T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN İNTİHARA YÖNELİK TUTUMLARI

MİHRİYE YILMAZ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. HÜLYA BİLGİN

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI/
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2015

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Mihriye Yılmaz tarafından hazırlanan " Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin İntihara Yönelik Tutumları" başlıklı Yülsek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

09 / 09 / 2015

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası

1.Prof.Dr.Sevim Buzlu İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

2.Doç.Dr.Yasemin Kutlu İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

3.Doç.Dr.Leyla Küçük İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

4.Doç.Dr.Gül Ünsal Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

5.Doç.Dr.Hülya Bilgin (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

BEYAN

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

MİHRİYE YILMAZ

(İmza)

İTHAF

Aileme ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili arkadaşlarıma ithaf ediyorum…

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında yardım ve desteğini sunan, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli danışman hocam Doç. Dr. Hülya Bilgin'e,

İstatistiksel analizlerde değerli katkılarından dolayı Doç. Dr. Gülbeyaz Can'a,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Sevim Buzlu, öğretim üyeleri Doç. Dr. Yasemin Kutlu, Doç. Dr. Leyla Küçük, Yard. Doç. Dr. Sevil Yılmaz'a,

Araştırmanın gerçekleştirilme sürecinde araştırmaya katılarak yardımcı olan hemşire arkadaşlarıma ve o süreçte yönetimde olan hastane yöneticilerine,

Maddi ve manevi desteğini her zaman yanımda hissettiren annem Güllü Yılmaz'a, babam İdris Yılmaz'a, ağabeyim Serkan Yılmaz'a, sevgili arkadaşlarım Gülhan, Begüm, Ebru, Miray, Cemile, Irmak, Ayşe, Canan, Mehmet, Nazmiye, Hakan, Mahir Cem ve ismini sayamadığım tüm arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

IÇINDEKILER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİ
ÖZET ..... Xİİ
ABSTRACT ..... Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 6
2.1. İntihar 6
2.1.1. Tarihsel Süreç 7
2.1.2. Epidemiyoloji 10
2.1.3. Oluşumu 14
2.1.3.1. Biyolojik Yaklaşım 14
2.1.3.2. Psikolojik Yaklaşım 15
2.1.3.3. Sosyal Yaklaşımlar 16
2.1.4. Risk Faktörleri 17
2.1.5. İntiharı Önleme ve Terapötik Yaklaşım 19
2.2. İntihara Yönelik Tutumlar 22
2.2.1. Tutum Tanımı ve Oluşum Süreci 22
2.2.2. İntihara Yönelik Toplumsal Tutumlar 23
2.2.2.1. Sağlık Bakımında İntihara Yönelik Tutumlar ve Tutumları Belirlemenin Önemi 26
3. GEREÇ VE YÖNTEM 30
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 30
3.2. Araştırma Soruları 30
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 30

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 30
3.5. Veri Toplama Araçları 31
3.6. Verilerin Toplanması 32
3.7. Etik Konular.....32
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 33
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....34
4. BULGULAR.....35
4.1. Kişisel/Mesleki Özellikler 35
4.2. İntihar Davranışı İle İlgili Deneyimler 37
4.3. İntihara Yönelik Tutumlar 40
4.4. İntihara Yönelik Tutumlar Üzerinde, Kişisel/Mesleki Özellikler ve İntihar Davranışı ile İlgili Deneyimlerin Etkisi 47
4.4.1. Kişisel/Mesleki Özelliklerin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi 48
4.4.2. İntihar Davranışı ile İlgili Deneyimlerin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi ...56
4.5. Kişisel/Mesleki Özelliklerin İntihara Yönelik Tutumlarla İlişkisi 66
4.6. İntihar Davranışının Nedeni&Tanımı, İntihar Davranışında Bulunan Hastaya Karşı Hissedilenler&Yaklaşım, Intiharın Önlenmesinde Yapılabilecekler Kapsamında Görüşler..... 70
5. TARTIŞMA 71
5.1. Kişisel/Mesleki Özellikler, İntihar Davranışına Dair Deneyimler ve İntihara Yönelik Tutumlar ile İlgili Bulguların Tartışılması..... 71
5.1.1. Kişisel /Mesleki Özelliklerin Tartışılması 71
5.1.2. İntihar Davranışı ile İlgili Deneyimlerin Tartışılması..... 73
5.1.3. İntihara Yönelik Tutumların Tartışılması 74
5.2. İntihara Yönelik Tutumlar Üzerinde Kişisel/Mesleki Özelliklerin ve Intihar Davranışı ile İlgili Deneyimlerin Etkisinin Tartışılması..... 79
5.2.1. Kişisel/Mesleki Özelliklerin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisinin Tartışılması 79
5.2.2. İntihar Davranışı ile İlgili Deneyimlerin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisinin Tartışılması.....84
5.3. Kişisel/Mesleki Özelliklerin Intihara Yönelik Tutumlarla İlişkisinin Tartışılması87
5.4. İntihar Davranışının Nedeni&Tanımı, Intihar Davranışında Bulunan Hastaya Karşı Hissedilenler&Yaklaşım, Intiharın Önlenmesinde Yapılabilecekler Kapsamında Görüşlerin Tartışılması 90

5.5. Sonuç ve Öneriler 92
5.5.1. Sonuçlar 92
5.5.2. Öneriler 99
KAYNAKLAR 101
FORMLAR 115
ETİK KURUL KARARI..... 126
ÖZGEÇMİŞ..... 132

TABLOLAR LISTESI

Tablo 2-1: Ülkelerin Yaşa Göre Standartlaştırılmış İntihar Oranları (2012)..... 11
Tablo 2-2: Ülkemizde İntihar Kapsamı Verileri (TUİK 2015)..... 13
Tablo 3-1: İstatistiksel Analizde Kullanılan Testler 34
Tablo 4-1: Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özellikleri (N=106) 36
Tablo 4-2: Hemşirelerin Psikiyatri ve İntihar Davranışında Bulunan Hasta ile İlgili Deneyimleri, Bakım Verme Sıklıkları ve Yeterlilik Düzeyleri (N=106) 37
Tablo 4-3: Hemşirelerin Çevresel İntihar Deneyimleri 39
Tablo 4-4: Hemşirelerin İntihara Yönelik Tutumları (N=106)..... 41
Tablo 4-5: Kişisel/Mesleki Özelliklerin (Cinsiyet, Medeni Durum ve Sorumluluk Düzeyi) İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi[1] (N:106) 49
Tablo 4-6: Kişisel/Mesleki Özelliklerin(Eğitim Durumu, Çalıştığı Servis) İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi[1] (N:106)..... 51
Tablo 4-7: İntihar Davranışında Bulunan Hastanın Hemşirelik Bakımının Kalitesinin Artırılmasında Gerekenlerin (İntihar Davranışı ile İlgili Eğitimler, İntihar Davranışı ile İlgili Süpervizyon, İntihar Davranışında Bulunan Hastaya Bakım ve Tedavi Rehberleri)[1] İntihara Yönelik Tutumlara[2] Etkisi (N=106) 55
Tablo 4-8: Hemşirelerin İntihar Düşüncelerinin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi[1] (N=106)..... 57
Tablo 4-9: Hemşirelerin İntihar Planlarının İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi[1] (N=106) 59
Tablo 4-10: Hemşirelerin İntihar Girişimlerinin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi[1] (N=106)..... 61
Tablo 4-11: Hemşirelerin Çevresel İntihar Girişimi Deneyimlerinin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi[1] (N=106) 62
Tablo 4-12: Hemşirelerin Çevresel İntihar Plan/Düşünce/Tehdit Deneyimlerinin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi[1] (N=106)..... 64
Tablo 4-13: Hemşirelerin Çevresel Tamamlanmış İntihar Deneyimlerinin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi[1] (N=106)..... 65
Tablo 4-14: Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerinin İntihara Yönelik Tutumlarla İlişkisi[1] (N=106)..... 67

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Hemşirelerin İntihar Düşünceleri (N=106) 37
Şekil 2: Hemşirelerin İntihar Planları (N=106) 38

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AIDS: Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

Ark: Arkadaşları

BM: Birleşmiş Milletler

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GAS: Görsel Analog Skala

HIAA: Hidroksiindolasetikasit

K: Kesinlikle

M: Madde

NIMH: National Institute of Mental Health (Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü)

SS: Standart Sapma

SPSS: Statistical Psckage for Social Sciences (Sosyal Bilimlerde İstatistik Paketi)

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

T.C.S.B. : Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

Yılmaz, M. (2015). Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin İntihara Yönelik Tutumları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği AD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Tanımlayıcı ve kesitsel özellik taşıyan araştırma, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin intihara yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Örneklem, psikiyatri tanı ve tedavi hizmetlerinin sunulduğu bir Sağlık Bakanlığı hastanesinde çalışan 106 hemşireden oluşmuştur. Veriler, Bilgi Formu aracılığıyla toplanmıştır. Formun birinci ve ikinci bölümü, hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerini, intihar ve psikiyatride çalışma süreci ile ilgili deneyimlerini kapsayan 26 sorudan, üçüncü bölümü ise Salander-Renberg ve Jacobsson (2003) tarafından geliştirilen İntihara Yönelik Tutum Anketi kapsamına dayalı 37 tutum ifadesinden oluşmaktadır.

Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, standart sapma, aralık, minimum-maksimum değerler), Kruskal Wallis, Mann Whitney-U ve Spearman Korelasyon Analizi uygulanmıştır.

