 saniyede bir intihara bağlı ölüm gerçekleşmektedir. 15–44 yaşları arasındaki ölümlerde 3. sırada yer alırken 10–24 yaşları arasında ise sekonder önde gelen ölüm nedeni sayılmaktadır (Mohanty, Sahu, Mohanty and Patnaik, 2007).

İntihar sıklığı yıllık yüzbinde 10–40 arasında saptanmıştır. Değişik ülkelerde bu oranlar yüzbinde 10 ile 40 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. İntihar girişimi hızı ise bunun 15 katı kadar bir orana sahiptir. İntihar oranı ABD'nde yılda 11/100 000 olup ve en az 31 000 kişinin 1 yılda intihardan hayatını kaybettiği bildirilmiştir. Bu oran tüm ölümlerin %1,4'ünü oluşturmaktadır (Yüksel, 2001).

İntihar ABD'nde 15–24 yaş aralığında en sık gözlenen 3. ölüm nedenidir (Aksakoğlu, 2001). 2002 yılında İspanya'da 10–14 yaş grubu aralığında tamamlanmış intihar hızı 0.38/100000 iken 15–19 yaş aralığında bu oran 2.7/100000 olmuştur (Parellada et al., 2007). Çin'de yapılan bir çalışmada intihara bağlı kayıpların, tüm ölümlerin %3,6'sını oluşturduğu ortaya çıkmıştır (Skevington, 1984).

Hindistan'da görülen intiharların sayısı 1968'de 40000 iken, 1999' da 110000' e yükselmiştir; ulusal görülme insidansı ise yıllık 11/100000' dir (Sharma et al., 2007). İngiltere ve Galler'de yıllık ortalama intihar oranı 10/100000 civarındadır. Yıllık ölüm sayısı hemen hemen 5000'dir. Bununla birlikte son 20 yıl içinde genç erkeklerde intihar oranı ikiye katlanmış olup, 35 yaş altı genç erkeklerde en sık görülen kayıp nedenidir (Kapur and Gask, 2006).

İntihara bağlı ölümler; kötü huylu tümörler, dolaşım sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümler kadar yaygın olmayıp genellikle intiharı önlemek amacıyla daha az çaba ve ilgi için bir gerekçe olarak kullanılır. Ancak intiharın psikolojik ve manevi etkisi çok fazladır bu yüzden sadece ekonomik veya örgütsel

açından ölçülemez. Küresel intihar oranları son 70 yıldır kararlı bir şekilde sürekli artmaktadır, son 45 yılda ise %60 oranında artmıştır. Birçok ülke 1981 ile 2000 yılları arasında intihar oranındaki düşüş eğilimini raporlansa da, o zamandan beri kararlı bir artış olmuştur (Rozanov, 2017). Dünya çapında her gün dakikada 1 kişi intihar nedeniyle hayatını yitirmektedir (Murphy, 2017). Küresel olarak, her yıl 800.000'den fazla insan intihar sebebiyle ölmektedir ve intiharın sıklığı yüzbinde 11,4 olarak saptanmıştır. Bu oran erkeklerde yüzbinde 15, kadınlarda ise yüzbinde 8 olarak farklılık göstermektedir (World Health Organization, 2014; World Health Organization, 2016). 2012 yılında intihar, dünyada gerçekleşen tüm ölümlerin yüzde 1,4'ünü oluşturmuş ve sıralamada 15. ölüm nedeni olarak yer almıştır. Birçok ülkede ise ölümün 7. veya 8. sebebidir (Murphy, 2017). Evrensel olarak intiharlar, tüm şiddetli ölümlerin (yani silahlı çatışma ve kişiler arası şiddet) erkeklerde %50'sini ve kadınlarda %71'ini oluşturmaktadır (World Health Organization, 2016). İntihar 15-29 yaş arası gençler içerisinde tüm ölümlerin % 8,5'unu oluşturmakta ve trafik kazalarının ardından sekonder ölüm sebebi olarak gösterilmektedir (World Health Organization, 2014; World Health Organization, 2016).

2.2.2. Türkiye’de İntihar Epidemiyolojisi

İntihar olaylarıyla ilgili resmi veriler Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından derlenmekte ve yayınlanmaktadır. Daha öncesinde Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından ölüm sebepleri arasında 1931 yılından beri yalnızca il merkezlerinden derlenmekte, 1959 yılından itibaren ise, bütün il ve ilçe merkezleri kapsam içerisine alınarak yayınlanmaktadır. Bu istatistiklerden bağımsız olarak, adli kaynaklara

dayanılarak elde edilmiş olan intihar vakaları ise 1963 yılından itibaren Adalet İstatistikleri Yıllığı içerisinde kısa bilgiler halinde yayınlanmaya başlanmıştır. 1974 yılından sonra intiharla ilgili resmi veriler “İntihar İstatistikleri” ismiyle yayınlanmaktadır (Seydioğlu, 2002). İntihar hızı düşük ÷lkeler içerisinde olmamıza karşın, son yıllarda intihar ve intihar girişimleri, en azından ruh sağlığı alanında çalışanların daha çok ilgisini çekmeye başlamıştır. Kapsamlı, genellenebilir sonuçları olmasa da bu tür çalışmalar ÷lkemizdeki intihar davranışına yol göstermektedir (Myers, 1990; Devrimci Özgüven ve Sayıl, 2003; Berecz et al., 2005). İntiharların son 10 yıllık değişimi incelendiğinde 1997 yılına kadar dalgalanmalarla birlikte bir yükseliş olduğu ve intihar oranının yüzbinde 2 dolayında bulunduğu, bu dalgalı yükselişin 1998 yılında ise bir azalma eğilimine girdiği gör÷lmektedir (World Health Organization Suicide prevention, 2001; Hogg and Vaughan, 2007; Ekici, Savaş ve Cıtak, 2001).

Kaba intihar oranlarının bölgesel değişimi baz alındığında, Ege Bölgesi'nin yüzbinde 3,74 ile en yüksek intihar oranına sahip olduğu gör÷lmektedir. İntihar oranının en düşük olduğu bölge ise yüzbinde 1,86 ile Karadeniz Bölgesi olarak gör÷lmüştür (Seydioğlu, 2002; DİE İntihar İstatistikleri,1998). Türkiyede intihar edenlerin 15–34 yaş grubu arasında yoğunlaştığı ve kadınların erkeklere kıyasla daha genç yaşta intihar ettiği gözlenmektedir.

İntihar eden kadınların yarısından fazlası 25 yaşından, erkeklerin ise yarısından fazlası 35 yaşından daha küçüktür (Seydioğlu, 2002; DİE İntihar İstatistikleri, 1998; Suvarlı, 1995). Türkiye'deki intiharların en önemli sebebi, hastalık olarak belirtilmektedir. İntihar sebeplerinden, aile geçimsizliği ve geçim zorluğu 2. ve 3. sırada bulunmaktadır. İntihar nedenleri arasında en düşük orana ise okul başarısızlığı sahiptir. 1998 verileri doğrultusunda intihar istatistikleri, nedene göre intihar yüzdeleri

şöyledir: %31,5 hastalık, %26,5 aile geçimsizliği, %14,6 geçim zorluğu, %13 hissi ilişki ve istediği ile evlenememe, %6 ticari başarısızlık, %4,1 öğrenim başarısızlığı ve %3,9 ile diğerleri (Seydioğlu, 2002; Suvarlı, 1995).

Türkiyede intihar edenlerin büyük kısmı kendini asarak intihar etmektedir. 2009 yılı İntihar İstatistikleri verileri bağlamında, şekline göre intihar yüzdeleri şöyledir: Kendini asarak %53,7'si, ateşli silah kullanarak %26,2'si, kimyevi madde kullanarak %5,8'i, kendini yüksekten atarak %8,7'si, diğer yöntemleri kullanarak %5,6'sı intihar etmiştir (Seydioğlu, 2002; DİE İntihar İstatistikleri, 1998).

Bazı ülkelerde intiharın yasadışı olması, hassas bir konu olması, damgalanma riski taşınması ve bir intiharı kaydetmek karmaşık bir süreç olduğundan yetersiz rapor edilme ihtimali yüksek olup verilerin gerçeği yansıtmadığı ve daha yüksek olduğu düşünülmektedir (World Health Organization, 2014; World Health Organization, 2016). Ölümüne sebep olan her intihar için 20 intihar girişimi gerçekleşmektedir (World Health Organization, 2014). Ülkemizde TÜİK tarafından açıklanan verilere göre ölümüne sonuçlanan intihar sayısı 2015 yılında bir önceki yıla kıyasla %1,3 artarak 3211 kişi olmuştur. 2015 senesi için intihara bağlı ölümlerin yaygınlığı yüzbinde 4,11'dir. Cinsiyet faktörüne göre bakıldığında intihar edenlerin %72,7'sini erkekler, %27,3'ünü ise kadınlar temsil eder. Yaş aralığına göre bakıldığında ise intihar edenlerin %34,3'ünü 15-29 yaş grubundakiler oluşturmuştur (TÜİK, 2016). Ülkemizde ulusal verilerde intihar ve intihar girişimi ayrımı yapılmamakta yalnızca ölümüne sonuçlanan intiharlarla ilgili istatistikler bulunmaktadır. İntihar girişiminin sıklığı ile ilgili ise daha fazla yerel çalışmalar bulunmaktadır.

2.3. İNTİHAR VE İNTİHAR GİRİŞİMİNE İLİŞKİN KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

İntihar etiyojisine ve tanımlanmasına ilişkin toplumbilimsel, psikodinamik, bilişsel ve biyolojik olmak üzere çok fazla sayıda kurama rastlanılmaktadır. Bu kuramların nerede ise hepsi kendi dayandıkları kavramların anlayış alanlarını aşmamaktadır. İntihar kuramlarının çoğunda öne çıkarılan modellerin sınırlılıklarına değinilmediği göze çarpmaktadır. Bu kuramların diğer bir ortak yanı, intihar vakalarını bütünüyle açıklama ve tüm intihar olgularında belirtilen kuramın geçerli olduğu iddiasında olmalarıdır. Odağ, intiharın farklı türlerinin olduğunu ve intiharın belirleyici etkenlerinin bireyden bireye, hatta eylemden eyleme değişmesi sebebiyle intihar olgusunun tek bir kuramın sınırları içinde anlaşılmasının olanaklı olmadığını belirtmiş ve bu sebeple intihar vakalarının anlaşılmasının çok yanlı bir yaklaşımı zorunlu kıldığını belirtmiştir (Odağ, 1995).

2.3.1. Psikodinamik Yaklaşım

Bu yaklaşımda, ayrılma veya zarar görmeye karşı bilinçaltı öfke, psikolojik kayıp, intihar davranışının gelişiminde temel rol oynar. Engellenmeye karşı saldırganlık ve bu saldırganlığın kendine yöneltilmesinin intihar davranışı için ortak bir yol olduğu kabul edilmektedir. Klasik Freudyan teoriye göre saldırganlığın kendine yöneltilmesinin sonucunda intihar görülür. Bu sebeple intiharlar adam öldürmenin zıttı olarak görülür. Freud intiharı, karmaşık ve zıt duygular kaynağı içe atılmış olan nesneye karşı ölümcül bir saldırı olarak vurgulamıştır. Eylem fiziksel olarak kendiliğe yönelmişken, ruhsal

anlamda ise atılmış olan sevilen kişiye yönelmiştir. İntiharın özünde sevilen nesneyi kaybetme korkusu vardır. Sonuç olarak intihar kurbanı kendisi ve obje üzerinde bir kontrol duygusu sunar. Lestler ve Lindsley, intihar girişiminde bulunan kadın ve ergen kız çocuklarında, psikodinamik yaklaşımla uyumlu olarak, normal kontrollerden daha çok kendine yöneltilmiş irritabiliteye rastlamışlardır. Menninger, intihar etmek için üç ana etken olarak ölme isteği, öldürme isteği ve öldürülme isteği olduğunu öne sürmüştür. Menninger'e göre intihar etmek bilinç düzeyinde ölme isteğini, intihar girişimlerinde bulunmak ise bilinçaltında ölmeme isteğini kapsamaktadır (Odağ, 1995).

Freud'un psikanalitik kuramına göre intihar depresyonla ilişkilidir ve depresyonun sonunda ortaya çıkan en vahim durumdur. Freud ve Abraham tarafından geliştirilen klasik psikanalitik kurama göre, depresyonda hayalde ya da gerçekte bir sevgi objesinin kaybı söz konusudur ve bununla birlikte kişinin benliğinde bir yoksullaşma, boşluk ve terk edilmişlik duygularıyla birlikte, özdeğerde belirgin azalma veya yok olma vardır. Bu görüşe göre depresyon, kaybedilen objeye karşı duyulan düşmanca duyguların, agresif dürtülerin kişinin kendine dönmesidir. Kişi kaybedilen objeyle özdeşim kurmaktadır. Bu, kaybın travmasına ve onun ruhsal sonuçlarına karşı bir yadsımasıdır (Odağ, 1995).

Nesne kuramcılarında Klein, intihar dinamiğinin içselleştirilmiş "kötü nesnelere" dayandığını öne atmıştır. Klein'a göre kişi 'intihar ederken bile ego içindeki kötü objeleri öldürmek ister, ancak aynı zamanda içindeki olumlu objeleri korumak ister. Bir başka obje ilişkileri bakısına göre, intihar içselleştirilmiş kötü nesnelere kurtulmanın bir yoludur (Odağ, 1995).

2.3.2. Toplumbilimsel Yaklaşımlar

İntihar davranışına toplumbilimsel bakış ilk kez 1951 senesinde Durkheim tarafından ortaya konmuştur. Durkheim, yaygın olarak bilinen 'İntihar Toplumbilimsel İnceleme' isimli kitabında intiharların istatistiksel ve toplumbilimsel irdelemesini yapmıştır. Durkheim, intihar gibi ancak bireysel bağlamda anlaşılabilceği düşünölen bir kavramın bile toplumsal etkenleri bulunduğunu, bu sebeple toplumbilimsel yöntemlerle ele alınması gerektiğini vurgulamış ve intiharı tümöyle toplumsal bir olgu olarak görmüştür (Durkheim, 1986).

Durkheim her toplumun içselleştirilmiş olan ve büyük toplumsal dönüşömler ya da olağan dışı durumlar olmadıkça stabil kalan bir toplumsal intihar oranı bulunduğunu, bunun da intiharın toplumsal bir olgu olduğunu kanıtladığını göstermiştir. Toplumda meydana gelen bunalımlar intihar oranlarında bir değişikliğe sebep olmaktadır. Durkheim'a göre; devrim hareketleri, savaşlar gibi durumların yaşandığı toplumlarda intihar oranı hemen düşürmektedir. Bu tür durumlarda kolektif bilinç bireysel bilinçleri sımsıkı sarmaktadır. Bu toplumsal etkenleri oluşturan evlilik, aile yaşamı, dinsel bağlılık, siyasal ve ulusal bağlar gibi ögeler ile intihar olayları arasındaki ilişkiyi inceleyen Durkheim, üç ayrı intihar türü olduğunu öne sürmüştür (Durkheim, 1986). Bunlar; elcil intiharlar, bencil intiharlar ve kuralsızlık intiharlarıdır.

2.3.3. Sosyal Öğrenme Yaklaşımı

Lester, sosyal öğrenme teorisini intiharlara uyarlamıştır. Bu yaklaşımın temel noktası 'intiharın en azından bir bölümöyle stres verici yaşam olaylarına karşı

öğrenilmiş bir cevap' olduğudur. Sosyal öğrenme teorisi, suicidal ergenin diğer aile üyelerinin veya arkadaşlarının davranışlarını tekrar ettiklerini öne sürmektedir. Ergen intiharları ara sıra epidemik olabilir. Çünkü ergenler bu yaş gruplarında arkadaşlarının ne yaptıkları ile yakından ilgilidirler. Eğer ergenin intihar girişimi olduğu zaman yakın çevresindeki arkadaşlarında intihar görüldüyse intihar girişiminin ciddiyetinin yüksek olduğu söylenebilir. Abartılı olarak kurgulu tarzda, duygusallaştırılmış ve ünlülerin intiharları ile ilgili medya yayınlarının da yatkınlığı gözlenen ergenlerde, intiharı arttırabileceği bildirilmiştir (Köseihal, 1968).

2.3.4. Davranışçı ve Bilişsel Yaklaşımlar

İntihar davranışı niyet ve sonuç olarak iki temel spesifik terimle tanımlanabilir. Niyet her zaman için net olmayabilir; ancak sonuç ölüm ya da hayatta kalma şeklinde değişebilir (Tel ve Uzun, 2003). İntihar davranışının nasıl öğrenildiğini belirterek, intihar davranışını ortaya çıkarabilen uyaran–tepki ilişkilerini göstermeye çalışmışlardır (Tel ve Uzun, 2003). Çevresel pekiştireçlerle ilişkili olarak depresyon ve intihar davranışının sıklığını tartışmıştır (Eskin, 2003). Daha önceden intihar girişimine yol açan olaylar için farklı sonuçların gösterilmesi ile hastaların gerektiğinde aile üyeleri ve çevreyi de düzenleyerek intihar içerikli olmayan seçenekleri görmelerinin sağlanabileceği ve uygulayabilmeleri için yapılandırabilecekleri savunulmaktadır. Burada temel olarak yapılması gerekenin de intihar davranışı öncesinde yer alan olayların geriye dönük olarak toplanması olduğu söylenmiştir (Uğurlu Uludüz ve Uğur, 2001). İntihara bilişsel yaklaşımlar, intihar girişimi riskindeki kişinin düşüncelerinin sistematik bir biçimde çarpıtılmış olduğunu öngörmektedir. Beck, depresyonun bilişsel

teorisini, geleceğe negatif bakış, kendine negatif bakış ve dünyaya negatif bakış biçimindeki tipik bilişsel üçlüyle tanımlamıştır. Beck ve arkadaşları, genel umutsuzluk bağlamındaki bu negatif bakış açısını değerlendirmek için ölçek geliştirmişlerdir. Umutsuzluk gelecek için negatif beklentiler olarak gösterilmektedir. Bu araştırma intiharın bilişsel teorisi için sağlam bir zemin oluşturmuştur. Suisidal bireyler intihara eğilim yaratan, bilişsel katılık veya bölünmüş düşünme, problem çözme becerilerinde eksiklik ve intiharı stres oluşturan durumlarda çözüm olarak algılama gibi diğer bazı bilişsel özellikleri de barındırırlar (Odağ, 1995).

2.3.5. Biyolojik Yaklaşımlar

Son yıllarda psikiyatrik hastalıkların oluşmasında biyolojik etmenlerin önemine değinilmesi ile birlikte, özellikle duygusal bozukluklarla ilgili biyolojik araştırmalar yoğunlaşmıştır. Tek ve çift yumurta ikizleriyle yapılan araştırmalarda, duygusal bozuklukta genetik geçişi destekleyen bulgular elde edilmiştir. Özellikle gerçekleştirilmiş intiharda depresif sendrom ve semptomların göstergeleri bulunmuştur (Uğurlu Uludüz ve Uğur, 2001).

İntihar davranışına biyolojik yaklaşımlar genetik ve biyokimyasal etkenleri barındırmaktadır. Biyokimyasal etyolojiye ilişkin araştırmalar intihar davranışı ile serotonin ve diğer nörotransmitterlerin, beyin omurilik sıvısı, idrar ve kan düzeylerinin karşılaştırılması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Bugüne kadar yapılmış pek çok çalışmada, serotonin yıkılım ürünü olan 5 Hidroksi İndol Asetik Asit düzeylerinin beyin omurilik sıvısında düşük bulunmasıyla intihar davranışı arasında ilişkili olabileceği bulunmuştur (Uğurlu Uludüz ve Uğur, 2001).

Önceden intihar girişiminde bulunan ve 90 mol/litre'nin altında beyin omurilik sıvısı ile 5 Hidroksi İndol Asetik Asit düzeyi olan hastaların %20-25'inin hastaneden çıkıştan sonraki ilk 1 yıl içinde intihar ettikleri öğrenilmiştir. Fakat bu biyolojik yaklaşımların hiçbirisi psikolojik özelliklerin intihar sürecinde etkili olduğunu dışlamamaktadır. Biyolojik, psikolojik ve sosyal sistemlerin birbiriyle etkileşim içinde olması nedeniyle, biyolojik değişkenlerin intihar davranışında tek başına etkili olduğunu kabul etmek oldukça zordur (Uğurlu Uludüz ve Uğur, 2001).

İntihar ve intihar girişimi konusunda nörokimyasal, genetik ve nöroendokrin boyutlarının intihar davranışlarının klinik değerlendirilmesinde bir bütün olarak ele alınması biyolojik risk faktörlerini belirlemede önem arz etmektedir. Fakat bu araştırmalarda kullanılan örneklemelerin sınırlı olması, homojen hasta örneklemelerinde kontrollü süreçlerin düzenlenmesine engel oluşturmaktadır (Sağınç, Kuğu, Akyüz ve Doğan, 2000).

2.3.6. Aile – Sistem Yaklaşımı

İntihar ve intihar girişimi konusunda, bireyin içinde bulunduğu aile sisteminin ele alınması, genellikle genç bireylerin intihar ve intihar girişimlerinin çalışılmasına dayanmaktadır. İntihar, ergen grupta döneme özgü ayrılık-bireyselleşme çatışmasının çözülmesi manasını taşımaktadır. Richman, intihar davranışının temelinde aile yapısındaki rahatsızlıklar olduğunu tanımlamıştır. Bu rahatsızlıklar, işlevsel olmayan aile bağlarını, gizlilik, rol karmaşalarını ve başarısızlığa ait iletişim örüntülerini, kriz dönemlerinde değişikliği kabul veya tolere etmekte katılık olarak benimsemektedir. Richman bu tür özellikleri işlevsel olmayan aile sistem süreçleri olarak belirtmiştir

(Maes et al., 1995). Trautman ve Shaffer ise, intihar olayını açıklamaya çalışırken, yumurta-tavuk ikilemini belirterek, “işlevsel olmayan aile sistemi mi intihar davranışını yaratmakta yoksa bireysel faktörler mi intihar davranışına ve işlevsel olmayan aile süreçlerine yol açmaktadır?” sorusuna verilecek cevabı önemli kılmaktadır (Pine et al., 1995). Weissman ve arkadaşları aile kuramlarında, aileye bağlı psikopatolojinin potansiyel etkisi ile ailenin çocuğa bilinçli ya da bilinçsiz “ölüm isteği” aşılamaalarının etkisini çalışmışlar ve bunun çocuğun intihar davranışına yol açabileceğini belirtmişlerdir (McCann et al., 2007). İntihar davranışı ile aile ilişkileri çalışıldığı zaman, işlevsel ve işlevsel olmayan aile özelliklerinin belirtilmesi değer kazanmaktadır. Pine işlevsel aileyi, sorunlarını çözebilen, birbirlerine duygusal olarak bağlı, dolaysız bir iletişim biçimini benimseyen aileler; işlevsel olmayan aileleri ise, iletişim işlevinin bozuk, kişiler arası ilişkilerin kopuk ve kurallara bağlı olduğu, belirli rollerin kişilerin üzerine zorla yüklendiği aileler olarak belirtmektedir (Pine et al., 1995). İntihar davranışı gösteren bireylerle ilgili aile ve işlevlerinin temel alındığı çoğu araştırmada, genel olarak dengesiz, mutsuz ve çatışmalı ev ortamlarından söz edilmektedir. Ayrıca intihar davranışı olan ergenlerin, anne babalarını olumsuz eleştirilerde bulunan, sert, sevgisiz ve reddedici olarak algıladıkları da vurgulanmaktadır (Roy et al., 2001).

2.4. İNTİHAR DAVRANIŞLARININ SINIFLANDIRMASI

2.4.1. Durkheim Sınıflaması

Toplumlarda oluşan “bunalımlar” intihar oranlarında değişiklikler meydana getirmektedir. Emile Durkheim’in yüzyılı aşkın bir zaman önce yayınladığı klâsik

eserinde, sosyal değişimin etkisi ve sosyal bütünleşme düzeylerine dayanarak, intiharı üç şekilde ele aldığı bilinmektedir (Durkheim, 1986).

2.4.1.1. Bencil (Egoistik) intiharlar: Toplumsal bağların gevşek olduğu, kişinin kendini yalnız hissettiği dönemlerde görülen, kişinin toplumsal çevresiyle bütünleşme eksikliğinden oluşan intihar olayı olarak adlandırılmaktadır.

2.4.1.2. Elcil (Altruistik) intiharlar (diğerkâm: elcil): Birey yaşamının gelenekler, adetler ve alışkanlıklarla katı bir biçimde düzenlenmiş olduğuna, topluluğun (ister siyasal, isterse dinsel nitelikte olsun) buyrukları gerektirdiğinde, bireyi öldürdüklerine işaret etmektedir (Durkheim, 1986). Aslında toplumla aşırı bütünleşmenin getirdiği bir görev anlayışıyla toplumun bireye yüklediği taleplerden kaçınamamaktan meydana gelen intihar tipi olarak tanımlanabilir.

2.4.1.3. Kuralsızlık (Anomik) intiharları: Toplumun yapısında meydana gelen değişikliğin kişinin yaşam koşullarını, manevi değerlerini altüst ederek kargaşaya sebep olması olarak açıklamaktadır. Bu da ahlâkî istikrarsızlığa ve aşınası olduğumuz normların kaybına neden olan toplumsal değişimden kaynaklanmaktadır (Durkheim, 1986).

2.4.2. Shneidman Sınıflaması

2.4.2.1. Bencil (egotic) intiharlar: Psikolojik intiharlardır. Bilinçsel daralma, dünyaya at gözlüğüyle bakma, sabit düşünme gibi işlevsel olmayan özelliklerden kaynaklandığı gibi; kişinin depresyonda kendisini aşağılaması, sıkıntıları ve çektiği acılar üzerinde yoğunlaşması, sadece kendi mutsuzluğu, ruhsal süreçlerden de kaynaklanabildiği belirtilmektedir.

2.4.2.2. Çiftli (dyadic) intiharlar: Kişinin yakınları, çevresindekilerle olan ilişkilerinde doyurulmayan ihtiyaçları belirleyici olup, burada bireyin ilişki bağlamında yaşadığı mutsuzlukları, hayal kırıklıkları, öfkesi, doyurulmayan istekleri ve engellenmeleri bireyin kendi canına kıymaya neden olduğu vurgulanmaktadır.

2.4.2.3. Soyutlanma (ageneratic) intiharları: Bireyin çevresinden, kendi soyundan belki de tüm insanlıktan soyutlanması (yalnızlık intiharları) olarak tanımlanmaktadır (Eskin, 2003).

2.4.3. Baechler Sınıflaması

Fransız sosyal bilimci Jean Baechler'e göre intiharlar 4 temel grupta toplanmaktadır (Eskin, 2003; Maris et al., 1992).

2.4.3.1. Kaçma intiharları: Kişinin çözümsüz olarak düşündüğü durumdan ya da sorundan kaçmak isteğiyle ilişkilendirilmiş intiharlardır. Bu da kendi içinde üçe ayrılmıştır.

a) Kaçış intiharları; dayanılmaz durumdan kaçmak için meydana gelen intiharlardır.

b) Yas intiharları; bir kayıp sonrası gerçekleştirilen intiharlardır.

c) Ceza intiharı; bireyin hatası veya kusuru yüzünden gerçekleştirilen intiharlardır (Eskin, 2003).

Maris; intihar sonucu ölümlerin %75'inin kaçış intiharı olduğunu belirtmiştir (Maris et al., 1992).

2.4.3.2. Saldırganlık intiharları: Başkalarına yönelik duygular sebebiyle meydana gelmektedir. Bu da kendi arasında dört alt tipe ayrılmaktadır.

a) İntikam intiharları; başkalarından öç almak için yapılan intihardır.

b) Cinayet intiharları; kişinin hem başkasını hem de kendini öldürdüğü intihardır.

c) Şantaj intiharları; başkalarını etkilemek için yapılan intihardır.

d) Bireyin çevreye sinyal vererek yardım talep ettiği intiharlardır (Eskin, 2003).

Maris; intihar sonucu ölümlerin %20'sinin saldırganlık intiharları olduğunu belirtmiştir (Maris et al., 1992).

2.4.3.3. Adanma intiharları: Durkheim'ın elcil intiharlarını çağrıştırır. İkiye ayrılır:

a) Kurban intiharları; kişinin kendi değerini artırmak için gerçekleştirdiği intihardır.

b) Yüceleştirme intiharları; kendini bir şeye adanmak için gerçekleştirmiş olduğu intiharlardır. (Şehitlik mertebesine ulaşmayı amaçlamak örnek olarak verilebilir.)

2.4.3.4. Oyun intiharları: Kişinin hayatını dolu dolu yaşarken, riskli davranışlarıyla meydana gelen ölüm olaylarıdır. İki alt tipi mevcuttur.

a) Dayanıklılık denemesi intiharları; kişinin kendi dayanıklılığını göstermek için gerçekleştirdiği intiharlardır.

b) Oyun intiharları; kişinin yaşamını riske sokan ve risk alan davranışlarda bulunarak gerçekleştirdiği intiharlardır. Oyun intiharlarıyla kişi, yaşamda daha fazla mutluluk, heyecan vb. duyguları tatmak için ölümlerle sonuçlanabilecek eylemlere girişmektedir (Eskin, 2003).

2.4.4. Beck Komitesi Sınıflaması

Bu sınıflama yetmişli yılların başında Amerika Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü ve İntihar Önleme Merkezince düzenlenen toplantılardaki bir komite tarafından sunulmuştur. Diğer sınıflandırmalar intihar ölümlerinin sınıflandırması iken bu sınıflandırmada ele alınan konu ise intihar davranışı sınıflamasıdır.

Tamamlanmış intihar: Ölümle sonuçlanan intihar anlamına gelmektedir.

İntihar girişimi: Kişinin kendini öldürmek için giriştiği, ancak kendini öldürmediği davranışlar olarak nitelendirilmektedir.

İntihar düşünceleri: Bireyin kafasını intihara takması, kendini öldürme yolundaki açık tehditleri ve açık açık ifade edilen hayatını sonlandırma istekleri olarak tanımlanmaktadır (Eskin, 2003).

2.4.5. Maris Sınıflaması

İntihar davranışlarını sınıflamayı amaçlayan bir diğer kavramsal çerçeve Maris tarafından ortaya atılmıştır. Maris'in önerdiği çok eksenli sınıflama daha önce ele alınan sınıflama sistemlerini bir araya toplayıp onları birleştiren bir yaklaşımdır. Maris intihar davranışını beş temel grupta değerlendirmektedir. Bunlar;

- Tamamlanmış intihar.
- Ölümle sonuçlanmayan intihar girişimleri.
- İntihar düşünceleri.
- Karışık ya da karar verilemeyen intihar davranışları.
- Dolaylı kendine zarar verici davranışlar.

Bu sınıflamaya göre yukarıda sıralanan beş intihar davranışı sebeplerine göre değerlendirilerek ne tip bir davranış olduğu belirlenmektedir. Daha sonra her bir davranışın kesinlik, ölümcüllük, kişinin cinsiyeti, mesleği, yaşı ırkı, medeni durumu, niyet, şartlar ve yöntem belirtilerek ayrıntılı bir dökümü çıkarılmaktadır (Eskin, 2003).

2.5. İNTİHAR İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

2.5.1. Yaş

Temel faktörlerin başında yaş yer almaktadır. Genel intihar oranlarına bakıldığında, erkeklerde daha belirgin olmak üzere yaşla birlikte arttığı görülmektedir (Mgaya et al., 2007).

Türkiye’de intiharlar 15-24 ve 25-34 yaş grubunda yoğunluk göstermektedir. Yaş faktörüne göre 15 yaş altı ve 15-24 yaş gruplarında kadınlar, diğer yaş gruplarında ise erkeklerde yüksek oranda olduğu görülmektedir (Uçan, 2005).

İntihar sıklığı erkeklerde 45 yaşından sonra en üst düzeydedir ve 55 yaşından sonra ise gerçekleşmiş intiharların sayısında artış olduğu görülmektedir (Ceylan ve Yazan, 2000).

Genel olarak bakıldığında intihar davranışları her yaş grubunda görülmekle birlikte 15-35 yaş grubunda yoğunlaştığı ve kadınların erkeklere göre daha genç yaşta intihar ettiği görülmektedir (www.tüik.gov.tr Erişim tarihi: 10/04/2016).

Son yıllarda yaşlı grupta görülen intiharlarda artış dikkat çekmektedir (www.tüik.gov.tr Erişim tarihi: 10/04/2016). İnsan ömrünün uzamasıyla beraber yaşlı nüfus oranı artmakta fakat hızlı teknolojik gelişimle beraber aynı oranda paralellik

gösteremeyen toplumsal değişmeler yaşı grubundaki insanların birçok sorunla karşı karşıya kalmalarına ve intihara sürüklenmelerine sebep olabilmektedir.

2.5.2. Cinsiyet

Ana faktörlerden biride cinsiyettir. Kadın-erkek arasında intihar davranışı açısından önemli farklılıklar görülmektedir. Yapılan araştırmalarda kadın ve erkek intiharları arasındaki temel olarak üç fark dikkati çekmektedir; birincisi kadınlar daha ılımlı (aşırı ilaç alımı gibi) metotları seçerken erkekler, daha çok şiddet içeren ve hemen ölüme götüren metotları tercih etmektedir. İkincisi erkek intiharlarında madde (alkol dahil) bağımlısı olma ihtimali genel olarak üç kat artış göstermektedir. Üçüncüsü ekonomik sorunlar stresör faktör olarak erkek intiharlarında daha çok görülmektedir (Rich, 1988).

Kadınların 4 kat daha fazla intihar girişiminde bulunmasına rağmen, erkeklerde intihar üç kat daha fazla görülmektedir (Koroğlu, 1999). Türkiye’de ki tüm bölgelerde de erkek intihar oranları kadınlarınkinden daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak dünyada 15-44 yaş arasındaki başlıca ölüm sebeplerine cinsiyet farklılıkları açısından bakıldığında intiharın, erkeklerde %6,6’lık bir oranla 4., kadınlarda ise %7,1’lik oranla 2. sırada yer aldığı gözlemlenmiştir (Jamison, 2004).

2.5.3. Medeni Durum

Kişilerin evli ya da boşanmış olması ile intiharlar arasında bir ilişki saptanmıştır. Hem dünyada hem de Türkiyede toplumsal bir problem olarak ortaya çıkan

boşanmaların artışı intiharlara teşvik etmektedir. İntihar edenlerin medeni durumlarına bakıldığında bekarların ya da boşanmışların evlilere göre daha fazla intihar ettiği bulunmuştur.

Yapılan bir araştırmada boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda risk evlilere göre 11 kat fazla gözlemlenmiştir (Skegg, 2005). ABD'nde yapılan çalışmalarda da dul (eşi ölmüş) ya da boşanmış çiftlerde, parçalanmış ailelerde veya aile içi şiddetin görüldüğü ailelerde intihar oranı yüksek görülmüştür. Tüm yaş gruplarındaki dul veya boşanmış çiftlerin, evlilerle karşılaştırıldığında intihar oranı çok daha yüksektir. Yapılan araştırmalarda intihar, evlilere oranla bekârlarda iki kat, ayrı yaşayanlar ya da boşanmışlarda dört beş kat daha sık görülmektedir. Erkeklerde bu fark daha fazladır (Kubalı, 2007).

2.5.4. Eğitim

İntihar ve intihar girişimi üzerine yapılan araştırmalarda kişinin eğitim durumu bir risk faktörü olarak saptanmıştır. İntihara eğilimli kişilerin, umutsuzluk, gerginlik, yoğun çaresizlik duygusu ve düşünme yeteneklerinin zayıflamasında ve alternatif çıkış yolları bulamamasında eğitim farklılıklarının da önemli bir etkisinin olduğu görülmektedir (Jamison, 2004). Avrupa'da intihar girişimleri sıklıkla eğitim seviyesi düşük olan kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir (Schmidtke et al., 1996).