Hemşirelerin, yaş ortalaması 34,77±7,93 olup, %86,8'i (n:92) kadın, %61,3'ü (n:65) evli, %42,5'i (n:45) lisans mezunudur.

Hemşirelerin intihar düşüncesi ve planı hiç yoktur, sadece 4 kişi (%3,8) daha önce intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin çevresel intihar deneyimlerine bakıldığında arkadaşlarında intihar düşüncesinin en fazla olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin hemen hemen yarısının intiharın engellenebileceğini (%46,2; n=49) ancak onaylanamayacağını (%39,6, n=42), intihar öncesinde uyarıcı işaretler olmadığını %51,9 ve n=55), intihar eden kişilerin genellikle akıl hastası olmadığını (n=53, %50) düşündükleri belirlenmiştir. Ailelerinde intihar planı/düşüncesi/tehdidi deneyimi olan hemşireler, intihara yönelik daha kabul edici tutum göstermiş ve herkesin intihar edebileceğini belirtmiştir (Zmw=-2,296/p=0,02). Hemşirelerin yaş, hastaya bakım vermede yeterlilik düzeylerini algılama gibi bazı değişkenler ile intihara yönelik tutum ifadelerine katılımları arasında ilişki bulunmuştur.

Psikiyatri hemşirelerinin bireysel ve mesleki deneyimlerinin tutumlar üzerinde etkisi vardır. Hemşirelere, intihar eden hastaya bakım verme yeterliliklerinin arttırılması ve olumlu tutum değişikliklerinin sağlanması için uygulamalı eğitimler ve mesleki rehberler hazırlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: intihar, psikiyatri hemşireliği, tutum, psikiyatri hastası, intihara yönelik tutumlar

ABSTRACT

Yılmaz, M. Attitudes towards Suicide of the Nurses Working at Psychiatric Wards. Istanbul University, Institute of Health Science, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Master Thesis. Istanbul. 2015.

The aim of this study with cross-sectional descriptive design is to determine the nurses' attitudes working at psychiatric wards towards suicide.

The study population was composed of 106 nurses working at psychiatric wards in a Ministy of Health State Hospital. Data is collected by "Information Form". First and second section of form include 26 questions, the nurses' personal and professional specialties, suicidal experiences and working experiences in psychiatry plus. The third part, 37 questions, includes Attitudes towards Suicide Questionnaire (ATTS) by Salander-Renberg ve Jacobsson (2003).

Data analysis was performed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation, range, minimum-maximum scores), Kruskall Wallis, Mann Whitney-u Test and Spearman Rank Correlation Analysis.

Mean age of nurses was 34,77±7.93, 86,8%(n:92) were female, 61.3%(n:65) were married, 42,5%(n:45) were graduated from university.

Nurses had neither suicidal thoughts nor plan however only 4 of them (3,8 %) had attempted suicide. Nurses' environmental suicidal experiences were mostly seen on suicidal thoughts by friends.

Almost half of the nurses believed that suicide can be prevented (46,2 %; n=49) but can never be justified (39,6 %; n=42), suicide happens without warning (51,9 %, n=55) and people who commit suicide are not usually ill (50 %, n=53). Nurses who were experienced suicidal plan/thought/threat in family showed that suicide is acceptable and anybody can commit suicide (Zmw=-2,296/p=0,02). The age and the perception of the efficiency of caring suicidal patients were correlated with some of ATTS questions.

Psychiatry nurses have an impact on attitudes towards suicide with their personal and professional experiences. There should be prepared practical training and professional guidelines to improve the efficiency of caring suicidal patients and provide the positive changing on attitudes.

Key Words: suicide, psychiatric nursing, attitude, psychiatric patient, attitudes towards suicide

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar, bireyin toplumsal veya ruhsal nedenlerin etkisiyle kendi yaşamına son vermek amacıyla eyleme geçmesidir (TDK 2006). İntihar, toplumlar arasında sıklığı, şekli ve nedenleri açısından farklılık gösteren psikolojik, sosyolojik, kültürel, genetik, dini, ekonomik ve çevresel boyutu olan bir durumdur (TC Sağlık Bakanlığı 2006).

Her yıl neredeyse bir milyon kişi intihar nedeniyle ölmektedir, dünyada intihar nedeniyle ölüm hızı 100000' de 16 ya da her 40 saniyede bir kişi olarak ifade edilebilmektedir (DSÖ 2014). İntihar hızı, kültürler ve ülkeler arasında farklılık göstermektedir; Afrika' da (2008) 6,8, ABD' de (2005) 11, Kanada' da (2004) 11,3, Japonya' da (2009) 24,4, Çin' de (2009) 14,6, İngiltere'de (2009) 6,9 ve Slovenya' da ise (2009) 21,9'dur (DSÖ 2012). Türkiye' de kaba intihar hızı 2009 ve 2014 yılları arasında, 4.02-3,97 arasında bir eğilim göstermiştir (TUİK 2015).

Aile içi sorunlar, hastalık, ekonomik nedenler, öğrenim başarısızlıkları, madde kullanımı, büyük felaketler, aşk ve utanç, dikkat çekmek, sevgi ve ilgi kazanmak gibi durumlar, depresyon ve şizofreni gibi ruhsal hastalıklar intihar nedenleri arasında belirtilmektedir (Demirel Özsoy ve Eşel 2003; Öztürk ve Uluşahin 2008). TUİK (2015) verilerine göre, intiharların % 52,9'unun nedeni bilinmezken, %17,9'luk bir yüzdeyle hastalık en önemli intihar nedenlerindendir. Psikiyatrik hastalığı olanlarda olmayanlara göre intihar riski artmaktadır. İntihar eden kişilerin %94' ünde bir ruhsal hastalık olduğu, en çok depresif bozuklukların, daha sonra ise şizofreni hastalığının rol oynadığı bildirilmektedir. Ayrıca, alkol kullanımı da intihar risk faktörlerindendir (Demirel Özsoy ve Eşel 2003).

İntihar hızlarındaki farklılıklara rağmen, dünya genelinde, intihar önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul görmektedir. Gerek uluslararası, gerekse ulusal sağlık politikaları, toplum ruh sağlığının geliştirilmesinde, intiharı önemli bir durum olarak ele almıştır: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün (1998) 'Sağlık 21' başlığı altında, herkes için sağlık kapsamında tanımladığı 21 hedeften, 6. sı 'Ruh Sağlığının Geliştirilmesi' olup, bir boyutunu da, yüksek intihar oranına sahip ülkelerde intihar oranlarında belirgin azalmaların sağlanması oluşturmuştur (T.C. Ruh Sağlığı Politikası 2006). DSÖ Avrupa Bölgesi ülkeleri ruh sağlığı eylem planında da (2005), 'intiharı ve ruh sağlığı sorunlarını önlemek', eylem planının ana başlıklarından biridir. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2016 arası hedeflerinden biri "intiharı azaltmak"tır. Bu amaçla, intiharların önlenmesinde farkındalık oluşturulması, medyada tutum değişikliğinin sağlanması,

intihar sonrası girişimlerde bulunulması ve intihar araçlarına ulaşımın azaltılması belirlenen stratejilerdir (TC Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011).

Gelecek on yıllar için intiharların önlenmesi konusunda girişimler planlanmakla birlikte, yeni intihar olguları da ne yazık ki görülmeye devam etmekte ve sağlık kurumlarında tedavi görmeleri gerekmektedir. Kendilerine zarar vermeye çalışan bireylere bakım vermenin, profesyonellerde üstlendikleri yardım etme görevine de karışabilen güçlü duygular ortaya çıkarabileceği ve hastalara karşı davranışlarını etkileyebileceği belirtilmektedir (Wilstrand ve ark. 2007).

İntihara yönelik tutumlar, 1980'lerden başlayarak, araştırmacılar için geniş bir ilgi alanı olmuştur. Bireylerin davranışları üzerinde tutumların etkili olma potansiyeli dikkate alındığında, intihar girişiminde bulunan hastanın bakımına dahil olan sağlık profesyonellerinin tutumlarının anlaşılması, hastanın tedavisinde en iyi sonuçların elde edilmesinde ve bakımın niteliğinin artırılmasında temel olacaktır (Gagnon ve Hasking 2012; Ouzouni ve Nakakis 2012). İntihar vakalarıyla sağlık çalışanlarının karşı karşıya kalma olasılığının yüksek olduğu bildirilmektedir (Uçan 2006). Bu durumlarda sağlık çalışanlarının tutumları intihar eden kişileri ve ailelerini olumlu ve olumsuz yönden etkileyecektir. Olumlu tutum, kişileri rahatlatıcı, toplumla bütünleştirici ve tedaviye katılımcı olmayı sağlarken, olumsuz tutumlar ise, kişilerin sosyalleşmesini önleyerek toplumdan uzaklaşmalarına neden olmakta ve tedavinin devam etmesini engellemektedir. Sağlık çalışanlarının intihar eden kişilere gösterdiği tutumların öğrenilmesiyle, intiharların önlenmesinde neler yapılabileceğine dair fikir sahibi olunabilecek ve olumsuz tutumların olumluya dönüşmesi için gereklilikler sorgulanabilecektir (Arkan ve ark. 2011).

Ülkelerin intihar hızlarındaki farklılıklara benzer şekilde, intihar girişiminde bulunan bireylere karşı tutumlarında da farklılıklar vardır ve bu farklılıklar çeşitli faktörlerden etkilenmektedir:

Öncü ve arkadaşları tarafından (2005), Slovenya ve Türkiye' deki psikiyatri uzmanlarının intihara yönelik tutumlarının karşılaştırıldığı araştırmada, Türk psikiyatristlerin daha reddedici bir tutum ve ötenaziye karşı olumsuz bakış açısına sahip oldukları, Slovenyalı uzmanların ise, intihar girişiminde bulunan kişiyle iletişim kurma ve yardım etmede yeterlilik algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Demirkıran ve Eskin (2006), intihar eden bireylere yaklaşımda, doktorların hemşirelere kıyasla daha terapötik olduklarını ve intiharı hastalık belirtisi olarak değerlendirdiklerini belirlemiştir. Ayrıca, aynı çalışmada, doktorların ve hemşirelerin intihar eden kişilere karşı tepkileri üzerinde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma deneyimi gibi demografik ve mesleki özelliklerin de etkili olduğu saptanmıştır. Öncü ve

arkadaşları (2008) tarafından, intiharı önlemede potansiyel rolü olan farklı meslek gruplarıyla gerçekleştirilen çalışmada ise, pratisyen doktorlar ötenazi ve intihar etme hakkına hoşgörülü bir tutum göstermekteyken, polis memurları ötenazi ve intihar hakkını en fazla oranda reddeden grup olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada, tüm örneklem intiharın önlenebilir olduğunu, normal ve yaygın bir davranış olmadığını düşünmektedir.

Samuelsson ve ark. (1997), İsveç' te psikiyatri hemşireleriyle yaptıkları çalışmada, kadınların erkeklere göre intihar eden kişilere daha sempatik davrandıkları, yaşlı hemşirelerin de genç meslektaşlarına göre bu kişilere daha kabullenici davranış gösterdikleri bulunmuştur. Ouzoni ve Nakakis (2012), Yunanistan'da farklı birimlerde çalışan doktorların intihara kalkışan kişilere karşı tutumlarının araştırıldığı ve sorumluluk, sempati, huzursuzluk ve üzüntü gibi çeşitli duyguların varlığının saptandığı çalışmada, 56- 65 yaş arası doktorların intihar eden kişilere daha olumlu tutum gösterdikleri, hayatında bir kez intihar girişiminde bulunanların hiç intihar girişiminde bulunmayanlara göre istatistiksel olarak belirgin şekilde daha olumlu davrandıkları ve bir yakınları intihar eden doktorların da daha olumlu tutumlar sergiledikleri bulunmuştur. Ayrıca, genç, daha tecrübesiz ve yoğun bakımda çalışan doktorların tutumlarının daha olumsuz olduğu bulunmuştur.

Herron ve ark. (2001) tarafından İngiltere'de gerçekleştirilen çalışmada, psikiyatri hemşirelerinin acil serviste görev yapan hemşirelere ve psikiyatri dışı birimlerde görev yapan doktorlara kıyasla, intihara kalkışan bireylere daha olumlu davranışlar sergiledikleri belirlenmiştir. Yine İngiltere' de gerçekleştirilen yeni bir çalışmada (Sandy ve Shaw 2012), adli servislerde çalışan psikiyatri hemşirelerinin kendilerine zarar verme davranışları olan hastalara karşı çoğunlukla olumsuz tutumlara sahip olduğu belirlenmiştir. Botega ve ark. (2005) tarafından İspanya'da gerçekleştirilen çalışmada da, örneklemi oluşturan hemşirelerin büyük çoğunluğunun intihara karşı tutumlarında dini inançların rolünün olduğu, yarıdan azı için, bu tür bireylerle çalışmada yeterlik algılarının olumlu olduğu görülmüştür. Bu araştırmanın sonuçlarına göre; hemşirelerin %17' si intihar eden hastayla baş etme konusunda kendilerini hazırlıklı hissetmekte, % 36' sı intihar riski taşıyan kişiyi ikna edebileceğini hissetmekte, % 12' si hastaların intihar etmeye haklarının olduklarını düşünmekte, % 85 ' i ise yaşamanın Tanrı' nın hediyesi olduğunu ve ancak onun kişinin canını alabileceğini düşünmektedir. Srivastava ve Tiwari (2011), Hindistan'da psikiyatri profesyonellerinin diğerlerine kıyasla, intihar eden kişiye karşı daha olumlu tutum gösterdiklerini belirlemiştir. Mofidi ve ark. (2007) tarafından İran'da rastlantısal küme örneklemiyle seçilen İranlılarla gerçekleştirilen çalışmada, intiharın, işsiz ve öğrenci olan kişilerde daha sık görüldüğü ve intiharın önlenebilirliği yönündeki düşüncelerin yaşla beraber

olumsuz yönde artış gösterdiği belirlenmiştir. Gagnon ve Hasking (2012) tarafından, Avustralyalı psikologların intihar ve kendine zarar vermeye yönelik tutumlarının incelenmesinde, genç ve daha deneyimsiz psikologların, daha yaşlı ve deneyimli psikologlara göre intihar riskini değerlendirme ve kendilerine zarar veren kişileri yönlendirme konusunda kendilerine daha çok güvendikleri belirlenmiştir.

Bireylerin intihar girişiminde bulunma nedenlerinin psikiyatrik hastalık varlığıyla kesişmesi ve intihara bağlı psikolojik süreçler, psikiyatri servislerinde tedavi ve bakımlarını gerektirmektedir. Psikiyatrik tedavi ve bakım ekibinin önemli bir üyesi ve intihar girişiminde bulunan hastalara yardım elini uzatanlardan biri olan psikiyatri hemşirelerinin, bakımda etkili yaklaşımları kullanabilmelerinde, yol gösterecek rehber niteliğinde olan eğitimlerle, bilgi kazanımlarının sağlanmasının yanı sıra, tutum değişikliğine de odaklanılması vurgulanmaktadır (Botega ve ark. 2005). Olumlu yönde tutum değişikliğini gerçekleştirmenin öncelikli koşulunu, hemşirelerin hastaların intihar davranışlarına yönelik tutumlarının belirlenmesi oluşturmaktadır. Tutumlar, gelecekteki davranışların belirleyicisidir ve intiharların önlenmesinde önemli bir yere sahiptir (Öncü ve ark. 2008). İntiharın önlenmesinde, potansiyel önemi olan meslek gruplarının tutumlarının belirlenmesinin, davranışı önleme programlarının planlanması ve uygulanmasında ilk adım olabileceği belirtilmektedir (Öncü ve ark. 2008). Botega ve ark. (2005) tarafından, hemşirelerin intiharlarla ilgili bilgi ve davranış değişimi konusunda eğitilmeleriyle, intihar eden kişilere dikkat çekilmesinin de sağlanabileceği belirtilmektedir. Hemşirelerin duyguları, inançları, bilgi düzeyleri ve tutumları gibi psikososyal engellerin risk yönetimini zayıflattığını ileri süren Valente (2011), hastaların intihara karşı uyarıcı işaretlerinin fark edilmesinde, duygusal durumlarının izlenmesinde, terapötik ilişkinin sağlanmasında ve intihara engel olmak için önlemler alarak güvenliğin sağlanmasında hemşirelerin önemli rolleri olduğunu vurgulamaktadır.

Valente (2011) onkoloji hemşireleriyle yaptığı çalışmada, hemşirelerin intihar riski taşıyan kişilerle nasıl iletişim kuracaklarını bilmediklerini, intihar davranışının yönetiminde bilgi ve beceri yönünden kendilerini yetersiz hissettiklerini, intihar ile ilgili konuşmanın intihar etme konusunda kişileri cesaretlendireceğinden korktuklarını belirlemiştir.

Keogh, Doyle ve Morrissey (2007) tarafından, acil servis hemşirelerinin intihar eden hastalara bakım verirken ihtiyaç duydukları eğitimin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmada, hemşirelerin intihar ve intihar davranışının nasıl fark edilebileceği, nasıl güvenli bir çevre oluşturulabileceği, nasıl iletişim kurulabileceği ve intihar davranışına müdahale yöntemlerini öğrenmek istedikleri saptanmıştır.

İntihara yönelik tutumlar karmaşık bir olgudur, sadece olumlu veya olumsuz olarak araştırılmamalıdır (Ouzoni ve Nakakis 2009). İntiharı önlemek konusunda başarılı olmak için, intihar risk gruplarının belirlenmesi önemlidir ve psikiyatrik hastalıklar da intihar davranışında büyük bir risk faktörüdür (Samuelsson ve Asberg 2001). Sağlık çalışanları intihar eden kişilere karşı ambivalan duygular hissedebilir, bazen onların dikkat çekmeye ve sorun çıkartmaya çalıştıklarını düşünebilir. Sağlık personelinin tutumları ve tepkileri hastaların bakımlarının niteliğine ve doğallığına doğrudan etki etmektedir. İntihar eden kişilerle çalışan kişilerin daha çok ilgili olmaları ve daha az yargılayıcı tutum sergilemeleri gereklidir. Etkili dinlemek, güven vermek, destek sağlamak ve kişinin duygularını kabullenmek terapötik iyileşmenin ve değişiminin sağlanması yönünden önemli becerilerdir (McAllister ve ark. 2002). Samuelsson, Asberg ve Gustavsson (1997) tarafından, intihar düşüncesi olan bir hasta iyi değerlendirilir ve ciddiye alınırsa, terapötik iletişim sayesinde intihar sürecinin önlenmesinde önemli bir fırsat elde edilebileceği, böylece, hastaların kendilerini daha değerli ve ciddiye alınmış hissedebilecekleri vurgulanmaktadır.