Yapılan bir çalışmada 2005-2014 yılları içinde gerçekleşen intihar vakalarında en yüksek oranı ilkokul mezunları oluşturmaktadır. Yüksek öğrenim mezunları arasında ise intihar oranı en düşük görülmektedir. Yapılan diğer çalışmalara da bakıldığında genelde düşük eğitim seviyesindeki bireylerin daha çok intihar ve intihar girişimine

eğilimli oldukları ve bu grubun bir risk faktörü oluşturduğu açıkça anlaşılabilmektedir (www.tuik.gov.tr Erişim tarihi: 10/04/2016).

2.5.5. Meslek

Kişinin tüm yaşamı boyunca ilgileneceği, emek ve zaman harcayacağı hayati öneme sahip bu alanda pek çok neden bazı meslek gruplarına ait kişilerin intihar davranışına diğerlerine oranla daha çok eğilim göstermesine sebep olabilmektedir.

İşi olan gruba göre, işsizlerde intihar etme oranı daha yüksektir. İşsizliğin arttığı dönemlerde ve ekonomik kriz dönemlerinde intihar artmaktadır, savaş zamanlarında ve ekonominin iyi olduğu dönemlerde azalmaktadır (Roy et al., 2000).

İntihar için risk grubundaki meslekler arasında diş hekimleri, avukatlar, sigortacılar, doktorlar ve müzisyenler başta gelmektedir. Durkheim; enerjyi belli bir alana yönlendirmenin ve çalışmanın intihar riskini azalttığını belirtmektedir. İlişkilerin çok olduğu gruplarda intihar riski yüksek, kişilerarası ilişkilerin az olduğu meslek gruplarında intihar riski düşüktür (Durkheim, 1992).

2.5.6. Irk

Yapılan araştırmalarda intihar oranlarında ırksal farklılıklara rastlanmıştır. Doshi ve arkadaşlarının araştırmalarında beyaz kadın ve erkeklerdeki intihar etme oranı siyah kadın ve erkeklerdekinden iki kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Arpi et al., 2005). İspanyol kökenli olmayan beyazlarda ve yerli Amerikalılar da ve intihar hızı yüzbinde 12,1 ve 13,6 oranlarıyla oldukça yüksektir. Başka ırklarda yaşla düzeltilmiş intihar hızı

yüzbinde 6 civarındadır. Göç edenlerde intihar hızı göç ettiği ülke neresiyse oraya benzemektedir (Jacobs, 2003).

2.5.7. Din

Toplumsal işlevlerin yerine getirilmesinde önemli bir rol oynayan ve kontrol ve denetleme mekanizması görevini din üstlenmektedir (Aydın, 2000). Bireylerin dindarlık düzeyleri farklıdır ve intiharı önleme konusunda dindarlık seviyesi önem gösterir. Yapılan bazı ampirik araştırmalarda dindarlık düzeyi yüksek olan kişilerin dindarlık seviyeleri düşük olan kişilere göre psikolojik açıdan daha iyi durumda oldukları ve daha az intihara eğilimli oldukları tespit edilmiştir (Köylü, 2008).

Tek Tanrı'lı bütün dinler insanın kendisini öldürmemesi gerektiği yönünde birbirine benzer görüşler öne sürseler de, intihara karşı direkt reddetmeyi İslamiyet'te görmekteyiz.

İntiharın görülme sıklığını etkileyen bir diğer faktör ise bireyin içinde yetiştiği toplumun dini görüşleridir. Yapılan bir araştırmada Müslüman ülkelerden göç eden Yahudilerin daha az sıklıkla intihar oranına sahip oldukları bulunmuştur (Eskin, 2003).

İntiharın izin verilen bir davranış olduğu ve törensel intiharların onaylandığı Japonya'da intiharlar hala yüksek oranlarda seyretmektedir.

2.5.8. Aile

Toplumun en temel çekirdeğini aile kurumu oluşturmakta ve kişinin sosyalleşmesinde çok önemli bir yer tutmaktadır. Sosyal düzenin temel unsuru olan aile,

anne-baba-çocuklar ve kan akrabalarından meydana gelmiş olan toplumsal ve ekonomik bir birlikteliktir (Gökçe, 2004).

Kişi ile aile arasındaki bağların zayıflığı intihar için sebep olarak gösterildiği gibi, aile ile kişi arasındaki bağların sıklığı da toplumbilimciler tarafından intihar sebebi olarak gösterilebilmektedir. ‘Potansiyel bir intihar ortamının’ ilk kaynağını huzursuz aile ortamlarının, oluşturduğu ihtimal olarak kabul edilebilir.

Geçmişte bireyde intihar girişimi mevcudiyeti veya aile bireyleri arasında bulunabilecek bir psikolojik bozukluk kişide intihar riskini arttırmaktadır. Bununla beraber, aile ile ilgili yapılmış olan araştırmaların büyük bir kısmı evlat edinilmiş çocuklar ya da ikizler üzerine inşa edilmiştir. İntihar davranışının genetik geçişi her ne kadar tek başına açıklayıcı olarak ispatlanamasa da, intihar davranışı ile ilişkili olduğu da saptanmıştır.

Boşanmalar, ölüm, ailedeki birlik ve beraberliğin bozulması, aileyi derinden etkileyen ekonomik iflaslar, ailenin sahip olduğu inanç ve değerler sisteminde ani ve hızlı değişimlerin yaşanması, aile bireylerinden birinde ortaya çıkan bir hastalık ya da sakatlık durumu gibi nedenler aile bireylerinin intihar etmesinde önemli risk faktörleri olarak değerlendirilmiştir (Moscicki, 2001).

Ayrı yaşayan ya da boşanmış anne-babaların çocuklarında evliliklerdeki uyumsuzluklar, annenin yaşı gençse veya eğitim düzeyi düşükse ebeveynlerdeki psikopatolojik durumlarda çocuklar için risk artmaktadır (Skegg, 2005). Ebeveyni tek olan aile çocuklarında intihar daha sık görülmektedir (Moscicki, 2001).

Ülkemizin doğusunda batısına göre, boşanma oranları daha az görülmekte ve ülkemizdeki en yüksek intihar oranları Ege bölgesinde görülmektedir (Uçan, 2005).

2.5.9. Sosyoekonomik durum

Az gelir ve yoksul yaşam, düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi intihar için risk faktörleridir (Skegg, 2005). Şehirlerin kalabalık, sosyoekonomik koşulları iyi olmayan insanların yaşadığı bölgelerinde, intihar girişimleri daha çok olmaktadır (Eskin, 2003). Türkiye’de intihar girişimlerinin öğrenci, ev hanımı gibi ekonomik olarak bağımlı olan bireylerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Çayköylü ve ark., 1997). Bireylerin sosyal statüsünün yükselmesi ve düşmesi, intihar ihtimalini etkilemektedir.

2.5.10. Kronik veya Psikiyatrik Hastalıklar

İntihar riskinin ciddi medikal hastalıklarda yüksek olduğu bulunmuştur. Kanser teşhisi konulan hastalarda özellikle bu risk daha da artmaktadır (Yüksel, 2001).

İntihar risk faktörleri arasındaki en yüksek payı depresyon hastalarının aldığı yapılan çalışmalarda görülmektedir. İyileşmeye başladıklarında bile depresif düşüncelerin düzelmesi uzun zaman aldığı için depresif hastalar, daha büyük risk taşımaktadırlar. İntihar her yaşta görülmekle birlikte, major depresyonda genellikle 30 ile 40 yaşları arasında daha sık görülmektedir (Kaplan et al., 2003).

Majör ya da unipolar depresyonda yaşam boyu intihar görülme oranı sıklığı %10-15 dir. Özellikle eş tanılılık ve olumsuz yaşam olaylarının varlığı halinde tedavi edilmemiş depresyon hastalarında risk daha da yükselmektedir (Bakım ve ark., 2007).

2.6. İNTİHAR PSİKOLOJİSİ

Depresyon Freud'a göre; sevilen bir objenin kaybı veya reddedilmesi sonucu oluşturulan saldırgan davranış ile kendi kendine zarar verici davranışları temsil eder (Lonnqvist, 2000). Bununla birlikte bireyin başkalarıyla olan ilişkilerine karşı tepkilerinin yansıması da olabilir. Uyumla ilgili ve gelişimsel ve problemlerin oluşturduğu olumsuz iç döngü depresyon, anksiyete, utanma, umutsuzluk, şiddet ve suçluluk duygularına sebep olur. İntihar davranışlarının özünde bu duyguların yarattığı psikolojik yıkım bulunur (Kaplan ve Sadock, 2004; Schmidtke and Schaller, 1998; Farberow, 1997).

Kişinin başkalarına duyduğu öfkenin kendisine yöneltilmesi sonucu oluşan kendini öldürme isteği, Karl Menninger "Man Against Himself" adlı eserinde intihar olarak tanımlanır. Birey başkalarına karşı olan agresyonunu kendine çevirerek kendini cezalandırmış olur. İntihar girişiminde bulunan kişi Menninger'e göre üç temel güdüyle harekete geçer (Yalvaç, 2006);

1) Öldürme İsteği: Öfke ve kızgınlık duygularıyla kişi öldürme isteği duyar.

2) Öldürülme İsteği: Öfkesini kendisine yönlendirmesinin neticesinde öldürülme isteği duyar.

3) Ölme İsteği: Tüm bu duygular sonucunda ölmeyi ister.

İntihar, stresli yaşam koşullarına tepki veren normal bireylerden ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara kadar geniş bir açıda karşımıza çıkabilmektedir (Sayıl, 2000). İntihar girişiminde başarılı bulunanların hemen hemen %95'inde bir psikiyatrik tanı mevcut olup, sıklıktaki artış bazı tanı gruplarında dikkat çekmektedir (Kaplan ve

Sadock, 2004). Örneğin, major ya da unipolar depresyonda yaşam boyu intihar riski %10-15 oranında mevcut olduğu belirtilmiştir (Yüksel, 2001).

Kişinin ahlaki eğilimi intihar girişiminde kilit noktadadır. Bireyin yaşadığı toplumdaki değeri ahlaki eğilimi gösterir. Bireyin toplumla ilişkisini bozan olaylar intihar ile sonuçlanabilir (The Center for Disease Control and Prevention, 1994).

İntihar girişimi ile niyeti arasında belli bir zaman dilimi bulunmaktadır. Bazı kişilerin eylemden uzun zaman önce planlar yaptıkları, bazılarının herhangi bir plan yapmadan dürtüsel biçimde girişimde buldukları, kimilerinin ise hiç girişim olmadığı halde sürekli ya da zaman zaman ortaya çıkan intihar niyeti varken girişimde buldukları bildirilmektedir (Kaplan and Sadock, 2005).

2.7. İNTİHAR GİRİŞİMİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Ülkelere göre sıralaması değişse de ilk üç sıradaki intihar yöntemleri; ası, kendini ateşli silahla vurma ve kimyasal madde (analjezikler, antibiyotikler, koroziv etkili ilaçlar, antidepresanlar ve antihistaminikler) alarak kendini zehirleme yani intoksikasyonla olarak belirtilmiştir (Şenol ve ark., 2005). Girişimin ciddiyeti, girişim yönteminin vücuda verdiği hasar arttıkça artar.

Kültür de yöntemleri belirleyen etkenlerden biridir. Küresel olarak ilk ve en doğal yöntem yüksekten atlayarak ölmek olmuştur. Eski yöntemler arasında ise asılmak, boğulmak ve atlamak gelmektedir. Teknolojik gelişmeler bunlara engel olamamış sadece azalmasına sebep olmuştur ve yerini yeni yöntemlere bırakmıştır. 18. yüzyılda ateşli silahlar, 19. yüzyılda evlerdeki mevcut gazlar, uyku ilaçları ise 20. yüzyılda teknoloji sayesinde yerini almıştır. Özellikle 20. yüzyılın son yarısında ortaya çıkan

gelişmeler, faydalı olmasının yanı sıra; zararlı olabilen çok sayıda ilacı da tıbbın hizmetine sunmuştur. İlerleyen teknoloji ve endüstrileşme ile birlikte insan hayatına giren binlerce ilaç ve kimyasal madde, bunların kullanıldığı terör olayları sebebiyle, zehirlenmeler tedavi ve etkin koruma gerektiren acil durumlar olarak önem arz etmektedir (Suchard et al., 2002; Hoffmann et al., 2002).

İntihar girişimleri iki gruba ayrılmıştır: Şiddet içeren ve içermeyen yöntemler. Şiddet içeren yöntemler arasında yüksekten atlama, ası, kesici alet, ateşli silah kullanımı, kendini yakma ve arabayla uçmak; şiddet içermeyen yöntemlerden de; gazla yapılan girişimler ve ilaç içmedir. Yöntem seçiminin incelendiği iki araştırmada, şiddet içeren girişimde bulunanların çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu ve yaş ortalamalarının daha büyük olduğu sonucuna varılmıştır (Tuzer ve ark., 1995). İntihar, aile öyküsünde bulunanların girişimi şiddetle ilişkilidir (Roy, 2001). İstanbul'da Çetin ve arkadaşlarının yaptıkları on yıllık bir periyodu inceleyen araştırmada intihar eden 65 vakanın İstanbul'daki Boğaz Köprüsünden atlama yoluyla gerçekleştiği saptanmıştır. Bu vakaların 4 tanesi ise kadın, 61 tanesi erkektir. Avusturya'da yapılan 30 yıllık bir araştırmada %44,8 oranla intihar yöntemlerinden ası her iki cinsten de ilk sırada yer almaktadır (Nestor, 2004).

Avusturya'da yapılan epidemiyolojik araştırmada, erkek ve kadınlar arasındaki intiharların mevsimsel eğilim gösterdiği, her ikisinde de şubat ayında düşüş gösterdiği, mayıs ayında ise tepe noktasına ulaştığı saptanmıştır (Kapusta, 2004).

Burns ve arkadaşlarının Kuzey İrlanda'da ki araştırmalarında her iki cinsten de en çok kullanılan yöntemin ası olduğu, en sık 20-29 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Burns, 2007). Türkiye'de intiharların neredeyse %50 ye yakın bir kısmı her iki cinsiyette de, kendini asma yoluyla birinci sırada gerçekleştirilmektedir. İkinci sırada

erkeklerde ateşli silah, kadınlarda kimyasal madde kullanarak intihar gelmektedir. Daha sonra üçüncü sıradaki yöntemse erkeklerde kimyasal maddeyle, kadınlarda ise yüksekten atlamayla olmaktadır (Ucan, 2005).

1993-2002 yıllarını kapsayan Litvanya'daki araştırmada yine her iki cinste en yaygın olarak kullanılan yöntem ası olarak bulunmuştur. Ası yönteminden sonraki en yaygın ikinci intihar metodu ise kadınlarda zehirlenmeler, erkeklerde ise ateşli silah ve patlayıcılarla olmaktadır. Macaristan, Estonya, Almanya, İsrail ve Slovenya gibi ülkelerde de en sık görülen intihar yöntemi asıdır. Bu ülkelerdeki ası oranı genelde Litvanya'dan daha düşük olarak raporlanmıştır. Yüksekten atlama ise bazı ülkelerde yaygındır. Singapur'da intihar için en yaygın metot %70 oranı ile yüksekten atlamadır (Starkuviene et al., 2006).

Tayland'da yapılan araştırmada her iki cinste de tüm yaş gruplarında en yaygın biçimde kullanılan yöntem ası olarak tespit edilmiştir (Lotrakul, 2006). İntihardaki kuvvetle ilişkili olan faktörler arasında; erkek olmak, depresyonda olmak, hapisyanede olmak, toplumdan izole olmak, ciddi fiziksel rahatsızlığı mevcut olmak, boşanmış veya ayrı yaşıyor olmak, alkol veya ilaçla ilişkili problemi bulunmak, yakın zamanda işini kaybetmiş olmak gibi daha birçok özellik sayılabilir (Kapur, 2006).

Genellikle kadınlar şiddet içerenleri yani kas gücü gerektiren yöntemleri tercih etmemektedir. Daha az öldürücü yöntemleri seçerler. Daha aktif metotları ise erkekler tercih ederler. Amaçlarına daha hızlı ulaşmaktadırlar. Seçim sebepleri bu tercihleri yaparken bile toplumsal etkilerden dolaydır. Fobiler, adolesan öncesi evre, maddeyi kötüye kullanmak, depresif bozukluklar ile davranışsal yâda duygusal bozukluklar geçirme intihar risklerini arttırmaktadır (Steinhausen et al., 2006).

Bunların yanında Japonya'daki; Harakiri, junshi, shinju gibi yöntemler bulunmaktadır. Bunlar geleneksel intiharlara en güzel örnekler olarak gösterilebilir.

2.8. İNTİHARDA TOKSİKOLOJİ

İlaç alımı intihar amaçlı en yaygın yöntemlerin başında gelmektedir. İngiliz literatüründe milattan sonra 1230 yıllarında ilk defa zehir terimi, ilaç dozlarını ve içeriği ölümcül olabilen ilaçları belirtmek için kullanılmıştır (Dictionary, O.E., Oxford, Clarendon Pres). “Her madde zehir özelliği gösterebilir ancak ilaç ile zehir birbirinden ayıran dozudur” diye belirten Paracelsus, birçok maddenin zehirsiz özellik taşıyabileceğini ifade etmiştir. Buradan da anlaşılacağı gibi ilaç iyileştirme, zehir ise öldürme maksadıyla kullanılır. İlaç dozu tedavi için öngörülenden fazla miktarda alındığı takdirde, o ilaç faydasından ziyade zehir olarak kullanılmış olacaktır.

Endüstrideki gelişmeyle beraber son yüzyılda kimyasal maddelerin yaygınlaşması; bunların da kolayca elde edilebilir olması ya da ani ve hızlı ölüm meydana getirmeleri sebebiyle zehirle intihar oranında önemli artışlar kayıt altına alınmıştır. Toksikolojinin önemi, acil tıp servislerinin kurulması ve buraya zehirlenme vakalarıyla başvuruların istatistiksel dokümantasyonu yapıldıkça daha çok anlaşılmıştır. Acil servislere başvuru sebeplerinden birisi de ilaç intoksikasyonudur. İlaç intoksikasyonları erişkinlerde genellikle intihar amaçlı, çocuklarda ise sıklıkla kazara alım sebebiyle meydana gelmektedir. Acil servislerin ülkemizde sıkça karşılaştığı sorunlardan biri olmasına karşılık, güvenilir derecede morbidite ve mortalite istatistiklerine ulaşmak oldukça zordur (Seydaoğlu, 2004).

Toksikoloji; adli, ekonomik ve sanayi toksikolojisi olarak üç temel alt birime ayrılır. Adli toksikoloji özellikle ciddi yaralanma veya ölümlü sonuçlanan vakaların medikal yönünü inceler. Ekonomik toksikoloji ise yiyeceklere ilave edilen maddelerde, kozmetik, veteriner ilaçlarındaki maddelerde, gübre ve ilaçlardaki kimyasal maddeleri konu alır. Sanayi toksikolojisi ise, su ve havadaki kimyasal kirleticilerin zararlı etkilerini inceleyerek, ev ve çalışma ortamında mevcut olanları araştırır.

Öldürme amacıyla zehir, iyileştirme için ise ilaç kullanılır. Fakat ilaç dozu tedavi için öngörülenden fazla miktarda alındığı takdirde, o ilaç faydasından ziyade zehir olarak kullanılmış olacaktır. Zehirlenme sonucu görülen ölümlerin en yaygın şekli intihardır. İntiharlarda sıklıkla; arsenik, siyanür ve diğer toksik maddelere nazaran reçete ile alınmış tıbbi ilaçlara rastlanmaktadır. Ruhsal sorunlara sahip olan bireyler, bu hastalıklarının bulgularıyla mücadele etmeye çalışırken kendilerine önerilen ve letal dozda alındığında ölümcül olabilen ilaçlara rahatlıkla ulaşabilmektedirler (Poklins, 1997).

İlaçların toksik dozda kullanımı tüm çabalara rağmen Avustralya'da önemli bir problemdir (Bystrycki and Coleridge, 2000). İlaçların bulunduğu toplumun sosyal ve kültürel yapısına uymayacak şekilde ya da tıbbi endikasyon dışında kullanılması "ilaç suistimali " olarak tanımlanır. Bununla birlikte tüm ilaçların (ağrı kesiciler, vitaminler, antibiyotikler gibi) suistimali mümkün olmaktadır. İlaçlardan sonra ev, endüstriyel ve tarımsal kaynaklı toksik maddeler ile birlikte keyif verici maddelerle de zehirlenme yaşanmaktadır (Dictionary, O.E., Oxford, Clarendon Pres). Trankilizanlar, barbitüratlar gibi ilaçlar intihar amacıyla sıkça tercih edilirken; havagazı, karbonmonoksit, asit içme, antifriz, çamaşır suyu vb. madde ve yöntemler de bu amaçla kullanılabilir.

Şu da bir gerçektir ki; kişiler yaşadıkları çevrede kolay ulaşılabilir olan maddeleri intihar amaçlı kullanırlar. Ölümün ağrısız olacağını düşünen birey, kolay temin edebileceği maddeleri tercih ederek kullanır. Kırsal kesimde zirai mücadele ilaçları, şehirlerde ise tıbbi ilaçlar daha kolay elde edilebilmektedir.

Kaza ile oluşan zehirlenmeler diğer ülkelerde yaygınken, gelişmiş ülkelerde intihar amaçlı ilaç alımı daha sıklıkla görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde organofosfatlar ve böcek ilaçları sorun haline gelmiş bulunmaktadır (Lapatto-Reiniluoto, 2001; Kurt, 2004). Finlandiya'da psikiyatrik ilaçlar ve alkol öne çıkarken, İngiltere'de parasetamolle en sık intihar olmaktadır (Lapatto-Reiniluoto, 2001).

2.9. İNTİHAR ETİYOLOJİSİ

2.9.1. Biyolojik Faktörler

Biyolojik açıdan intiharın etiyojisini incelediğimizde; nörotransmitterler, genetik faktörler, endokrinolojik etkenler, nörokimyasal bulgular, beyin biyokimyası, elektroensefalografi (EEG) bulguları vb. pek çok sebep öne atılmıştır.

İntihar davranışı üzerindeki genetik faktörlerin rolünün, psikolojik stres faktörleri ve diğer ruhsal hastalıklardan farklı olarak %30-50 oranında olduğunu araştırma sonuçları göstermektedir (Roy and Segal, 1995; McGuffin, 2001). Bazı bireylerin yapısal yatkınlığının genetiksel kişilik özellikleriyle ilişkili olabileceği ve bu bireylerin yapısal olarak intihar davranışına daha yatkın olacağı düşünülmektedir (Brent and Mann, 2005).

İntihar davranışında da psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi ailesel yatkınlık söz konusu olabilir. Moleküler ve genetik araştırmalarından elde edilen ikiz ve evlatlık çalışmaları üzerine güçlü veriler bulunmaktadır. Bu araştırmalarda diğerlerine göre anlamlı ölçüde, tek yumurta ikizlerinde intihar ve intihar girişimi uyumluluğunun yüksek olduğu tespit edilmiştir (Roy and Segal, 1995; Mann, Brent and Arango, 2001). İntihar artışına bakacak olursak, dizigot ikizlerinde iki kat fazla iken, monozigot ikizlerinde bu oranın yaklaşık 11 kat daha fazla olduğu görülmektedir (Kaplan et al., 2005).

Gerçek beklenen ve algılanan zarara karşılık olarak fizyolojik cevabı düzenleyen sistem Hipotalamus-Hipofiz adrenal aks olarak bilinir. Hipotalamus-Hipofiz adrenal aksı akut streste aktive olur. Glikokortikoid seviyesi artar. İntihar ile alakalı bir diğer fonksiyon ise serotonin seviyesidir. Hem intihar için hem de impulsif agresyon için düşük serotonin seviyesi bir eğilim yaratmaktadır (Mann, Brent and Arango, 2001; Oquendo and Mann, 2001). Hipotalamus-Hipofiz adrenal aksı ile serotonerjik sistem arasında zıt yönlü ilişki varlığı mevcuttur. Kortizolu yükselten serotonerjik yolların etkinleşmesidir. Aksine serotonin reseptörleri glikokortikoidlerce engellenir. 2001 yılında serotonin geri alım inhibitörü olan d-fenfluramin'in intihardaki etkisini araştıran Duval ve arkadaşları bazı sonuçlar keşfettiklerini bildirmişlerdir (Goldsmith et al., 2003). Serotonerjik ve değişmiş noradrenerjik fonksiyonların intihar girişiminde bulunanların beyinlerinde mevcut olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte intihar girişiminde bulunanların beyinlerinde asit ve serotonin miktarında azalma olduğunda tespit edilmiştir. Serotoninin impulsif hareketin engellenmesinde etkili olduğuna dayalı kanıtların varlığı da ispat edilmiştir (Goldsmith et al., 2003). Aynı zamanda serotonin ile etkileşebilen intiharla ilişkili tüm çevresel faktörlerde (psikoaktif madde kullanımı,

stres, üzüntü, kolesterol gibi) mevcuttur (Tondo and Baldessarini, 2003). Azalmış prolaktin seviyesi de intiharla bağdaştırılabilir. Yapılan son araştırmalarda serum kolesterol düzeyi düşük olan psikiyatrik hastalarda intihar girişimi gözlemlendiği belirtilmiştir (Gulliem et al., 2002).

Struve tarafından 1972 yılında yapılan bir çalışmada EEG’de paroksizmal ritim bozukluğu görülen hastaların diğerlerine oranla intihar düşüncesi olanlarda iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır. EEG’deki bu ritim bozukluğunun sadece intiharla alakalı olmadığı, yıkıcı ve saldırgan davranışla da birlikte görüldüğünü ortaya çıkaran çalışmalarında yapıldığı bilinmektedir (Ceylan ve Yazan, 2000).

2.9.2. Psikolojik Faktörler

Klinik ve epidemiyolojik çalışmalara baktığımızda yetişkin dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların sıklıkla yetişkin dönemden önce baş gösterdiği belirtilmektedir.

İntihara ilişkin çok sayıda psikososyal açıdan yaklaşım biçimi olduğu görülmektedir. İntihar eyleminde ya da girişiminde bulunan bireylerin ortalama %94’ünde en az bir psikiyatrik hastalık varlığı ortaya konmuştur (Roy, 2000). Ruhsal hastalıkların yanı sıra madde kullanımı öyküsü de araştırılmalıdır (Jacobs, 2003). Ciddi anlamda intihar riski taşıyan kişilerin kronik sağlık problemleri olduğu da bulunmuştur. Bunların içerisinde ise malign neoplazma hastalarının en fazla intihar riski taşıdıkları kanıtlanmıştır (Suominen et al., 2002).

Diğer hastalıklarla karşılaştırıldığında epilepsi hastalarının intihar oranının 5-7 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bunun dışında bireyin ruhsal durumunu etkileyen;

hepatik ensefalopati, adrenal hipoaktivite ve hipotiroidizm gibi hastalıklarda intihara zemin hazırlamaktadır (Yüksel, 2001). Bulimialı nervozalı ergenlerde intihar riskini arttıran etkenler incelendiğinde ise kötü aile tecrübeleri ve multipl faktörler yer almaktadır (Nickel et al., 2006).

Psoriasis'li hastalarla yapılan bir araştırmada ise bu hastaların da intihar etme olasılığının fazla olduğu Deveci ve arkadaşları tarafından belirtilmiştir (Deveci ve ark., 2007). Yeterli düzeyde tedavi almayan ruhsal sorunlular; hastalıklarının iyileşmemesine, kronikleşmesine ve komplike olmasına neden olarak intihar riskini arttırabilirler (Ekici, Savaş ve Çıtak, 2001).

İntihara yatkınlıkta dürtüsel davranış eğilimi de ortak özellik olarak karşımıza çıkmaktadır (Ak, Özmenler ve Özşahin, 2008; Coryell and Young, 2005). Yapılan araştırmalarda; kişilerin olgunlaşmamış, dürtü kontrolleri zayıf, ben merkezci, bağımlılık gereksinimleri çok fazla ve bencil gibi kişilik özelliklerine sahip bireylerin intihar girişimine yatkın oldukları saptanmıştır (Cheng, Mann and Chan, 1997; Tidemalm, Elofsson and Stefansson, 2005).

Hayatı boyunca majör ya da unipolar depresyon tanısı konmuş bireylerinde %10-15 ihtimalle intihar gerçekleştirdiği belirtilmiştir. Tedavi edilmeyenlerde bu oran daha da artmaktadır. İntihar girişiminde bulunan bireylerin sorunlarla başa çıkmada, duygusal baş etmeyi yansıtan çaresiz zor yaklaşımı daha fazla kullandıkları Tel ve Uzun'un yaptıkları araştırmada ortaya konmuştur (Tel ve Uzun, 2003).

Genellikle intihar gerçekleştirenlerde birden fazla fiziksel hastalık, alkol ve maddeyi kötüye kullanım ve çeşitli kişilik bozuklukları gibi başka hastalıklara da sahip oldukları gözlemlenmiştir (Bakım ve ark., 2007). En çok rastlanan ruhsal rahatsızlık depresif bozukluktur. Hagnel ve Rorsman'ın yapmış olduğu araştırmada ruhsal hastalığı

olmayan bireyler topluluğunda intihar oranı yüzbinde 8,3 iken, depresif bozukluklarda bu oran yüzbinde 83 düzeyinde tespit edilmiştir. Depresif bozukluğu olan erkeklerde ise bu düzey yüzbinde 650'lere kadar artmaktadır (Sayıl ve Berksun, 1998). Psikanalitik kuramın ünlü ismi Freud; depresyonda gerçekte ya da hayali bir nesne yitimi olduğunu, yasta ise gerçek bir nesne yitimi olduğunu belirtmiştir (Alper, 2002).

İntihar girişiminde bulunan kişilerin %46,7'sinin psikiyatrik değerlendirilmelerinde depresif bozukluk tanısı konulduğu Ateşçi ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmada saptanmıştır. Bu tanıyı da psikotik bozukluklar ve anksiyete bozuklukları sırasıyla takip etmiştir (Ateşçi, 2002). Depresyon tanısı ise %48,1 lik oranla Sağınç ve arkadaşlarının araştırmalarında da tespit edilmiştir (Sağınç, 2000). İntihar girişimlerinin büyük kısmının dürtüsel kaynaklı olarak gerçekleştirildiği vurgulanmıştır (Read, 1997; Farmer and Catalan, 1996).

İntihar gerçekleştirenlerin psikiyatrik hastalıkları incelendiğinde; ilk sırayı %35-80'lik oran ile depresif bozukluklar, sonrasında %10 oranıyla şizofreni ve en son %5 oranı ile demans ya da deliryum almaktadır. Aynı zamanda alkol bağımlılığı ise bunların %25 lik kısmını oluşturmaktadır (Roy, 2000; Çayköylü, 1997). Akıl hastalığı intihar ile özdeş değildir. İntihar girişiminde bulunanların büyük bir çoğunluğunun akıl hastalığı bulunmuş olsa da bu yargının tersi doğru kabul edilemez. İntihar etme riskini artıran faktörlerden bir diğeri ise çocukluk çağı travmalarıdır ki hem ruhsal bir hastalığa yatkınlığı hem de stresli yaşam koşullarına yol açmayı doğurmaktadır. İntihar ile ilişkili bilişsel faktörlerin oluşumu, bağımlılık, kendine saygının düşük oluşu, düşük problem çözme kabiliyeti, kontrol kaybı duygusu ve umutsuzluk gibi faktörler de çocukluk çağı travmaları ile ilişkilendirilmektedir (Goldsmith, 2003).

Anne ya da babanın herhangi birinin yitirilmesi, bireyin yaşı ne olursa olsun ruhsal travmaya maruz bırakırken; küçük yaştaki çocukları bu kayıp daha çok sarsmaktadır. Bu konuda yapılması gereken şey ise sosyal sorunları çözüme kavuşturmaktır (Mitchell, 2006). Çocuk cinsel istismarının adölesan kızlar üzerindeki intiharla ilişkisini inceleyen bir araştırma Çin'in Henan Bölgesinde yapılmıştır. Bu çalışmanın amacı ise, adölesan kızlardaki riskli davranışların ortaya konulması, Çin'deki çocuk cinsel istismarının epidemiyolojisi ve ruh sağlığı üzerine etkilerinin incelenmesidir. Bu araştırma ortaöğretim düzeyinde ki 351 kız öğrenci üzerinde incelenmiştir. Bu çalışma neticesinde incelenen olguların %21 nin bir şekilde 16 yaşından önce cinsel istismara maruz kaldığı öğrenilmiştir. Bu istismarların ise %14'ünün fiziksel temas ile gerçekleştiği belirtilmiştir. Bu durumun ise kırsal alan veya şehirde oturmak, ailenin eğitim durumu ve kardeşin bulunup bulunmaması ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir. Bununla beraber; Çin'deki cinsel istismara maruz kalmış olan adölesan kızların davranış tarzlarının diğer batı ülkelerine benzer şekilde ortaya çıktığı saptanmıştır (Chen, Dunne and Han, 2006).

Antisosyal kişilik bozukluğuna sahip kişilerin %5'inin intihar girişiminde bulunduğu öngörülmektedir. İntihar oranı mahkûmlarda toplumun üç katı kadardır. Genelleme yapılacak olursa mahkûm intiharlarının üçte birinden fazlası daha önce ruhsal tedavi almış bireylerdir. Bu vakalarında %50 sinin, son 6 ay içinde daha önceden bir intihar girişimi ya da tehdidinde bulunduğu bildirilmiştir (Koroğlu, 1999).

1 yıldan 40 yıla kadar olan zaman aralıklarını kapsayan ve şizofreniler üzerinde yapılan bir kohort çalışmasında, şizofreni hastalarında tamamlanmış olan intihar sonuçlarının %10-13 arası bir oranda bulunduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, intihar girişimlerinde bulunan hastaların oranı ise yaklaşık olarak %40 bulunmuştur.

Şizofreni hastalarının hayatları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş olmalarının oranı ise %37 olarak ABD’de gerçekleştirilmiş olan Ulusal komorbidite çalışmasında ispatlanmıştır. Bu çalışma ışığında bakacak olursak, yaşam boyunca tek bir hastalık için en yüksek intihar oranı şizofrenilerde karşımıza çıkmaktadır. İntihar etme oranları kıyaslanacak olursa, şizofrenik hastalarda bu oranın toplumun genel ortalamasının en az 20 katına kadar çıktığı görülmektedir (Kırkpınar ve Nazan, 2001). İntihara neden olan risk etmenlerinin en önemlisi ise şizofreniye depresyonun eşlik ettiği durumdur. Şizofreni tanısına sahip olan hastalardan yineleyen depresif bozukluk gelişenlerin yaşamları boyunca %10 civarında intihar girişimi görüldüğü gözlemlenmiştir (Kırkpınar ve Nazan, 2001). İntiharda bulunan ve şizofreni tanısına sahip hastaların; alkolizm (%36), yakın zamanlı intihar girişimi ya da bunun dile getirilmesi (%74), paranoid alt tip (%57), hastaneye yattığında yüksek oranda tedaviye ilgisiz ya da olumsuz yaklaşımı (%81), çok sayıda hastaneye yatış varlığı ve son hastanede yatış suresinin kısa süreli olması gözlemlenmiştir (Bakım ve ark., 2007).

527 kişide görülen tamamlanmış intiharın, %8,1’inde şizoaffektif bozukluk ve şizofreni tanısı görüldüğü McGirr ve Turecki’nin çalışmalarında tespit edilmiştir (McGirr and Turecki, 2008).

Japonya’da gerçekleştirilen bir araştırmada intihar riski için; ağır alkol alan, alkol almayan ve az alkol alanlar olarak 3 grup belirlenmiş olup Nakaya ve arkadaşları tarafından incelenmiştir. Ağır alkol alan grupta intihar riskinin anlamlı derece de yükseldiği sonuç olarak bulunmuştur (Nakaya et al., 2007). 280 alkoliğin incelendiği bir çalışmada ise 121 (%42,9) tanesinin intihar girişiminde bulunduğu Roy tarafından ortaya çıkarılmıştır (Roy, 2003). Bütün intiharların %20-%40 lık oranını alkoliklerin oluşturduğu yapılan intihar çalışmalarında kanıtlanmıştır. Crombie ve arkadaşlarının

incelediği araştırmada da alkolün intihara neden olduğu bulunmuştur (Crombie et al., 1998).

İntihar oranı kokain bağımlılarında da yüksek bulunmuştur. Kokain kullanan kişilerin artmış intihar girişimine eğilimli oldukları ABD’de yapılan ve 13673 olgunun incelendiği epidemiyolojik bir araştırmada belirtilmiştir (Roy et al., 2001).

2.10. İNTİHAR GİRİŞİMİNE YÖNELİK TUTUM ÖLÇEKLERİ

İntihar girişimine karşı gerek hemşire ve doktorların gerekse diğer tüm acil servis çalışanlarının tutumlarını ölçen ölçme araçlarının geliştirildiği yurtdışında yapılan araştırmalara bakıldığında görülmektedir. Avustralya’da 2007 yılında yayınlanmış olan “Acil servis hemşirelerinin kendine kasıtlı zarar veren olgulara yönelik tutumları; triyaj ve hasta bakımı” adlı araştırmada, Domino ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilmiş “Suicide Opinion Questionnaire” / “intihar düşüncesi soru formu” nun değişiklik yapılmış başka bir sürümü kullanılarak acil servislerdeki 43 hemşireye erişilmiş ve acil serviste kendine kasıtlı zarar verme vakaları karşısındaki davranışları, triyaj ve hasta bakımları incelenmiştir. 4 kısımdan oluşan bu form 29 sorudan meydana gelmektedir. İlk kısım 4 maddeden meydana gelen ‘sosyo-demografik özellikler’, 2. kısım 5 maddeden meydana gelen ‘uygulama kılavuzlarını’, 3. kısım 14 maddeden meydana gelen ‘tutumu’ ve 4. kısım ise 6 maddeden meydana gelen ‘triyaj ve bakımı’ ihtiva etmektedir. Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında ise tutumun hasta bakımını etkilediği ve tutumun pozitif yönde olabilmesi için rehber ve eğitim hizmetlerinin öneminden bahsedilmiştir (McCann et al., 2007).

İrlanda’da bir eğitim hastanesinde 2008 yılında yapılan ve 2010 da yayınlanan “Acil serviste çalışan hemşirelerin kendine kasıtlı zarar vermiş olgulara yönelik tutumları-An examination of emergency department nurses’ attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital”, isimli çalışma acil servisteki hemşirelerin tutumlarını ölçmek maksadı ile gerçekleştirilmiştir (McCarty and Gijbels, 2010). Başka bir araştırma olan “Kendine Kasıtlı Zarar Verme Antipati Ölçeği Kullanılarak Acil Servis Hemşirelerin Kendine Kasıtlı Zarar Verme’ye Yönelik Tutumları - Measuring Emergency Department Nurses’ Attitudes Towards Deliberate Self-harm using the Self-Harm Antipathy Scale” adlı çalışma da 2010 yılında yine İrlanda’da yapılarak yayınlanmıştır. Bu araştırma İrlanda da bulunan ve 4 farklı acil serviste çalışan hemşireler arasından rastgele seçim yöntemiyle belirlenenlerle yapılmıştır. Araştırmada vakalar karşısında hemşire tutumunun olumlu yönde olduğu görülmekle birlikte azda olsa hafif bir olumsuzluk belirttikleri de saptanmıştır. Öneri olarak ise acil servis hemşirelerinin desteklenmesi ve eğitilmesi gerektiği belirtilmiştir (Patterson et al., 2007).

Yunanistan’da 2009 yılında yapılan ve 2010 yılında yayınlanan “İntihar Davranışına Karşı Tutumlar; ölçme aracı geliştirme, Attitudes Towards Attempted Suicide: the Development of a Measurement Tool ” adlı araştırma; sağlık çalışanlarının intihar vakalarına karşı tutumlarını ölçen bir ölçme aracı geliştirmek maksadı ile yapılmıştır. İncelenen literatür araştırmaları sonucunda yapılmış benzer çalışmalarda soru formları ve anketlerden yararlanılarak bu çalışmada kullanılan soru formu dizayn edilmiştir. Atina da yer alan iki devlet hastanesinde çalışan 186 sağlık görevlisi bu çalışmaya iştirak etmiştir. 80 maddenin bulunduğu bu ölçek geliştirme çalışması

neticesinde sağlık çalışanının tutumunu ölçebilecek güvenilir ve geçerli olan yeni bir lme aracı bulunmuştur (Ouzouni and Nakakis, 2009).

2.11. ACİL SERVİS YOĞUNLUĞU

Acil servise gelen kişi sayısı bilhassa son zamanlarda katlanarak artmakta ve bu durum süreklilik göstermektedir (Köksal, 2010; American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine, 2004; Nawar et al., 2005; Kılıçaslan ve ark., 2005). Refakat eden kişi sayısı da en az acil servislere başvuru yapan hasta sayısına eşit veya daha fazla sayıda olmak üzere hızla artış göstermektedir. Bilhassa gelişmekte olan ülkelerde ve tüm dünyada buna paralel olarak acil servis yoğunluğu giderek yükselmektedir (Afilalo et al., 1995; Schappert and Burt, 2006).

Bu artışın nedeninin ise acil servise gelen hastaların algılanan ciddiye durumundan kaynaklandığı Afilalo ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada belirtilmiştir (Afilalo et al., 1995). İngiltere’de yapılan bir çalışmada ise acil servise başvuru yapan hastaların üçte birinin hastalık şiddetini yanlış algıladıkları Prince ve Worth tarafından ortaya çıkarılmıştır (Prince and Worth, 1992).

Acil servislerde aşırı hasta yoğunluğu konusunda yayınlanan makaleler incelendiğinde ise ABD’de son 20 yılda acil servis deki aşırı hasta kalabalığının birden çok nedeni olduğu görülmüştür. Asıl nedenin ise; toplumdaki hastalıkların sıklığının artışı ve bu hastalardan hastaneye yatması gerekenlerin sayısının yükselmekte olduğudur. Buna karşın hastaları yatırmak için hastanelerde yeterli yatak çoğu zaman bulunmamaktadır (Resmi Gazete Tarihi: 11.05.2000 Resmi Gazete Sayısı: 24046).

Acil sağlık hizmetlerinin en belirleyici niteliği, acil m¼dahaleye ihtiyaç duyan hastaları ayırt etmek ve bu hastalara gereken tıbbi yardımı sağlamaktır (Jessamy, 2006).

Acil servislerde hasta yoğunluğundaki yükseliş son yıllara bakıldığında nüfus artışına oranla daha fazla sayıda olmaktadır (Hunt et al., 2006). Durumu acil olan hastaların m¼dahaleleri yapılırken, servisin aşırı kalabalık olduğu zamanlarda gecikmeler yaşanmaktadır (Shiber et al., 2009). Acil yakınması olmayan hastaların acil servise başvurmaları, nüfus artışı ve iç göçler de bu hasta yoğunluğu ile ilişkilendirilmiştir (Derlet et al., 1995; Kellermann et al., 1994). Acil servislere toplam kişi başi başvuru sayısı 2002 yılında 0,29 m¼racaat/yıl; 2008 yılında 0,97 m¼racaat/yıl; 2013 yılında 1,31 m¼racaat/yıl olarak Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğu verilerine göre saptanmış olup 2014 yılında da bu oranda artış olduğu vurgulanmıştır. Tüm hastaneler ÷lkemiz genelinde incelendiğinde 2002 yılında bilhassa %59,4 olan doluluk oranı 2008 yılında %65,7 ve 2014 yılında %69,8 oranına yükseldiği tespit edilmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Kamu Hastaneleri İstatistikleri Yıllığı 2014).

2.11.1. Acil Servise İntihar Girişimi ile Yapılan Başvurular

İntihar girişimi sonrası ilk başvuru yapılan yerler genellikle hastanelerin acil servisleri olmaktadır. İntihar girişiminde bulunan ve sıkıntı çeken kişi, ister eylemlerinin bir sonucu olarak isterse yardım maksatlı acil servise gelmektedir (Biggs et al., 2015; The Scottish Government, 2013).

2.11.2. Acil Servise Başvuruların Yaygınlığı Ve Sıklığı

Acil servislere intihar girişimine bağlı olarak yapılan müracaatlar giderek artış göstermektedir (Crouch et al., 2016). İtalya'nın Modena kentinde intihar girişiminde bulunanlar arasında intihar tutumunu tanımlamak maksadıyla üç hastanede yapılan müracaatların incelendiği bir araştırmada Ağustos 2015–Ağustos 2016 yılları arasını kapsayan 13 aylık sürede intihar girişimi sebebiyle acil servise 187 kişi müracaat da bulunmuştur (Bisi et al., 2017). Bursa'da 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarının acil servislerine 2008-2012 yılları içinde intihar girişiminde bulunup, başvuru yapanlar ile ilgili bir araştırmada intihar girişim frekansları 2008-2012 yılları için sırasıyla yüzbinde 40,3; 46,7; 47,8; 47,6 ve 46,5 olarak tespit edilmiştir (Çatak ve ark., 2015). Başka bir çalışmada ise 25 Mayıs 2010 ve 31 Mayıs 2011 tarihleri içinde bir üniversite hastanesinin acil servisine toplam 70137 hasta başvurusu yapılmış olup bunların 115 (%0,16)'ini intihar girişiminde bulunanların oluşturmuş olduğu gözlemlenmiştir (Padilha et al., 2013). Ocak 2010 - Temmuz 2010 ayları arasında Ankara'da bulunan tüm hastanelerin acil servislerine intihar girişimi sebebiyle toplamda 1943 vakanın başvuru yaptığı da bildirilmiştir (Ercan ve ark., 2016). 2003-2006 yılları içinde yapılan bir araştırmada ise İsviçre'nin Basel kentinde intihar girişimi sebebiyle acil servise toplamda 984 müracaat yapıldığı gözlemlenmiştir (Muheim et al., 2013). Ocak 2014 - Aralık 2014 tarihleri içinde intihar girişimi ile gelen hastaların klinik ve demografik özelliklerini belirlemek maksadıyla Yunanistan'da genel bir hastanenin acil servisinde yapılan araştırmada ise, intihar girişimi sebebiyle acil servise başvuru yapanların toplamı ise 203 kişi olarak bulunmuştur. Bu kişi sayısı ise acil servise yapılan müracaatların toplamının %0,35'ini meydana getirmektedir (Filippatos and Karasi,

2017). 2007-2011 yıllarını kapsayan zaman diliminde Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün intihar girişimleri kayıt formları incelendiğinde toplam 6827 başvurunun acil servislere yapıldığı görülmüştür. 2007-2011 yılları içinde Manisa'nın kaba intihar girişimi hızları sırasıyla yüzde 84,5; 89,5; 115,8; 113,9; 106,0 olarak tespit edilmiştir (Şimşek ve ark., 2015). Erzurum ve Erzincan illerindeki 17 devlet hastanesinin acil servislerine 2006 ve 2008 yılları içinde intihar girişimi sebebiyle yapılan toplam müracaat sayısı sırasıyla 312, 325 ve 256 olarak Eroğlu ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada görülmüştür (Eroğlu ve ark., 2014).

2.11.3. İntihar Girişimini Önlemede Acil Servisin Yeri ve Önemi

Önlenebilir bir durum olan intihar kaçınılmaz bir sonuç olmaktan çıkmaktadır (Murphy, 2017). Ülkelerdeki intihar oranlarının 2020 yılına kadar %10 azaltılması ve intiharların önlenmesi, Ruh Sağlığı Eylem Planı'nın önde gelen hedefleri arasında yer almaktadır (WHO, 2016). İntihar riskinin iyi bir iletişim ve kontrol altında bakım sağlayarak azaltılabileceği, İngiltere intihar önleme stratejisi içerisinde yer alan acil servislerin anahtar bir nokta oluşturduğu görülmektedir. Önlenebilir bir durum olan intiharların; acil servislerin intihar girişiminde bulunmuş kişileri değerlendirmek için standartlaştırılmış protokolleri kullanarak, bakım sürekliliği sağlayarak ve diğer servislere konsültasyon yaparak ABD ulusal intihar önleme stratejisi içerisinde yer alması beklenmektedir. İntihar önleme programlarına dahil edilen acil servislerin, intiharın önlenmesinde büyük öneme sahip olduğu aşikardır (Hatcher, 2016). İntihar girişiminde bulunan kişinin acil servisten taburcu edilmesinden sonraki ilk 30 gün içinde tekrar intihar girişiminde bulunması ve ölüm riski en yüksektir ve ilk poliklinik

randevusuna her yaş grubundan bireyin %70'i gitmemektedir (Suicide Prevention Resource Center, 2013). Acil servislere başvuru yapan intihar girişiminde bulunmuş kişilerin aldıkları bakım, tek müdahale şekli olabilir. Çünkü taburculuk sonrası kişilerin psikiyatri polikliniklerine gitmemesi ve psikiyatri servisine yapılan yatışların gittikçe azalması bu duruma neden olabilmektedir (Biggs et al., 2015). Bazen kişinin acil servise intihar girişimi ile gelmesi, tekrar bir intihar girişiminde bulunup yaşamını yitirmeden önce sağlık hizmetleriyle son karşılaşması olabilir (The Scottish Government, 2013). Değerlendirme ve psikiyatriye yatış için bekleyen intihar girişiminde bulunmuş kişi, genellikle uzun bir süre acil serviste kalmaktadır. Gelecekte kişinin kendisine zarar vermesini önleyebilen ve bilhassa taburcu edilen kişiler için oldukça önem arz eden unsurlardan biri ise acil serviste yapılan kısa süreli müdahaleleri kapsamaktadır (Betz and Boudreaux, 2016; Ryan et al., 2015). Taburculuk sonrası bakım sürekliliğinin sağlanması, klinik müdahalelere erişim ve kişinin taburculuk sonrası bakımı planlayarak intihar girişiminde bulunan kişinin güvenli şekilde taburcu olmasını sağlamada, acil servisler oldukça önemli bir konum sağlamaktadır (Capoccia and Labre, 2015; National Action Alliance For Suicide Prevention, 2014; Ministry of Health, 2016; Suicide Prevention Resource Center, 2013). Pek çok insan için iyileşme yolculuğunun ilk adımı acil serviste bakım almaktan geçmektedir. İntihar girişimi sonrası bireyin gelecekte kendine zarar verme riski üzerinde, acil serviste alınan bakımın kalitesinin güçlü etkileri olabileceği düşünülmektedir. İntiharı önleme girişiminde ana unsurlardan biriside, acil serviste verilen yüksek kalitede bakımı kapsamaktadır (Hill et al., 2017). İntihara bağlı kayıpları, acil serviste yapılan müdahalelerin yıllık %20 oranında azaltılabileceği ifade edilmektedir (Capoccia and Labre, 2015).

2.12. TÜKENMİŞLİK

2.12.1. Tükenmişlik Tanımı Ve Önemi

İngilizcede ‘job burnout’ veya ‘staff burnout’ şeklinde ifade edilen tükenmişlik, çalışma hayatı sağlığı ile ilişkili bir kavram olup, iş yaşamını işveren ve kişiler bazında önemli ölçüde tehdit eden bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Mesleki tükenmişlik, tükeniş sendromu ve tükenmişlik kavramlarıyla ise Türkçede yer almaktadır (Sürgevil, 2006).

1974’de ilk kez tanımlanan tükenmişlik kavramı; kişinin güç ve enerjisinde azalma ile seyreden gereksinimlerin oluşması, başarısızlık duygusu, karşılanamayan beklenti ve yorgunluk neticesinde kişinin fonksiyonelliğindeki tükenme durumu olarak Herbert J. Freudenberger tarafından belirtilmiştir (Ardıç ve Polatçı, 2009; Kavaz ve ark., 2014).

1981 yılında ise Christina Maslach tarafından günümüzde kabul görmüş olan en ayrıntılı tanımı yapılmıştır. Tükenmişliği, ortaya çıkması için belli süre gerektiren psikolojik bir tablo ve iş ortamında stres oluşturan durumlara karşı bir tepki olarak adlandırılan Maslach, tükenmişliğin daha çok psikolojik ve bedensel olarak doğrudan insana hizmet veren bireylerde, uzun zaman stresli çalışma ortamına maruz kalanlarda ve insanlarla birebir iletişimin daha çok olduğu meslek gruplarında gözlemlemiştir. Bu grupların ise polislik, öğretmenlik, hemşirelik, doktorluk gibi mesleklerde oluştuğunu belirtmiştir (Arı ve Bal, 2008; Daley, 1979).

2.12.2. Maslach Tükenmişlik Modeli

1981 yılında tükenmişliği duygusal, fiziksel ve zihinsel bir tükenme sendromu olarak belirten Maslach ve Jackson; 1986 yılında ise kişinin işinden koparak, duygusal tükenmesi (emotional exhaustion), duyarsızlaşması (depersonalisation) ve kişisel başarısının (personal accomplishment) düşmesi olarak üç kategoriye ayırmıştır. Günümüzde ise “Maslach Tükenmişlik Ölçeğini” geliştirerek pek çok çalışmada kullanılmasını sağlamışlardır (Maslach et al., 2001; Maslach and Jackson, 1981).

a. Duygusal tükenme: Genellikle insanlarla iç içe olan bazı meslek gruplarında, duygusal tükenme “çok fazla psikolojik ve duygusal isteklere maruz kalmanın sonucunda enerjinin bitmesi durumu” olarak tanımlanmaktadır. Tükenmişlik sendromunun en açık semptomu ve tükenmişliğin bilinen en temel faktörü olarak kabul görmüştür (Maslach et al., 2001; Jackson et al., 1986).

b. Duyarsızlaşma: Tükenmişliğin kişiler arasındaki boyutunu yansıtmakta olan bu kategori, işe karşı gerçekleşen tepkisizleşme ile çalışanların görev sunduğu bireylere karşı katı ve negatif tutumlarını ifade etmektedir (Wright and Bonett, 1997).

c. Kişisel başarı: İşteki kişisel başarı ve yeterlilik duygularını yansıtan bu kategoride, bireyin verimlilik ve üretkenlikte azalma, özsaygıda azalma, başarısız ve yetersiz olduğunu düşünmesi, sorunlarla başa çıkamama, moral ve motivasyon azlığı, kişiler arası iletişimsizlik gibi unsurlar bireyin kendini beğenmeyerek negatif değerlendirmesine sebep olmaktadır. Kişisel başarıdaki bu düşüş ise böylelikle tükenmişliğe yol açmaktadır (Wright and Bonett, 1997).

2.12.3. Tükenmişliğin Belirtileri

Farklı belirtilerle kendini gösteren tükenmişlik, çalışan kişilerde sıkça karşılaşılan bir durumdur. Psikolojik semptomlar arasında; depresyon, konsantrasyon bozukluğu, ajitasyon, anksiyete, zihinsel hareketlerde yavaşlama vb görülür.

Davranışsal semptomlar arasında; işe geç gitme veya hiç gitmeme, çabuk öfkelenme, sigara, madde ve alkol kullanımında artış, ani tepki gösterme, çalışma arkadaşlarından ayrı durma, hiperaktivite ve sık sık ilaç kullanma vb ile karşılaşılır.

Fiziksel semptomlar arasında; uyku bozuklukları, baş ağrısı, kas ve eklem ağrıları, iştah azalması, mide bulantısı, cinsel problemler, taşipne, uyuşukluk hali vb bulunur.

Kişisel tavra dayalı semptomlar arasında; işten ayrılma isteği, motivasyonda düşme ve buna bağlı gelişen hayal kırıklığı, bıkkınlık vb izlenir.

Örgütsel semptomlar arasında ise; iş performansında düşme, işe gitmeme, işi bırakma vb sebepler yer almaktadır (Maslach and Jackson, 1981; Ardiç ve Polatçı, 2008; <http://www.ceis.org.tr/dergi/2011kasim/makale2.pdf> Erişim tarihi: 10.01.2017).

2.12.4. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler

Bireysel ve sosyal faktörler ile iş ve örgütsel faktörler olmak üzere tükenmişliğe etki eden faktörler iki gruba ayrılır.

Tükenmişliği etkileyen bireysel faktörleri araştırmacılar yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, kişilik özellikleri, eşin mesleği, çocuk sayısı, stresle başa çıkma yeteneği, işe yönelik tutumlar olarak sıralamışlardır.

Tükenmişliğe sebep olan iş hayatında ki örgütsel faktörler ise; aidiyet duygusunda azalma, aşırı iş yükü, adaletsizlik ve değerlerin çatışması, kontrol eksikliği, yetersiz ödüller, iş ortamının bozulması şeklinde sayılabilmektedir (Maslach et al., 2001; Maslach and Jackson, 1981; Kervancı, 2013).

2.12.5. Tükenmişliğin Sonuçları

Hem iş, hem de bireysel yaşamda tükenmişliğin birçok negatif sonuca sebep olduğu saptanmıştır. En sık karşılaşılan sorunlar arasında aile içi ilişkilerde bozulma, anksiyete ve depresyon ile sigara ve alkol kullanımında artış gibi bireysel sonuçlara rastlanmaktadır (Maslach et al., 2001).

Görevini icra edemediği hissiyatıyla kendini değersiz ve yetersiz hisseden tükenmiş kişinin işe karşı motivasyonu düşer ve kendini güçsüz, yorgun ve bitkin hisseder. Bunların neticesinde işini önemsemeyen ve görevine karşı ilgisiz bir kişi haline alır. Bunlarla birlikte; mesleki hataların artması, hasta sağlığının olumsuz etkilenmesi, hizmet kalitesinde düşme, düşük iş performansı, göreve devamsızlık ve işten ayrılma görülür. Bunun neticesinde personel döngüsünde artış gibi negatif sonuçlar baş göstermektedir (Kervancı, 2013).

2.12.6. Tükenmişlikle Mücadele Yöntemleri

Tükenmişliğe sebep olan unsurların ortadan kaldırılması tükenmişlikle mücadele etmede yüksek derecede bir önem sağlamaktadır. Bu yüzden asıl olan, problemi ve problemin önemini saptamaktır (Kutlu ve Kılıç, 2013).

Bireysel önlemler arasında sayılan aileye ve kendine zaman ayırmak, uyku düzenine dikkat etmek, gerektiğinde yardım almak, fazla iş yükünden kaçınmak, tatile çıkmak, düzenli egzersiz yapmak gibi faktörler kadar örgütsel önlemlerden sayılan çalışanları ödüllendirmek, çalışan sayısını arttırmak, işe yeni başlayan çalışanlar için oryantasyon oluşturmak, çalışanın güvenliğini sağlamak, çalışanlara gerekli olan bilgi, araç ve gereçleri sağlamak gibi unsurlarda oldukça büyük önem taşımaktadır (Sürgevil, 2006; Kutlu ve Kılıç, 2013).

2.13. İŞ DOYUMU

Çalışan kişilerin işlerinden duydukları doyumun, hazzın ve ulaşılmış oldukları pozitif durumun derecesi, iş doyumunu olarak belirtilmektedir (Başaran, 2000). İş doyumunu, beklentilerin ne derece karşılandığı ile yakından ilişkilidir ve duygusal bir tepkidir diyen Fred Luthans'a göre bu beklentiler çalışma arkadaşları, yöneticiler, iş ücret ve terfi olanaklarıyla ilişkili olabilmektedir (Luthans, 2011).

Çalışanın genel durumunu yansıtması açısından önem arz eden iş doyumunu, çalışanların genel duygusal durumunu ortaya koymakta ve işe yönelmeyi teşvik eden pozitif bir etken olarak belirtilmektedir. İş doyumunu bilhassa, sürekli özveri gerektiren mesleklerde ve meslek dışı yaşamları doğrudan etkileyenlerde büyük önem teşkil etmektedir (Ceran, 2010). Bireylerin üretken, başarılı ve mutlu olabilmelerinin en önemli unsurlarından birisi de iş doyumunu sağlamaktan geçmektedir (Kama, 2017). Birçok araştırmada kişinin işinden doyum sağlaması ve tatmin olmasının verimliliği yükselttiği belirtilmiştir (Karcıoğlu ve Akbaş, 2010).

Sadece kişi için değil örgüt içinde bireylerin iş doyumunun düşük olması negatif sonuçlar meydana getirecektir. Bu negatif sonuçlar çalışan kişilerde işini eksik ve hatalı yapma, yanlış kararlar verme, işe gitmek istememe, iş verimliliğinde düşüş, işinde yeterli olmadığı düşüncesi, çalışma arkadaşları ile uyum problemleri, işten uzaklaşma isteği ve işten ayrılma şeklinde kendini göstermektedir (Kama, 2017). Bu yüzden kişilerin motivasyonlarını artırıcı önlemler sağlanması ve işe bağlılıklarının yükseltilmesi büyük önem taşımaktadır (Karcioğlu ve Akbaş, 2010).

2.13.1. İş Doyumu Kuramları

Geliştirilen kuramlar iş doyumunu anlamaya yönelik olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Bunlar içerik, süreç ve pekiştirme kuramlarıdır. Nelerin güdülemeye neden olduğu konusunu içerik kuramları ele alırken, güdüsel sürecin nasıl işlediği mevzusunu daha çok süreç kuramları incelemektedir ve çevresel pekiştiriciler üzerinde ise pekiştirme kuramları rol almaktadır.

2.13.1.1. İçerik Kuramları

Kişilerden kaynaklanan motivasyon unsurlarını içerik kuramları inceler. Bu kuramda asıl olan kişilerin istekleri, ihtiyaçları, kişisel özellikleri ve deneyimleridir (Kama, 2017).

“Maslow’un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı”, “Herzberg’ in İkili Faktör Kuramı” ve “Alderfer’in V-İ-G Kuramı” bu konu içinde bahsedilecek kuramları oluşturmaktadır.

2.13.1.1.1. Maslow' un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı

Kişinin motivasyonun temelinde gereksinimler bulunur ve kişinin tutumu bu ihtiyaçları karşılamaya yöneliktir diyen Abraham Maslow, insanları doyuma ulaştırmaya yönelik davranışa sürükleyen ve hiyerarşik bir sıralama içinde yer alan beş temel ihtiyacın varlığından bahsetmektedir. Bu gereksinimler fizyolojik ihtiyaçlar, güvenlik ihtiyacı, ait olma ve sevgi ihtiyacı, saygınlık ihtiyacı ve kendini gerçekleştirme ihtiyacı olarak sıralanmaktadır (Kama, 2017).

Kişi öncelikle fizyolojik ihtiyaçlarını daha sonra güvenlik ihtiyacını karşılamaya çalışır. Bu ihtiyaçlar giderildikten sonra sosyal ihtiyaçlar önem teşkil eder ve karşılanmaya çalışılır. Daha sonra ise saygınlık ihtiyacının giderilmesi aşaması ortaya çıkmakta ve en sonda ise kendini gerçekleştirme gereksinimi yer almaktadır (Ceran, 2010).

1. Fizyolojik ihtiyaçlar; yeme, içme, uyku, cinsellik, barınma gibi temel ihtiyaçlardır.

2. Güvenlik ihtiyacı; kişinin kendini güvende duyması için gereken ev, sosyal güvence ve tehlikeden uzaklaşma ile emniyette olma gibi ihtiyaçlardır.

3. Sevgi ihtiyacı; sevgi, ait olma, başkalarıyla ilişki kurma, kabul görme gibi duygusal ihtiyaç ve beklentilerdir.

4. Saygınlık ihtiyacı; saygı duyulma, başarıya ulaşma, yeterli olma, takdir edilme, tanınma ve ünvan gibi gereksinimlerdir.

5. Kendini gerçekleştirme ihtiyacı; üretme, başarma, kişinin kendi beklentilerini karşılama ve yeteneklerini kullanma gibi ihtiyaçlarıdır.

Karşılanan bir ihtiyacın kişinin motive olmasına neden olmaktan çıktığını dile getiren Maslow, bir üst aşamadaki gereksinimin giderilmesi için önceki ihtiyacın karşılanmış olması gerektiğini savunmakta ve giderilmemiş gereksinimlerin ise kişi için motivasyon kaynağı olduğunu belirtmektedir (Kama, 2017).

2.13.1.1.2. Herzberg'in İkili Faktör Kuramı [İki Etken (Motivasyon-Hijyen)

Kuramı]

Herzberg'in ikili faktör kuramına göre doyuma ve doyumsuzluğa sebep olan etkenler iş ortamında, birbirine göre değişkenlik göstermektedir. Takdir edilme, işin kendisi, başarı, sorumluluk alma, ilerleme ve yükselme olanakları gibi içsel faktörler (motivatörler yada güdüleyiciler) doyum sağlarlarken; iş güvenliği, çalışma koşulları, maaş, denetim, yönetim, kişiler arası ilişkiler ve örgüt politikaları gibi dışsal faktörlerin (koruyucular yada hijyen faktörleri) yokluğu iş doyumunu negatif etkiler fakat varlığı iş doyumunu arttırmamaktadır (Emiroğlu, 2015; Fındıkçı, 1999).

İçsel faktörlerin arttırılmasının iş doyumunu da arttıracakını öne süren Herzberg (Herzberg et al., 1959); kişilerin motivasyonlarının artması içinde dışsal faktörler yerine getirilmeden içsel faktörlerin tek başına kafi olamayacağını belirtmektedir. Bu kavram doğrultusunda çalışanların motivasyonlarının sağlanmasında, içsel ve dışsal faktörlerin birbirinden ayrı olarak değerlendirilemeyecek unsurlar olduğu sonuç olarak yansımaktadır (Kama, 2017).

2.13.1.1.3. Alderfer'in V-İ-G Kuramı

İsmi var olma, ilişki kurma ve gelişmeyi temsil eden baş harflerin oluşturduğu ve Clayton Alderfer tarafından geliştirilen bu kurama göre insanların üç temel gereksinimi bulunmaktadır;

a. “Var olma İhtiyaçları”: En alt aşamada yer almakta, insanların varlığını sürdürmesi ve varoluşunu devam ettirmesini sağlayıcı ihtiyaçlarını oluşturmaktadır. Açlık, susuzluk, fiziksel güvenlik vb. gibi gereksinimler bu grupta incelenir (Çelebi, 2014).

b. “İlişki İhtiyaçları”: Açık bir iletişim, diğer kişilerle duygu ve düşüncelerin paylaşımıyla tatmin olmayı içermektedir. İnsanların birbirleri ile ilişki kurma ihtiyaçlarını kapsamaktadır. İnsan ilişkileri, duygusal destek ve ait olma ihtiyaçları bu grupta ele alınır (Atlandı, 2010).

c. “Gelişme İhtiyaçları”: İnsan potansiyelinin gelişimiyle ilişkili ihtiyaçlardır. Üretken olma, yeteneklerini kullanma ve kendini geliştirme ihtiyaçları bu kapsamda değerlendirilir (Çelebi, 2014).

2.13.1.2. Süreç (Bilişsel) Kuramları

Kişileri motive eden etkenlere ve bu kişilerin nasıl motive edildiklerine yoğunlaşan süreç kuramları, rastgele bir davranışta bulunan bireyin yeniden bu davranışta bulunması veya bulunmamasının sebebini incelemektedir (Atlandı, 2010).

2.13.1.2.1. Beklenti Kuramı

Beklenti kuramı, bireyin davranışını sadece ihtiyaçları değil maksadına ulaşmakla alakalı beklentileri de belirler diyen Victor Vroom tarafından geliştirilmiş olup üç kısma ayrılmaktadır (Emiroğlu, 2015);

Beklenti: İstenilen maksada erişme hayali,

Araçsallık: Bireyin bir maksada erişmesinin gerekliliğine inanması,

Valans: Kişinin hedefine verdiği kıymet ve arzulu olma derecesidir.

Beklenti, araçsallık ve valans bileşenlerinin hep beraber ve pozitif yönde olması, motivasyon için bu kuramda önemlidir (Kama, 2017). Kişilerin istedikleri sonucu elde etmeleri ve doyuma ulaşmalarını sağlamak, bireylerin arzulu olması ve sonuca erişebileceğine inanmasına bağlıdır. Destekleyici davranışlar gösterilmesi, amaçların gerekliliğine olan inancın artırılması ve teşvik edici ödüller verilmesi örgütsel boyuttan iş doyumunu arttıran etmenlerdendir.

2.13.1.2.2. Adams'ın Eşitlik Kuramı

Kişilerin yaptıkları karşılığında benzer olanlarıyla toplumsal açıdan adil olarak ödüllendirilip ödüllendirilmediklerine baktıklarını ve bu mevzudaki bakış açıları veya algılarına göre motive olduklarını savunan bu kuram Adams tarafından geliştirilmiştir (Kanbay, 2010). Bireyin iş doyumunu ya da iş doyumsuzluğu, kendileriyle aynı düzeyde ve aynı koşullarda çalışan kişilerle kendisini karşılaştırması sonucu oluşmaktadır. Bu kurama göre kişi, diğer çalışanlarla kendi gösterdikleri çabaları ile aldıkları ücret ve yükselme imkanlarını kıyaslama yapar. Bu kıyas neticesinde denklik algılsa işlerinden

doyum alacaklarını, denklik algılamazlarsa iş doyumsuzluğu yaşayacaklarını belirtmektedirler (Emiroğlu, 2015).

2.13.1.2.3. Amaç Saptama Kuramı

Kendisine büyük amaçlar saptayan ya da başkalarının onlar için saptadığı büyük amaçları benimseyen kişilerin, daha fazla çalışacağını ve daha iyi başarımlar göstereceğini iddia eden bu kuram, Edvinn Locke tarafından geliştirilmiştir. (Emiroğlu, 2015).

2.13.1.3. Pekiştirme Kuramları

Bireyin tutumunu içinde bulunduğu çevre koşulları şekillendirir diyen Burrhus Frederic Skinner, davranışın içgüdüsel olmadığını ve pozitif çevresel pekiştirmelerle değişebileceğini belirtmektedir (Emiroğlu, 2015).

2.13.2. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler

2.13.2.1. Bireysel Faktörler

Bireysel faktörleri incelediğimizde cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim, çocuk sahibi olma durumu, statü, kişilik özellikleri, zeka, değer yargıları, beklenti, sosyo-ekonomik durum, inançlar, sosyokültürel çevre, aynı iş yerinde geçirilen süre, mesleki gelişme fırsatı, işin kişiyle uyumu, işten ayrılma isteği, meslekte geçen süre (deneyim, mesleki kıdem), genel yaşam doyumu, genel sağlık durumu, stresle baş

edebilme durumu, psikolojik kapasite (özgüven, iyimserlik, beklenti, esneklik), aile ve sosyal çevreyle ilişkiler, boş zamanlarda yapılan aktiviteler gibi iş doyumunu etkileyen faktörler karşımıza çıkmaktadır (Emiroğlu, 2015).

Cinsiyetin iş doyumunu üzerindeki etkisine bakıldığında, cinsiyet ile iş doyumunu arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda farklı sonuçlar saptandığı için net olmadığı görülmüştür (Aras, 2014).

Yaşın iş doyumuna etkisinde de yine netlik sağlanamamıştır. İnsanların yaşları ilerledikçe fazlaşan deneyimleri sayesinde uyumlarının arttığı ve bununla bağlantılı olarak iş doyumunun da arttığı görülen bazı çalışmaların yanı sıra, daha genç gruptaki kişilerin işleriyle alakalı artan beklentilerinin ve iş güvencesi ya da iş seçimi üzerindeki şüphelerinin iş doyumunu azalttığı çalışmalarda mevcuttur (Aras, 2014).