İntihara karşı tutumları araştıran uluslararası çalışmalar, çoğunlukla sağlık bakım profesyonelleri ve tıp öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde, sağlık profesyonelleri ve çeşitli meslek gruplarının intihar davranışına karşı tutumlarını inceleyen çalışmalar son yıllarda artmaktadır. Geniş kapsamda, intihar düşünceleri ve/veya eylemleri olan bireylerin bakımında görev alan psikiyatri hemşirelerinin intihara yönelik tutumlarının değerlendirilmesi düzeyi ise, henüz oldukça azdır.

Bu kapsamda, bu araştırmanın amacı, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin intihara yönelik tutumlarını belirlemektir. Araştırma sonuçları, intihar girişiminde bulunan hastalarda risk tanılama, önleme ve nitelikli bakımın sunulmasında rehber olacak veriler sağlamanın yanı sıra, bu karmaşık olguda sağlık çalışanlarının tutumlarının belirlenmesinde, önemli düzeyde bilgi de sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Her ülkenin intihar oranları farklı olmasına rağmen, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün dikkat çektiği ve önlemler geliştirilmesini amaçladığı önemli bir halk sağlığı sorunu da intihardır (DSÖ 2014). Genel bir sağlık problemi olarak ele alınarak, intiharın önlenmesinde genel stratejilerin geliştirilmesi, sosyal farkındalığın artırılması ve özellikle önlemeye yönelik girişimlerde bulunulması gerektiği belirtilmektedir (Salander-Renberg 2003). Sağlık çalışanlarının, özellikle intihar girişiminde bulunan hasta ile ilk teması gerçekleştiren hemşirelerin intihara yönelik farkındalıklarının artırılması, bu yıkıcı davranışın önlenmesinde önemlidir (Osafo ve ark. 2011). Sağlık çalışanlarının intihara yönelik çeşitli olumsuz tutumlarının bulunduğu ve bu tutumların da risk tanılamasını, intihar yönetimini, bakımın etkinliğini ve niteliğini etkilediği ileri sürülmektedir (Aish ve ark. 2002; Nebhinani ve ark. 2013). Tutum değişimine yönelik eğitimlerle, sağlık çalışanlarının hastalara sundukları bakımın niteliği arttırılabilecek ve intihar eden bireylere karşı toplumun daha olumlu tutum sergilemesinde etkili olmaları sağlanabilecektir (Kodaka ve ark. 2010).

2.1. İntihar

İntihar, toplumlar arasında sıklığı, şekli ve nedenleri açısından farklılık gösteren psikolojik, sosyolojik, kültürel, genetik, dini, ekonomik ve çevresel boyutu olan bir durumdur (Dilbaz ve ark. 2005; TC Sağlık Bakanlığı 2006; Carmona-Navarro ve Pichardo-Martinez 2012).

Bireyin toplumsal veya ruhsal nedenlerin etkisiyle kendi yaşamına son vermek amacıyla eyleme geçmesi olan intiharın kökeni, Latince "sui" - "ben" ve "cedere"- "öldürmek" anlamına gelen kelimelerin "insanın kendisini öldürmesi" anlamında birleşmesiyle "suicedere" şeklini almıştır ve İngilizce' ye "suicide" olarak geçmiştir (Minois 2008; Güleç 2009; Eskin 2012). Arapça' da göğüs, göğse vurma, boğazından asılma, deveyi boğazlama, gırtlağı bıçakla kesme manasına gelen "nahr" kelimesinin ilk kez Tanzimat Dönemi' nde intihar şeklinde türetilmesiyle Türkçe'ye geçmiştir (Güleç 2009; Eskin 2012).

İntihara yönelik ilk sosyolojik araştırmaları yapan ve günümüzde de intihar ile ilgili görüşleri hala özgünlüğünü koruyan ünlü Fransız sosyolog Emile Durkheim intiharı şu şekilde tanımlamaktadır:

"Kurbanın kendisi tarafından gerçekleştirilmiş, olumlu ya da olumsuz bir edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayına intihar denir (Durkheim 2013)."

İntihar davranışı tanımlanırken intihar düşüncesi, intihar girişimi ve intihar olmak üzere üç bileşenden bahsedilmektedir. İntihar düşüncesi; istemli olarak kendine zarar verme veya ölüm düşüncelerini içerirken, intihar girişimi, istemli olarak kendine zarar verme davranışıdır. İntihar ise, istemli olarak kendine zarar verilmesinin sonucunda ölümün gerçekleşmesidir (Van Orden ve ark. 2010; Er 2011; Eskin 2012). İntihar düşüncesi ve girişimi intihar için risk faktörüdür ve ruh sağlığı tedavisinde önemli tetikleyicilerdir (Medina ve ark 2011, Norheim, Grimholt ve Ekeberg 2013). İntihar girişiminde bulunan kişiler gerçekte ölmek istiyor olabileceği gibi, aslında ölüm isteklerinin olmadığı, intihar davranışlarının bir yardım çığlığı ve iletişim kurma çabası olabileceği de dikkate alınmalıdır (Sayıl 2000; Özgüven ve ark. 2003; Demirkıran ve Eskin 2006).

Davranışın daha iyi anlaşılabilmesi için öncelikle kısaca tarihçesinden bahsedilecektir.

2.1.1. **Tarihsel Süreç**

İntihar, insanlık tarihi boyunca cevapsız kalan, ölüm arzusunun nasıl oluştuğu ve kaynağı günümüzde de merak edilen bir sorudur (Güleç 2009). İntihar felsefi, dini, ahlaki ve kültürel anlamı olan bir ölüm çeşididir (Minois 2008).

İntiharın tarihsel sürecine bakıldığında; antik çağlara ait intihar ile ilgili yazılı bilgiler bulunmaktadır ancak intihar olgusuna dair ilk kanıtlar 1896'da Alman Sosyolog Alfred Vierkandt'ın Madagaskar ve Yeni Zelanda yerlileri arasındaki kitle intiharlarını bildirmesiyle ortaya çıkmıştır. Araştırma verilerine göre, bu kitle intiharlarının nedenleri; sevgi, kıskançlık, hastalık, eş veya çocuk ölümlerinden sonra görülen yas, cezalandırılma ve iğdiş edilme korkuları, düş kırıklığı veya benlik saygısının zedelenmesi durumlarıdır (Güleç 2009).

İntihar ile ilgili ilk geniş kapsamlı bilgiye Fransız sosyolog Emile Durkheim sayesinde ulaşılmaktadır. Emile Durkheim, "İntihar" (Le suicide, 1897) adlı eserinde intiharın toplumlarda nasıl oluştuğundan ve etkilendiğinden bahsetmektedir. İlk kez intiharın sınıflandırmasını yapmış; egoistik, anomistik ve alturistik olarak üç şekilde ifade etmiştir. Egoistler, yalnız, içe kapanık, çevresiyle yeterince bütünleşmeyen kişilerdir; anomikler, başkalarına veya topluma ayak uyduramayan kişilerdir; alturistler ise, başkalarının iyiliği için kendi yaşamlarını feda eden kişilerdir (Minois 2008; Öztürk ve Uluşahin 2008; Durkheim 2013).

İntiharın tarihsel gelişiminin anlaşılabilmesinde ilkel toplumların tutumlarını bilmek de önemlidir. Toplumların intihara olan tutumları ilkel düzeydeki korku davranışlarından etkilenmekte ve farklılık göstermektedir (Bulut ve ark. 2012).

Eski Yunan' da Platon ve Aristoteles intiharı kınamaktayken, Stoacı okul intiharı faziletli bir davranış olarak kabul etmekteydi. İntihar etmek isteyen kişi nedenlerini açıklayarak devletten izin alırdı, devlet de bu şekilde intihar eylemini denetim altına alırdı (Minois 2008; Bulut ve ark. 2012). Eski Yunanlılar, acı veren, tolere edilemeyen, tedavisi olmayan hastalık veya talihsizlik gibi gerekçelerin olduğu durumlarda intiharı yanlış olarak değerlendirmezdi (Minois 2008).

Roma'da toplum; hür insan, köle ve askerler olarak üç sınıftan oluşmaktaydı ve her sınıf intihar bakımından farklı değerlendirilirdi. Hür insanlar açısından bakıldığında; Roma İmparatorluğu' nun ilk döneminde savaşlar nedeniyle intihara çok sık rastlanmazdı ve insan hayatı kıymetli kabul edildiğinden intihar edenler ağır cezalandırılırdı. İmparatorluğun gerileme döneminde ise intihar olayları artmış, Romalılar, Stoacılardan ve Yunan felsefesinden etkilenmeleri sonucu intihar davranışını erdemli, cesaret ve bilgelik göstergesi bir eylem olarak kabul etmişlerdi. Kölelerin ise hiçbir hakkı yoktu, mal olarak kabul edilirlerdi. Kölelerde ağır işler nedeniyle intihar sık görülürdü ve intihar eden köleler ahlaksız olarak nitelendirilirdi. Askerlerin intiharı ise askerden kaçma eylemi gibi kabul edilirdi ve cezalandırılrdı (Minois 2008; Bulut ve ark. 2012).