Eğitim düzeyinin de iş doyumunu üzerinde önemli rol oynadığı düşünülür. Eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin işleriyle alakalı beklentilerinin fazla olduğu ve beklentilerinin tam manasıyla giderilememesi nedeniyle işleriyle alakalı doyumsuzluk yaşadıkları belirtilmektedir (Schultz and Schultz, 1990).

Kişiliğin iş doyumunu üzerinde önemli bir etken oluşturduğu bilinmektedir. Kişilik bireyin tutum ve düşüncelerini, çevresiyle entegrasyonunu etkileyen önemli bir unsur niteliğindedir. Yapılan incelemelerde işlerine daha iyi uyum gösteren ve duygusal dengesi daha güçlü olan çalışanların iş doyumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Aras, 2014).

İş doyumunu pozitif yönde etkileyecek bir diğer unsurda, kişinin çevre tarafından benimsenen ve desteklenen bir işi tercih etmesidir. Kişilerin davranış ve değerlerini sosyokültürel çevre etkisi altına alarak işe karşı alakalarını değiştirebileceği belirtilmiştir (Baysal, 1981).

2.13.2.2. Çevresel ve Örgütsel Faktörler

Çevresel ve örgütsel faktörleri incelediğimizde ise çalışma şekli (vardiya), işin yapısı ve zorluk derecesi, çalışma koşulları (fiziksel şartlar), ilgi çekiciliği, ücret, işle ilgili stres, denetim, iş güvenliği, tecrübe, yönetim biçimi, kendini ifade etme, örgütsel destek, karar verme sürecine aktif katılım, iletişim, yeteneklerini kullanabilme, yükselme ve gelişme olanakları, yönetimde görev alma, yetki ve sorumluluk devri, özendirici ödüller, motivasyon, takdir edilme gibi iş doyumunu etkileyen faktörler karşımıza çıkmaktadır (Emiroğlu, 2015).

Ücret, iş doyumunun sağlanmasında en önemli unsurlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Kişinin maaşının, gereksinimlerini karşılama düzeyini yeterli bulması ve aldığı ücretten memnun olması, iş doyumunu artıracak bir etken olarak belirtilmektedir (Aras, 2014).

Rutinleşmiş bir işin yapılması çalışanların yaptığı işten soğumasına ve sıkılmasına sebep olmakla birlikte bu durum yeteneklerini kullanma, başarıya ve yeniliklere açık olmaya olanak sağlamadığından iş doyumunun azalmasına neden olacaktır (Aras, 2014).

İş doyumunu ve örgütsel bağlılığı arttıran bir diğer faktörde, iş yerinde terfi olanağı ve adil uygulamaların bulunmasını kapsamaktadır. Aynı zamanda yöneticilerin yol gösterici davranışları ve çalışanların karar verme sürecine katılma olanağı da iş doyumunun artmasına etki edecektir (Emiroğlu, 2015).

Kişinin maaş, sigorta, belirli mesai saatleri, yıllık izin gibi sosyal haklarının olması ve bunların her durumda güvence altında olduğunu bilmesi, işinin uygun fiziksel şartlara (uygun ışık, ısı, nem, temiz ve rahat olması, tehlikesiz olması gibi değişkenler)

sahip olması, çalışma arkadaşlarına ve çalıştığı gruba kendini ait hissetmesi ve onlarla iyi ilişkiler içinde olması iş doyumunu pozitif yönde etkileyen unsurlar içinde yer almaktadır (Aras, 2014).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma Tokat Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastanelerin acil servisleri ile Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi acil servisinde çalışmakta olan sağlık personellerinin intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik tutumlarının tükenmişlik ve iş doyumu ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir korelasyon çalışmasıdır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma 16/06/2017-16/12/2017 tarihleri arasında Tokat Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastanelerin acil servislerinde çalışmakta olan sağlık personelleri ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi acil servisinde çalışmakta olan sağlık personellerinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Tokat Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Tokat merkez ve ilçelerinde 7 tane hastane (Tablo 3.1) bulunmakta ve bu hastanelerin acil servislerinde 255 sağlık personeli görev yapmaktadır. Araştırma verilerinin toplandığı diğer bir hastane olan Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ise 1999 yılında kurulmuş olup, bölgenin sağlık alanında ihtiyaçları ve artan hasta taleplerine cevap verebilmek için ek hizmet binalarının tamamlanmasıyla birlikte 2016 yılı sonunda 601 yatak kapasitesine ulaşmıştır. Ali Şevki Erek Yerleşkesinde kurulmuş olan hastane A ve C blok yataklı

servis hizmet binaları, poliklinik hizmet binası, kemoterapi tedavi ünitesi, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp üniteleri ile hizmet sunmaya devam etmektedir. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi triyaj, muayene alanı, genel yoğun bakım, resüsitasyon ve alçı odası olmak üzere 4 bölümden oluşmaktadır. Aynı hastanenin acil kliniğinde 21 hemşire, 5 uzman hekim, 5 asistan hekim, 5 acil tıp teknikeri ve 2 sağlık memuru olmak üzere toplamda 38 sağlık bakım profesyoneli üç vardiya şeklinde hizmet vermektedir.

Tablo 3.1. Tokat İl Ve İlçe Hastanelerinin Acil Servislerinde Çalışan Personel Sayısı

Sağlık Kurum Adı	Çalışan Personel Sayısı	Örnekleme Oluşturan Personel Sayısı
Gaziosmanpaşa Üniversitesi		
Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi	38	36
<i>Tokat Devlet Hastanesi</i>	76	72
<i>Almus Devlet Hastanesi</i>	12	12
<i>Niksar Devlet Hastanesi</i>	35	33
<i>Erbaa Devlet Hastanesi</i>	34	34
<i>Reşadiye Devlet Hastanesi</i>	28	27
<i>Zile Devlet Hastanesi</i>	32	31
<i>Turhal Devlet Hastanesi</i>	38	37
Toplam	293	282 (%96,24)

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Tokat merkez ve ilçelerinde Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastanelerin acil servisleri ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi acil servisinde çalışmakta olan toplam 293 doktor, hemşire, acil tıp teknikerleri (ATT), ebe ve sağlık memurları oluşturmuştur. Araştırma, çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü olan sağlık çalışanlarının katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu hastanelerin acil servislerinde çalışan personelin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ancak araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmeyen personel çalışma kapsamı dışında bırakılmış ve ücretsiz izin, doğum izninde olma, geçici görev, şehir dışında bulunma ve diğer nedenler ile 11 sağlık çalışanına ulaşılamaması nedeniyle araştırma 282 personelin katılımıyla tamamlanmıştır (%96,24).

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Er, Şimşek ve Aker, 2013; Ergin, 1992; Kuzgun, Sevim ve Hamamcı, 2005) geliştirilen acil çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini tanıttıcı bilgi formu ile “İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği”, “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” ve “Mesleki Doyum Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu 10 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş; pilot çalışma sonrasında taslağa son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır. Veriler sağlık personelleri ile yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık personellerine çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra, acil çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 10-15 dakika sürmüştür. Sağlık personellerine araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.5.1. Acil Servis Çalışanları Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan acil çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini tanıtıcı bilgi formu, çalışanların sosyodemografik bilgilerini içeren 8 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu, meslek, eğitim düzeyi vb.) ve mesleki özelliklerini içeren 12 soru (çalışma yılı, çalışılan kurum, nöbet tutma durumu, çalışma şekli, memnuniyet durumu, çalışma saati vb.) olmak üzere toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği

İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği Ouzoni ve Nakakis tarafından (2009) geliştirilen, Er ve ark. (2013)

tarafından Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılan bir ölçektir. Bu ölçek acil servis sağlık çalışanlarının intihar girişiminde bulunan bireylere yönelik tutumlarını ve bunu etkileyen etmenleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği (İGYTÖ), “önleme ve koruma”, “bireysel yardım”, “kurumsal yardım”, “tetikleyiciler ve psikopatoloji”, “nedensel atıflar ve tıbbi yardım” olmak üzere 6 alt ölçekten oluşmuştur. Bu alt ölçekler ve madde sayıları karşılaştırıldığında, Önleme ve Koruma alt ölçeğinde 5 madde, Bireysel Yardım alt ölçeğinde 3 madde, Kurumsal Yardım alt ölçeğinde 2 madde, Tetikleyiciler ve Psikopatoloji alt ölçeğinde 7 madde, Nedensel Atıflar alt ölçeğinde 6 madde ve Tıbbi Yardım alt ölçeğinde 5 madde yer almak üzere toplamda 28 madde bulunmaktadır (Er ve ark, 2013) .

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 puanlanmış olup geriye kalan 1., 2., 3., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 13., 14., 15., 16., 18., 19., 20., 21., 22., 23., 25., 27. ve 28. maddeler ise pozitif maddeler olup doğrudan puanlanmıştır. Derecelendirme 5’li Likert şeklinde (1- Kesinlikle katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Kararsızım, 4- Katılıyorum, 5- Tamamen katılıyorum) yapılmıştır (Er ve ark, 2013) .

Bu 28 maddenin faktör analizi yapıldığında toplam varyansın %58,5’ ini içeren altı alt faktörden oluştuğu görülmüştür. Ölçeğin birinci faktörü “önleme ve koruma” toplam varyansın %20,9’ unu, ikinci faktör “bireysel yardım” %9,31’ ini, üçüncü faktör “kurumsal yardım” %8,36’ sını, dördüncü faktör olan “tetikleyiciler ve psikopatoloji” toplam varyansın %7,23’ ünü, beşinci faktör “nedensel atıflar” toplam varyansın

%6,48'ini ve altıncı faktör olan “tıbbi yardım” toplam varyansın %5,77'sini açıklamaktadır. “İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği” nin güvenilirlik analizleri sonucunda Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.84 bulunmuş, test tekrar test analizi de ölçeğin güvenilir olduğunu göstermiştir (Er ve ark, 2013).

3.5.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Katılımcıların tükenmişlik düzeyini ölçmek için literatürde yaygın olarak kullanılan Christina Maslach ve Susan Jackson (1986) tarafından geliştirilen ve Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Ergin (1992) tarafından yapılmış olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)'dir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği, algılanan tükenmişlik düzeyini ölçmek üzere oluşturulmuştur.

Özgün formunda toplamda 20 maddeden oluşan ve 'Hiçbir Zaman- Yılda Birkaç Kere- Ayda Birkaç Kere- Ayda Bir- Haftada Birkaç Kere- Haftada Bir- Her gün" seçeneklerinden oluşan 7'li Likert tipi ölçek, Ergin (1992) tarafından yapılan uyarlama çalışmasında Türk kültürüne uygun olmadığı gerekçesi ile 5 seçeneğe indirilmiştir. Şiddet derecelerine göre; 1-Hiçbir zaman, 2- Çok Nadir, 3-Bazen, 4-Çoğu Zaman, 5- Her Zaman seçeneklerinden oluşan bu 5'li Likert tipi ölçek 22 maddeyi kapsamaktadır. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin, 9 maddeden oluşan duygusal tükenme (DT), 5 maddeden oluşan duyarsızlaşma (D) ve 8 maddeden oluşan kişisel başarı (KB) olmak üzere üç alt ölçeği bulunmaktadır.

Buna göre, katılımcıların yorgunluk ve duygusal yönden yıpranmışlık durumunu ölçen duygusal tükenme alt ölçeği 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 ve 20. nolu soruları, katılımcının hizmet verdiği diğer bireylere karşı duygudan yoksun şekilde davranışlarını

ölçen duyarsızlaşma alt ölçeği 5, 10, 11, 15 ve 22. nolu soruları ve katılımcının işindeki yeterlilik duygularını ölçen kişisel başarı alt ölçeği ise 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 ve 21. nolu sorulardan oluşmaktadır.

Bireyin işindeki duygusal taleplere cevap veremeyecek duruma gelmesi ölçeğin duygusal tükenme boyutunu; çalışanın hizmet verdiği kişiler ile arasına belli bir mesafe koyması ve onları görmezden gelmesi duyarsızlaşma boyutunu; bireyin kendini işinde başarılı bulması ise kişisel başarı boyutunu meydana getirmektedir.

Envanterin her bir maddesinden alınabilecek en düşük puan “1”, en yüksek puan ise “5” olarak belirlenmiştir. Envanterin puanlama anahtarında duygusal tükenme boyutundan alınabilecek en yüksek puan 45, kişisel başarı boyutundan 40, duyarsızlaşma boyutundan ise 25 puandır. DT ve D arttıkça tükenmişlik artar ve KB arttıkça tükenmişlik azalır.

Ölçekten elde edilebilecek MTÖ toplam puanı en yüksek 110, en düşük ise 22 puan olarak hesaplanmıştır. Puanlama sonucu alınan toplam puan yükseldikçe tükenmişlik düzeyi artarken, puanlar düştükçe tükenmişlik düzeyi azalmaktadır. Ölçekteki kişisel başarı alt ölçeği kapsamına ait olan 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 ve 21. maddeler negatif maddeler olup ters puanlanmıştır. Geriye kalan maddeler ise pozitif maddeler olup doğrudan puanlanmıştır.

Her bir alt boyut için ayrı ayrı hesaplanan Cronbach alpha katsayısı duygusal tükenme boyutu için 0.88, duyarsızlaşma boyutu için 0.78, kişisel başarı boyutu için 0.74 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test yöntemisonucunda duygusal tükenme boyutu için 0.82, duyarsızlaşma boyutu için 0.60 ve kişisel başarı boyutu için 0.80 güvenilirlik katsayısı elde edilmiştir (Ergin, 1992)

3.5.4. Mesleki Doyum Ölçeği

Bu çalışmada kullanılan Mesleki Doyum Ölçeği Kuzgun, Sevim ve Hamamcı (2005) tarafından geliştirilen bir ölçektir. Toplam 20 maddeden oluşan bu ölçek, herhangi bir işte çalışan bireylerin o mesleğin üyesi olmaktan ne derece mutlu olduklarını belirlemek amacıyla, Herzberg'in "İki Faktör Kuramı" temel alınarak geliştirilmiştir (Herzberg 1959).

Ölçek beşli likert tipi 20 sorudan oluşmaktadır. Sorular kişilerin mesleki etkinliklerinin ilgi ve yeteneklerine uygunluğu, sorumluluk alma, gelişme ve ilerleme olanakları ile ilgilidir.

Ölçekte bulunan 1,2,3,5,6,7,8,12,13,15,16,17,18 ve 20 numaralı olumlu maddeler olup "Her zaman: 5, Sık sık: 4, Nadiren: 2, Hiçbir zaman: 1" şeklinde puanlanmıştır. 4, 9, 10, 11, 14 ve 19 numaralı maddeler ise olumsuz maddelerdir ve bunlar "Her zaman: 1, Sık sık: 2, Ara sıra: 3, Nadiren: 4, Hiçbir zaman: 5" şeklinde puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 100 dür. Alınan puanlar yüksek olduğunda bireyin mesleki doyumununun yüksek olduğu kabul edilmektedir (Kuzgun ve ark, 2005).

Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek için Kuzgun, Sevim ve Hamamcı (2005) tarafından 114 kişiden toplanılan veriler ile faktör analizi tekniği kullanılmıştır. Faktör analizi sonucunda ölçeğin maddelerinin iki faktöre ayrıldığı belirlenerek, faktör 1 "Niteliklere Uygunluk", faktör 2 "Gelişme İsteği" olarak isimlendirilmiştir. İki faktörün açıkladıkları toplam varyans %48.6, ilk faktörün açıkladığı varyans %36.4, ikinci

faktörün açıkladığı varyans %12.2 dir. Ölçeğin güvenirliği, iç tutarlılık katsayısı hesaplanarak belirlenmiş olup ölçeğin tümü için Cronbach Alpha katsayısı: 0,90, birinci faktör için 0,91 ve ikinci faktör için ise 0,75 olarak hesaplanmıştır. Bununla birlikte ölçek maddelerinin her birinden alınan puanların toplam puan ile ilişkilerinin 0,30'un üzerinde olduğu saptanmıştır (Kuzgun ve ark, 2005) .

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma kapsamına alınan acil servis çalışanlarının intihar girişiminde bulunanlara yönelik tutumlarının tükenmişlik ve iş doyumuna ilişkin verilerin genel özellikleri hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Sürekli değişkenlere ait veriler Ortalama±Standart Sapma veya Ortanca [Min-Mak] şeklinde verilmiştir. Gruplar arası farklar parametrik durumlar için Bağımsız Örneklem T Testi veya Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) ile incelenirken; parametrik özelliklerin sağlanmadığı durumlar için Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Ayrıca sayısal değerler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir. p değerleri 0.05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalarda hazır istatistik yazılımı kullanılmıştır (IBM SPSS Statistics 19, SPSS inc., an IBM Co., Somers, NY).

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmaya Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (21.03.2017/ sayı; 83116987-144) onayı (Ek-5) ve Tokat İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği izni (25.05.2017/ sayı; 11055255-E.8308) alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-6). Bununla birlikte verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı hastanelerdeki yöneticilerden ve üniversite hastane yönetiminden yazılı ve araştırma kapsamına alınan sağlık personellerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın sınırlılıkları;

Sağlık personellerinin intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik tutumlar ile ilgili elde edilen bilgilerin kendi bildirimlerine dayanmış olması ve bu konuda gözlem yapılamaması

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmeyen personelin çalışma kapsamı dışında bırakılmış olması

Ücretsiz izin, doğum izni, geçici görev ve şehir dışında bulunansağlık personellerinin çalışmaya dahil edilememesi

Acil servisteki çalışanların eğitim, deneyim, bilgi ve beceri yönünden farklılık göstermesi

4. BULGULAR

Bu çalışmada elde edilen bulgular 5 ana başlık altında incelendi.

1. Acil servis çalışanlarının sosyo-demografik ve iş özelliklerine ilişkin bulgular
2. Acil servis çalışanlarının sosyodemografik ve iş özelliklerinin intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik acil sağlık çalışanlarının tutumları ölçeği (İGYTÖ) ve alt boyut ölçeklerine ilişkin bulgular
3. İGYTÖ ve alt boyut ölçekleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bulgular
4. Mesleki tükenmişlik ölçeği (MTÖ) ve alt boyutları ile İGYTÖ ve alt boyut ölçekleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bulgular
5. Mesleki doyum ölçeği (MDÖ) ile İGYTÖ ve alt ölçekleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bulgular

4.1. ACIL SERVİSÇALIŞANLARININ SOSYO-DEMOGRAFİK VE İŞ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1. Acil Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Yaş	18-25	63	22,3
	26-35	118	41,8
	35 Ve Üstü	101	35,8
Cinsiyet	Kadın	159	56,4
	Erkek	123	43,6
Medeni Durum	Evli	193	68,4

	Bekar	89	31,6
Çocuk Varlığı	Var	167	59,2
	Yok	115	40,8
Çocuk Sayısı	1	59	35,3
	2	82	49,1
	3	24	14,4
	4	1	0,6
	5	0	0
	6	1	0,6
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	56	19,9
	Gelir Gidere Denk	154	54,6
	Gelir Giderden Fazla	72	25,5
Meslek	Hemşire	152	53,9
	Doktor	47	16,7
	ATT	44	15,6
	Sağlık Memuru	31	11,0
	Ebe	8	2,8
Eğitim Durumu	Lise-Sağlık Meslek	53	18,8
	Ön Lisans	68	24,1
	Lisans	122	43,3
	Yüksek Lisans	14	5,0
	Tıpta Uzmanlık	22	7,8
	Doktora	3	1,1

Çalışma kapsamına alınan acil sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de gösterilmektedir. Çalışmaya katılan 282 sağlık bakım profesyonelinin, %56,4’ ini kadınların, %43,6’sını erkeklerin oluşturduğu, %68,4’ünün evli, %31,6’sının bekar olduğu, %18,8’inin lise/sağlık meslek lisesi, %24,1’inin önlisans, %43,3’inin lisans, %5’inin yüksek lisans, %7,8’inin tıpta uzmanlık, %1,1’inin ise doktora mezunu olduğu, %22,3 ünün 18-25 yaş arası grupta, %41,8 inin 26-35 yaş grubunda, %35,8 nin ise 35 yaş ve üstü yaş aralığında olduğu

belirlenmiştir. Yine aynı çalışmaya katılanların, %53,9'unu hemşirelerin, %16,7'sini doktorların, %15,6'sını ATT'lerin, %11'ini sağlık memurlarının, %2,8'ini ebelerin oluşturduğu, %19,9'unu gelirinin giderinden az, %54,6'sının gelirinin giderine denk, %25,5'inin gelirinin giderinden fazla olduğu, %59,2'sinin çocuğunun olduğu ve %40,8'inin çocuk sahibi olmadığı, %35,3'ünün bir tane çocuğa, %49,1'inin iki çocuğa, %14,4'ünün üç çocuğa, %0,6'sının dört çocuğa ve %0,6'sının altı çocuğa sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Acil Sağlık Çalışanlarının İş Özelliklerine İlişkin Dağılımları

		n	%
Çalışılan Kurum	Devlet Hast	246	87,2
	Üniversite Hast	36	12,8
Haftalık Çalışma Saati	40 Saatin Altında	9	3,2
	40-56 Saat	178	63,1
	56 Saatin Üstü	95	33,7
Aylık Çalışma Saati	160 Saatin Altı	10	3,5
	160-180 Saat	135	47,9
	180 Saatin Üstü	137	48,6
Meslekte Geçirilen Süre	1 Yıldan Az	14	5
	1-5 Yıl	97	34,4
	6-10 Yıl	72	25,5
	11 Yıl Ve Üzeri	99	35,1
Bulunulan Kurumda Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	50	17,7
	1-5 Yıl	161	57,1
Bulunulan Birimde Çalışma Süresi	6-10 Yıl	41	14,5
	11 Yıl Ve Üzeri	30	10,6
	1 Yıldan Az	58	20,6
Bulunulan Birimde Çalışma Süresi	1-5 Yıl	166	58,9
	6-10 Yıl	36	12,8
	11 Yıl Ve Üzeri	22	7,8

	1 Yıldan Az	97	34,4
Daha Önce Başka			
	1-5 Yıl	119	42,2
Kurumda Çalışma Süresi			
	6-10 Yıl	42	14,9
	11 Yıl Ve Üzeri	24	8,5
Mesleği Kendi İsteği	Evet	211	74,8
İle Seçme Durumu	Hayır	71	25,2
Nöbet Tutma Durumu	Evet	251	89
	Hayır	31	11
Nöbet Sayısı	0-5	59	20,9
	6-10	168	59,6
	11 Ve Üzeri	55	19,5

Çalışanların iş özelliklerine ilişkin dağılımları Tablo 4.2’de gösterilmektedir. Araştırma kapsamına alınan çalışanların %12,8’inin üniversite hastanesinde, %87,2’sinin devlet hastanesinde çalıştığı, %74,8’inin kendi isteğiyle, %25,2’sinin kendi isteği dışında mesleğini seçtiği, %11’inin nöbet tutmadığı, %89’unun nöbet tuttuğu, %20,9’unun ayda 0-5 adet nöbet, %59,6’sının 6-10 adet nöbet, %19,5’inin 11 ve üzeri sayıda nöbet tuttuğu belirlendi. Yine aynı çalışmaya katılanların %3,2’sinin haftalık 40 saatin altında, %63,1’inin 40-56 saat, %33,7’sinin 56 saatin üzerinde çalıştığı, %3,5’inin aylık 160 saatin altında, %47,9’unun 160-180 saat, %48,6’sının 180 saatin üzerinde çalıştığı saptandı. Acil sağlık çalışanlarının %34,4’ünün daha önce başka kurumda 1 yıldan az, %42,2’sinin 1 ile 5 yıl arasında, %14,9’unun 6 ile 10 yıl arasında, %8,5’inin 11 yıl ve üzeri çalıştığı, %17,7’sinin bulunduğu kurumda 1 yıldan az, %57,1’inin 1 ile 5 yıl arasında, %14,5’inin 6 ile 10 yıl arasında, %10,6’sının 11 yıl ve üzeri çalıştığı, %20,6’sının bulunduğu birimde 1 yıldan az, %58,9’unun 1 ile 5 yıl

arasında, %12,8'inin 6 ile 10 yıl arasında, %7,8'inin 11 yıl ve üzerinde çalıştığı belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Acil Sağlık Çalışanlarının Rahatsızlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Tanı Konmuş	Evet	43	15,2
	Rahatsızlık Durumu	Hayır	239
Tanı Kategorisi	Kalp Hastalıkları	7	16,3
	Nörolojik Hastalıklar	7	16,3
	Hormonal Hastalıklar	17	39,5
	Diğerleri	12	27,9

Acil sağlık çalışanlarının rahatsızlık durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3'de verilmiştir. Araştırmaya katılanların %84,8'inin herhangi bir sağlık sorununun olmadığı, %15,2'sinin ise bazı sağlık problemlerinin olduğu görülmüştür. Bunlar arasında %16,3'ünü kalp hastalıkları, %16,3'ünü nörolojik hastalıklar, %39,5'ini hormonal hastalıklar ve %27,9'unu ise diğer hastalıkların oluşturduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Acil Sağlık Çalışanlarının Görev Yaptıkları Ortamdaki Memnuniyet Durumlarına İlişkin Dağılımları

		n	%
Memnuniyet	Memnunum	190	67,4
	Durumu	Memnun Değilim	92
Memnun	Fiziksel Koşulların Yetersizliği Ve	11	12,0
Olmama Nedeni	Güvenlik Sorunları (FK/GS)		

Kategorisi	Yönetimsel Kaynaklı		
	Sorunlar Ve Mobing (YS/M)	16	17,4
	Personel Eksikliği/ Yetersizliği (PE)	9	9,8
	Yoğunluk, Yoruculuk, Bıkkınlık (YYB)	18	19,6
	Çalışma Şartlarının Ağırlığı Ve Çalışma Saati Fazlalığı (ÇŞ/ÇF)	27	29,3
	Diğerleri	11	12,0

Acil sağlık çalışanlarının görev yaptıkları ortamdaki memnuniyet durumlarına ilişkin dağılımları Tablo 4.4'de gösterilmiştir. Bu çalışmada sağlık personellerinin %67,4'ü çalışma ortamından memnun iken %32,6'sı memnun olmadığını belirtmiş ve gerekçelerini sunmuştur. Bu gerekçeler içinde %12'si fiziksel koşulların yetersizliği ve güvenlik sorunlarından, %17,4'ü yönetimsel kaynaklı sorunlar ve mobingden, %9,8'i personel eksikliği/yetersizliğinden, %19,6'sı yoğunluk, yoruculuk, bıkkınlıktan, %29,2'si çalışma şartlarının ağır olması ve çalışma saati fazlalığından ve %12'si ise diğer nedenlerden kaynaklı olarak memnun olmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.4).

4.2. ACİL SERVİS ÇALIŞANLARININ SOSYODEMOGRAFİK VE İŞ ÖZELLİKLERİNİN İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN OLGULARA YÖNELİK ACİL SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TUTUMLARI ÖLÇEĞİ (İGYTÖ) VE ALT ÖLÇEKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmamızda İGYTÖ toplam puan ortalaması $101,28 \pm 6,56$ olarak bulundu (maksimum:123, minimum:80).

Tablo 4.5. Acil Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Ve İş Özellikleri İle İGYTÖ Toplam Puanlarına Göre Dağılımı

		n	İGYTÖ Top. Puanı	t,F, χ^2	p
Yaş	18-25	63	102,4 \pm 5,75	2,306	0,102*
	26-35	118	100,35 \pm 6,28		
	35 Ve Üstü	101	101,67 \pm 7,24		
Cinsiyet	Kadın	159	101,5 \pm 6,18	0,630	0,529
	Erkek	123	101 \pm 7,04		
Medeni Durum	Evli	193	101,3 \pm 6,46	0,057	0,954
	Bekar	89	101,25 \pm 6,81		
Çocuk Varlığı	Var	167	101,25 \pm 6,58	0,088	0,930
	Yok	115	101,32 \pm 6,56		
Çocuk Sayısı	1	59	101,03 \pm 5,24	0,060	0,941*
	2	82	101,32 \pm 7,14		
	3+	26	101,54 \pm 7,64		
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	56	100,04 \pm 6,55	1,924	0,148*
	Gelir Gidere Denk	154	101,25 \pm 6,87		
	Gelir Giderden Fazla	72	102,32 \pm 5,75		
Tanı Konmuş	Evet	43	100,6 \pm 4,92	0,916	0,363
Rahatsızlık	Hayır	239	101,4 \pm 6,82		
Tanı Kategorisi	Kalp Hast.	7	99,14 \pm 7,63	1,202	0,753#
	Nörolojik Hast.	7	101,43 \pm 5,94		
	Hormonal Hast.	17	100,94 \pm 3,98		
	Diğerleri	12	100,5 \pm 4,06		

Meslek	Hemşire	152	101,97±6,52	1,934	0,105*
	Doktor	47	99,43±6,53		
	ATT	44	101,43±5,73		
	Sağlık Memuru	31	101,35±7,94		
	Ebe	8	97,88±3,6		
Eğitim Durumu	Lise-Sağlık Meslek	53	101(98-106)	3,280	0,657#
	Ön Lisans	68	102(97-106)		
	Lisans	122	101(97-106)		
	Yüksek Lisans	14	100,5(93-102)		
	Tıpta Uzmanlık	22	102(96-107)		
	Doktora	3	99(95-106)		
Çalışılan Kurum	Devlet Hast	246	101,43±6,77	1,288	0,203
	Üniversite Hast	36	100,25±4,85		
Haftalık Çalışma Saati	40 Saatin Altında	9	98,78±2,73	2,338	0,098*
	40-56 Saat	178	100,84±6,64		
	56 Saatin Üstü	95	102,35±6,55		
Aylık Çalışma Saati	160 Saatin Altı	10	99,6±3,41	0,473	0,623*
	160-180 Saat	135	101,13±6,37		
	180 Saatin Üstü	137	101,55±6,92		
Meslekte Geçirilen Süre	1 Yıdan Az	14	101,57±8,69	0,653	0,582*
	1-5 Yıl	97	101,72±6,01		
	6-10 Yıl	72	100,36±6,2		
	11 Yıl Ve Üzeri	99	101,47±7,02		
Bulunulan Kurumda Çalışma Süresi	1 Yıdan Az	50	101,02±7,4	0,184	0,907*
	1-5 Yıl	161	101,52±6,13		
	6-10 Yıl	41	101,05±6,38		
	11 Yıl Ve Üzeri	30	100,73±7,79		
Bulunulan Birimde Çalışma Süresi	1 Yıdan Az	58	101,02±7,07	0,620	0,603*
	1-5 Yıl	166	101,62±6,31		
	6-10 Yıl	36	100,03±6,45		
	11 Yıl Ve Üzeri	22	101,45±7,37		

Daha Önce Başka Kurumda Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	97	101,41±6,79	1,773	0,153*
	1-5 Yıl	119	100,49±6,32		
	6-10 Yıl	42	101,86±6		
	11 Yıl Ve Üzeri	24	103,67±7,39		
Memnuniyet Durumu	Memnunum	190	101,47±6,44	0,711	0,478
	Memnun Değilim	92	100,88±6,83		
Memnun Olmama Nedeni	FK/GS	11	99±8,01	0,282	0,922*
	YS/M	16	101,44±6,82		
	PE	9	102,22±7,21		
	YYB	18	100,44±6,96		
	ÇŞ/ÇF	27	100,89±6,54		
	Diğerleri	11	101,55±6,95		
Mesleği Kendi İsteği İle Seçme	Evet	211	101,41±6,31	0,562	0,575
	Hayır	71	100,9±7,3		
Nöbet Tutma Durumu	Evet	251	101,36±6,58	0,599	0,549
	Hayır	31	100,61±6,46		
Ayda Kaç Nöbet	0-5	59	100,68±6,1	0,579	0,561*
	6-10	168	101,26±6,5		
	11 Ve Üzeri	55	102±7,24		

Araştırma kapsamına alınan acil sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve iş özellikleri ile İGYTÖ toplam puanları Tablo 4.5’de sunulmuştur. Çalışanların İGYTÖ toplam puanlarının yaş (p=0,102), cinsiyet (p=0,529), medeni durum (p=0,954), çocuk varlığı (p=0,930), çocuk sayısı (p=0,941), gelir durumu (p=0,148), tıbbi hastalık varlığı (p=0,363), hastalık (p=0,753), meslek (p=0,105), eğitim durumu (p=0,657), çalışılan kurum (p=0,203), haftalık çalışma saati (p=0,098), aylık çalışma saati (p=0,623), meslekte geçirilen süre (p=0,582), bulunulan kurumda çalışma süresi (p=0,907),

bulunulan birimde çalışma süresi ($p=0,603$), daha önceki kurumda çalışma süresi ($p=0,153$), çalışma ortamındaki memnuniyet durumu ($p=0,478$), memnun olmama nedenleri ($p=0,922$), kendi isteği ile mesleği seçme durumu ($p=0,575$), nöbet tutma durumu ($p=0,549$) ve nöbet sayısı ($p=0,561$) özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Acil Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Ve İş Özellikleri İle İGYTÖ Önleme Ve Koruma Alt Boyut Puanlarına Göre Dağılımı

		Önleme ve			
		n	Koruma	t,F, χ^2	p
		Puanı			
Yaş	18-25	63	18,71±2,37	0,869	0,421*
	26-35	118	18,58±2,09		
	35 Ve Üstü	101	18,99±2,57		
Cinsiyet	Kadın	159	18,74±2,46	0,159	0,874
	Erkek	123	18,78±2,17		
Medeni Durum	Evli	193	18,99±2,34	2,508	0,013
	Bekar	89	18,25±2,25		
Çocuk Varlığı	Var	167	18,98±2,44	1,978	0,049
	Yok	115	18,43±2,13		
Çocuk Sayısı	1	59	19,05±2,13	0,160	0,852*
	2	82	18,88±2,37		
	3+	26	19,15±3,28		
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	56	18,41±2,11	1,805	0,166*
	Gelir Gidere Denk	154	18,69±2,42		
	Gelir Giderden Fazla	72	19,17±2,28		
Tanı Konmuş	Evet	43	18,72±2,23	0,105	0,917
Rahatsızlık	Hayır	239	18,76±2,35		
Tanı Kategorisi	Kalp Hast.	7	17,29±3,09	2,914	0,405#
	Nörolojik Hast.	7	19,29±2,93		

	Hormonal Hast.	17	19,29±1,76		
	Diğerleri	12	18,42±1,56		
Meslek	Hemşire	152	18,86±2,51	0,559	0,692*
	Doktor	47	18,91±1,82		
	ATT	44	18,52±2,05		
	Sağlık Memuru	31	18,58±2,35		
	Ebe	8	17,88±3		
Eğitim Durumu	Lise-Sağlık Meslek	53	19(17-20)	0,568	0,989#
	Ön Lisans	68	19(17-20)		
	Lisans	122	19(17-20)		
	Yüksek Lisans	14	19(18-21)		
	Tıpta Uzmanlık	22	19,5(17-20)		
	Doktora	3	19(18-20)		
Çalışılan Kurum	Devlet Hast	246	18,83±2,35	1,394	0,164
	Üniversite Hast	36	18,25±2,18		
Haftalık Çalışma Saati	40 Saatin Altında	9	19,56±1,13	1,127	0,325*
	40-56 Saat	178	18,62±2,4		
	56 Saatin Üstü	95	18,94±2,27		
Aylık Çalışma Saati	160 Saatin Altı	10	20±1,49	3,065	0,048*
	160-180 Saat	135	18,46±2,34		
	180 Saatin Üstü	137	18,96±2,34		
Meslekte Geçirilen Süre	1 Yıldan Az	14	17,43±2,31	1,600	0,190*
	1-5 Yıl	97	18,82±2,14		
	6-10 Yıl	72	18,83±2,03		
	11 Yıl Ve Üzeri	99	18,82±2,67		
Bulunulan Kurumda Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	50	18,66±2,23	0,326	0,806*
	1-5 Yıl	161	18,86±2,14		
	6-10 Yıl	41	18,49±2,92		
	11 Yıl Ve Üzeri	30	18,7±2,65		
Bulunulan Birimde	1 Yıldan Az	58	18,62±2,09	1,662	0,175*
	1-5 Yıl	166	18,96±2,28		

Çalışma Süresi	6-10 Yıl	36	18,03±2,71		
	11 Yıl Ve Üzeri	22	18,77±2,52		
Daha Önce Başka	1 Yıldan Az	97	18,34±2,44	1,735	0,160*
Kurumda Çalışma Süresi	1-5 Yıl	119	18,9±2,18		
	6-10 Yıl	42	19,02±2,24		
	11 Yıl Ve Üzeri	24	19,25±2,67		
Memnuniyet Durumu	Memnunum	190	18,82±2,35	0,625	0,532
	Memnun Değilim	92	18,63±2,3		
Memnun Olmama Nedeni	FK/GS	11	18±2,1	1,010	0,417*
	YS/M	16	19,13±1,54		
	PE	9	18,11±1,96		
	YYB	18	19,39±2,85		
	ÇŞ/ÇF	27	18,19±2,5		
	Diğerleri	11	18,82±2,14		
Mesleği Kendi İsteği İle Seçme	Evet	211	18,91±2,31	1,929	0,055
	Hayır	71	18,3±2,36		
Nöbet Tutma Durumu	Evet	251	18,71±2,35	0,946	0,345
	Hayır	31	19,13±2,19		
Ayda Kaç Nöbet	0-5	59	19,14±2,09	1,173	0,311*
	6-10	168	18,6±2,48		
	11 Ve Üzeri	55	18,82±2,08		

Araştırmaya katılan çalışanların sosyodemografik ve iş özellikleri ile İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puanları Tablo 4.6'da karşılaştırılmıştır. Çalışanların İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puanlarının yaş ($p=0,421$), cinsiyet ($p=0,874$), çocuk sayısı ($p=0,852$), gelir durumu ($p=0,166$), tıbbi hastalık varlığı ($p=0,917$), hastalık ($p=0,405$), meslek ($p=0,692$), eğitim durumu ($p=0,989$), çalışılan kurum ($p=0,164$), haftalık çalışma saati ($p=0,325$), meslekte geçirilen süre ($p=0,190$), bulunulan kurumda çalışma süresi ($p=0,806$), bulunulan birimde çalışma süresi

($p=0,175$), daha önceki kurumda çalışma süresi ($p=0,160$), çalışma ortamındaki memnuniyet durumu ($p=0,532$), memnun olmama nedenleri ($p=0,417$), kendi isteği ile mesleği seçme durumu ($p=0,055$), nöbet tutma durumu ($p=0,345$) ve nöbet sayısı ($p=0,311$) özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Acil sağlık personellerinin İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puanları medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermekle birlikte ($p=0,013$), evli olanların ölçekten aldıkları puan değeri ($18,99\pm 2,34$) iken, bekarların ölçekten aldıkları puan değeri ($18,25\pm 2,25$) dir. Buna göre evlilerin aldıkları puan bekarların ölçekten aldıkları puandan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6).

Çalışanların çocuk sahibi olma durumuna göre İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık göstermektedir ($p=0,049$). Çocuk sahibi olan çalışanlar ($18,98\pm 2,44$) ile çocuğu olmayanlar ($18,43\pm 2,13$) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmakla birlikte, çocuğu olan çalışanların İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puan değerleri daha yüksektir (Tablo 4.6).

Araştırmaya katılanların İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puanları aylık çalışma saatlerine göre de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p=0,048$). Bu fark aylık çalışma saati 160 saatin altında olanlar ile 160-180 saat arası olanlar ve aylık çalışma saati 160 saatin altında olanlar ile 180 saatin üstünde olanların aldıkları puanlardan kaynaklanmıştır. Aylık çalışma saati 160 saatin altında olanların aldıkları önleme ve koruma alt boyut puanı ($20\pm 1,49$), 160-180 saat arası çalışanlara

göre (18,46±2,34) ve 180 saatin üstünde çalışanlara göre (18,96±2,34) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Acil Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Ve İş Özellikleri İle İGYTÖ Bireysel Yardım Alt Boyut Puanlarına Göre Dağılımı

		n	Bireysel Yardım Puanı	t,F, χ^2	p
Yaş	18-25	63	12,16±1,62	1,557	0,213*
	26-35	118	11,88±1,92		
	35 Ve Üstü	101	12,32±1,89		
Cinsiyet	Kadın	159	12,04±1,66	0,617	0,538
	Erkek	123	12,18±2,07		
Medeni Durum	Evli	193	12,1±1,93	0,011	0,991
	Bekar	89	12,1±1,67		
Çocuk Varlığı	Var	167	12,12±1,93	0,224	0,823
	Yok	115	12,07±1,74		
Çocuk Sayısı	1	59	11,78±1,91	1,433	0,242*
	2	82	12,29±1,84		
	3+	26	12,35±2,19		
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	56	11,77±1,91	1,363	0,257*
	Gelir Gidere Denk	154	12,12±1,75		
	Gelir Giderden Fazla	72	12,31±2		
Tanı Konmuş Rahatsızlık	Evet	43	11,93±1,42	0,799	0,427
	Hayır	239	12,13±1,92		
Tanı Kategorisi	Kalp Hast.	7	11,86±1,46	0,591	0,898#
	Nörolojik Hast.	7	12±1,41		
	Hormonal Hast.	17	12,12±1,5		
	Diğerleri	12	11,67±1,44		
Meslek	Hemşire	152	12,09±1,66	1,792	0,131*
	Doktor	47	11,62±2,03		

	ATT	44	12,18±1,99		
	Sağlık Memuru	31	12,74±2		
	Ebe	8	12,25±2,38		
Eğitim Durumu	Lise-Sağlık Meslek	53	13(11-13)	7,126	0,211#
	Ön Lisans	68	12(11-13)		
	Lisans	122	12(11-14)		
	Yüksek Lisans	14	11(10-11)		
	Tıpta Uzmanlık	22	12(11-14)		
	Doktora	3	12(11-13)		
Çalışılan Kurum	Devlet Hast	246	12,1±1,87	0,055	0,956
	Üniversite Hast	36	12,08±1,76		
Haftalık Çalışma Saati	40 Saatin Altında	9	11,22±2,05	1,893	0,153*
	40-56 Saat	178	12,02±1,8		
	56 Saatin Üstü	95	12,33±1,91		
Aylık Çalışma Saati	160 Saatin Altı	10	11,5±1,9	0,732	0,482*
	160-180 Saat	135	12,05±1,83		
	180 Saatin Üstü	137	12,19±1,87		
Meslekte Geçirilen Süre	1 Yıldan Az	14	12,43±1,91	1,074	0,361*
	1-5 Yıl	97	12,15±1,75		
	6-10 Yıl	72	11,78±1,95		
	11 Yıl Ve Üzeri	99	12,23±1,86		
Bulunulan Kurumda Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	50	12,18±1,93	1,647	0,179*
	1-5 Yıl	161	11,94±1,79		
	6-10 Yıl	41	12,17±1,91		
	11 Yıl Ve Üzeri	30	12,73±1,87		
Bulunulan Birimde Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	58	12,02±2,03	2,561	0,055*
	1-5 Yıl	166	12,02±1,76		
	6-10 Yıl	36	11,94±2		
	11 Yıl Ve Üzeri	22	13,14±1,52		
Daha Önce Başka Kurumda Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	97	12,3±1,93	0,972	0,406*
	1-5 Yıl	119	11,96±1,76		
	6-10 Yıl	42	12,24±1,87		
	11 Yıl Ve Üzeri	24	11,75±1,92		

Memnuniyet Durumu	Memnunum	190	12,22±1,77	1,593	0,112
	Memnun Değilim	92	11,85±1,99		
Memnun Olmama Nedeni	FK/GS	11	11,55±2,66	0,388	0,856*
	YS/M	16	12,19±2,04		
	PE	9	11,89±1,05		
	YYB	18	11,56±2,64		
	ÇŞ/ÇF	27	12,11±1,65		
	Diğerleri	11	11,45±1,51		
Mesleği Kendi İsteği İle Seçme	Evet	211	12,16±1,89	0,894	0,372
	Hayır	71	11,93±1,72		
Nöbet Tutma Durumu	Evet	251	12,16±1,85	1,452	0,148
	Hayır	31	11,65±1,82		
Ayda Kaç Nöbet	0-5	59	11,86±1,78	0,603	0,548*
	6-10	168	12,17±1,82		
	11 Ve Üzeri	55	12,15±2,03		

Araştırma kapsamına alınan acil sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve iş özellikleri ile İGYTÖ bireysel yardım alt boyut puanları Tablo 4.7’de sunulmuştur. Araştırmaya katılanların İGYTÖ bireysel yardım alt boyut puanlarının yaş ($p=0,213$), cinsiyet ($p=0,538$), medeni durum ($p=0,991$), çocuk varlığı ($p=0,823$), çocuk sayısı ($p=0,242$), gelir durumu ($p=0,257$), tıbbi hastalık varlığı ($p=0,427$), hastalık ($p=0,898$), meslek ($p=0,131$), eğitim durumu ($p=0,211$), çalışılan kurum ($p=0,956$), haftalık çalışma saati ($p=0,153$), aylık çalışma saati ($p=0,482$), meslekte geçirilen süre ($p=0,361$), bulunulan kurumda çalışma süresi ($p=0,179$), bulunulan birimde çalışma süresi ($p=0,055$), daha önceki kurumda çalışma süresi ($p=0,406$), çalışma ortamındaki memnuniyet durumu ($p=0,112$), memnun olmama nedenleri ($p=0,856$), kendi isteği ile mesleği seçme durumu ($p=0,372$), nöbet tutma durumu ($p=0,148$) ve nöbet sayısı

($p=0,548$) özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Acil Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Ve İş Özellikleri İle İGYTÖ Kurumsal Yardım Alt Boyut Puanlarına Göre Dağılımı

		Kurumsal		t,F, χ^2	p
		n	Yardım Puanı		
Yaş	18-25	63	8,65±1,3 ^(ab)	6,336	0,002*
	26-35	118	8,23±1,22 ^(a)		
	35 Ve Üstü	101	8,81±1,25 ^(b)		
Cinsiyet	Kadın	159	8,47±1,17	0,906	0,366
	Erkek	123	8,61±1,38		
Medeni Durum	Evli	193	8,48±1,28	0,976	0,330
	Bekar	89	8,64±1,25		
Çocuk Varlığı	Var	167	8,56±1,25	0,493	0,622
	Yok	115	8,49±1,29		
Çocuk Sayısı	1	59	8,42±1,09	0,870	0,421*
	2	82	8,59±1,22		
	3+	26	8,81±1,67		
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	56	8,38±1,47	1,290	0,277*
	Gelir Gidere Denk	154	8,5±1,23		
	Gelir Giderden Fazla	72	8,72±1,17		
Tanı Konmuş	Evet	43	8,47±0,98	0,457	0,649
Rahatsızlık	Hayır	239	8,54±1,31		
Tanı Kategorisi	Kalp Hast	7	8,14±0,9	2,167	0,539#
	Nörolojik Hast	7	8,86±1,07		
	Hormonal Hast	17	8,41±0,94		
	Diğerleri	12	8,5±1,09		
Meslek	Hemşire	152	8,64±1,21 ^(a)	3,327	0,011*
	Doktor	47	7,98±1,33 ^(b)		
	ATT	44	8,48±1,15 ^(ab)		

	Sağlık Memuru	31	8,9±1,45 ^(a)		
	Ebe	8	8,5±1,07 ^(ab)		
Eğitim Durumu	Lise-Sağlık Meslek	53	9(8-10)	7,099	0,213#
	Ön Lisans	68	8,5(8-10)		
	Lisans	122	8(8-10)		
	Yüksek Lisans	14	8(7-9)		
	Tıpta Uzmanlık	22	8(8-9)		
	Doktora	3	9(8-9)		
Çalışılan Kurum	Devlet Hast	246	8,59±1,31	2,843	0,006
	Üniversite Hast	36	8,11±0,89		
Haftalık Çalışma Saati	40 Saatin Altında	9	8,56±1,13	0,557	0,573*
	40-56 Saat	178	8,47±1,24		
	56 Saatin Üstü	95	8,64±1,34		
Aylık Çalışma Saati	160 Saatin Altı	10	8,5±1,08	0,077	0,926*
	160-180 Saat	135	8,56±1,21		
	180 Saatin Üstü	137	8,5±1,34		
Meslekte Geçirilen Süre	1 Yıldan Az	14	8,29±1,94	0,672	0,570*
	1-5 Yıl	97	8,48±1,19		
	6-10 Yıl	72	8,46±1,26		
	11 Yıl Ve Üzeri	99	8,67±1,25		
Bulunulan Kurumda Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	50	8,5±1,4	0,648	0,585*
	1-5 Yıl	161	8,48±1,27		
	6-10 Yıl	41	8,54±1,14		
	11 Yıl Ve Üzeri	30	8,83±1,23		
Bulunulan Birimde Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	58	8,5±1,35	1,949	0,122*
	1-5 Yıl	166	8,5±1,23		
	6-10 Yıl	36	8,36±1,27		
	11 Yıl Ve Üzeri	22	9,14±1,25		
Daha Önce Başka Kurumda Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	97	8,51±1,25	0,383	0,765*
	1-5 Yıl	119	8,48±1,26		
	6-10 Yıl	42	8,62±1,29		
	11 Yıl Ve Üzeri	24	8,75±1,39		

Memnuniyet Durumu	Memnunum	190	8,72±1,18	3,677	<0,001
	Memnun Değilim	92	8,14±1,36		
Memnun Olmama Nedeni	FK/GS	11	7,82±1,17	0,942	0,458*
	YS/M	16	8,5±1,15		
	PE	9	8,22±0,97		
	YYB	18	8,44±1,5		
	ÇŞ/ÇF	27	7,78±1,53		
	Diğerleri	11	8,27±1,35		
Mesleği Kendi İsteği İle Seçme	Evet	211	8,59±1,22	1,383	0,168
	Hayır	71	8,35±1,41		
Nöbet Tutma Durumu	Evet	251	8,56±1,28	0,974	0,331
	Hayır	31	8,32±1,19		
Ayda Kaç Nöbet	0-5	59	8,44±1,25	0,207	0,813*
	6-10	168	8,55±1,26		
	11 Ve Üzeri	55	8,58±1,34		

Çalışmaya katılan acil sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve iş özellikleri ile İGYTÖ kurumsal yardım alt boyut puan değerleri Tablo 4.8’de karşılaştırılmıştır. Araştırmaya katılanların İGYTÖ kurumsal yardım alt boyut puanlarının cinsiyet (p=0,366), medeni durum (p=0,330), çocuk varlığı (p=0,622), çocuk sayısı (p=0,421), gelir durumu (p=0,277), tıbbi hastalık varlığı (p=0,649), hastalık (p=0,539), eğitim durumu (p=0,213), haftalık çalışma saati (p=0,573), aylık çalışma saati (p=0,926), meslekte geçirilen süre (p=0,570), bulunulan kurumda çalışma süresi (p=0,585), bulunulan birimde çalışma süresi (p=0,122), daha önceki kurumda çalışma süresi (p=0,765), memnun olmama nedenleri (p=0,458), kendi isteği ile mesleği seçme durumu (p=0,168), nöbet tutma durumu (p=0,331) ve nöbet sayısı (p=0,813)

özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 4.8).

İGYTÖ kurumsal yardım alt boyutu puan değerlerinin çalışanların yaş grupları yönünden istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık gösterdiği belirlendi ($p=0,002$). Elde edilen bulgular doğrultusunda bu istatistiksel farklılığın 26-35 ile 35 ve üstü yaş grupları arasında alınan puanlardan kaynaklandığı görüldü. 35 ve üstü yaş grubunun aldığı puanın ($8,81\pm 1,25$) anlamlı şekilde yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.8).

Çalışanların İGYTÖ kurumsal yardım alt boyutu puan değerleri mesleğe göre anlamlı şekilde farklı çıkmıştır ($p=0,011$). Bu fark hemşireler ile doktorlar ve sağlık memurları ile doktorlar arasında alınan puanlardan kaynaklanmıştır. Sağlık memurlarının kurumsal yardım alt boyutu puanları ($8,9\pm 1,45$) doktorlara göre ($7,98\pm 1,33$) ve hemşirelerin kurumsal yardım alt boyutu puanları ($8,64\pm 1,21$) doktorlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8).

İGYTÖ kurumsal yardım alt boyut puan değerleri araştırmaya katılanların çalıştıkları kurumlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p=0,006$). Devlet hastanesinde görev yapanların aldıkları puanlar ($8,59\pm 1,31$), üniversite hastanesinde çalışanların aldıkları puanlara ($8,11\pm 0,89$) göre anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.8).

Acil sağlık personellerinin İGYTÖ kurumsal yardım alt boyut puan değerleri çalışma ortamındaki memnuniyet durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermekle birlikte ($p<0,001$), memnun olanların ölçekten aldıkları puanlar ($8,72\pm 1,18$) iken, memnun olmayanların bu ölçekten aldıkları puanlar ($8,14\pm 1,36$) bulunmuştur. Buna göre memnun olanların puan değerleri olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Acil Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Ve İş Özellikleri İle İGYTÖ Tetikleyiciler Ve Psikopatoloji Alt Boyut Puanlarına Göre Dağılımı

		n	Tetikleyici/ Psikopatoloji Puanı	t,F, χ^2	p
Yaş	18-25	63	22,86±2,42	0,493	0,611*
	26-35	118	23,25±2,78		
	35 Ve Üstü	101	23,02±2,52		
Cinsiyet	Kadın	159	23,09±2,59	0,248	0,804
	Erkek	123	23,07±2,64		
Medeni Durum	Evli	193	23,05±2,56	1,207	0,228
	Bekar	89	23,13±2,72		
Çocuk Varlığı	Var	167	23,23±2,68	1,207	0,228
	Yok	115	22,85±2,5		
Çocuk Sayısı	1	59	23,37±2,65	0,207	0,813*
	2	82	23,1±2,79		
	3+	26	23,35±2,45		
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	56	22,88±2,37	0,289	0,750*
	Gelir Gidere Denk	154	23,18±2,51		
	Gelir Giderden Fazla	72	23,03±3		
Tanı Konmuş	Evet	43	22,98±2,29	0,276	0,783
Rahatsızlık	Hayır	239	23,1±2,67		
Tanı Kategorisi	Kalp Hast	7	23,43±2,07	1,673	0,643#
	Nörolojik Hast	7	23,14±2,41		
	Hormonal Hast	17	22,41±2,45		
	Diğerleri	12	23,42±2,23		
Meslek	Hemşire	152	23,01±2,46	1,460	0,214*
	Doktor	47	22,81±2,58		
	ATT	44	23,68±2,84		
	Sağlık Memuru	31	23,35±2,4		
	Ebe	8	21,63±4,34		
Eğitim Durumu	Lise-Sağlık Meslek	53	23(21-25)	4,895	0,429#

	Ön Lisans	68	23(22-26)		
	Lisans	122	23(21-24)		
	Yüksek Lisans	14	22,5(20-24)		
	Tıpta Uzmanlık	22	23(22-25)		
	Doktora	3	22(19-24)		
Çalışılan Kurum	Devlet Hast	246	23,09±2,64	0,123	0,902
	Üniversite Hast	36	23,03±2,41		
Haftalık Çalışma Saati	40 Saatin Altında	9	22,56±2,35	0,567	0,568*
	40-56 Saat	178	22,99±2,69		
	56 Saatin Üstü	95	23,28±2,48		
Aylık Çalışma Saati	160 Saatin Altı	10	22,2±1,87	0,744	0,476*
	160-180 Saat	135	23,2±2,65		
	180 Saatin Üstü	137	23,02±2,62		
Meslekte Geçirilen Süre	1 Yıldan Az	14	23,93±2,43	0,681	0,564*
	1-5 Yıl	97	22,89±2,82		
	6-10 Yıl	72	23,13±2,5		
	11 Yıl Ve Üzeri	99	23,11±2,51		
Bulunulan Kurumda Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	50	23,14±2,29	0,234	0,873*
	1-5 Yıl	161	23,12±2,68		
	6-10 Yıl	41	23,12±2,86		
	11 Yıl Ve Üzeri	30	22,7±2,44		
Bulunulan Birimde Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	58	23,24±2,54	0,119	0,949*
	1-5 Yıl	166	23,06±2,63		
	6-10 Yıl	36	23±2,84		
	11 Yıl Ve Üzeri	22	22,91±2,43		
Daha Önce Başka Kurumda Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	97	22,94±2,7	2,043	0,108*
	1-5 Yıl	119	22,82±2,53		
	6-10 Yıl	42	23,6±2,6		
	11 Yıl Ve Üzeri	24	24±2,43		
Memnuniyet Durumu	Memnunum	190	22,85±2,57	2,098	0,037
	Memnun Değilim	92	23,54±2,63		
Memnun Olmama	FK/GS	11	23,91±3,51	0,272	0,927*

Nedeni	YS/M	16	22,88±2,92		
	PE	9	23,67±2,4		
	YYB	18	23,56±2,77		
	ÇŞ/ÇF	27	23,74±2,46		
	Diğerleri	11	23,55±1,92		
Mesleği Kendi	Evet	211	23,08±2,57	0,028	0,977
İsteği İle Seçme	Hayır	71	23,07±2,74		
Nöbet Tutma	Evet	251	23,13±2,58	0,906	0,366
Durumu	Hayır	31	22,68±2,81		
Ayda Kaç Nöbet	0-5	59	22,88±2,59	0,228	0,796*
	6-10	168	23,15±2,54		
	11 Ve Üzeri	55	23,07±2,87		

Araştırma kapsamına alınan acil sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve iş özellikleri ile İGYTÖ tetikleyiciler ve psikopatoloji alt boyut puan değerleri Tablo 4.9'da karşılaştırılmıştır. Araştırmaya katılanların İGYTÖ tetikleyiciler ve psikopatoloji alt boyut puanlarının yaş ($p=0,611$), cinsiyet ($p=0,804$), medeni durum ($p=0,228$), çocuk varlığı ($p=0,228$), çocuk sayısı ($p=0,813$), gelir durumu ($p=0,750$), tıbbi hastalık varlığı ($p=0,783$), hastalık ($p=0,643$), meslek ($p=0,214$), eğitim durumu ($p=0,429$), çalışılan kurum ($p=0,902$), haftalık çalışma saati ($p=0,568$), aylık çalışma saati ($p=0,476$), meslekte geçirilen süre ($p=0,564$), bulunulan kurumda çalışma süresi ($p=0,873$), bulunulan birimde çalışma süresi ($p=0,949$), daha önceki kurumda çalışma süresi ($p=0,108$), memnun olmama nedenleri ($p=0,927$), kendi isteği ile mesleği seçme durumu ($p=0,977$), nöbet tutma durumu ($p=0,366$) ve nöbet sayısı ($p=0,796$) özelliklerine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 4.9).

Acil sağlık personellerinin İGYTÖ tetikleyiciler ve psikopatoloji alt boyut puanları çalışma ortamındaki memnuniyet durumuna göre istatistiksel kapsamda anlamlı şekilde farklılık göstermekle birlikte ($p=0,037$), memnun olanların bu ölçekten aldıkları puanlar ($22,85\pm2,57$) iken, memnun olmayanların aldıkları puanlar ise ($23,54\pm2,63$) dir. Buna göre memnun olanların puan değerleri olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Acil Sağlık alışanlarının Sosyodemografik Ve İş zellikleri İle İGYTÖ Nedensel Atıflar Alt Boyut Puanlarına Göre Dağılımı

		n	Nedensel Atıflar Puanı	t,F, χ^2	p
Yaş	18-25	63	24,44 \pm 2,79 ^(a)	6,261	0,002*
	26-35	118	23 \pm 2,61 ^(b)		
	35 Ve st	101	23,03 \pm 3,09 ^(b)		
Cinsiyet	Kadın	159	23,7 \pm 2,92	2,481	0,014
	Erkek	123	22,85 \pm 2,77		
Medeni Durum	Evli	193	23,2 \pm 2,86	1,127	0,261
	Bekar	89	23,62 \pm 2,92		
ocuk Varlığı	Var	167	22,87 \pm 2,82	3,28	0,001
	Yok	115	24 \pm 2,85		
ocuk Sayısı	1	59	22,8 \pm 2,5	0,059	0,942*
	2	82	22,95 \pm 3,03		
	3+	26	22,81 \pm 2,9		
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	56	23,32 \pm 3,11	0,007	0,993*
	Gelir Gidere Denk	154	23,35 \pm 2,95		
	Gelir Giderden Fazla	72	23,31 \pm 2,57		
Tanı Konmuş	Evet	43	23,35 \pm 2,17	0,048	0,962
Rahatsızlık	Hayır	239	23,33 \pm 3		
Tanı Kategorisi	Kalp Hast	7	23,57 \pm 2,76	0,204	0,977#
	Nörolojik Hast	7	23,57 \pm 2,44		

	Hormonal Hast	17	23,41±2,37		
	Diğerleri	12	23±1,48		
Meslek	Hemşire	152	23,68±3,03	2,252	0,064*
	Doktor	47	22,66±2,44		
	ATT	44	23,57±2,9		
	Sağlık Memuru	31	22,32±2,57		
	Ebe	8	23,38±2,39		
		Lise-Sağlık Meslek	53		
Eğitim Durumu	Ön Lisans	68	23(21-25)		
	Lisans	122	24(21-25)		
	Yüksek Lisans	14	22,5(21-23)		
	Tıpta Uzmanlık	22	23(21-24)		
	Doktora	3	23(19-24)		
	Çalışılan Kurum	Devlet Hast	246	23,32±2,93	0,185
Üniversite Hast		36	23,42±2,59		
Haftalık Çalışma Saati	40 Saatin Altında	9	20,89±2,37 ^(a)	3,498	0,032*
	40-56 Saat	178	23,36±2,77 ^(b)		
	56 Saatin Üstü	95	23,52±3,05 ^(b)		
Aylık Çalışma Saati	160 Saatin Altı	10	21,4±2,55	2,437	0,089*
	160-180 Saat	135	23,47±2,81		
	180 Saatin Üstü	137	23,34±2,94		
Meslekte Geçirilen Süre	1 Yıdan Az	14	24,79±3,68 ^(a)	2,669	0,048*
	1-5 Yıl	97	23,73±2,65 ^(ab)		
	6-10 Yıl	72	22,99±2,9 ^(b)		
	11 Yıl Ve Üzeri	99	22,99±2,89 ^(b)		
Bulunulan Kurumda Çalışma Süresi	1 Yıdan Az	50	23,36±3,47	0,233	0,873*
	1-5 Yıl	161	23,41±2,66		
	6-10 Yıl	41	23,29±2,69		
	11 Yıl Ve Üzeri	30	22,93±3,29		
Bulunulan Birimde	1 Yıdan Az	58	23,34±3,26	0,722	0,540*
	1-5 Yıl	166	23,49±2,76		

Çalışma Süresi	6-10 Yıl	36	23,03±2,74		
	11 Yıl Ve Üzeri	22	22,64±3		
Daha Önce Başka	1 Yıldan Az	97	23,95±2,88	2,353	0,072*
Kurumda Çalışma Süresi	1-5 Yıl	119	22,94±2,98		
	6-10 Yıl	42	23,1±2,59		
	11 Yıl Ve Üzeri	24	23,21±2,6		
Memnuniyet Durumu	Memnunum	190	23,33±2,79	0,059	0,953
	Memnun Değilim	92	23,35±3,08		
Memnun Olmama Nedeni	FK/GS	11	23,18±2,86	1,051	0,394*
	YS/M	16	22,88±2,83		
	PE	9	23,78±3,63		
	YYB	18	22,17±3,54		
	ÇŞ/ÇF	27	24,04±2,83		
	Diğerleri	11	24,09±2,88		
Mesleği Kendi İsteği İle Seçme	Evet	211	23,2±2,87	1,351	0,178
	Hayır	71	23,73±2,9		
Nöbet Tutma Durumu	Evet	251	23,39±2,86	0,947	0,345
	Hayır	31	22,87±3,03		
Ayda Kaç Nöbet	0-5	59	22,63±2,82 ^(a)	3,082	0,047*
	6-10	168	23,38±2,87 ^(ab)		
	11 Ve Üzeri	55	23,95±2,88 ^(b)		

Acil sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve iş özellikleri ile İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puanları Tablo 4.10'da karşılaştırılmıştır. Araştırmaya katılanların İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puanlarının medeni durum (p=0,261), çocuk sayısı (p=0,942), gelir durumu (p=0,993), tıbbi hastalık varlığı (p=0,962), hastalık (p=0,977), meslek (p=0,064), eğitim durumu (p=0,439), çalışılan kurum (p=0,853), aylık çalışma saati (p=0,089), bulunulan kurumda çalışma süresi (p=0,873), bulunulan birimde

çalışma süresi ($p=0,540$), daha önceki kurumda çalışma süresi ($p=0,072$), çalışma ortamındaki memnuniyet durumu ($p=0,953$), memnun olmama nedenleri ($p=0,394$), kendi isteği ile mesleği seçme durumu ($p=0,178$) ve nöbet tutma durumu ($p=0,345$) özelliklerine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 4.10).

İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puan değerlerinin çalışanların yaş grupları yönünden istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p=0,002$). Bu farklılığın 18-25 ile 26-35 yaş grupları ve 18-25 ile 35 ve üstü yaş grupları arasında kaynaklandığı saptanmıştır. 18-25 yaş grubunun nedensel atıflar alt boyut puanları ($24,44\pm 2,79$), 26-35 yaş grubuna göre ($23\pm 2,61$) ve 35 yaş üstü olan gruba göre ($23,03\pm 3,09$) anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.10).

Araştırmaya katılanların İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puanları cinsiyete göre de istatistiksel olarak anlamlı şekilde değişkenlik göstermektedir ($p=0,014$). Kadınların bu ölçekten aldıkları puanlar ($23,7\pm 2,92$), erkeklerin aldıkları puanlara ($22,85\pm 2,77$) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10).

İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puan değerleri araştırmaya katılanların çocuk sahibi olma durumuna göre de istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık göstermektedir ($p=0,001$). Çocuğu olmayanların puan değerleri ($24\pm 2,85$), çocuğu olanların puan değerlerinden ($22,87\pm 2,82$) anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 4.10).

Çalışanların İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puanlarının haftalık çalışma saati yönünden istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p=0,032$). Elde edilen bulgular doğrultusunda bu farklılığın, haftalık 40 saatin altı ile 40-56 saat arası çalışanların aldığı puanlar ve 40 saatin altı ile 56 saatin üstünde çalışanların aldığı puanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Haftalık 40 saat ve altında çalışanların aldığı nedensel atıflar alt boyut puanları ($20,89\pm 2,37$), 40-56 saat çalışanlara göre

(23,36±2,77) ve 56 saatin üstünde çalışanlara göre (23,52±3,05) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (Tablo 4.10).

İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puan değerlerinin araştırma kapsamına alınan çalışanların meslekte geçirdikleri süre bakımından da istatistiksel kapsamda anlamlı şekilde farklılık gösterdiği saptanmıştır (p=0,048). Bu istatistiksel farklılığın ise 1 yıldan az süre çalışmış olanlar ile 6-10 yıl süre çalışmış olanlar ve 1 yıldan az süre çalışmış olanlar ile 11 yıl üzeri süre çalışmış olanlar arasından kaynaklandığı bulunmuştur. 1 yıldan az süre ile çalışanların aldıkları nedensel atıflar alt boyut puanı (24,79±3,68), 6-10 yıl süre çalışanlara göre (22,99±2,9) ve 11 yıl ve üzeri süre çalışanlara göre (22,99±2,89) anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 4.10).

Araştırma kapsamına alınan çalışanların, İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puan değerlerinin nöbet sayıları bakımından da istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı çıktığı belirlenmiştir (p=0,047). Bu farkın nöbet sayısı 0-5 ile 11 ve üzeri olanlar arasından kaynaklandığı bulunmuştur. Nöbet sayıları 0-5 arasında olan çalışanların bu ölçekten aldıkları puan (22,63±2,82), nöbet sayısı 11 ve üzeri olanlara göre (23,95±2,88) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Acil Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Ve İş Özellikleri İle İGYTÖ Tıbbi Yardım Alt Boyut Puanlarına Göre Dağılımı

		n	Tıbbi Yardım Puanı	t,F, χ^2	p
Yaş	18-25	63	15,57±1,77	0,118	0,889*
	26-35	118	15,42±2,24		
	35 Ve Üstü	101	15,5±2,25		
Cinsiyet	Kadın	159	15,46±2,28	0,206	0,837
	Erkek	123	15,51±1,95		
Medeni Durum	Evli	193	15,47±2,18	0,124	0,901

	Bekar	89	15,51±2,06		
Çocuk Varlığı	Var	167	15,48±2,12	0,030	0,976
	Yok	115	15,49±2,17		
Çocuk Sayısı	1	59	15,61±1,69	0,586	0,557*
	2	82	15,51±2,33		
	3+	26	15,08±2,33		
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	56	15,29±2,21	1,081	0,341*
	Gelir Gidere Denk	154	15,41±2,2		
	Gelir Giderden Fazla	72	15,79±1,92		
Tanı Konmuş	Evet	43	15,16±2,17	1,065	0,288
Rahatsızlık	Hayır	239	15,54±2,13		
Tanı Kategorisi	Kalp Hast	7	14,86±3,29	1,623	0,654#
	Nörolojik Hast	7	14,57±2,51		
	Hormonal Hast	17	15,29±1,83		
	Diğerleri	12	15,5±1,83		
Meslek	Hemşire	152	15,7±2,19	1,653	0,161*
	Doktor	47	15,45±1,78		
	ATT	44	15±2,18		
	Sağlık Memuru	31	15,45±2,2		
	Ebe	8	14,25±2,25		
Eğitim Durumu	Lise-Sağlık Meslek	53	15(14-16)	2,734	0,741#
	Ön Lisans	68	15(14-17)		
	Lisans	122	16(14-17)		
	Yüksek Lisans	14	15,5(15-17)		
	Tıpta Uzmanlık	22	15,5(14-17)		
	Doktora	3	17(14-19)		
Çalışılan Kurum	Devlet Hast	246	15,5±2,15	0,363	0,717
	Üniversite Hast	36	15,36±2,07		
Haftalık Çalışma Saati	40 Saatin Altında	9	16±1,32	0,770	0,464*
	40-56 Saat	178	15,37±2,25		
	56 Saatin Üstü	95	15,64±1,97		
Aylık Çalışma Saati	160 Saatin Altı	10	16±1,25	0,481	0,619*

	160-180 Saat	135	15,39±2,21		
	180 Saatin Üstü	137	15,54±2,12		
Meslekte Geçirilen Süre	1 Yıldan Az	14	14,71±2,52	1,481	0,220*
	1-5 Yıl	97	15,64±1,93		
	6-10 Yıl	72	15,18±2,11		
	11 Yıl Ve Üzeri	99	15,66±2,28		
Bulunulan Kurumda Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	50	15,18±2,14	1,876	0,134*
	1-5 Yıl	161	15,71±2,09		
	6-10 Yıl	41	15,44±2,13		
	11 Yıl Ve Üzeri	30	14,83±2,31		
Bulunulan Birimde Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	58	15,29±2,13	0,996	0,395*
	1-5 Yıl	166	15,59±2,15		
	6-10 Yıl	36	15,67±2,1		
	11 Yıl Ve Üzeri	22	14,86±2,1		
Daha Önce Başka Kurumda Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	97	15,38±2,03 ^(a)	2,961	0,033*
	1-5 Yıl	119	15,39±2,22 ^(b)		
	6-10 Yıl	42	15,29±1,97 ^(b)		
	11 Yıl Ve Üzeri	24	16,71±2,18 ^(b)		
Memnuniyet Durumu	Memnunum	190	15,54±2,09	0,615	0,539
	Memnun Değilim	92	15,37±2,25		
Memnun Olmama Nedeni	FK/GS	11	14,55±2,42	1,084	0,375*
	YS/M	16	15,88±2,63		
	PE	9	16,56±2,13		
	YYB	18	15,33±1,68		
	ÇŞ/ÇF	27	15,04±2,3		
	Diğerleri	11	15,36±2,2		
Mesleği Kendi İsteği İle Seçme	Evet	211	15,47±2,06	0,177	0,860
	Hayır	71	15,52±2,37		
Nöbet Tutma Durumu	Evet	251	15,42±2,13	1,342	0,181
	Hayır	31	15,97±2,14		

Ayda Kaç Nöbet	0-5	59	15,73±2,14	0,497	0,609*
	6-10	168	15,41±2,24		
	11 Ve Üzeri	55	15,44±1,8		

Araştırma kapsamına alınan acil sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve iş özellikleri ile İGYTÖ tıbbi yardım alt boyut puanları Tablo 4.11’de sunulmuştur. Araştırmaya katılanların İGYTÖ tıbbi yardım alt boyut puanlarının yaş ($p=0,889$), cinsiyet ($p=0,837$), medeni durum ($p=0,901$), çocuk varlığı ($p=0,976$), çocuk sayısı ($p=0,557$), gelir durumu ($p=0,341$), tıbbi hastalık varlığı ($p=0,288$), hastalık ($p=0,654$), meslek ($p=0,161$), eğitim durumu ($p=0,741$), çalışılan kurum ($p=0,717$), haftalık çalışma saati ($p=0,464$), aylık çalışma saati ($p=0,619$), meslekte geçirilen süre ($p=0,220$), bulunulan kurumda çalışma süresi ($p=0,134$), bulunulan birimde çalışma süresi ($p=0,395$), çalışma ortamındaki memnuniyet durumu ($p=0,539$), memnun olmama nedenleri ($p=0,375$), kendi isteği ile mesleği seçme durumu ($p=0,860$), nöbet tutma durumu ($p=0,181$) ve nöbet sayısı ($p=0,609$) özelliklerine göre anlamlı olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 4.11).