Orta Çağ'da intihar delilik, umutsuzluk, çaresizlik, yoksulluk, hastalık, fiziksel acı, cezalandırılma korkusu, namus, aşağılanmak istememe, aşk ve kıskançlık nedenleri sonucunda şeytana uyma olarak kabul edilirdi. İntihar girişiminde bulunanlar tutuklanır, ölümle cezalandırılırdı. İntihar nedeniyle ölen kişilerin cesetleri de diğer kişilere uyarı niteliğinde hayvanların yemesi için sokaklara bırakılırdı, malları yargıçlar tarafından müsadere edilir, başka bir deyişle devlet tarafından ölen kişinin mallarına el koyularak yakınlarına verilmezdi (Minois 2008; Townsend 2009). Hukuk mahkemesi ve dini mahkeme intihar eden kişileri cezalandırma konusunda işbirliği halindeydi; soylular ve dini görevliler intihar ettiğinde intihar nedenleri gizlenerek şahitlerle delilik nedeni öne sürülerek kişilerin cesetlerinin dini yönteme uygun olarak gömüldüğü, cesede işkence yapılmadığı ve mallarının da müsadere yapılmadığı ancak köylülerin intiharlarında genellikle bu durumun tersi olarak cesetlerin yerlerde sürüklenip asılarak sergilendiği, mallarının da müsadere edildiği dikkat çekici bir durumdu (Minois 2008).

Rönesans zamanında intihara yönelik tutumların değişmeye başladığı görülmüştür; ancak dindar kişiler şeytani bir durum olduğunu düşünmeye devam etmiştir. Rönesans eserlerinden; Thomas More'un "Ütopya"sında stres veren, iyileşemeyen hasta olan kişilerin acı hayatlarını ölüm sayesinde özgürleştirebilecekleri, Michel de Montaigne'nin "Essay" adlı eserinde dayanılmaz acının ve kötü bir ölüm korkusunun intihar için affedilebilir bir hareket olduğu

belirtilmekteyken, 1600 yılında Shakespeare'in "Hamlet" isimli oyununda sorduğu "Olmak ya da olmamak?" sorusu da intiharın nedenlerini sorgulayan ve intiharın birey ve grubu etkileyen bir durum olduğunu belirten önemli eserlerdendir (Minois 2008).

Eski Avrupa ve kilise hukukunda; Hristiyan anlayışına göre, kişinin kendisine ait olmayan hayatı üzerine herhangi bir eylem hakkı olmayıp, intihar yasaklanıp cezalandırılırken, İslam hukukuna göre, intihar adam öldürmek gibi yasaklanmıştır. İntihar eden kişinin ölümü gerçekleşirse kişi cezalandıralamaz ancak intihar girişiminde bulunan kişiler ve intihara yardımcı olan kişiler cezalandırılmaktadır (Minois 2008; Bulut ve ark. 2012).

20. yüzyılda intihar üstü kapalı olarak kınanmaya devam edilmektedir; edebiyatta görülen ve savaşta yerlerinden kaçmamak için intihar eden askerlerin intiharlarına hayranlık duyulurken nedenleri yeterince önemli görülmeyen yoksulların intiharları kınanmaktadır (Minois 2008).

Osmanlı kültüründe intihara dair adli evraklara 19. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren ulaşılmaktadır, bu veriler ruhsal ıstırap, sinir, heyecan ve umutsuzluk içerikli notlar ve intihar haberlerinin yer aldığı süreli yayınlardır (Kılıç 2013). Osmanlı toplumunda, intihar olayları resmi devlet kayıtlarında veya gazete manşetlerinde intihar edenin kimliği, intihar sebebi, şekli ve sonucu şeklinde görülmektedir. Bu dönemde intiharın nedeni kimin intihar ettiğinden daha önem taşımaktadır; intihar eden kişinin mahremiyetine önem verilmeyerek kişinin intihar etmesine neden olan acısı ve talihsizliği küçümsenerek değersizleştirilmektedir (Kılıç 2013). Osmanlı toplumunda intihara yönelik olumsuz tutumun, İslam dininde kişinin kendisine zarar vermesinin yasak olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir. Ancak diğer toplumlarda olduğu gibi Osmanlı toplumunda da Osmanlı İmparatoru Yıldırım Bayezid'in Timur'a esir düşmek yerine intihar etmesi gibi devlet adamlarının onurlarını kurtarmak için intihar yolunu seçtiği görülmektedir ve bu tip intiharlar yadırganmamaktadır (Gökalp 2009).

İntiharı önlemeye yönelik uğraşlar Birleşik Devletler'de 1950'lerde Los Angeles' ta ilk intiharı önleme merkezinin açılmasıyla başlamış, 1960'larda "Uluslararası İntiharı Önleme Derneği" (International Association for Suicide Prevention) kurulmuş, "Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü" (National Institute of Mental Health -NIMH), "İntiharı Önleme Çalışmaları Merkezi"ni (Center for Studies of Suicide Pevention) kurmuş ve NIMH tarafından 1970'lerde "İntiharı Önleme" isimli yayın hazırlanmıştır (National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action 2012). 1990'larda dünya genelinde intihar davranışının artması nedeniyle Birleşmiş Milletler (BM) ve DSÖ intiharı önlemeye yönelik uluslararası planların geliştirilmesi yönünde broşürler yayınlamaya başlamıştır (DSÖ 2012). Günümüzde de intihar ile

mücadelede, DSÖ desteğiyle intihara yönelik eylem planları geliştirilmektedir (DSÖ 2014). Eylem planları intiharın yaygın olduğu bölgelerde önlemler alınmasna yönelik girişimleri kapsamaktadır. Bu kapsamda, bir sonraki bölümde intiharın epidemiyolojik verilerinden bahsedilecektir.

2.1.2. **Epidemiyoloji**

İntihar dünyanın genelinde görülen büyük bir halk sağlığı sorunudur. Her yıl neredeyse bir milyon kişi intihar nedeniyle ölmektedir, dünyada intihar nedeniyle ölüm oranı 100000' de 16 ya da her 40 saniyede bir kişi olarak ifade edilebilmektedir (DSÖ 2015). İntihar hızı, kültürler ve ülkeler arasında farklılık göstermektedir; DSÖ'nün 2012 yılı verilerine göre çeşitli ülkelerde intihar oranları Tablo 2.1' de verilmiştir.

Tablo 2-1: Ülkelerin Yaşa Göre Standartlaştırılmış İntihar Oranları (2012)

Ülkeler	**İntihar Oranı (1/100 000)**
Almanya	9,2
Arjantin	10,3
Avustralya	10,6
Avusturya	11,5
Belarus	18,3
Belçika	14,2
Birleşik Devletler	12,1
Bulgaristan	10,8
Burundi	23,1
Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda Birleşik Krallığı	**6,2**
Çin Halk Cumhuriyeti	**7,8**
Çek Cumhuriyeti	12,5
Danimarka	**8,8**
Etiyopya	11,5
Finlandiya	14,8
Fransa	12,3
Guyana	**44,2**
Güney Sudan	19,8
Hindistan	21,1
Hollanda	**8,2**
İrlanda	11
İsveç	11,1
İsviçre	9,2
İzlanda	14
Japonya	18,5
Kanada	9,8
Kazakistan	23,8
Kenya	16,2
Kore Cumhuriyeti	**28,9**
Kore Demokratik Halk Cumhuriyeti	**38,5**
Küba	11,4

Tablo 2-1: Ülkelerin Yaşa Göre Standartlaştırılmış İntihar Oranları (2012)-devamı

Ülkeler	İntihar Oranı (1/100 000)
Letonya	16,2
Litvanya	**28,2**
Macaristan	19,1
Moldova Cumhuriyeti	13,7
Nepal	**24,9**
Nikaragua	10
Norveç	9,1
Orta Afrika Cumhuriyeti	9,5
Pakistan	9,3
Papua Yeni Gine	12,4
Polonya	16,6
Portekiz	**8,2**
Slovakya	10,1
Slovenya	12,4
Somali	12,4
Sudan	17,2
Surinam	**27,8**
Şili	12,2
Tayland	11,4
Türkiye	**7,9**
Türkmenistan	19,6
Tanzanya Birleşik Cumhuriyeti	**24,9**
Uganda	19,5
Ukrayna	16,8
Uruguay	12,1
Yeni Zelanda	9,6
Zambia	15,7
Zimbabve	18,1

(DSÖ (2014) Suicide rates Data by country- Ülkelere göre İntihar Oranları. Erişim Tarihi (28..10.2014) http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en)

Türkiye' de ölümle sonuçlanan intihar sayısı 2014 yılında 3065 olup, bu sayının %74,3'ünü erkekler, %25,7'sini ise kadınlar oluşturmaktadır. Kaba intihar oranı 2014 yılında yüzbinde 3,97' dir (TUİK 2015). Daha önceki yıllarda kaba intihar oranı 4.02 (2009, 2010), 3.62 (2011), 4,37 (2012) ve 4,27 (2013) olarak belirlenmiştir (TUİK 2015). Yaş gruplarına göre cinsiyet açısından kaba intihar oranı, intihar yöntemleri, medeni durum ve intihar nedenlerine dair veriler Tablo 2-2'de gösterilmiştir. İntihar yöntemleri karşılaştırıldığında, ülkemizde asma ve ateşli silah kullanma, Avrupa'da ve Asya'da kimyevi madde kullanma ve asma, Amerika'da ise ateşli silah kullanma en sık kullanılan yöntemlerdir (Vȧrnik ve ark. 2007; Ajdacic-Gross ve ark. 2008; TUİK 2013).