Acil sağlık çalışanlarının İGYTÖ tıbbi yardım alt boyut puan değerlerinin daha önce başka kurumda çalışma süresi yönünden istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı olduğu bulunmuştur ($p=0,033$). Bulgular doğrultusunda bu farklılığın, daha önce başka kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olanlar ile 1-5 yıl arasında olan gruplar, 1 yıldan az olanlar ile 6-10 yıl arasında olan gruplar ve 1 yıldan az olanlar ile 11 yıl üzeri olanların aldıkları puanlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Daha önce başka kurumda çalışma süresi 1 yıldan az olanların aldıkları tıbbi yardım alt boyut puanı ($15,38±2,03$), 1-5 yıl çalışanlara göre ($15,39±2,22$), 6-10 yıl çalışanlara göre ($15,29±1,97$) ve 11 yıl üstü çalışanlara göre ($16,71±2,18$) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (Tablo 4.11).

4.3. İGYTÖ VE ALT BOYUT ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ İNCELEYEN BULGULAR

Araştırmaya katılan acil sağlık çalışanlarının İGYTÖ toplam puanı ile 6 alt boyutu puanları arasındaki ilişki Tablo 4.12’de verilmiştir. Bu ölçekten alınan toplam puanda ve alt boyutlarından alınan puanlardaki yükselme acil sağlık çalışanlarının intihar girişimine yönelik tutumlarının olumlu, puanlarındaki düşme ise sağlık çalışanlarının intihar girişimdeki tutumun olumsuz olduğunu göstermektedir (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. İGYTÖ Ve Alt Boyutlar Arası İlişki Dağılımı

		İGYTÖ Toplam	Önleme Ve Koruma	Bireysel Yardım	Kurumsal Yardım	Tetikleyici/ Psikopatoloji	Nedensel Atıflar	Tıbbi Yardım
İGYTÖ Toplam	r							
	p							
Önleme Ve Koruma	r	0,562**						
	p	<0,001						
Bireysel Yardım	r	0,482**	0,096					
	p	<0,001	0,106					
Kurumsal Yardım	r	0,544**	0,259**	0,411**				
	p	<0,001	<0,001	<0,001				
Tetikleyici/ Psikopatoloji	r	0,477**	0,139*	0,035	0,145*			
	p	<0,001	0,020	0,564	0,014			
Nedensel Atıflar	r	0,553**	0,043	0,257**	0,124*	-0,024		
	p	<0,001	0,468	<0,001	0,038	0,684		
Tıbbi Yardım	r	0,389**	0,170**	-0,123*	0,093	0,008	0,037	
	p	<0,001	0,004	0,039	0,120	0,895	0,532	

İGYTÖ toplam puan değeri ile önleme ve koruma alt boyutu puan değeri arasında anlamlı, pozitif yönde ve orta düzey bir korelasyon mevcuttur ($p<0,001$, $r=0,562$). İGYTÖ toplam puan değeri ile bireysel yardım alt boyutu puan değeri arasında anlamlı, pozitif yönde ve zayıf bir korelasyon bulunmaktadır ($p<0,001$, $r=0,482$). İGYTÖ toplam puan değeri ile kurumsal yardım alt boyutu puan değeri arasında anlamlı, pozitif yönde ve orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,001$, $r=0,544$). İGYTÖ toplam puan değeri ile tetikleyici ve psikopatoloji alt boyutu puan değeri arasında anlamlı, pozitif yönde ve zayıf bir korelasyon saptandı ($p<0,001$, $r=0,477$). İGYTÖ toplam puan değeri ile nedensel atıflar alt boyutu puan değeri arasında anlamlı, pozitif yönde ve orta düzey bir korelasyon bulunmaktadır ($p<0,001$, $r=0,553$). İGYTÖ toplam puan değeri ile tıbbi yardım alt boyutu puan değeri arasında anlamlı, pozitif yönde ve zayıf bir ilişki mevcuttur ($p<0,001$, $r=0,389$) (Tablo 4.12).

İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puan değeri ile İGYTÖ bireysel yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, pozitif yönde, çok zayıf bir korelasyon olduğu belirlendi ($p=0,106$, $r=0,096$). İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puan değeri ile İGYTÖ kurumsal yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı, pozitif yönde, çok zayıf bir korelasyon saptandı ($p<0,001$, $r=0,259$). İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puan değeri ile İGYTÖ tetikleyici ve psikopatoloji alt boyut puan değeri arasında anlamlı, pozitif yönde, çok zayıf bir korelasyon bulunmaktadır ($p=0,020$, $r=0,139$). İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puan değeri ile İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, pozitif yönde, çok zayıf bir korelasyon olduğu belirlendi ($p=0,468$, $r=0,043$). İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puan değeri ile İGYTÖ tıbbi yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı, pozitif yönde, çok zayıf bir korelasyon mevcuttur ($p=0,004$, $r=0,170$) (Tablo 4.12).

İGYTÖ bireysel yardım alt boyut puan değeri ile İGYTÖ kurumsal yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı, pozitif yönde, zayıf bir korelasyon saptandı ($p < 0,001$, $r = 0,411$). İGYTÖ bireysel yardım alt boyut puan değeri ile İGYTÖ tetikleyici ve psikopatoloji alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, pozitif yönde, çok zayıf bir korelasyon bulunmaktadır ($p = 0,564$, $r = 0,035$). İGYTÖ bireysel yardım alt boyut puan değeri ile İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puan değeri arasında anlamlı, pozitif yönde, çok zayıf bir korelasyon mevcuttur ($p < 0,001$, $r = 0,257$). İGYTÖ bireysel yardım alt boyut puan değeri ile İGYTÖ tıbbi yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı, negatif yönde, çok zayıf bir korelasyon olduğu belirlendi ($p = 0,039$, $r = -0,123$) (Tablo 4.12).

İGYTÖ kurumsal yardım alt boyut puan değeri ile İGYTÖ tetikleyici ve psikopatoloji alt boyut puan değeri arasında anlamlı, pozitif yönde, çok zayıf bir korelasyon saptandı ($p = 0,014$, $r = 0,145$). İGYTÖ kurumsal yardım alt boyut puan değeri ile İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puan değeri arasında anlamlı, pozitif yönde, çok zayıf bir korelasyon bulunmaktadır ($p = 0,038$, $r = 0,124$). İGYTÖ kurumsal yardım alt boyut puan değeri ile İGYTÖ tıbbi yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, pozitif yönde, çok zayıf bir korelasyon mevcuttur ($p = 0,120$, $r = 0,093$) (Tablo 4.12).

İGYTÖ tetikleyici ve psikopatoloji alt boyut puan değeri ile İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde, çok zayıf bir korelasyon olduğu belirlendi ($p = 0,684$, $r = -0,024$). İGYTÖ tetikleyici ve psikopatoloji alt boyut puan değeri ile İGYTÖ tıbbi yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, pozitif yönde, çok zayıf bir korelasyon saptandı ($p = 0,895$, $r = 0,008$). İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puan değeri ile İGYTÖ tıbbi yardım alt boyut puan değeri

arasında anlamlı olmayan, pozitif yönde, çok zayıf bir korelasyon mevcuttur ($p=0,532$, $r=0,037$) (Tablo 4.12).

4.4. MESLEKİ TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ (MTÖ) VE ALT BOYUTLARI İLE İGYTÖ VE ALT BOYUT ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ İNCELEYEN BULGULAR

Araştırmaya katılan acil sağlık çalışanlarının MTÖ toplam puanı ve 3 alt boyutu puanları ile İGYTÖ toplam puanı ve 6 alt ölçeği puanları arasındaki ilişki Tablo 4.13’de verilmiştir. MTÖ’den alınan toplam puan değeri yükseldikçe tükenmişlik düzeyi de yükselmektedir. DT ve D alt ölçekleri olumsuz anlatımlardan, KB boyutu ise olumlu anlatımlardan oluşmaktadır. DT ve D puanlarının artışı tükenmişliğin fazlalığını, KB puanının artışı ise tükenmişliğin azlığını gösterir (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. MTÖ Ve Alt Boyutları İle İGYTÖ Ve Alt Boyutları Arası İlişki Dağılımı

		İGYTÖ Toplam	Önleme Ve Koruma	Bireysel Yardım	Kurumsal Yardım	Tetikleyici/ Psikopatoloji	Nedensel Atıflar	Tıbbi Yardım
Maslach	r	-0,229**	-0,133*	-0,188**	-0,365**	-0,057	-0,066	-0,019
Tükenmişlik	p	<0,001	0,026	0,002	<0,001	0,344	0,266	0,751
Duygusal	r	-0,197**	-0,102	-0,226**	-0,341**	-0,036	-0,048	0,013
Tükenme	p	0,001	0,088	<0,001	<0,001	0,547	0,420	0,828
Kişisel Başarı	r	-0,180**	-0,089	-0,105	-0,262**	-0,082	-0,035	-0,062
	p	0,002	0,136	0,079	<0,001	0,170	0,562	0,297
Duyarsızlaşma	r	-0,180**	-0,231**	-0,020	-0,183**	-0,035	-0,017	-0,109
	p	0,002	<0,001	0,733	0,002	0,560	0,779	0,067

MTÖ toplam puan değeri ile İGYTÖ toplam puan değeri arasında anlamlı, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki mevcuttu ($p < 0,001$, $r = -0,229$). Bir başka ifade ile katılımcıların MTÖ puanları arttıkça İGYTÖ puanları azalmaktaydı. MTÖ toplam puan değeri ile İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puan değeri arasında anlamlı, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki bulundu ($p = 0,026$, $r = -0,133$). MTÖ toplam puan değeri ile İGYTÖ bireysel yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki saptandı ($p = 0,002$, $r = -0,188$). MTÖ toplam puan değeri ile İGYTÖ kurumsal yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı, negatif yönde ve zayıf bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0,001$, $r = -0,365$). MTÖ toplam puan değeri ile İGYTÖ tetikleyici ve psikopatoloji alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki mevcuttur ($p = 0,344$, $r = -0,057$). MTÖ toplam puan değeri ile İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki bulundu ($p = 0,266$, $r = -0,066$). MTÖ toplam puan değeri ile İGYTÖ tıbbi yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki olduğu belirlendi ($p = 0,751$, $r = -0,019$) (Tablo 4.13).

MTÖ duygusal tükenme alt boyut puanları ile İGYTÖ toplam puan değeri arasında anlamlı, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki saptandı ($p = 0,001$, $r = -0,197$). MTÖ duygusal tükenme alt boyut puanları ile İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki mevcuttur ($p = 0,088$, $r = -0,102$). MTÖ duygusal tükenme alt boyut puanları ile İGYTÖ bireysel yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki bulundu ($p < 0,001$, $r = -0,226$). MTÖ duygusal tükenme alt boyut puanları ile İGYTÖ kurumsal yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı, negatif yönde ve zayıf bir ilişki saptandı ($p < 0,001$, $r = -0,341$). MTÖ duygusal tükenme alt boyut puanları ile İGYTÖ

tetikleyici ve psikopatoloji alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki olduğu belirlendi ($p=0,547$, $r=-0,036$). MTÖ duygusal tükenme alt boyut puanları ile İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki mevcuttur ($p=0,420$, $r=-0,048$). MTÖ duygusal tükenme alt boyut puanları ile İGYTÖ tıbbi yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, pozitif yönde ve çok zayıf bir ilişki bulundu ($p=0,828$, $r=0,013$) (Tablo 4.13).

MTÖ kişisel başarı alt boyut puanları ile İGYTÖ toplam puan değeri arasında anlamlı, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki olduğu belirlendi ($p=0,002$, $r=-0,180$). MTÖ kişisel başarı alt boyut puanları ile İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki saptandı ($p=0,136$, $r=-0,089$). MTÖ kişisel başarı alt boyut puanları ile İGYTÖ bireysel yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki mevcuttur ($p=0,079$, $r=-0,105$). MTÖ kişisel başarı alt boyut puanları ile İGYTÖ kurumsal yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı, negatif yönde ve zayıf bir ilişki belirlendi ($p<0,001$, $r=-0,262$). MTÖ kişisel başarı alt boyut puanları ile İGYTÖ tetikleyici ve psikopatoloji alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki saptandı ($p=0,170$, $r=-0,082$). MTÖ kişisel başarı alt boyut puanları ile İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki olduğu bulundu ($p=0,562$, $r=-0,035$). MTÖ kişisel başarı alt boyut puanları ile İGYTÖ tıbbi yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki mevcuttu ($p=0,297$, $r=-0,062$) (Tablo 4.13).

MTÖ duyarsızlaşma alt boyut puanları ile İGYTÖ toplam puan değeri arasında anlamlı, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki saptandı ($p=0,002$, $r=-0,180$). MTÖ duyarsızlaşma alt boyut puanları ile İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puan değeri arasında anlamlı, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,001$, $r=-0,231$). MTÖ duyarsızlaşma alt boyut puanları ile İGYTÖ bireysel yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki bulundu ($p=0,733$, $r=-0,020$). MTÖ duyarsızlaşma alt boyut puanları ile İGYTÖ kurumsal yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki mevcuttur ($p=0,002$, $r=-0,183$). MTÖ duyarsızlaşma alt boyut puanları ile İGYTÖ tetikleyici ve psikopatoloji alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki olduğu bulundu ($p=0,560$, $r=-0,035$). MTÖ duyarsızlaşma alt boyut puanları ile İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki saptandı ($p=0,779$, $r=-0,017$). MTÖ duyarsızlaşma alt boyut puanları ile İGYTÖ tıbbi yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki belirlendi ($p=0,067$, $r=-0,109$) (Tablo 4.13).

4.5. MESLEKİ DOYUM ÖLÇEĞİ (MDÖ) İLE İGYTÖ VE ALT ÖLÇEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ İNCELEYEN BULGULAR

Araştırmaya katılan acil sağlık çalışanlarının MDÖ puanı ile İGYTÖ toplam puanı ve 6 alt ölçeği puanları arasındaki ilişki Tablo 4.14’de verilmiştir. MDÖ’den alınan puan değeri yükseldikçe mesleki doyum düzeyi de yükselmektedir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. MDÖ İle İGYTÖ Ve Alt Boyutları Arası İlişki Dağılımı

		İGYTÖ Toplam	Önleme Ve Koruma	Bireysel Yardım	Kurumsal Yardım	Tetikleyici/ Psikopatoloji	Nedensel Atıflar	Tıbbi Yardım
Mesleki	r	0,145*	0,020	0,190**	0,297**	0,100	<0,001	-0,038
Dovum	p	0,015	0,744	0,001	<0,001	0,093	0,994	0,523

MDÖ puanı ile İGYTÖ toplam puan değeri arasında anlamlı, pozitif yönde ve çok zayıf bir ilişki mevcuttu ($p=0,015$, $r=0,145$). Bir başka ifade ile katılımcıların MDÖ puanları arttıkça İGYTÖ puanları da artmaktaydı. MDÖ puanı ile İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, pozitif yönde ve çok zayıf bir ilişki bulunmuştu ($p=0,744$, $r=0,020$). MDÖ puanı ile İGYTÖ bireysel yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı, pozitif yönde ve çok zayıf bir ilişki saptandı ($p=0,001$, $r=0,190$). MDÖ puanı ile İGYTÖ kurumsal yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı, pozitif yönde ve zayıf bir ilişki mevcuttu ($p<0,001$, $r=0,297$) (Tablo 4.14).

MDÖ puanı ile İGYTÖ tetikleyici ve psikopatoloji alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, pozitif yönde ve çok zayıf bir ilişki mevcuttu ($p=0,093$, $r=0,100$). MDÖ puanı ile İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, pozitif yönde ve çok zayıf bir ilişki mevcuttu ($p=0,994$, $r<0,001$). MDÖ puanı ile İGYTÖ tıbbi yardım alt boyut puan değeri arasında anlamlı olmayan, negatif yönde ve çok zayıf bir ilişki mevcuttu ($p=0,523$, $r=-0,038$) (Tablo 4.14).

5. TARTIŞMA

İntihar olgularında vakaya ilk müdahale eden acil sağlık personelleri olmaktadır. Bu müdahalenin kalitesi hem intihar vakasının istenmeyen bir şekilde sonuçlanmaması hem de intihar vakasının tekrarlanmaması konusunda büyük önem taşımaktadır. Çünkü yapılan araştırmalar göstermektedir ki intiharda kılavuzluk rolü üstlenen acil çalışanları ve psikiyatri çalışanlarına gerekli uygulama ve eğitim becerisinin kazandırılmış olması intiharların önleminde büyük bir öneme sahiptir. İntihar düşüncesinin erken teşhisi, yönetimi konusunda bu bölüm çalışanları temel bir rol üstlenmektedirler (Vancayseele, Landschoot, Portzky ve Van Heeringen, 2014). İntihar teşebbüsü ve sonuçlanmış intihar olgusunda ilk temas kurulan kişiler acil sağlık çalışanları olmaktadır. Yapılan çalışmalar acil çalışanlarının bu doğrultuda yeterli beceri ve eğitime sahip olmadıklarını göstermektedir. Dünya genelinde acil sağlık çalışanlarının intihar ve intihara teşebbüs konularında giderek artan bir rol oynadıkları ve intihar olgularında daha kapsamlı müdahale edebilmeleri yönünde kanılar arasında tam uyuşma sağlandığı söylenebilir (Rees, Rapport, Snooks, John ve Patel, 2017).

Sağlık çalışanlarının tutum, bilgi ve becerisinin intihar girişiminde bulunan kişilerin bakım kalitesini etkilediği yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (Seremet, 1984; Oppenheim, 1996). Acil sağlık ekibinin intihar teşebbüsünde bulunan hastaları; dikkat çekme amacı güden, bakımları zahmetli ve sıkıntılı hastalar olarak algıladıkları saptanmıştır (Davidhizar, 1993; Watkins, 1997; Hopkins, 2000). Sağlık çalışanlarının hastanın intihara neden olan anksiyete, üzüntü, karamsarlık gibi duygularını konuşarak çözüm yolları bulması, zaman ayırarak hastayla ilgilenmesi ve duygularını dile

getirmesine yardım etmesi sonuçlanmamış intihar teşebbüsünden sonraki kriz döneminde yardımcı bir faktör oluşturmaktadır (Gündoğmuş ve ark., 2004; Pompili ve ark., 2005; Sayar ve Acar, 1999).

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında gerek yurtiçinde gerekse yurtdışında acil servis çalışanlarının intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik tutumunu inceleyen birçok araştırma bulunmaktadır. Fakat acil servis çalışanlarının intihar girişimine yönelik tutumunun mesleki tükenmişlik ve iş doyumu ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Sonuç olarak bu çalışma hem yurtiçinde hem de yurtdışında yalnızca acil servis çalışanları üzerinde yapılan bu bağlamdaki ilk çalışmadır. Bildiğimiz kadarıyla bu araştırma tükenmişlik, iş doyumu ve intihar girişimine yönelik tutum arasındaki ilişkileri inceleyen ilk çalışma olması bakımından da daha önceki çalışmalardan farklılık göstermektedir.

Bu bölümde acil sağlık çalışanlarının; İGYTÖ toplam puan ve alt boyut (önleme ve koruma, bireysel yardım, kurumsal yardım, tetikleyiciler ve psikopatoloji, nedensel atıflar ve tıbbi yardım) puanlarının, sosyodemeografik değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, çocuk sayısı, gelir durumu, meslek ve eğitim düzeyi) ile mesleki özellikler (çalışma yılı, çalışılan kurum, nöbet tutma durumu, çalışma şekli, memnuniyet durumu, çalışma saati vb.) yönünden etkisi literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmamıza katılan acil sağlık çalışanlarının (n=282) büyük çoğunluğunu %53,9 ile hemşireler, %68,4 ile evli olanlar, %41,8 ile 26-35 yaş grubunda olanlar, %56,4 ile kadınlar, %43,3 ile lisans mezunları, %35,1 ile meslekte 11 yıl ve üzeri çalışanlar, %63,1 ile haftalık 40-56 saat arası çalışanlar ve %89 ile nöbet tutanlar oluşturmaktadır. Macit ve ark.'nın (2018), 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının

intihar vakalarına karşı tutumlarını araştırdığı çalışmasında (n=141) alışmaya katılanların %67,4'ünü 18-30 yaş grubunda olanlar, %51,1'ini kadınlar, %61'ini evliler, %62,4'ünü üniversite mezunları, %53,9'unu acil tıp teknisyenlerini ve %43,3'ünü meslekte 0-5 yıl çalışanlar oluşturduğu saptanmıştır. Alan ve ark.'nın (2016), bir devlet hastanesinde intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik acil çalışanlarının tutumlarının belirlenmesi adlı çalışmada (n=37) alışma kapsamına alınanların %52,5'ini kadınların, %63,6'sını 26-40 yaş aralığında olanlar, %51,5'ini lisans ve lisans üstü eğitim düzeyine sahip olanlar, %48,4'ünü hemşireler, %63,6'sını evliler, %51,5'ini meslekte 18-30 yıl arası çalışanlar, %66,6'sını hafta da 40 saat üstü çalışanlar ve %90,9'unu nöbet tutanların oluşturduğu belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise (n=251) sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 27,9 olup %50'si kadındır. Araştırmaya katılanların %49,6'sı evli, %4,8'i uzman hekim, %10,9'u pratisyen hekim, %55,2'si hemşire ve %29,1'i acil tıp teknisyenidir. %28,7'si il merkezindeki hastanelerde çalışırken, %71,3'ü ilçe hastanelerinde çalışmaktadır. Ortalama alışma süresi 5,48 yıl olarak bulunmuştur (Er ve ark., 2013). Boğahan (2018), hemşirelerin acil servise intihar girişimi ile gelen bireye yönelik deneyimlerini incelediği çalışmada (n=30) alışmaya katılan acil servis hemşirelerin yaş ortalaması 30,03 olup, %63,3'ünün kadın, %73,4'ünün lisans mezunu olduğu ve 2-9 yıldır hemşire olarak çalıştığı saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin %76,7'sinin 2-9 yıldır acil serviste hemşire olarak çalıştığı belirlenmiştir. Çalışma sonucumuz literatürdeki çalışma sonuçlarıyla benzer özellikler göstermektedir. Bu da bize örneklemin büyük bir kısmının lisans mezunu olduğunu, kıdem bakımından 11 yıl ve üzeri süre çalışanların örneklem içinde daha fazla bulunduğunu ve hemşirelerin diğer meslek gruplarına göre sayıca daha fazla olup; anketlere de daha fazla katılım sağladıklarını göstermektedir.

Araştırmamız kapsamına alınan çalışanların yaşı, cinsiyeti, çocuk varlığı, çocuk sayısı, gelir durumu, eğitim düzeyi, mesleği, kronik hastalık varlığı, medeni durumu, çalışma süresi, çalıştığı kurumu, haftalık çalışma saati, aylık çalışma saati, daha önce başka kurumda çalışma süresi, çalışılan ortamdaki memnuniyet durumu, nöbet tutup tutmaması, nöbet sayısı ve mesleği kendi isteği ile seçme durumunun İGYTÖ toplam puan değerlerine göre intihar olgularına ilişkin tutumu etkilemediği bulunmuştur. Genel olarak acil servis sağlık çalışanlarının intihar girişiminde bulunan hastalara karşı olumlu bir tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Alan ve ark.'nın (2016) İGYTÖ toplam puan değerleri ile çalışanların sosyodemografik özelliklerini karşılaştırdığı çalışmada; çalışanların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, çalışma süresi, haftalık çalışma saati ve nöbet tutup tutmamasının intihar olgularına ilişkin tutumu etkilemediği, intihar girişiminde bulunan hastalara karşı olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Yeni Zellandalı sağlık bakımı sunan sağlık ekibi üyelerinin intihar girişiminde bulunan hastalara karşı tutum faktör puanlarının, yaş, cinsiyet, bireysel özellikler ve deneyim açısından istatistiksel olarak anlamlı olmadığı Gibb ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada saptanmıştır. Norheim ve arkadaşlarının (2016) çocuk ergen psikiyatri ve ilçe psikiyatri merkezlerinde çalışan sağlık personelleriyle yaptıkları bir çalışmada ise katılımcıların tamamının kendine zarar verme davranışına karşı pozitif tutum gösterdiği; intiharın önlenabilir bir durum olduğu görüşüne katıldıkları söylenmektedir. Berlim ve ark.'nın (2007), intihar teşebbüsünde bulunan olgulara yönelik sağlık çalışanlarının tutumunu "Suicide Behaviour Attitude Questionnaire" kullanarak inceledikleri çalışmada, yaşa göre tutum ölçek puanları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Berlim ve arkadaşlarının (2007), kendine zarar veren olgulara karşı sağlık çalışanlarının tutumunu inceledikleri

araştırmada, medeni durumun ve eğitim durumunun tutum ölçek puanlarını etkilemediği saptanmıştır. Çalışma sonucumuz literatürdeki bu çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Tüm bu çalışma sonuçlarına bakılacak olursa, acil sağlık çalışanlarının intihar olgularına yönelik tutumları üzerinde sosyodemografik değişkenler ve mesleki özelliklerin bir etkisi olmadığı sonucu çıkarılabilir. Birbirini destekleyen tüm bu çalışma sonuçları beklenen niteliktedir.

Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak; “The Suicide Opinion Questionnaire” kullanılarak McCann, Clark, McConnachie ve Harvey’in (2006), inceledikleri acil servis hemşirelerinin kendine zarar veren hastalara karşı tutumlarını değerlendirdikleri çalışmada yaşça daha büyük olanların daha olumlu tutum içinde olduklarını belirlenmiştir. Yoğun bakım, acil servis ve iç hastalıkları servisinde çalışan hemşirelerin tutumlarını inceleyen Samuelsson ve arkadaşları (1997) yaptıkları çalışmada, yaşça büyük ve çalışma yılı daha fazla olan hemşirelerin daha empatik bir tutum içinde olduklarını belirlemişlerdir. İki farklı hastanede acil servis çalışanlarının intihar teşebbüsünde bulunan olgulara yönelik tutumunun incelendiği bir çalışmada, kadın çalışanların, yaşça büyük olanların ve rutin psikiyatrik konsültasyonu bulunmayan hastanede personelin daha olumlu tutum içinde oldukları Suominen ve arkadaşları (2007) tarafından saptanmıştır. Tutumun mesleki deneyim yılına göre incelendiği diğer bir çalışmada ise, daha deneyimli hemşirelerin daha olumlu bir tutum içinde oldukları McCann ve arkadaşları (2006) tarafından tespit edilmiştir. Acil serviste çalışan hemşirelerin intihar girişiminde bulunan hastalara karşı tutumlarını inceleyen McCharty Dip ve Bed (2009) çalışmalarına göre, deneyim süresi arttıkça acil servis hemşirelerinin intihar girişiminde bulunan bireylere karşı daha olumlu tutum bildirdikleri saptanmıştır. Yapılan araştırmalar doğrultusunda deneyimin, kendine zarar veren hastaların ihtiyacını

anlama ve empatik yaklaşım konusunda etkin rol oynadığı söylenebilir. Fakat bizim çalışma sonucumuza göre böyle bir benzerlik söz konusu değildir. Bu durumda örneklem içinde ki bireysel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir. İntiharı önlemeye ilişkin tutum ölçeği ile sağlık çalışanlarının tutumunu inceledikleri Herron, Ticehurst, Appleby, Perry ve Cordingley'in (2011) çalışmasında, en olumsuz tutumu pratisyenler ile acil servis hemşirelerinin, en olumlu tutumu ise toplum ruh sağlığı hemşirelerinin gösterdiği saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise; mesleklere göre ölçek puan ortalamaları arasında fark olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, mesleğin intihara ilişkin tutumu etkilemediği sonucu çıkarılabilir. Bu durumda, diğer bulguda olduğu gibi örneklem içindeki bireysel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Chapman ve Martin'in (2014) sağlık çalışanlarının kendini zehirleme yoluyla intihar teşebbüsünde bulunan olgulara karşın tutumunu belirlemek amacıyla 186 acil servis personeliyle yaptığı çalışmada da aynı şekilde diğer hastalardan daha şiddetli ve saldırgan olduklarını düşündükleri, ajite kişinin davranışını değiştirmesine ya da durumla baş etmesine yardım edemedikleri için hayal kırıklığına uğradıkları ve kızgınlık duyguları hissettikleri görülmektedir. Boğahan (2018), hemşirelerin acil servise intihar girişimi ile gelen bireye yönelik deneyimlerini belirlemeyi amaçlayan, 42 hemşirenin katılımı ile gerçekleşen çalışma da hemşirelerin iş yükünü arttırması ve diğer hastalarının bakımını olumsuz etkilemesi nedeniyle manipülatif intihar girişimi ile gelen vakalara yönelik olumsuz düşüncelere sahip oldukları söylenmiştir. Fakat bizim çalışma sonucumuza göre böyle bir benzerlik söz konusu değildir. Çalışmamızda acil servis çalışanlarının intihara yönelik olumlu tutum sergiledikleri saptanmıştır. Bu sonuçta ilimiz acil servisleri adına oldukça sevindiricidir. Diğer bir çalışmada ise acil

serviste görev yapan doktor, hemşire ve yardımcı personelin katılımı ile gerçekleşen, intihar davranışının gerçek olarak nitelendirilmediği, çalışan ve çevredeki diğer bireyleri manipüle etme girişimi olarak görüldüğü, sağlık ekibinin zamanını, kaynaklarını boşa harcanmasına sebep olduğu ve sağlık personelinin bundan rahatsız duyduğu saptanmıştır (Koning, Mcnaught ve Tuffin, 2017). Klinisyenler ve kendine zarar verme eyleminde bulunmuş bireylerle Rimkeviciene ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada da intihar teşebbüsünün ciddi olmadığı ve dikkat çekmek için bir manipülasyon şekli olarak yapıldığı; sağlık personellerinin semptomları önemsemeden kişiden uzaklaşmaya kadar değişen kaçınma davranışı gösterdikleri saptanmıştır. 30 hemşirelik öğrencisi ile Vedana ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada da katılımcılar; intiharla ortaya çıkan duyguları, tepkileri ele almada rahat hissetmeme; ruhsal hastalıklar için kişisel bir sempati yokluğu; böyle bir olay için kişisel/profesyonel olarak hazır hissetmeme, kişisel inançlar/önyargılar ve intihar davranışının bulaşıcı olduğu korkusu gibi sebeplerden ötürü kendine zarar verme davranışı olan olgulara yaklaşmak istemediklerini belirtmişlerdir. Çalışmalar arasındaki bu farklılığın mevcut çalışmanın yalnızca acil ünitelerinde yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Karman ve arkadaşlarının çalışmasında (2015) ise genellikle acil servis hemşirelerinin kendine zarar veren hastalara karşı olumsuz tutum gösterdiği; bu olgulara bakım verirken sinirli, kızgın ve üzgün hissettikleri; karmaşık gereksinimleri sebebiyle sistem ve hasta sirkülasyonunda bir engel olarak gördükleri bulunmuştur. Çalışmamız sonuçlarından farklılık gösteren bu literatürler doğrultusunda; sağlık çalışanlarının dikkat çekmek ve manipülatif maksatla kendine zarar veren hastalara yönelik öfke, kızgınlık gibi duygular deneyimlediği ve çalışanların bu kişileri anlamadıkları ve bakım vermek istemedikleri sonucu çıkarılabilir. Bu farklı sonuçlar araştırmanın yapıldığı

kurumların özelliklerinden, bölümün olanaklarından, sosyokültürel etkenlerden ve örneklem seçme yöntemindeki farklılıklardan etkilenmiş olabilir.