Tablo 2-2: Ülkemizde İntihar Kapsamı Verileri (TUİK 2015)

İntihar Kapsamı		**Sıklık (%)**
Cinsiyet	Erkek	**74,3**
	Kadın	25,7
Yaş	Erkeklerde (80-84 yaş grubu)	**15,08/100000**
	Kadınlarda (15-19 yaş grubu)	4,30/100000
Yöntemler	Kendini Asma	**47,6**
	Ateşli Silah Kullanma	25,9
	Yüksekten Atlama	11
	Kimyevi Madde Kullanma	5,8
Medeni Durum	Evli	**47,7**
	Hiç Evlenmemiş	39,1
Nedenler	Nedeni Bilinmeyen	**52,9**
	Hastalık	17,9
	Aile Geçimsizliği	9
	Geçim Zorluğu	8,4
	Hissi İlişki ve İstediği ile Evlenememe	3,1
	Ticari Başarısızlık	1,3
	Öğrenim Başarısızlığı	0,3

TUİK (2015, Haziran,). İntihar İstatistikleri 2014. Ankara:Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim Tarihi (26.07.2015), http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18626

İntiharın oluşumunun kuramsal açıklanması ve risk faktörleri aşağıda tanımlanmıştır:

2.1.3. **Oluşumu**

İntihar, biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve çevresel faktörlerin birbirleriyle etkileşimlerinin sonucu oluşmaktadır (Sarandöl 2003). Bu faktörlerin bilinmesi intiharların anlaşılabilirliği ve önlenebilirliği bakımından önemlidir (Eskin 2012).

2.1.3.1. Biyolojik Yaklaşım

İntihar davranışında beyindeki kimyasal ileticilerin etkisinin anlaşılması için çeşitli beyin araştırmaları yapılmıştır. Bu araştırmalara göre intihar eden kişilerin beyin saplarında seretonin ve Hidroksiindolasetikasit (HIAA) düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur (Arango ve ark. 1995; Sayıl 2000; Vollmer 2000; Boyd 2002; Demirel Özsoy ve Eşel 2003; Kaplan ve Sadock 2004; Sarandöl 2003; Sokero 2006; Townsend 2009). HIAA, serotoninin temel metaboliti, yıkım ürünüdür. Serotonerjik nörotransmiterler, bireylerin saldırganlık, agresyon gibi duygu durumlarının oluşumunda önemli role sahiptir (Boyd 2002; Kaplan ve Sadock 2004; Sokero 2006; Smith ve ark. 2012). İnsanda mutluluk, canlılık ve zindelik hissi vermede etkili olan, 5 Hidroksitriptamin (HT) 2A reseptörlerinin azalması veya artmasının davranışla ilişkili olduğunu belirten çalışmalar vardır (Sayıl 2000; Vollmer 2000; Demirel Özsoy ve Eşel 2003; Sarandöl 2003; Kaplan ve Sadock 2004; Sokero 2006; Özalp 2009). Beyinde amigdala, septohipokampal alan ve prefrontal korteksteki dopaminerjik ve noradrenerjik aktivite artışı agresif davranışlara yol açarken, prefrontal kortekste hipoaktiviteye bağlı olarak serotonerjik aktivitede azalma intihar davranışıyla ilişkilidir (Yüksel 2001; Demirel Özsoy ve Eşel 2003; Atay ve Gündoğar 2004). İntihar nedeniyle ölen kişilerin idrarlarında serbest kortizolün yüksek olduğu araştırmalar mevcuttur (Sarandöl 2003; Kaplan ve Sadock 2004; Köroğlu ve Güleç 2007). Kolesterol düzeyinin düşük olmasının serotenerjik aktiviteyi azaltarak, saldırgan ve dürtüsel davranışlarda artış görülmesi intihar davranışıyla ilişkilendirilmektedir (Yüksel 2001; Sarandöl 2003; Atay ve Gündoğar 2004).

İkiz çalışmalarında intiharın genetik geçişi olduğu bulunmuştur (Roy ve ark. 1995; Boyd 2002; Sokero 2006; Özalp 2009; Petersen ve ark. 2013). Tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre intihar ve intihar girişiminin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Roy ve ark. 1995). Evlat edinilen bireylerin biyolojik akrabalarında intihar vakaları biyolojik olmayan akrabalarına göre daha sık görülmektedir (Boyd 2002; Demirel Özsoy ve

Eşel 2003; Sarandöl 2003; Özalp 2009). Yapılan aile çalışmalarında intihar davranışının sıklığı saptanmakla beraber, genetik geçişin nasıl olduğu konusunda yeterli bilgi halen mevcut değildir (Özalp 2009; Eskin 2012).

2.1.3.2. Psikolojik Yaklaşım

Psikodinamik Kuram'ın kurucusu olan Freud' a göre intihar depresyonla ilgili olan ve depresyon sonucu oluşan en ağır durumdur (Demirel Özsoy ve Eşel 2003). Depresyon durumunda kişide sevgi nesnesinin kaybı vardır. Bu kayıp durumu kişinin benliğinde yoksullaşma, boşluk, terkedilmişlik duyguları, özdeğerde azalma veya yok olma duyguları uyandırır ve kaybedilen nesneye karşı düşmanca duygular beslenir. Kişinin kaybedilen nesneyle özdeşim kurması sonucunda düşmanca duyguları kendine yönelir ve kendisini öldürür (Demirel Özsoy ve Eşel 2003; Öztürk ve Uluşahin 2004; Köroğlu ve Güleç 2007; Townsend 2009; Er 2011; Eskin 2012). Özet olarak psikodinamik kurama göre, intihar, sevilen birinin yitirilmesi ve yitirilen sevgi objesinin benliğin bir parçası haline dönüştürülerek yitirilene duyulan öfkenin özbenliğe çevrilmesidir (Can ve Sayıl 2004).

Nesne İlişkileri Kuramı'na göre, insan kişiliği gelişirken bebeklik döneminde anneyle kurulan ilişki doğrultusunda bebeğin bu ilişkileri içselleştirdiği ve zihinsel dünyasını kurguladığı ileri sürülmektedir (Eskin 2012). İçselleştirme sürecinde nesneler, bebeğin gereksinimlerine cevap verip vermemeye göre iyi ve kötü olarak tanımlanmaktadır (Eskin 2012). Melanie Klein da bir nesne ilişkisi kuramcısı olarak, intiharın dinamiğinde içselleştirilmiş sevilmeyen (kötü) nesnelerin rol oynadığını öne sürerek, sevilen nesneleri korumak amacıyla kişinin egosunun içselleştirdiği kötü nesneleri öldürmek istediğini belirtir (Er 2011; Eskin 2012).

Bilişsel Davranışçı Kuram'a göre, olumsuz düşünceler ve inançlar umutsuzluk, çaresizlik ve değersizlik duygularına neden olur. Bu duyguları olan kötümser ve karamsar düşünce yapısına sahip depresif kişilerin, kendilerine güvenleri ve geleceğe dair olumlu düşünceleri olmadığı için intihar davranışı görülebilir (Boyd 2002).

Bağlanma Kuramı, John Bowlby tarafından geliştirilen bir kuramdır. Bu kurama göre, yeni doğan bebeklerin sadece fiziksel ihtiyaçlarının giderilmesi yeterli değildir. Bebeğin zihinsel ve duygusal gelişiminin, bakım veren kişiyle kurulan bağlanma ilişkisinin güvenli veya güvensiz olmasına göre şekillendiği belirtilmektedir (Tüzün ve Sayar 2006). Anne ve bebek arasında kurulan güvenli bağlanma ilişkisi çocuğa sağlıklı psikolojik gelişim

olanağı sağlarken, güvensiz bağlanma ilişkisi ise, kişilik problemlerine ve zihinsel hastalıklara neden olabilir (Tüzün ve Sayar 2006; Davaji, Valizadeh ve Nikamal 2010). Çocukla anne arasındaki bağlanma ilişkisi annenin çocuğun fiziksel ihtiyaçlarına, örneğin acıktığında meme vermesi gibi durumlarda hemen cevap vermesine göre oluşmaktadır; anne bebeğin ihtiyaçlarına hemen cevap vermediğinde bebekte güvensizlik ve korku duyguları oluşur (Lessard ve Moretti 1998; Tüzün ve Sayar 2006). Çocuk başkalarına güvenmediğinde, kendine değer vermediğinde ve topluma güven duymadığında stres veren durumlarla karşılaştığında baş etme becerisi gösteremez (Tüzün ve Sayar 2006; Stepp ve ark. 2008; Levi-Belz ve ark. 2013). İntihar sürecinde depresif kişilerde kendilerine değer vermeyen, özgüven eksikliği olan ve stresle baş edemeyen kişilik özellikleri görülmektedir ve bu durum güvensiz bağlanma nedeniyle oluşabilmektedir (Tüzün ve Sayar 2006; Stepp ve ark. 2008; Levi-Belz ve ark. 2013; Petersen ve Elklit 2014).

2.1.3.3. Sosyal Yaklaşımlar

Sosyal Öğrenme Kuramı'na göre, insan davranışları öğrenmeyle oluşur, büyüme çağında kendine model olarak seçilen kişilerin davranışları gözlemlenerek kendi davranışları oluşur (Eskin 2012). Sosyal öğrenme kuramı, biyolojik ve psikolojik özelliklerin çevresel faktörlerle etkileşime geçerek davranışın oluştuğunu öne sürmektedir (Boyd 2002). İntihar eden kişilerin model olarak aldığı kişiler sorunlarıyla baş edemeyen ve çözüm olarak intiharı seçen kişiler olduğunda, model alan kişi de sorunlarına karşı çözüm bulamadığında çevresinden öğrendiği gibi intihar davranışını uygulayabilmekte ve intihar bu şekilde oluşmaktadır (Eskin 2012).