Çalışmamız kapsamına alınan katılımcıların İGYTÖ alt boyut ölçek puanları ile sosyodemografik ve iş özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bazı değişkenler üzerinde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Çalışmamız kapsamına alınan acil sağlık çalışanlarının yaş bağlamında kurumsal yardım ve nedensel atıf boyutlarında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir. Bu istatistiksel farklılığın; kurumsal yardım alt boyutunda 35 ve üstü yaş grubundakilerin daha olumlu tutumlar sergilediği görülürken, nedensel atıf alt boyutunda ise 18-25 yaş grubu aralığında olanların daha pozitif cevaplar verdiği gözlemlenmiştir. Örneklemdekilerin medeni halleriyle ilgili gerçekleştirilen analiz neticesinde sadece önleme ve koruma alt boyutu ile ilgili anlamlı düzeyde bir farklılık tespit edilmiştir. Bulgular değerlendirildiğinde, evli olanların önleme ve koruma ile ilgili önermelere daha pozitif cevaplar vermiş oldukları gözlenmektedir. Çalışma kapsamına alınanların cinsiyet faktörüne bağlı analiz sonucu sadece nedensel atıf alt boyutu ile ilgili anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre kadınların erkeklere oranla daha olumlu bir algıya sahip oldukları belirlenmiştir. Çocuk sahibi olma durumuna göre yapılan değerlendirme de ise önleme ve koruma ile nedensel atıf alt boyutları üzerinde anlamlı düzeyde farklılıklar tespit edilmiştir. Önleme ve koruma alt boyutunda çocuğu olanların pozitif tutumlar sergilediği gözlemlenirken; nedensel atıf alt boyutunda ise çocuğu olmayanların pozitif tutumlar gösterdiği belirlenmiştir. Meslek grupları üzerinden yapılan değerlendirme de ise kurumsal yardım faktörü üzerinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre hemşirelerin doktorlara göre ve sağlık memurlarının doktorlara göre daha olumlu algıya sahip oldukları sonucu görülmektedir. Örneklemdekilerin çalıştıkları kurum bakımından gerçekleştirilen analiz

neticesinde sadece kurumsal yardım ile ilgili anlamlı bir istatistiksel farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Yine bulgular incelendiğinde devlet hastanesinde çalışanların kurumsal boyut ile ilgili önermelerde daha olumlu cevaplar vermiş oldukları belirlenmiştir. Çalışma ortamındaki memnuniyet durumuna ilişkin incelemede ise kurumsal yardım ve tetikleyici ve psikopatoloji alt boyutları üzerinde anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Kurumsal yardım faktörü üzerinde memnun olduğunu belirtenlerin vermiş olduğu cevaplar daha olumlu iken, tetikleyici ve psikopatoloji alt boyutları üzerinde memnun olmayanların verdiği cevaplar daha olumlu olarak gözlenmiştir. Aylık çalışma saati bakımından yapılan analiz sonucunda ise sadece önleme ve koruma faktörü üzerinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu bağlamda aylık 160 saat ve altı çalışanların daha olumlu tutuma sahip olduğu belirlenmiştir. Haftalık çalışma saati üzerinden yapılan değerlendirmede ise yalnızca nedensel atıf faktörü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Haftalık 40 saat ve altı çalışanların diğerlerine göre daha negatif cevaplar vermiş oldukları gözlenmektedir. Çalışmamız kapsamında meslekteki kıdem bakımından yapılan analiz sonucunda ise sadece nedensel atıf faktörü üstünde anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Bu bağlamda, meslekte geçirdiği süre 1 yıldan az olanların 6-10 yıl çalışanlara göre vermiş oldukları cevaplar daha olumlu iken, meslekte geçirdiği süre 1 yıldan az olanların 11 ve üzeri yıl çalışanlara göre de daha olumlu tutumlar sergilendiği belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların tuttıkları nöbet sayısı ile ilgili gerçekleştirilen analiz neticesinde sadece nedensel atıf ile ilgili anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Bulgular incelendiğinde nöbet sayısı 11 ve üzerinde olanların, nöbet sayısı 0-5 aralığında olanlara göre daha pozitif cevaplar vermiş oldukları belirlenmiştir. Daha önce başka kurumda çalışma süresi bazında yapılan incelemede ise yalnızca tıbbi yardım alt boyutu üzerinde

anlamli farklılık bulundu. Buna göre 1 yıldan az süre ile çalışanların 1-5 yıl aralığında çalışanlara göre ve 1 yıldan az süre ile çalışanların 11 ve üzeri çalışanlara göre daha negatif tutumlar sergilediği görülürken, 1 yıldan az süre ile çalışanların 6-10 yıl aralığında çalışanlara göre pozitif tutumlar sergilediği gözlemlenmiştir. Macit ve ark.'nın (2018) yaptığı çalışmada; araştırma kapsamında yöneltilen demografik sorularla bu önermelere verilen cevaplar arasında yaş bağlamında tetik ve nedensel boyutlarında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir. Çapraz tablolarla serilerin incelenmesi sonucunda yaşı küçük olanların daha olumsuz cevaplar verdiği görülmektedir. Örneklemedekilerin medeni halleri ile ilgili gerçekleştirilen analiz neticesinde sadece önleme ile ilgili anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Yine çapraz tablolarla incelendiğinde evli olanların önleme ile ilgili önermelere daha olumsuz cevaplar vermiş oldukları gözlenmektedir. Meslek grupları üzerinden yapılan değerlendirmede ise önleme, tetik ve nedensel faktörleri üzerinde anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Önleme, tetik ve nedensel faktörleri ile ilgili hemşirelerin daha olumsuz bir algıya sahip oldukları görülmektedir. Kıdem üzerinden gerçekleştirilen analiz neticesinde sadece önleme ile ilgili anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Buna göre kıdemi 6 ila 10 yıl içinde olanların daha olumsuz bir algı sergilemekte olduğu görülmüştür. Macit ve ark.'nın yaptığı bu çalışmanın yaş, meslek grubu, medeni durum ve kıdem süresi değişkenleri bakımından İGYTÖ alt boyut puanlarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilediği görülmektedir. Buna göre çalışma sonucumuza paralel olarak yaşı büyük olanlar ve kıdem süresi daha az olanların alt boyutlar üzerinde olumlu tutum sergilediği görülürken; çalışmamızdan farklı olarak evli olanların ve hemşirelerin alt boyutlar üzerinde negatif tutum sergiledikleri görülmüştür. Bu farklılığın da, çalışmaların katılımcılara uygulanan bir anket çalışması olduğu için kişilerin

düşüncelerine, hafıza faktörüne ve deneyimlerine bağlı olarak yanıtlandığından dolayı objektif olarak ölçme ve değerlendirme yapamayacaklarından kaynaklandığı düşünülebilir.

İntihar teşebbüsünde bulunan ve hastaneye yatan olguların bilhassa hemşirelerde fiziksel rahatsızlığı olan hastalara kıyasla daha olumsuz tutumlar uyandırdıkları belirtilmiştir. İntihar girişiminde bulunan bireylerle sıkça temas halinde olan acil sağlık çalışanları, bu bireylerin tanınmasında ve değerlendirilmesinde önemli bir role sahiptirler (Anderson ve Standen, 2007). Yapılan çalışmalarda, hemşirelerin intihar teşebbüsünde bulunmuş birey ile karşılaştıklarında olumsuz tutumlarının hastaya suçluluk, keder, utanç ve başarısızlık hissettirdiğini ve duygusal destek eksikliğine sebep olduğunu belirtmişlerdir (Landeem, 1988; Midence ve ark., 1996; Duffy, 1997; Burns ve ark., 2007). Sağlık çalışanları ayrıca intihar vakalarına yaklaşırken bu bireylerin kendilerine neden zarar verdiklerini anlayamadıklarını, kendilerini karmaşık ve kararsız hissettiklerini, yeterli bilgi ve beceriden yoksun kaldıklarını belirtmişlerdir (Holland ve Plumb, 1973; Domino ve ark., 1982). Acil sağlık ekibinin olumsuz tutumlarının hastalarda duygusal destek eksikliğine sebep olduğu ve damgalanma, suçluluk, keder, başarısızlık ve utanç duyguları hissettirdiği belirtilmektedir (Er ve ark., 2013; Pompili, Girardi, Ruberto, Kotzalidis ve Tatarelli, 2005).

Martin ve Chapman'ın (2014) sağlık çalışanının intihar teşebbüsünde bulunmuş kişilere karşı tutumunu belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hastaneye kabulü gerçekleşen gerçek bir intihar girişiminden kaynaklanıyorsa sağlık ekibinin intihar teşebbüsünde bulunmuş kişiye empati ve merhamet duyduğu; fakat intihara dikkat çekmek için başvurmuşsa veya kendini zehirlenme sebebiyle acil servise sık başvuruyorsa bu kişilere öfkelenedikleri saptanmıştır. Acil servis hemşirelerinin intihar

amaçlı kendini zehirleyen olgulara karşın tutumlarının belirlenmesi maksadıyla yapılan Perboell ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada ise hemşireler zehirlenen hastaların değerlendirilmesi ve sevkine ilişkin konularda yüksek ölçüde yeterlilik gösterirken, hastane kuralları ve yasal düzenlemelerde ve hastaların yönetilmesine ilişkin konularda daha az yeterlilik gösterdikleri saptanmıştır. Heyward-Chaplin ve arkadaşlarının (2018) yanık ünitesi ve plastik cerrahi servisinde çalışan 59 sağlık çalışanıyla intihar girişiminde bulunan kişilere yönelik tutumunu belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, çoğunluğun intihar eyleminde bulunanlara karşı olumlu tutum sergilediği; fakat önemli bir azınlığın ise hastaların çoğu kez dikkat çekmek için kendilerine zarar verdiklerini düşünerek, empatik davranmakta zorlandıkları ve negatif tutum sergiledikleri söylenmektedir.

Çalışmaların birçoğu acil sağlık çalışanlarının, intihar düşüncesine sahip hastaları tedavi konusunda yeterli eğitime sahip olmadıklarını ve bu tür psikosozal rahatsızlıklara sahip hastalarla ilgilenmekten hoşlanmadıklarını ortaya çıkarmıştır. Esasında intihar düşüncesine sahip hastaların tedavi kalitesini ve takip eden dönemlerdeki muhtemel intihar teşebbüsü riskini etkilemesi anlamında sağlık çalışanlarının bu hastalara karşı tutumu önem arz etmektedir (Larkin ve Beautrais, 2010; Rees, Rapport, Snooks, John ve Patel, 2017). Vedana ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu kendine zarar verme davranışı olan vakalara bakım veren acil servis hemşirelerinin deneyimlerinin araştırıldığı diğer bir çalışmada ise intihara eğilimli bir kişinin sağlık bakımına ilişkin hiçbir rehber, protokol veya izleme göstergesi kullanılmadığı ve bakımın standart olmadığı bulunmuştur. Bazı sağlık çalışanlarının, eğitim eksikliği nedeniyle kişisel deneyimlerine göre bakım verdikleri; inançlarını ve hissiyatlarını kullandıkları ifade edilmiştir. Sağlık çalışanlarının kendine zarar veren

olguya yönelik tutumunu belirlemek maksadı ile Martin ve Chapman'ın (2014) yaptıkları çalışmada intihar girişiminde bulunan kişi için bakım vermekte zorlanan hemşireler bu konuda eğitim almak istediklerini bildirmişlerdir.

Hastaların yaşamları ile ilgili kritik kararların kısa sürede verildiği, farklı nedenlerle gelen hastaların aynı anda bakıldığı ve ölüm oranlarının yüksek olduğu acil servisler; çalışanlar açısından oldukça stresli ve gergin ortamlardır. Acil servislerde çalışanlar hasta yoğunluğundan ötürü çoğu kez yeme-içme gibi fizyolojik gereksinimlerini bile karşılayamamakta, bitkinlik derecesinde yorgunluk yaşamakta ve bu da çalışanlarda gerginlik gibi farklı sendromlar yaratabilmektedir (Kalemoğlu & Keskin, 2002). Acil ünitelerinin yoğun temposu sebebiyle yaşanan aşırı yorgunluğa, çoğunlukla maruz kalınan şiddette eklenince, durumun içinden çıkılmaz bir hal alarak kronikleşeceğini, acil servis çalışanlarının mesleki doyumlarının azalacağını ve bu durumun da tükenmişlikle sonuçlanacağını tahmin etmek zor değildir. Genel manada tükenmişlik; değişmeden kalan işe ilişkin stresin kronik bir periyodundan sonra, kronik yorgunluk ve ümitsizlik hisleri, negatif bir benlik kavramının gelişmesi, iş yaşamı ve diğer insanlara yönelik olumsuz tutumlarla belirginleşen, fiziksel, ruhsal ve mental enerji azalması olarak tanımlanabilir (Çam, 1995). Mesleki doyum ise kişinin işini değerlendirmesi sonucu oluşan olumlu ya da olumsuz algı durumudur (Pınar & Arıkan, 1998).

Çalışmamız kapsamına alınan acil servis çalışanlarının, intihar girişimlerine yönelik tutumları ile mesleki tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü fakat çok zayıf düzeyde bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Bir başka ifade ile tükenmişlik düzeyi arttıkça intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik olumlu tutum azalmaktadır. Acil serviste çalışan personelin

tükenmişlik düzeyinin artmasına bağlı olarak intihar olgularını dikkat çekme amacı güden, bakımları zahmetli ve sıkıntılı hastalar olarak algılayabilecekleri ve bu yüzden olumsuz tutum sergileyebilecekleri düşünülebilir. Bildiğimiz kadarıyla literatürde intihar vakalarına yönelik tutumun mesleki tükenmişlik ile kıyaslandığı herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle mevcut çalışmamızın bulguları başka çalışmalar ile kıyaslanamamıştır. Mesleki tükenmişlik arttıkça çalışanların empati düzeyleri, anlayışları ve hassasiyetlerinin azalması istenmeyen fakat beklenebilecek bir durumdur. Görece, psikolojik olarak hassas bir durumda olan intihar olgularına optimal bakım bundan dolayı sekteye uğrayabilir. Acil servis çalışanlarının iş yüklerinin azaltılması, gerektiğinde psikolojik destek almalarının sağlanması ve çalışma saatlerinin iyileştirilmesi ile intihar olgularına yaklaşımlarının daha olumlu hale gelmesi sağlanabilir.

Acil servis çalışanlarının, intihar girişimlerine yönelik tutumları ile mesleki doyum düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü fakat çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bir başka ifade ile mesleki doyum arttıkça intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik olumlu tutumda da artış görülmektedir. Bu sonucunda; acil serviste çalışan personelin iş doyumunun artmasına bağlı olarak, intihar girişiminde bulunan olguları duygusal dayanak arayan ve hayati tehlikesi bulunan hasta grubu olarak göz önünde bulundurarak müdahalede bulunması ve bu nedenle de olumlu tutum geliştirdikleri söylenebilir. Ülkemizde ve yurt dışında literatür kapsamında ise sağlık çalışanlarının intihara yönelik tutumları ile mesleki doyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmadığından bu sonuç diğer çalışmalarla birlikte değerlendirilememiştir. Yine de mevcut sonuçlarla; mesleki doyumun önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Mesleki doyumun yüksek olması da

kişinin daha istekli ve motive olarak çalışmasına ve böylece hasta bakım kalitesinin artmasına yol açtığı düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Acil servis çalışanlarının intihar girişiminde bulunan vakalara yönelik tutumlarının tükenmişlik ve iş doyumunu ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmamızda; acil servis çalışanlarının İGYTÖ toplam puan ortalamaları 101,28 (maximum:123, minimum:80) olumlu olarak bulunmuştur.

- Acil servis çalışanlarının sosyodemografik ve iş özellikleri ile İGYTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamaktadır.
- Araştırmaya katılan acil servis çalışanlarının MTÖ toplam puan değeri ile İGYTÖ toplam puan değeri arasında ki ilişki incelendiğinde anlamlı, negatif yönde ve çok zayıf bir korelasyon varlığı bulunmuştur.
- Çalışmaya katılan acil servis personelinin MDÖ puanı ile İGYTÖ toplam puan değeri arasında ise anlamlı, pozitif yönde ve çok zayıf bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan acil servis çalışanlarının İGYTÖ toplam puanı ile 6 alt boyutu puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise puan değerleri arasında genel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf bir korelasyon varlığı tespit edilmiştir.
- Araştırmaya katılan çalışanların sosyodemografik ve iş özellikleri ile İGYTÖ önleme ve koruma alt boyut puanları arasında medeni durumlarına, çocuk sahibi olma durumuna ve aylık çalışma saatlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık vardır.

- Araştırma kapsamına alınan acil servis çalışanlarının sosyodemografik ve iş özellikleri ile İGYTÖ bireysel yardım alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılan acil servis çalışanlarının sosyodemografik ve iş özellikleri ile İGYTÖ kurumsal yardım alt boyut puan değerleri arasında çalışanların yaş grupları, meslek, çalıştıkları kurum ve çalışma ortamındaki memnuniyet durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık gösterdiği kanıtlanmıştır.
- Acil servis çalışanlarının sosyodemografik ve iş özellikleri ile İGYTÖ tetikleyiciler ve psikopatoloji alt boyut puan değerleri arasında çalışma ortamındaki memnuniyet durumuna göre istatistiksel kapsamda anlamlı şekilde farklılık göstermiş olduğu saptanmıştır.
- Çalışmaya katılan personelin sosyodemografik ve iş özellikleri ile İGYTÖ nedensel atıflar alt boyut puanları arasında çalışanların yaş grupları, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, haftalık çalışma saatleri, meslekte geçirdikleri süre ve tuttıkları nöbet sayıları bakımından da istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı çıktığı belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamına alınan acil servis çalışanlarının sosyodemografik ve iş özellikleri ile İGYTÖ tıbbi yardım alt boyut puanları arasında ise daha önce başka kurumda çalışma süresi yönünden istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı olduğu bulunmuştur.

Öneriler

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucu aşağıdaki öneriler getirilmiştir;

- Acil servis çalışanlarının intihar girişimi ile gelen bireye yaklaşımına yönelik uygulama protokolleri ve bakım rehberlerinin oluşturulması,
- Acil servis çalışanlarının intihar girişiminde bulunan kişilere yönelik olumlu tutum geliştirmeleri için sağlık çalışanlarına intihar girişimi, önlenmesi, acile başvuran bireyin psikososyal bakımı, öfkeli bireye yaklaşım, travma yaşayan bireye yaklaşım, manipülatif davranış sergileyen bireye yaklaşım, iletişim ve empati konularını kapsayan eğitimler verilmesi,
- İntihar girişiminde bulunmuş bireylerin sağlık bakımını nasıl algıladığı ve acil serviste yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla nitel çalışmalar yapılması,
- Kurumların; bu hassas gruba tedavi ve bakım veren sağlık çalışanlarının işini etkili yapabilmesi için acil servislerde çalışan personel sayısını arttırması ve intihar girişimi ile gelen olgu ile bireysel görüşmeler yapılabilmesi için uygun fiziki koşulları oluşturması,
- Kurumların acil serviste çalışan personelin ilk müdahale ve psikososyal bakım becerilerini arttırmaları için sempozyum, kongre, kurs, çalıştay gibi bilimsel etkinliklere katılımını desteklemesi,
- Acil servis çalışanlarının iş stresiyle başa çıkmalarını sağlamak ve problem çözme becerilerini geliştirmek için çalışanların kurumlarda danışmanlık alacağı psikiyatri birimlerinin oluşturulması,

- Acil tıp eğitiminde intihar girişiminde bulunmuş bireylere yönelik damgalamayı azaltacak ve öğrencilerin ilk müdahale ve psikososyal bakım becerilerini geliştirecek konulara yer verilmesi,
- İntihar girişiminde bulunan hastalara karşı sağlık çalışanlarının olumlu bir tutuma sahip olması için; sağlık çalışanlarına intihar girişimlerinde bulunanlara yönelik mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarında yer verilmesi ve çalışmanın farklı sağlık çalışanlarına uygulanarak varsa sorunların belirlenmesi önerilmektedir.
- Acil servis çalışanlarının iş yüklerinin azaltılması, gerektiğinde psikolojik destek almalarının sağlanması ve çalışma saatlerinin iyileştirilmesi ile intihar olgularına yaklaşımlarının daha olumlu hale gelmesi sağlanabilir.

KAYNAKLAR

- Afilalo, M., Guttman, A., Colacone, A., Dankoff, J., Tselios, C., Beaudet, M., Lloyd, J. (1995). EmergencyDepartmentUseandMisuse. *Journal Emergency Medicine*, 13(2):259-264.
- Ak, M., Özmenler, K., Özşahin, A. (2008). İntihar girişimi ile mizaç ve karakter özellikleriarasındaki ilişkinin major depresif bozukluk örnekleminde irdelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 33-41.
- Aksakoğlu, G. (2001). Sağlıkta araştırma teknikleri ve analiz yöntemleri. İzmir:Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 81-92.
- Alan, N., Telli, S. ve Khorshid, L. (2016). Bir devlet hastanesinde intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik acil çalışanlarının tutumlarının belirlenmesi. *Medical sciences*, 11(4), 9-17.
- Alper, Y., Sayıl, I. (Ed.). (2002). Depresyonun psikodinamiği. İzmir: Ege Psikiyatri Yayınları, 39-46.
- American Academy of PediatricsCommittee on Pediatric Emergency Medicine (2004). Overcrowdingcrisis in ournation’s emergency departments: Is oursafety net unraveling?. *Pediatrics*, 114(3):878–888.
- Anderson, M., Standen, P.J. (2007). Attitudes Towards Suicide Among Nurses and Doctors Working with Children and Young People Who Self-Harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Volume:14, pp:470–477.
- Aras, A. (2014). Erzurum’da Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Görev Yapan Hekimlerde İş Doyumu Ve Tükenmişlik Düzeyleri İle Etkili Faktörlerin

İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, T.C Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum.

Ardıç, K., Polatçı, S. (2008). Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 10(2): 69-96.

Ardıç, K., Polatçı, S. (2009). Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü işle bütünleşme. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Enstitüsü Dergisi, 32: 21-46.

Arı, G., Bal, E. (2008). Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. Celal Bayar Üniversitesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 15(1); 131-148.

Arkan, B., Bademli, K. ve Çetinkaya Duman, Z. (2011). Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, Cilt:3, Sayı:2, ss:214-231.

Arpi, D., Boudreaux, E. and Wang, N. (2005). National Study of us Emergency Department Visits for Attempted Suicide and Self-Inflicted Injury,1997-2001. Annals of Emergency Medicine, 369-375.

Aslan, Ş., Emet, M., Çakır, Z., Aköz, A., Akgöl Gür, S.T. (2011). Suicide attempts with amitriptyline in adults: A prospective, demographic, clinical study. Turk J Med Sci., 243-249.

Atay, İ.M., Kerimoğlu, E. (2003). Ergenlerde İntihar Davranışı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 10: 128-136.

Ateşçi, F.Ç., Kuloğlu, M., Tezcan, E., Yıldız, M. (2002). İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinciEksen Tanıları. Klinik Psikiyatri Dergisi, 22-27(5).

- Atlandı, D. (2010). Çağrı Merkezi Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aydın, M. (2000). Kurumlar Sosyolojisi. Ankara: Vadi Yayınları, ss.111-113.
- Bakım, B., Özlük, B., Karamustafalıoğlu, O. (2007). Psikiyatrik bozukluklarda gözlenen intihar davranışları. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*; 20: 38-44.
- Başaran, İ.E. (2000). Örgütsel Davranış İnsanın Üretim Gücü. Ankara: Feryal Matbaası, 215-222.
- Baysal, A.C. (1981). Sosyal ve Örgütsel Psikolojide Tutumlar. İstanbul: Yalçın Ofset Matbaası, 194.
- Berecz, R., Caceres, M., Szlivka, A., Dorado, P., Bartók, E., Peñas-Lledó, E., LLerena, A., Degrell, I. (2005). Reduced completed suicide rate in Hungary from 1990 to 2001: Relation to suicide methods. *Journal of Affective Disorders*; 88: 235–238.
- Berlim, M.T., Perizzolo, J., Lejderman, F., Fleck, M.P. and Joiner, T.E. (2007). Does a Brief Training on Suicide Prevention Among General Hospital Personnel Impact Their Baseline Attitudes Towards Suicidal Behavior?. *Journal of Affective Disorders*, Volume:100, pp:233–239.
- Betz, M. E., Boudreaux, E.D. (2016). Managing Suicidal Patients in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 67(2), 276-282.
- Biggs, E., Sönmez, C.C., Stanley, B. (2015). Treating Suicide Risk in Emergency Departments. In *Cognitive Behavioral Therapy for Preventing Suicide Attempts: A Guide to Brief Treatments Across Clinical Settings* (Bryan, C.J. Ed.), 1st ed., New York: Routledge.

- Bisi, L., Bolondi, M., Mattei, G., Sacchetti, A., & Ferrari, S. (2017). Attempted Suicide: Study Of The Phenomenon in a Sample of Patients in The Province of Modena. *European Psychiatry*, 41, 399. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.465>
- Boğahan, M. (2018). Hemşirelerin Acil Servise İntihar Girişimi İle Gelen Bireye Yönelik Deneyimleri. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Botega, N.J., Reginato, D.G., Da Silva, S.V., Cais, C.F., Rapeli, C.B., Mauro, M.L., Cecconi, J.P., Stefanello, S. (2005). Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Rev Bras Psiquiatr*, 27 (4): 315-318.
- Brent, D., Mann, J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 13–24.
- Brunero, S., Smith, J., Fairbrother, G. (2008). Health Professionals' Attitudes Towards Suicide Prevention Initiatives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Volume:15, pp:588-594.
- Burns, A., Goodall, E., Moore, T. (2007). A study of suicides in Londonderry, Northern Ireland, for the year period spanning 2000–2005. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 30:1-10.
- Büyükkaya, E. & Alacahan, Y. (2005). Acil serviste intihargirişimlerine psikososyal destek ve krize müdahale programı. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı), Ankara.
- Bystrzycki, A., Coleridge, J. (2000). Drug-and poison-related deaths in Victoria during 1997. *Emergency Medicine, William and Wilkins*, 303-309.

- Capoccia, L., Labre, M. (2015). *Caring for Adult Patients with Suicide Risk: A ConsensusBased Guide for Emergency Departments*. Waltham: Education Development Center.
- Ceran, S.Ö. (2010). *İşgörence Algılanan Sosyal Destek ile Mesleki Tükenmişlik ve İş Doyumu İlişkisinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ceylan, M., Yazan, B. (2000). *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Anksiyete Bozuklukları*, 43-66 (Bölüm 2).
- Chapman, R., 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.
- Chen, J., Dunne, M., Han, P. (2006). *Child sexual abuse in Henan province, China: associations with sadness, suicidality and risk behaviors among adolescent girls*. *J Adolesc Health*, 544-9(38): p. 5.
- Cheng, A., Mann, A., Chan, K. (1997). *Personality Disorder and Suicide: A Case Control Study*. *Br J Psychiatry*, 441-446(170).
- Coryell, W., Young, E. (2005). *Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder*. *J Clin Psychiatry*, 412-417(66).
- Crombie, K., Pounder, D., Dick, P. (1998). *Who takes alcohol prior to suicide?*. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 65 -68(5).
- Crouch, R., Charters, A., Dawood, M., Bennett, P. (2016). *Oxford Handbook Of Emergency Nursing*. 2nd ed., China: C&C Offset Printing Co., Ltd.
- Çam, O. (1995). *Tükenmişlik*. İzmir: Saray Medical Yayıncılık.

- Çatak, B., Öner, C., Baştürk, S., Karaali, O., Oğuz, İ., Özbek, R. (2015). İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları Acil Servislerine İntihar Girişimi Nedeniyle Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi. *Nobel Medicus*, 11(1), 37-42.
- Çayköylü, A., Çoşkun, İ., Kırkpınar, İ., Özer, H. (1997). Özkıym Girişiminde Bulunanlarda Sosyodemografik Özellikler Ve Tanı Dağılımı. *Kriz Dergisi*, 5(1): 37-42.
- Çelebi, B. (2014). Çalışanlarda Tükenmişlik ve İş Doyumu (Alanya Devlet Hastanesi Hemşireleri Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çelebi, İ. (2016). Çanakkale 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarında görev yapan sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma durumu ve bu durumun tükenmişlik sendromu üzerine etkisi. *Hastane öncesi dergisi*, 1(2), 1-13.
- Daley, M.R. (1979). Burnout: Smoldering problem in protective services. *Social Work*; 24(5): 375-379.
- Davidhizar, R. (1993). The management of the suicidal patient in a critical care unit. *Journal of Nursing Management*, 1:95–102.
- Derlet, R.W., Kinser, D., Ray, L., Hamilton, B., McKenzie, J. (1995). Prospective identification and triage of nonemergency patient out of an emergency department: A 5 year study. *Ann Emerg Med.*, 25:215-223.
- Deveci, A., Ermertcan, A., Deniz, F. (2007). Psoriasisli Hastalarda alkol kullanımı ve intihar olasılığı. *Türkiye’de Psikiyatri*, 103-107.
- Devlet İstatistik Enstitüsü (1998). İntihar İstatistikleri. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Yayın No: 2294.

- Devrimci Özgüven, H., Sayıl, I. (2003). Suicide attempts in Turkey: results of the WHO EURO multicentre study on suicidal behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry*; 48:324–329.
- Dictionary, O.E., Oxford, Clarendon Pres.
- Domino, G., Westlake, L., Gibson, L. (1982). Attitudes towards suicide. A factor analytic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 38:257-262.
- Dower, J., Donald, M., Kelly, B.& Raphael, B. (2000). Pathways of care for young people who present for non-fatal deliberate self-harm. Centre for primary health care, University of Queensland, Brisbane.
- Duffy, D. (1997). Miles belied an inner torment. *Nursing Times*, 93:26.
- Durkheim, E. (1986). İntihar: Toplumbilimsel İnceleme. Ozankaya, Ö. (Çeviren). Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, 59-68.
- Durkheim, E. (1992). İntihar. Ozankaya, Ö. (Çeviren), 2. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara: 6-8, 11, 24, 25, 90, 102, 105.
- Durkheim, E. (2015). İntihar. İstanbul: Pozitif Yayın.
- Ekici, G., Savaş, H.A., Cıtak, S. (2001). Tamamlanmış İntiharlarda İki Önemli Risk Etmeni: Fiziksel Hastalığın Varlığı ve Yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*; 11: 168-73.
- Emiroğlu, P.Ş. (2015). Bursa İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne Bağlı Çalışan Hekimlerde İş Doyumu Ve Yaşam Kalitesi Düzeyi ile Etkileyen Etmenler. Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa. (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Kayıhan PALA).
- Er, G. (2011). İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Sağlık Personelinin Tutumları; Ölçek Geliştirme, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans

Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,
Şanlıurfa. (Tez Danışmanı Prof. Dr. Zeynep ŞİMŞEK)

Er, G., Şimşek, Z. ve Aker, A.T. (2013). İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği'nin (İGYTÖ) Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenilirlik. Türk Psikiyatri Dergisi, 24, 1-7.

Ercan, S., Aksoy, Ş.M., Yalçın, A., Şimşek, A.Ç., Acar, S.R., Şahin, T.E. (2016). Ankara'da Acil Servislere Başvuran İntihar Girişim Olgularının Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Ve Araştırmalar Dergisi, 1, 5-12. doi: 10.5455/JCBPR.200761

Eroğlu, M., Yıldırım, A. O., Uzkeser, M., Sarıtas, A., Acemoğlu, H., Navruz, M., Emet, M. (2014). Emergency Room Visits for Suicide Attempts: Rates, Trends and Sociodemographic Characteristics of Suicide Attempts in Northeastern Anatolia. Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 24(4), 350-359.

Eskin, M. (2003). İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Ankara: Ofset Basımevi.

Eyüboğlu, İ. (1998). Türk Dilinin Etimoloji Sözlüğü. İstanbul: Sosyal Yayınlar.

Farberow, N.L. (1997). The psychology of suicide: past and the present. In Suicide: biopsychosocial approaches. Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN. Amsterdam: Elsevier, 147-163.

Fındıkçı, İ. (1999). İnsan Kaynakları Yönetimi. Alfa Basım Yayım Dağıtım, 374-383.

Filippatos, G., Karasi, E. (2017). Characteristics of Attempted Suicide Patients Presenting to A Greek Emergency Department. Health Science Journal, 11(3), 1-9.

- Gibb, S.J., Beautrais, A.L., Surgenor, L.J. (2010). Health Care Staff Attitudes Towards Self-harm Patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Volume:44, pp:713-720.
- Goldsmith, S.K., Pellmar, T.C., Kleinman, A.M., Bunney, W.E. (2003). *Reducing Suicide A National Imperative*. The National Academies Press.
- Gökçe, B. (2004). *Türkiye'nin Toplumsal Yapısı ve Toplumsal Kurumlar*. Ankara: Savaş Yayınevi, s.187.
- Guillem, E., Pélioso, A., Notides, C., Lépine, J.P. (2002). Relationship between attempted suicide, serum cholesterol level and novelty seeking in psychiatric inpatients. *Psychiatr Res*.
- Gündoğmuş, Ü.N., Özbek, V.Ö., Özkara, E., Biçer, Ü., Yıldız, M. (2004). İntihar Girişimlerinde Sağlık Personelinin Adli İhbar Yükümlülüğü. *Adli Tıp Dergisi*, Cilt:18, Sayı:2, ss:38-44.
- Gürlek Yüksel, E. & Taşkın, O. (2005). Türkiye'de Hekimler ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, Cilt:6, ss:113-121.
- Haran, S. & Aydın, O. (1995). Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar girişimleri ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*. 247-251.
- Hatcher, S. (2016). Management of Suicidal Risk in Emergency Departments: A Clinical Perspective. In the *International Handbook of Suicide Prevention*. O'Connor, R.C. & Pirkis, J. (Ed.), 2nd ed., UK: John Wiley & Sons.
- Haukka, J., Suominen, K., Partonen, T., Lönnqvist, J. (2008). Determinants and outcomes of serious attempted suicide. A nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol*, 1155-1163.

- Hawton, K. (1994). İntihar Girişimi. (Çev: Birsen Ceyhun). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, s.18.
- Hawton, K., Fagg, J., Marsack, P. (1980). Association between epilepsy and attempted suicide. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 43, 168-170.
- Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A., Cordingley, L. (2001). Attitudes Toward Suicide Prevention in Front-line Health Staff. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Volume:31, Number:3, pp:342-347.
- Herzberg, F., Mausner, B., Snyderman, B.B. (1959). *The Motivation to Work*. 2th edition. New York: John Wiley & Sons Inc; 40-96.
- Heyward-Chaplin, J., Shepherd, L., Arya, R., O'Boyle, C.P. (2018). Audit of Healthcare Professionals' Attitudes Towards Patients Who Self-Harm and Adherence to National Guidance in a UK Burns and Plastic Surgery Department. *Scars, Burns & Healing*, 4, 1–7. doi: 10.1177/2059513118764100
- Hill, N.T.M., Halliday, L., Reavley, N.J. (2017). *Guidelines for Integrated Suicide-Related Crisis and Follow-Up Care in Emergency Departments and Other Acute Settings*. Sydney: Black Dog Institute.
- Hoffmann, R. (2002). *Poison Information Centers and Poison Epidemiology USA*. Hofman, R.S.(Eds.). *Golfrank's Toxicologic Emergencies*, In: Golfrank LR. 1747-1752 (7th edition).
- Hogg, M.A., Vaughan, G.M. (2007). *Tutumlar. Sosyal Psikoloji Kitabı* (Çev:Yıldız, İ., Gelmez, A.) 1. baskı, Ankara: Sözkesen Matbaası, 173- 222.
- Holland, J., Plumb, M. (1973). The management of the serious suicide attempt: a special ICU problem. *Heart and Lung*, 2:376.

- Hopkins, C. (2002). But what about the really ill, poorly people? (An ethnographic study into what it means to nurses on medical admission units to have people who have harmed themselves as their patients). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9:147–154.
- Hunt, K.A., Weber, E.J., Showstack, J.A., Colby, D.C., Callahan, M.L. (2006). Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emergency Medicine*, 48(1):1-8.
- İnceoğlu, S. (1999). Ölme Hakkı. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Jackson, S.E., Schwab, R.L., Schuler, R.S. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal Appl Psychol*, 71(4): 630–640.
- Jacobs, D.G. (2003). Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. American Psychiatric Association.
- Jamison, K.R. (2004). Erken Çöken Karanlık, İntiharı Anlamak. Emine Bademci (Çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Jessamy, T. (2006). Don't bring me your poor: The Crowded state of America's emergency departments Available from: (http://www.nhpf.org/pdfs_ib/13811_EDCrowding_07-07-06.pdf).
- Kalemoğlu, M., Keskin, Ö. (2002). Stress and burnout among emergency departments workers. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 8(4): 215-9.
- Kama, A. (2017). Özel ve Devlet Hastanelerinin Acil Servis Personellerinin İş doyum ve Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Kahramanmaraş İlinde Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Kahramanmaraş.