Emile Durkheim' in Sosyolojik Kuramı'na göre, intihar bireysel bir durum gibi görünmesine rağmen, bireyin toplumla ilişkisindeki düzensizlikler ve dalgalanmalar nedeniyle oluşmaktadır (Eskin 2012). İntiharı sosyal bütünleşme ve sosyal düzenleme olarak iki boyutta ele alan Durkheim'a göre, sosyal bütünleşme boyutunda bireylerin topluma duygusal ve toplumsal etmenlerle bağlılığı ve topluma uyum sağlaması söz konusudur. Sosyal düzenleme boyutunda ise, toplumdaki kurallar ve değerlerle bireylerin kendi kişisel istek ve arzularının düzenlenmesi öne çıkmaktadır (Durkheim 2013). Durkheim' a göre kişinin geri çekilme-yalnız kalma nedeniyle topluma katılamaması veya kendisini topluma feda etmesi intihar davranışının görülmesine neden olmaktadır (Townsend 2009; Durkheim 2013).

2.1.4. **Risk Faktörleri**

İntihar risk faktörleri belirlenmiş bazı gruplarda yaygın görülen bir durumdur. Risk faktörleri çeşitli bireysel, fiziksel ve psikiyatrik hastalık, olumsuz deneyimler ve stres gibi durumlardan oluşmaktadır (Sayıl 2000; Demirel Özsoy ve Eşel 2003; Öncü 2006; Eskin 2012).

İntihar risk faktörlerinin belirlenmesi, intihar probleminin boyutlarının belirlenmesinde ve problemin oluşmadan önlenmesinde önemlidir (Sayıl 2000).

Bireysel Risk Faktörleri: İntihar girişimleri genç yaşlarda daha sık görülmekle beraber, intihar oranı yaş ile doğru orantılı olarak artmaktadır (Boyd 2002; Demirel Özsoy ve Eşel 2003; Townsend 2009; Eskin 2012). Genellikle erkeklerde intihar davranışı, kadınlarda intihar girişimleri daha sık meydana gelmektedir (Demirel Özsoy ve Eşel 2003; Barker 2004; Sadock ve Sadock 2009; Eskin 2012). Erkekler silah kullanma, kendini asma, yüksekten atlama gibi daha öldürücü intihar yöntemlerini kullanmakta iken, kadınlar daha çok aşırı dozda ilaç alma yöntemini kulllanmaktadır (Barker 2004; Köroğlu ve Güleç 2007; Videbeck 2004). Ailesinde intihar sıklığı görülen kişilerde intihar oranının arttığı, ölüm yıldönümleri gibi kritik zamanların intiharı tetiklediği belirtilmektedir (Sayıl 2000; Demirel Özsoy ve Eşel 2003; Van Orden 2010). İntihar davranışları bekar, eşini kaybetmiş veya boşanmış kişilerde daha fazla görülmektedir (Barker 2004; Köroğlu ve Güleç 2007; Sadock ve Sadock 2009; Townsend 2009). İşsizlik, ekonomik durumun kötü olduğu zamanlarda intihar oranı artış göstermekte olup, düşük sosyoekonomik düzeyde intihar daha yaygındır (Demirel Özsoy ve Eşel 2003; Van Orden 2010, Eskin 2012). Sosyal sınıf ve çevresel koşullara bakıldığında, kişinin sosyal statüsünde yükselme veya düşme gibi bir değişiklik olması intihar davranışı riskini artırmaktadır. Ancak genel olarak düşük sosyal sınıfta intiharın daha fazla olduğu bildirilmektedir (Demirel Özsoy ve Eşel 2003; Townsend 2009).

Fiziksel ve Psikiyatrik Hastalıklar: Beden sağlığındaki değişiklikler intihar riskini arttıran etkenlerdir, fiziksel hastalığı bulunan kişilerde intihar oranının arttığı görülmektedir (Sayıl 2000; Demirel Özsoy ve Eşel 2003). Epilepsi, multipl skleroz, demans, kafa travması, kardiyovasküler hastalıklar ve akkiz immün yetmezlik sendromu (AIDS) gibi merkezi sinir sistemini etkileyen hastalıklarda ve kanser durumunda intihar riski artmaktadır (Sayıl 2000, Demirel Özsoy ve Eşel 2003, Köroğlu ve Güleç 2007).

Psikiyatrik bozukluklarda intihar ile en çok ilişkili olan bozukluk depresyondur (Sarandöl 2003; Köroğlu ve Güleç 2007; Townsend 2009; Eskin 2012). Depresyonda

görülen, mutsuzluk, karamsarlık, çaresizlik, umutsuzluk gibi duygular kişilerin çözüm olarak intiharı seçmesine neden olabilmektedir (Sarandöl 2003, Eskin 2012). Depresyon intihar düşüncesi risk faktörünü arttırmaktadır, dürtü kontrol bozuklukları ve fobiler gibi anksiyete bozuklukları ise intihar girişimi riskiyle ilişkilidir (Van Orden 2010). Panik atak geçiren hastalar da, yaşadıkları dehşet ve korku nedeniyle bu durumdan kurtulmak için intihar davranışında bulunabilmektedir (Eskin 2012).

Şizofreni hastalarında sık görülen intiharın nedeni, hastalığın doğası nedeniyle hastaların sanrılar, varsanılar, mutsuzluk, umutsuzluk gibi durumlarla yaşamak ve baş etmek zorunda olması, sosyal destek sistemlerinin zayıf olmasıdır (Yüksel 2001; Bulut ve ark. 2012; Sadock ve Sadock 2009; Eskin 2012).

Alkol kullanımında bilişsel işlevler ve duygudurum olumsuz etkilenmekte ve intihar davranışı meydana gelmektedir (Köroğlu ve Güleç 2007; Bulut ve ark. 2012). Alkol kullanımı sonucunda kişilerin yaşamları, ailesel, maddi ve sosyal destek yönünden zayıflar ve kişiyi intihara sürükleyebilir (Yüksel 2001; Eskin 2012; Sarandöl 2012).

Kişilik bozukluğu olan kişiler, impulsif, reddedilmeye aşırlı duyarlı, regresyona meyilli, alkol ve madde kullanımına eğilimli kişilerdir ve intihar açısından bu özellikleriyle risk taşıdıkları belirtilmektedir (Can ve Sayıl 2004; Köroğlu ve Güleç 2007; Tatlılıoğlu 2012; Yalvaç ve ark. 2014). Kişilik bozukluğuna depresyonun eşlik etmesi durumu da intihar ile ilişkilidir(Sarandöl 2003; Bulut ve ark. 2012; Tatlılıoğlu 2012).

<u>Olumsuz Deneyimler ve Stres:</u> İntihar davranışı yineleyici özellik göstermekte, geçmişte intihar girişimlerinin mevcudiyeti intihar riskini arttırmakta, bazen ölüme neden olabilmektedir (Köroğlu ve Güleç 2007). Her intihar girişiminde hastanın içinde bulunduğu koşullar ve ölüm olasılığı derecesi dikkatle araştırılmalıdır (Sayıl 2000; Can ve Sayıl 2004). Yineleyici intihar girişimlerinde intiharın ölümle sonuçlandığı daha sık görülmektedir (Van Orden 2010).

Sosyal izolasyon, intihar davranışı riskinin en güçlü ve en güvenilir belirtecidir(Van Orden 2010). Yalnızlık, sosyal çekilme, yalnız yaşama, sosyal desteklerin az olması, aileyle yetersiz etkileşim, sevilen kişinin kaybı, boşanmalar, kaza veya şiddet olaylarına maruz kalma gibi stresli durumlar intihar riskinin artmasında etkilidir (Sayıl 2000; Van Orden 2010; Eskin 2012).

Bağımlı kişilik özellikleri gösteren kişiler genellikle yeterince olgunlaşmamış, bağımlılık gereksinimleri fazla ve dürtü kontrolleri zayıf ve baş etme becerileri yetersiz, diğer kişilerle işbirlikleri kısıtlı, kırılgan, suçlayıcı ve kendilerine saygıları az olan kişilerdir. Bu özellikleri nedeniyle olumsuz yaşam olayları veya depresyon gibi durumlarla karşılaştıklarında umutsuz, karamsar tutum sergileyerek intihar davranışı gösterme eğiliminde olabilirler (Ak, Özmenler ve Özşahin 2008; Yumru ve ark. 2008; Tatlılıoğlu 2012; Yalvaç ve ark. 2014).

Baş etme becerilerinin eksikliği de başka bir intihar risk faktörüdür (Özgüven ve ark. 2003; Eskin 2012). Herkes zaman zaman çeşitli sorunlarla karşılaşmakla beraber, doğru baş etme yöntemlerini bilmeyen veya kullanmayan kişiler umutsuzluk nedeniyle kolayca intihar edebilmektedir (Atay ve Gündoğar 2004; Eskin 2012).

İntihar risk faktörlerinin bilinmesi uyarıcı nitelik taşırken, oluşumunda rol oynayan farklı kuramsal açıklamalar, bireylerin davranışlarının arka planının anlaşılması ve önleme yöntemlerinin belirlenmesinde önemli bir yol gösterici olacaktır. Davranışın erken tanılanması ve daha iyi bir tedavi sunulması açısından risk tanılama önemlidir (Can ve Sayıl 2004).