- Kanbay, A. (2010). Hemşirelerin İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılığı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (2003).Synopsis of Psychiatry (9th ed). Williams and Wilkins, Philadelphia, pp 534-536.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (2004).Klinik Psikiyatri. Abay, E. (Çev.). Bölüm 25: Psikiyatrik Aciller: 25.1: İntihar, s. 361-366.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (2005). Klinik Psikiyatri, Psikiyatrik Acil Durumlar. 2. Baskı, İntihar, 389-396.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (2005). Suicide. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth Ed, 2442-2453.
- Kapur, N. & Gask, L. (2006). Introduction to suicide and self-harm. Psychiatry, 5:259-262.
- Kapusta, N.D., Sonneck, G. (2004). Suicides of men in Austria: an epidemiological analysis over a 30 year period. The Journal of Men's Health & Gender, 1(2-3): p. 197-202.
- Karacıoğlu, F., Akbaş, S. (2010). İş yerinde Psikolojik Şiddet ve İş Tatmini İlişkisi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 24(3). ss.139-161.
- Karman, P., Kool, N., Poslawsky, I. E., Meijel, B. (2015). Nurses' Attitudes Towards Self- Harm: A Literature Review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22(1), 65-75.
- Kavaz, İ. (2014). Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 3(1).
- Kellermann, A.L. (1994). Nonurgent emergency department visits. Meeting an unmet need. JAMA, 271:1953-1954.

- Kervancı, F. (2013). Tükenmişlik sendromunun örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyetine etkisini araştırmaya yönelik bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Niğde. (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Selen DOĞAN).
- Kılıçaslan, İ., Bozan, H., Oktay, C., Göksu, E. (2005). Türkiye’ de Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 5: 5-13.
- Kırkpınar, İ. & Nazan, A. (2001). Şizofrenide İntihar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 47-52(2).
- Koning, K.L., Mcnaught, A., Tuffin, K. (2017). Emergency Department Staff Beliefs About Self-Harm: A Thematic Framework Analysis. Community Mental Health Journal, (In press), 1-9. doi: 10.1007/s10597-017-0178-8
- Koroğlu, E. (1999). Psikiyatrik Acil Durumlar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 425-443(2).
- Köksal, Ö. (2010). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Özelliklerinin ve Acil Servis Çalışmalarının Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Bursa. Akademik Acil Tıp Dergisi, 10.5152/jaem.2010.006.
- Köseihal, N.S. (1968). Sosyoloji Tarihi. TÜBİTAK, 191-195.
- Köylü, M. (2008). Dinin Ruh Sağlığına Etkisi. Yeni Ümit Dergisi, Sayı:82, s.26.
- Kubalı, Z. (2007). Ankara İlinde Bir Kamu Hastanesi Acil Bölümünde İntihar Girişim Vakalarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Kurt, İ., Erpek, G., Kurt, N., Gürel, A. (2004). Adnan Menderes Üniversitesinde İzlenen Zehirlenme Olguları. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.

- Kutlu, L., Kılıç, M. (2013). Tükenmişlik ve Sağlık Çalışanları. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Landeen, J.J. (1988). Patient suicide: its impact on the therapeutic milieu of the psychiatric unit. *Perspect Psychiat C*, 24:74–78.
- Lapatto-Reiniluoto, O. (2001). Acute poisonings: Epidemiology and gastrointestinal decontamination. *Helsinki Hakapaino*, 11-14.
- Larkin, G.L., Beautrais, A.L. (2010). Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(1), 1-6.
- Lonnqvist, J.K. (2000). *Suicide: Epidemiology And Causes Of Suicide*. New Oxford Textbook of Psychiatry. Andreasen, N. (eds). Oxford: Oxford University Press, 1033– 1039.
- Lotrakul, M. (2006). Suicide in Thailand during the period 1998–2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 90-95.
- Luthans, F. (2011). *Organisational Behavior, An Evidence-Based Approach*. 12th edition. Singapore: McGraw-Hill Irvin Inc.
- Macit, M., Eren, A.S., Karaman, M., Polat, A. & Akol, H.R. (2018). 112 Urgent Health Services Workers 'Relevance Against Characteristics: Validity Reliability Study.
- Maes, M., Scharpe, S., Verkerk, R., D'Hondt, P., Peeters, D., Cosyns, P., Thompson, P., De Meyer, F., Wauters, A., Neels, H. (1995). Seasonal variation in plasma L-tryptophan availability in healthy volunteers. Relationships to violent suicide occurrence. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 937-946.

- Mann, J., Brent, D., Arango, V. (2001). The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*, 467-477.
- Maris, R., Berman, A.L., Maltzberger, J.T. (1992). *How Are Suicides Different. Assessment and Prediction of Suicide*. New York: Guilford Pres, 65-87.
- Martin, C., 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.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(1): 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review Psychology*; 52(1): 397-422.
- McCann, T., Clark, E., McConnachie, S. and Harvey, I., (2006). Accident and Emergency Nurses' Attitudes Towards Patients Who Selfharm. *Accident and Emergency Nursing*, Volume:14, pp:4-10.
- McCann, T., Clark, E., McConnachie, S., Harvey, I. (2007). Deliberate Self-Harm: Emergency Department Nurses' Attitudes, Triage and Care Intentions. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9):1704-1711.
- McCarthy, L., Gijbels, H. (2010). An Examination of Emergency Department Nurses' Attitudes towards Deliberate Self-harm in Irish Teaching Hospital. *International Emergency Nursing*, Volume:18, pp:29-35.
- McGirr, A. and Turecki, G. (2008). What is specific to suicide in schizophrenia disorder? Demographic, clinical and behavioural dimensions. *Schizophrenia Research*, 217–224(98).

- McGuffin, P., Marusic, A., Farmer, A. (2001). What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis*, 61–65.
- Mgaya, E., Kazaura, R.M., Outwater, A., Kinabo, L. (2007). Suicide in the Dar es Salam Region, Tanzania 2005. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 30: 2-5.
- Midence, K., Gregory, S., Stanley, R. (1996). The effects of patient suicide on nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 5:115–120.
- Ministry of Health (2016). Preventing Suicide: Guidance for Emergency Departments. Wellington: Ministry Of Health.
- Minois, G. (2008). İntiharın Tarihi: İstemli Ölüm Karşısında Batı Toplumu. İstanbul: Dost Kitapevi.
- Mitchell, A.M., Wesner, S., Brownson, L., Gale, D.D., Garand, L., Havill, A. (2006). Effective communication with bereaved child survivors of suicide. *Journal Child Adolesc Psychiatr Nursing*, 130-6(19): p. 3.
- Mohanty, S., Sahu, G., Mohanty, M.K., Patnaik, M. (2007). Suicide in India: A four year retrospective study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*; 14: 185-189.
- Moscicki, E. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience*, 310–323.
- Muheim, F., Eichhorn, M., Berger, P., Czernin, S., Stoppe, G., Keck, M., Riecher-Rössler, A. (2013). Suicide Attempts in The County of Basel: Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Medical Weekly*, 143, 1-15. doi:10.4414/smw.2013.13759
- Murphy, A. (2017). *Out Of This World: Suicide Examined*. 1st ed., Great Britain: Karnac Books Ltd.
- Myers, D. (1990). *Social Psychology*, Teachers College Press. New York, 67.

- Nakaya, N., Kikuchi, N. and Shimazu, T. (2007). Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men: the Ohsaki Study. *Alcohol*, 503-510(41).
- 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 of Mental Health and the Research Prioritization Task Force.
- National Action Alliance for Suicide Prevention: Suicide Attempt Survivors Task Force (2014). *The Way Forward: Pathways to Hope, Recovery and Wellness with Insights from Lived Experience*. Washington: DC: Author.
- Nawar, E.W., Niska, R.W., Xu, J. (2007). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2005 Emergency Department Summary. *Adv Data*, 358:1–32.
- Nebhinani, N., Chahal, S., Jagtiani, A., Nebhinani, M., Gupta, R. (2016). Medical students' attitude toward suicide attempters. *Ind. Psychiatry Journal*, 25:17–22. doi:10.4103/0972-6748.196050
- Nickel, C., Simek, M., Moleda, A., Muehlbacher, M., Buschmann, W., Fartacek, R., Bachler, E., Egger, C., Rother, W.K., Loew, T.H., Nickel, M.K. (2006). Suicide attempts versus suicidal ideation in bulimic female adolescents. *Pediatr Int.*, 374-381(48): p. 4.
- Norheim, A.B., Grimholt, T.K., Loskutova, E., Ekeberg, O. (2016). Attitudes Toward Suicidal Behaviour Among Professionals at Mental Health Outpatient Clinics in Stavropol, Russia and Oslo, Norway. *BMC Psychiatry*, 16(1), 268-279.
- O'Donnell, I., Farmer, R. and Catalan, J. (1996). Explaining suicide: The views of survivors of serious suicide attempts. *British Journal of Psychiatry*, 780-786(168).

- Odağ, C. (1995). İntihar: Tanım-Kuram-Sağaltım. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 15-24.
- Oppenheim, A.N. (1996). Questionnaire design, interviewing and attitude measurement. New Edition, Pinter, London.
- Oquendo, M.A. & Mann, J.J. (2001). Neuroimaging findings in major depression, suicidal behavior and aggression. *Clinical Neuroscience Research*, 377-380.
- Ouzouni, C., Nakasis, K. (2009). Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool. *Health Science Journal*, 3(4):222-231.
- Ouzouni, C., Nakasis, K. (2013). Nurses' attitudes towards attempted suicide. *Health Science Journal*, 7 (1), 119-134.
- Özcan, Y. & Savlı, H. (2001). Yaşam olayları sonucu gelişen intiharlarda kan lipit seviyeleri. *Düşünen Adam*, 150-153.
- Padilha, V.M., Schettini, C.S.S., Santos Junior, A., Azevedo, R.C.S. (2013). Profile of Patients Attended as Psychiatric Emergencies at a University General Hospital. *Sao Paulo Medical Journal*, 131(6), 398-404.
- Paksoy Erbaydar, N. & Çilingiroğlu, N. (2010). Tıp Eğitimi Geleceğin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yönelik Tutumlarını Etkilemekte Midir?. *Türk Psikiyatri Dergisi*, Cilt:21, Sayı:2, ss:114-125.
- Parellada, M., Saiz, P., Moreno, D., Vidal, J., Llorente, C., Alvarez, M., García-Portilla, P., Ruiz-Sancho, A., Arango, C., Bobes, J. (2007). Is attempted suicide different in adolescent and adults?. *Psychiatry Research*, 30: 1-7.
- Patterson, P., Whittington, R., Bogg, J. (2007). Measuring nurses' attitudes towards deliberate selfharm; the self harm antipathy scale. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing*, 14(5):438-445.

- Perboell, P.W., Hammer, N.M., Oestergaard, B., Konradsen, H. (2015). Danish Emergency Nurses' Attitudes Towards Self-Harm: A Cross-Sectional Study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 144-149.
- Pınar, R. & Arıkan, S. (1998). Hemşirelerde iş doyumunu etkileyen faktörler, iş doyumunu ile benlik saygısı ve asertivite ilişkisi. VI Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Ankara: Gata Basımevi, pp. 159-170.
- Pine, D.S., Trautman, P.D., Shaffer, D., Cohen, L., Davies, M., Stanley, M., Parsons, B.(1995). Seasonal rhythm of platelet (3H)imipramine binding in adolescents who attempted suicide. *Am J Psychiatry*, 1:52: 923-925.
- Poklins, A. (1997). *Introduction to Forensic Sciences*. 2nd ed. Florida: CRC Forensic Toxicology.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., Kotzalidis, G.D. and Tatarelli, R. (2005). Emergency Staff Reactions to Suicidal and Self-harming Patients. *European Journal of Emergency Medicine*, Volume:12, pp:169-178.
- Prince, M., Worth, C. (1992). A Study Of Inappropriate Attendances To A Paediatric Accidentand Emergency Department. *J PublicHealth Med.*, 14(2):177–182.
- Read, G. (1997). Trends in an adolescent and young adult parasuicide population presenting at a psychiatric emergency uni: A descriptive study. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 249-269(9).
- Rees, N., Rapport, F., Snooks, H., John, A. ve Patel, C. (2017). How do emergency ambulance paramedics view the care they provide to people who self harm?: Ways and means. *Int J Law Psychiatry*, 50, 61-67. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.05.010

- Repper, J. (1999). A Review of The Literature on The Prevention of Suicide Through Interventions in Accident and Emergency Departments. *Journal of Clinical Nursing*, Volume:8, pp:3-12.
- Resmi Gazete Tarihi: 11.05.2000, Resmi Gazete Sayısı: 24046. Sağlık bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği/Birinci Bölüm/ Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar.
- Rich, C.L., Ricketts, J.E., Fowler, R.C. (1988). Some differences between men and women who commit suicide. *Am J Psychiatry*, 145:718-722.
- Rimkeviciene, J., Hawgood, J., O'Gorman, J., De Leo, D. (2015). Personal Stigma in Suicide Attempters. *Death Studies*, 39(10), 592-599.
- Roy, A. (2000). Psychiatric emergencies. Sadock, B.J., Sadock, V.A. (Eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2031-2040.
- Roy, A. (2001). Genetic influences on suicide risk. *Clinical Neuroscience Research*, 324-330.
- Roy, A. (2003). Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and newfindings. *Journal of Affective Disorders*, 267–271(77).
- Roy, A., Gonzales, B., Marcus, A., Berman, J. (2001). Serum cholesterol, suicidal behavior and impulsivity in cocaine-dependent patients. *Psychiatry Research*, 101: 243-247.
- Roy, A., Segal, N., Sarchiapone, M. (1995). Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry*, 1075–1076.
- Rozanov, V. (2017). *Stress and Epigenetics in Suicide*. 1st ed., United Kingdom: Academic Press.

- Ryan, C. J., Large, M., Gribble, R., Macfarlane, M., Ilchef, R., Tietze, T. (2015). Assessing and Managing Suicidal Patients in the Emergency Department. *Australasian Psychiatry*, 23(5), 513-516.
- Sağınç, H., Kuğu, N., Akyüz, G., Doğan, O. (2000). Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 83-88.
- Samuelsson, M. & Asberg, M. (2002). Training Program in Suicide Prevention for Psychiatric Nursing Personnel Enhance Attitudes to Attempted Suicide Patients. *International Journal of Nursing Studies*, Volume:39, pp:115-121.
- Samuelsson, M., Sunbring, Y., Ingalill, W. and Asberg, M. (1997). Nurses' Attitudes To Attempted Suicide Patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Volume:11, pp:232-237.
- Sayar, K., Acar, B. (1999). Psikofarmakolojik Ajanlarla Yapılan İntihar Girişimlerinde Risk Etkenleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, Cilt:9, ss:208-212.
- Sayıl, I. (2000). İntihar davranışı, Kriz ve Krize Müdahale. Sayıl, I., Berksun, O.E., Palabıyıkoglu, R., Özgüven, H.D., Soykan, Ç., Haran, S. (Editörler). Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, 165-198.
- Sayıl, I., Berksun, O.E. (1998). Depresyon ve İntihar. *Psikiyatri Dünyası*, 52-56(2).
- Sayıl, I., Devrimci Özgüven, H. (2002). Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour.Crisis.
- Schappert, S.M.,Burt, C.W. (2006). Ambulatory Care Visits To Physician Offices, Hospital Outpatient Departments, And Emergency Departments: United States. 2001–02. *Vital Health Stat*, 13(159):1–66.

- Schmidtke, A., Schaller, S. (1998). What do we know about media effects on imitation of suicidal behaviour: state of the art. Netherlands: Kluwer Aca Pub, 8: 121-137.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., Haring, C., Hawton, K., Lönnqvist, J., Michel, K., Pommereau, X., Querejeta, I., Phillipe, I., Salander-Renberg, E., Temesváry, B., Wasserman, D., Fricke, S., Weinacker, B., Sampaio-Faria, J.G.(1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. *Acta Psychiatr Scand*, 327-338(93).
- Schultz, D.P., Schultz, S.E. (1990). *Psychology and Industry Today*. New York: Macmillan.
- Seçim, A.P. (2016). Acil servise intihar girişimi ile başvuran hastaların sosyo demografik özelliklerinin incelenmesi ve beck skorlarının acil serviste kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Aydın. (Tez Danışmanı Yrd. Doç. Dr. Bekir DAĞLI).
- Seremet, N.K. (1984). Needs of the attempted suicide patient in the ICU. *Critical care Nursing Quarterly* 6:40-8.
- Seydaoğlu, G. (2004). *Zehirlenme Epidemiyolojisi*. Nobel Kitapevi, 19-38.
- Seydioğlu, M. (2002). İntihar girişiminde bulunan kişilerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi, depresyon ve sosyal destek algısı açısından değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncüyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Van.

- Sharma, B.R., Gupta, M., Sharma, A.K., Sharma, S., Gupta, N., Relhan, N., Singh, H.(2007). Suicides in Northern India: Comparison of trends and review of literature. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 14: 318-326.
- Shiber, J.R., Longley, M.B., Brewer, K.L. (2009). Hyper-use of the ED. *Am J Emerg Med.*, 27:588-594.
- Shneidman, E., John, W. (1985). *Definition of Suicide*. New York.
- Skegg, K. (2005). Self-Harm *Lancet*. 1471-83(366).
- Skevington, S. (1984). *Understanding Nurses-The Social Psychology of Nursing*. John Wiley and Son, LTS, New York.
- Soysal, A. (2011). İş yaşamında tükenmişlik.
(<http://www.ceis.org.tr/dergi/2011kasim/makale2.pdf> Erişim tarihi: 10.01.2017).
- Starkuviene, S., Kalediene,R., Petrauskiene,J. (2006). Epidemic of suicide by hanging in Lithuania: Does socio-demographic status matter?. *Public Health*, 769-775.
- Steinhausen, H., Bosiger, R., Metzke, C. (2006). Stability, correlates, and outcome of adolescent suicidal risk. *J Child Psychol Psychiatry*, 713-722(47): p. 7.
- Suchard, J. (2002). *Chemical and Biological Weapons*. In USA, The McGraw- Hill Companies, 15:27-51(7 th edition).
- Suicide Prevention Resource Center (2013). *Continuity Of Care For Suicide Prevention: The Role Of Emergency Departments*. Waltham: Education Development Center.
- Suominen, K., Suokas, J., Lönnqvist, J. (2007). Attitudes of General Hospital Emergency Room Personnel Towards Attempted Suicide Patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, Volume:61, Number:5, pp:387-394.

- Suominen, K., Isometsä, E., Heilä, H., Lönnqvist, J., Henriksson M. (2002). General hospital suicides a psychological autopsy study in Finland. *General Hospital Psychiatry*, 24(6):412-6.
- Suvarlı, M.K. (1995). Çocuklarda ve adölesan çağında intihar: araştırmalar, önlemler ve çözüm önerileri. *Kriz Dergisi*, 3, 1-2, 75-87.
- Sürgevil, O. (2006). Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu, Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri. Ankara: Nobel Yayınları, 3-112.
- Şahin, D., Ceylan, H. (2017). İntihar Araştırmaları ve Psikolojik Otopsi. *Ayrıntı Dergisi*, 5(56), 1-4.
- Şenol, V., Ünalın, D., Avşaroğulları, L., İkizceli, İ. (2005). İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19-29.
- Şimşek, H., Dönmez, G., Binbay, T., Erkoyun, E. & Uçku, R. (2015). Manisa İli'nde Özkıyım Girişimlerine İlişkin Özellikler: Beş Yıllık Verinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 12(1), 23-34.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2013). Yayın tarihi: Ankara2014, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 956.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı, Kamu Hastaneleri İstatistikleri Yıllığı (2014). Sağlık Bakanlığı Yayın tarihi: Ankara 2015, Yayın No: 1000.
- Talseth, A.G., Lindseth, A., Jacobsson, L., Norberg, A. (1997). Nurses' Narrations About Suicidal Psychiatric Inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, Volume:51, pp:359-364.

- Tel, H., Uzun, S. (2003). İntihar girişimi ile acil sevisse başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 151-158(4).
- The Center for Disease Control and Prevention (1994). Program For the Prevention of suicide among adolescents and young adults. *Morbidity and Mortality Weekly Reported*, 43: 3-7.
- The Scottish Government (2013). *Suicide Prevention Strategy 2013-2016*. Scottish Government: Edinburgh.
- Tidemalm, D., Elofsson, S., Stefansson, C. (2005). Predictors of Suicide in a Community-Based Cohort of Individuals with Severe Mental Disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 595-600(40).
- Tondo, L., Baldessarini, R. (2003). *Suicide: Causes and Clinical Management*.
- TÜİK (2016). *İstatistiklerle Türkiye*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası. ss. 15.
- Tüzer, T., Bayam, G., Bitlis, V., Holat, H., Dilbaz, N. (1995). Bitlis, İntihar girişiminde yöntem seçimini etkileyen faktörler. *Kriz Dergisi*, 257-59.
- Ucan, O. (2005). *Türkiye’de İntihar Konu Alan Yayınlar Üzerine Bir Bibliyografya Çalışması*. *Kriz Dergisi*, 15-26.
- Uğurlu Uludüz, D., Uğur, M. (2001). Bir vaka dolayısıyla intiharların gözden geçirilmesi. *Yeni Symposium*, (14): 19-25.
- Vancayseele, N., Van Landschoot, R., Portzky, G., Van, H. (2014). *De epidemiologie van suicidepogingen in Vlaanderen*. Gent, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.
- Vedana, K.G.G., Magrini, D.F., Miasso, A.I., Zanetti, A.C.G., De Souza, J., Borges, T.L. (2017). *Emergency Nursing Experiences in Assisting People with Suicidal*

- Behavior: A Grounded Theory Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 345-351.
- Vedana, K.G.G., Pereira, C.C.M., Dos Santos, J.C., Ventura, C., Moraes, S.M., Miasso, A.I., Zanetti, A.C.G., Borges, T.L.(2017). The Meaning of Suicidal Behaviour from the Perspective of Senior Nursing Undergraduate Students. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 27(3), 1149–1161.
- Watkins, K. (1997). I wanted to stop the world and get off ... but not forever. *Nursing Times*, 93: 29.
- Weis, M., Arieti, E.S. (1974). *Suicide In: A handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books Inc. Publishers, 743-765.
- Welch, S.S. (2001). A Review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services*, (52):3;368-375.
- World Health Organization (2001). *Suicide prevention: Emerging from darkness*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Luxembourg: WHO Press.
- World Health Organization (2016). *Preventing Suicide: A Community Engagement Toolkit. Pilot Version 1.0*. Geneva: WHO Document Production Services.
- World Health Organization (2017). *Questions and answer on suicide*. (<http://www.who.int/features/qa/24/en/> Erişim Tarihi: 28/01/2015).
- World Health Organization (2017). *World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. France: WHO Press. pp. 61.
- Wright, T.A., Bonett, D.G. (1997). The contribution of burnout to work performance. *Journal of Organizational Behaviour*, 18(5): 491–585.

Www.tuik.gov.tr (Erişim tarihi 10/04/2016).

Yalvaç, D. (2006). İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyodemografik ve Klinik Etkenlerle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Malatya.

Yüksel, N. (2001). İntiharın Norobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 5-15.



EKLER**Ek-1 Anket Formu****ACİL ÇALIŞANLARININ SOSYO-DEMOGRAFİK VE İŞ ÖZELLİKLERİ****LÜTFEN AŞAĞIDAKİ SORULARDA SİZE EN UYGUN OLAN SECENEĞİ****İŞARETLEYİNİZ!!!****ADI-SOYADI:****TELEFON:**

1. Yaş: 18-25 () 26-35 () 35 ve üstü ()
2. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
3. Medeni Durum: Evli () Bekar ()
4. Çocuk Sahibi Olma Durumu: Var () Yok () Var ise sayısı ()
5. Gelir Durumunuz: Gelir, giderden az () Gelir, gidere denk ()
Gelir, giderden fazla ()
6. Tanı konmuş herhangi bir rahatsızlığınız var mı? Evet () Hayır ()
Cevabınız evet ise
Hastalığınız:.....
7. Mesleğiniz:.....
8. Eğitim Durumu: Lise/Sağlık Meslek Lisesi () Ön Lisans ()
Lisans () Yüksek Lisans () Tıpta Uzmanlık () Doktora ()
9. Çalıştığınız Kurum: Devlet Hastanesi () Üniversite Hastanesi ()
10. Haftalık Çalışma Saati: 40 saatin altında () 40-56 saat () 56 saatin üzerinde ()
11. Aylık Çalışma Saati: 160 saatin altında () 160-180 saat ()
180 saatin üzerinde ()

12. Meslekte Geçirilen Süre: 1 yıldan az () 1-5 yıl () 6-10 yıl ()
11 yıl ve üzeri ()
13. Bulduğunuz Kurumda Çalışma Süreniz: 1 yıldan az () 1-5 yıl ()
6-10 yıl () 11 yıl ve üzeri ()
14. Bulduğunuz Birimde Çalışma Süreniz: 1 yıldan az () 1-5 yıl ()
6-10 yıl () 11 yıl ve üzeri ()
15. Daha Önce Başka Kurumda Çalışma Süreniz: 1 yıldan az () 1-5 yıl ()
6-10 yıl () 11 yıl ve üzeri ()
16. Şuan Çalışma Ortamınızdaki Memnuniyet Durumunuz:
() Memnunum (soru 18'e geçiniz) () Memnun değilim
17. Memnun olmama nedeninizi belirtiniz.
.....
18. Mesleği Kendi İsteği İle Seçme Durumunuz: Evet () Hayır ()
19. Nöbet Tutma Durumunuz : Evet () Hayır ()
20. Nöbet Tutuyorsa Ayda Kaç Nöbet : 0-5 () 6-10 () 11 ve üzeri ()

Ek-2 İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği

Her bir ifadeyi ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığının karşısına “X” işareti koyarak belirtiniz	HER ZAMAN	ÇOĞU ZAMAN	BAZEN	NADİREN	HİÇBİR ZAMAN
1. İntihar girişiminde bulunan kişiye sağlık personelinin yanında aile ve yakın çevre de yardımcı olmalıdır.					
2. İntihar girişimin önlenmesi psikiyatrik tedavi ile mümkündür.					
3. İntihar girişiminde bulunan kişiyi topluma yeniden kazandırmak gerekir.					
4. İntihar bir çözüm yolu değildir.					
5. İntihar girişiminde bulunacağımı asla düşünmem.					
6. Sık intihar girişiminde bulunan kişinin, ileride intihar ederek ölme riski yüksek olduğu için yardım ve anlayışa ihtiyacı vardır.					
7. İntihar girişiminde bulunan hastalara yardım etmeyi severim.					
8. İntihar girişiminde bulunan kişiye karşı güçlü bir acıma duygusu hissedirim.					

9. Çalıştığım birimde intihar girişiminde bulunan hastalara şefkatle yaklaşılr.					
10. Çalıştığım birimde intihar girişiminde bulunan hastalar iyi bir tedavi hizmeti alır.					
11. İntihar girişiminde bulunan hastalar genellikle çevrelerinden ilgi görmeye çalışırlar.					
12. İntihar girişiminde bulunan birçok insan yalnızdır ve depresyondadır.					
13. Çevresini intihar etmekle tehdit eden çoğu kişi, nadiren intihar girişiminde bulunur.					
14. İntihar girişiminde bulunan insanların iç dünyalarını anlamak için tedavi altına alınmaları gerekir.					
15. İntihar girişiminde buluna insanlar hastaneye kaldırıldıkları andan itibaren psikiyatri bölümünde tedavi edilmelidir.					
16. İntihar girişiminde bulunan insanların ruhsal bozuklukları vardır.					
17. İnsanların kendi canına kıyma gibi bir hakkı yoktur.					
18. İnsanlar çıkış yolu bulamadıkları için					

intihar girişiminde bulunurlar.					
19. İntihar girişiminde bulunan kişiler, okula gidememe, zorla evlendirilme gibi sosyal sorunlara sahiptir.					
20. Kişilik özellikleri intihar girişimini etkiler.					
21. İntihar girişiminde bulunan kişi, onu hayata bağlayan hiçbir şey olmadığını düşünür.					
22. İntihar girişiminde bulunanlar mutsuz insanlardır.					
23. İntihar girişiminde bulunan kişiler özgüveni zayıf, içine kapanık kişilerdir.					
24. İntihar girişiminde bulunan hastaya yardım etmek için daha fazla psikiyatri eğitimine ihtiyacım var.					
25. Sadece psikiyatri eğitimi almış sağlık personelleri intihar girişiminde bulunan hastayla ilgilenmelidir.					
26. Hastanede intihar girişiminde bulunan hastalar için ayrı odalar olmalıdır.					
27. İntihar girişiminde bulunan kişiye sağlık çalışanları yardım edebilir.					
28. İntihar girişiminde bulunan kişiye bu					

konuda özel eğitim almamış ve uzman olmayanlar yardım etmeye çalışmamalıdır.					
--	--	--	--	--	--



Ek-3 Maslach Tükenmişlik Ölçeği

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Her bir ifadeyi ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığının karşısına “X” işareti koyarak belirtiniz	HIÇBİR ZAMAN	NADİREN	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	HER ZAMAN
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda, bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4. Hastalarımın neler hissettiklerini hemen anlarım					
5. Hastalarımın sanki insan değillermiş gibi davrandığımı hissediyorum.					
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için çok yıpratıcı.					
7. Hastalarımın sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğumu hissediyorum.					
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı daha sert davranıyorum.					
11. Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum.					

12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. İşimin beni kısıtladığımı hissediyorum.					
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. Hastalarım ne olduğu umurumda değil.					
16. Doğrudan insanlarla çalışmak beni çok yıpratıyor.					
17. Hastalarımın aramda rahat bir ortam yaratırım.					
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.					
19. Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim.					
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21. İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.					
22. Hastalarımın bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarımı hissediyorum.					

Ek-4 Mesleki Doyum Ölçeği

MESLEKİ DOYUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda işinize ilişkin bazı sorular bulunmaktadır. Lütfen seçeneklerden size uygun olanı (X)ile işaretleyerek belirtin. (Tüm soruları ve her soru için sadece bir cevabı işaretleyiniz.)	HER ZAMAN	SIK SIK	ARA SIRA	NADİREN	HİÇBİR ZAMAN
1. Bir kez daha dünyaya gelseniz aynı mesleğe girmek ister misiniz?					
2. Yaptığınız işi önemli ve anlamlı buluyor musunuz?					
3. Mesleğinizi başkalarına önerir misiniz?					
4. Keşke başka bir iş yapan insan olsam dediğiniz olur mu?					
5. Mesleğinizin gelişmenize olanak verdiğini düşünüyor musunuz?					
6. İşyerinize hevesle gelir misiniz?					
7. İşiniz ile ilgili yeni bir şey öğrenmeye çalışır mısınız?					
8. İşyerinizde aldığınız eğitime uygun bir iş yapıyor musunuz?					
9. İşgünü sonunda kendinizi mutsuz ve bıkkın hissediyor musunuz?					
10. Fırsatını bulduğunuz an başka bir işe geçmeyi					

düşünür müsünüz?					
11. Erken emekli olup bir köşeye çekilmeyi düşünür müsünüz?					
12. Meslektaşlarınızla karşılaştığınızda onların işlerini nasıl yaptıklarını sorar mısınız?					
13. Mesleki bilginizi arttırmak için seminerlere, kongrelere katılır mısınız?					
14. İşyerinde bazı engeller çalışma isteğinizi engeller mi?					
15. İşinizin yeteneklerinize uygun olduğunu düşünüyor musunuz?					
16. Mesleğinizle ilgili yayınları izler misiniz?					
17. Mesleğinizi yürütürken karşılaştığımız engellerle mücadele ediyor musunuz?					
18. İşinizin ilgilerinize uygun olduğunu düşünüyor musunuz?					
19. Mesleğinizi değiştirmeyi düşündüğünüz anlar oldu mu?					
20. Meslek bilginizi arttırmaya yönelik girişimlerde bulunuyor musunuz?					

Ek-5- Etik Kurul Onayı

T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 83116987-144
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 21.03.2017
Toplantı No : 2017/03
Proje No : 17-KAEK-029

10.05.2017

Sayın, Doç.Dr. Nurşah BAŞOL

Etik Kurulumuzun 21.03.2017 tarihli toplantısında görüşülen 17-KAEK-029 numaralı "Acil Servis Çalışanlarının İntihar Girişiminde Bulunan Olgularak Yönelik Tutumlarının Tükenmişlik ve İş Doyumu ile İlişkisi" başlıklı çalışmamız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Resul YILMAZ
Başkan



Ek-6- Kamu Hastaneler Birliği Anket İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIğI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Tokat İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

TOKAT İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - TOKAT İLİ KHBGS EĞİTİM
HİZMETLERİ BİRLİĞİ
15/06/2017 14:25 - 12858426 - 604.02 - E.753



Sayı : 12858426-604.02
Konu : Anket İzni/Gamzegül BALICA

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 25/05/2017 tarihli ve 11055255-E.8308 sayılı yazı

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Anabilimdalı Yüksek lisans öğrencisi Gamzegül BALICA'nın "Acil Servis Çalışmalarının İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Tutumlarının Tükenmişlik ve İş Doyumu İle İlişkisi" konulu bilimsel araştırmasını Tokat Devlet Hastanesi, Almus Devlet Hastanesi, Zile Devlet Hastanesi, Turhal Devlet Hastanesi, Erbaa Devlet Hastanesi, Niksar Devlet Hastanesi ve Reşadiye Devlet Hastanesinde uygulama isteği uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Gökhan ŞAHİN
Genel Sekreter V.

Parekente mah. GOP Bulvarı No:343 60100 TOKAT

Faks No:

c-Posta:nurten.taspinar@saglik.gov.tr İnt.Adresi: N.Taşpınar tel:03562150060

TOKAT Fax no:03562150066

Evrağın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a8737ceb-33ea-4d57-950b-fa889086016d kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:NURTEN TAŞPINAR

Unvan:EBE

Telefon No:0356 215 00 60

Ek-7- İGYTÖ Kullanım İzni

04.11.2018

Gmail - ölçek kullanma izni



Gamzegül Balıca <gmzglblc@gmail.com>

ölçek kullanma izni

2 ileti

Diazepam Rivotril <gmzglblc@gmail.com>
Alıcı: gulistaner7@hotmail.com

2 Kasım 2018 18:11

Sayın Gülistan Hocam,

Acil servis çalışanlarının intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik tutumlarının tükenmişlik ve iş doyumunu ile ilişkisini belirlemek amacıyla, Şimşek ve Aker ile birlikte tarafınızdan geliştirilmiş bulunan, "**İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği**"ni yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak için gerekli iznin verilmesini arz ve rica ederim.

Saygılarımla.

Deniz Gülistan ER <gulistaner7@hotmail.com>
Alıcı: Diazepam Rivotril <gmzglblc@gmail.com>

2 Kasım 2018 21:13

Merhabalar,
Tabiki ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Sizden ricam sonuçları da benimle paylaşmanızdır.
İyi çalışmalar...

Android için Outlook uygulamasını edinin

From: Diazepam Rivotril <gmzglblc@gmail.com>
Sent: Friday, Növenber 2, 2018 6:11:06 PM
To: gulistaner7@hotmail.com
Subject: ölçek kullanma izni

Sayın Gülistan Hocam,

Acil servis çalışanlarının intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik tutumlarının tükenmişlik ve iş doyumunu ile ilişkisini belirlemek amacıyla, Şimşek ve Aker ile birlikte tarafınızdan geliştirilmiş bulunan, "**İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği**"ni yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak için gerekli iznin verilmesini arz ve rica ederim.

Saygılarımla.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Gamzegül BALICA

Doğum Yeri: Malatya

Doğum Tarihi: 23/05/1989

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

E-posta: gmzglblc@gmail.com

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 2011

Malatya İnönü Üniversitesi Uzaktan Eğitim Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezsiz Yüksek Lisans Programı 2012

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi (TOGÜ) Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon Programı 2015

TOGÜ Acil Tıp Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı 2019

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi 2010-2011

Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi 2011-2014

Sağlık Bakanlığı Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi 2014-

Aldığı Kurslar Ve Katıldığı Eğitim Seminerleri:

Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası (25-27 Mart 2013)