2.1.5. **İntiharı Önleme ve Terapötik Yaklaşım**

İntihar davranışı tedavi edilmesi gereken önemli bir toplumsal sorun olduğu için tüm sağlık çalışanlarının eğitimi ve işbirliği önemlidir (Öncü 2006; Eskin 2012).

İntihar davranışında tedavinin amacı, kişinin can güvenliğini sağlamak, intihara neden olan zorlukları çözebilmesi için kişiye yardımcı olmak ve ileride tekrar bu sorunlarla karşılaştığında intihar düşüncesinin yeniden oluşmasını önlemek için kendilik algısını geliştirmeyi ve problem çözme becerisini geliştirmesini sağlamaktır (Videbeck 2004; Öncü 2006; Eskin 2012; Tatlılıoğlu 2012).

İntihar davranışının tedavi edilebilmesi için öncelikle bireylerde intihar riski ve intihar tehdidinin ciddiyeti değerlendirilmelidir (Sayıl 2000; Öncü 2006; Doenges, Moorhouse ve Murr 2008; Eskin 2012). İntihar risk değerlendirmesi karmaşık ve zor bir süreçtir, kişinin intihar edip etmeyeceğinin veya ne zaman kendisini öldürebileceğinin tahmin edilmesi güçtür (Barker 2009; Eskin 2012). Genellikle intihar ile ilgili sorular sorulmasının intihar riskini arttırdığı düşüncesi vardır ancak bu yanlıştır, intihardan bahseden kişiler intihar edebilir ve bu nedenle konuşulması riskin belirlenmesinde

önemlidir, bu yüzden de intihar riskinin anlaşılması için kişiye doğrudan sorulması en doğru yoldur (Sayıl 2000; Videbeck 2004; Doenges, Moorhouse ve Murr 2008; Sayıl 2012). Genel sorulardan özel sorulara doğru gidilerek, örnek olarak ölümden bahsedilerek, kişinin ölmeyi, kendisini öldürmeyi isteyip istemediği sorulabilir (Sarandöl 2003; Kaplan ve Sadock 2004; Videbeck 2004; Öncü 2006). İntihar riskinin belirlenmesi amacıyla yapılan görüşmelerde sakin, yargılamayan, empatik ve destekleyici bir tutum gösterilmeli, net, açık, doğrudan sorular sorulmalıdır (Sayıl 2000; Öncü 2006; Doenges, Moorhouse ve Murr 2008). Hastanın güveninin kazanılması iletişimin artmasında yardımcı olurken duygularını paylaşması da kişi için rahatlatıcı olabilir (Sayıl 2000; Barker 2004; Öncü 2006). Ayrıca intihar riski taşıyan bireylerin ailesi, arkadaşları, varsa eski doktoru veya eski dosyasından bilgi almak da risk değerlendirmesi için önemlidir (Öncü 2006; Doenges, Moorhouse ve Murr 2008). İntihar risk değerlendirmesi yapılırken kişilerin, sosyodemografik özellikleri, ruhsal bozuklukları, psikolojik özellikleri, kişiler arası ilişkileri, yaşam koşulları, intihar planının ayrıntıları, geçmiş intihar girişimlerinin öyküsü ve intihar etme isteğinin nedenleri sorgulanmalıdır (Öncü 2006; Köroğlu ve Güleç 2007; Doenges, Moorhouse ve Murr 2008; Eskin 2012). İntihar girişiminde bulunan her kişinin özellikleri ve yaşam koşulları farklıdır; risk faktörlerinin belirlenmesiyle her hasta bireysel olarak değerlendirilir, her hastaya özel tedavi ve uygun girişimler planlanması kolaylaşır (Can ve Sayıl 2004; Harrison, Howard ve Mitchell 2004).

İntihar riskinin değerlendirilmesinde, kişilerin yüksek risk taşıdığı düşünüldüğünde bu kişiler hastaneye yatırılarak gözlem altında tutulmalı, riskin çok yüksek olmadığı düşünüldüğünde ise kişiler 24 saat sonrasına randevu verilerek ayaktan izleme ile tedavi edilmelidir (Sayıl 2000; Köroğlu ve Güleç 2007). İntihar eden kişilerin güvenliğinin sağlanması tedavinin en önemli parçasıdır, bu amaçla kişinin ailesi ya da yakın çevresiyle işbirliği yapılabilir (Öncü 2006; Köroğlu ve Güleç 2007). Hastanın güvenliği için fiziksel önlemler alınmalı, çevresinde yüksek dozda ilaç bulundurulmamalı, kesici ve delici aletlere ulaşılabilirlik engellenmeli ve bunlar yapılırken hastanın özgürlüğünün en az şekilde kısıtlanmasına dikkat edilmelidir (Boyd 2002; Öncü 2006; Barker 2009).

İntiharın medikal tedavisi altta yatan psikolojik duruma göre planlanmalıdır (Köroğlu ve Güleç 2007; Eskin 2012).

İntihara yönelik önleme çalışmaları en az tedavi kadar önemlidir. Önleme çalışmalarının en önemli kısmı intihar konusundaki yanlış inançlar hakkında sağlık

personelinin ve halkın bilgilendirilmesidir (Sayıl 2000; Köroğlu ve Güleç 2007). İntihar hakkında konuşan insanların intihar etmeyeceği, intiharın bir kez risk olduğunda risk olarak kalacağı gibi yanlış inançlar intiharın önlenmesinde engel teşkil edebilir (Barker 2004; Videbeck 2004; Eskin 2012).

İntiharın önlenmesi de karmaşık bir süreçtir. Farklı önlem düzeyinde ele alınması gerekenler:

Birincil önleme, insanlar intihar davranışında bulunmadan önlemeye yönelik aşamadır. Birincil önlemenin iki amacı vardır; birincisi kişilerin yaşamlarında karşılaşabilecekleri sorunlarla etkin ve etkili olarak baş edebilmeleri için beceriler kazanmalarını sağlamak, ikincisi ise kişilerin kendilerini öldürmelerine neden olabilecek kişisel ve çevresel risk etmenlerinin etkilerinin azaltılması veya yok edilmesidir (Eskin 2012). Birinci amaçta kişilerin beceri ve yetkinlik düzeyleri arttırılarak sorunlarla etkin ve etkili bir biçimde baş etmeleri sağlanır. Bunun için, depresyonla başa çıkabilme, öfke yönetimi, yalnızlığı azaltma, kişilerarası problemleri çözebilme, yardım arama, kritik durumlarla başa çıkabilme becerilerinin öğretilmesiyle kişilerin kendi yeterliliklerinin sağlanması önemlidir (Tatlılıoğlu 2012). İkinci amaç ise, bireylerin çevrelerine uyum sağlaması ve intihara neden olabilecek risk etmenlerinin oluşmasını önlemeye yöneliktir. Toplumsal-ekonomik politikalarla gerçekleştirilecek iyileştirmeler, örneğin ekonomik nedenlerle oluşan intiharların önlenmesinde yardımcı olabilir (Eskin 2012).

İkincil önleme, intihar edecek kişilerin intihar etmeden önceki belirtilerinin belirlenmesini, buna yönelik önlemler alınmasını içerir. Bunun gerçekleşebilmesi için intihar risk etmenleri ve bu etmenlerin kimlerde olduğunun belirlenmesi amaçlanarak intihar önlenir. İntihar riski taşıyan kişilerin çeşitli ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmalarının sağlanması ikincil önleme yöntemidir (Eskin 2012, Tatlılıoğlu 2012).

Üçüncül önleme, daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişileri kapsamaktadır, yineleyici intihar girişimlerini önlemeye yöneliktir. Bu gruptaki kişilerin tedavisi üçüncül önlemedir ve intiharın tedavi süreciyle aynıdır (Öncü 2006; Eskin 2012, Tatlılıoğlu 2012).

İntiharların önlenmesinde ve intihar davranışında bulunan bireylere uygun yaklaşımların gösterilmesinde öncelikle sağlık çalışanlarının intihara yönelik tutumlarının bilinmesi önemlidir. Sağlık çalışanlarının intihar davranışı gösteren kişiye karşı tutumları ölüm ve intihara yönelik daha önceki kişisel deneyimleri, hisleri ve önyargılarından

etkilenerek eksik ve yanlış değerlendirmeye-ihmallere neden olabilmektedir (Köroğlu ve Güleç 2007). Tutumların bilinmesiyle önleme çalışmaları daha doğru planlarak bakımın niteliği arttırılabilir. Bu nedenle sonraki bölümde, tutumların tanımına ve intihar olgusundaki önemine değinilmiştir.

2.2. İntihara Yönelik Tutumlar

İnsan davranışlarının belirleyicisi özellikleri barındıran tıtumlar, davranışların açıklanmasında ve tahmin edilmesinde sosyo-psikolojik model açısından anahtar niteliğindedir (Öncü 2008; Arnautovska ve Grad 2010). İntihar hızı gibi, intihara yönelik tutumlar da toplumlar-kültürler arasında farklılık göstermekte, sosyal ve kültürel şartlardan etkilenmektedir (Öncü 2005). İntihara yönelik tutumlar, kişilerin intihar riski taşıyan kişilere yardım etme davranışını ve daha da önemlisi, kendi yardım arama davranışlarını etkilemektedir (Arnautovska ve Grad 2010). İntihara yönelik tutumların anlaşılmasıyla olumsuz tutumların azaltılması, olumlu yönde tutum değişikliği için girişimlerde bulunulması ve intihar eden kişilere karşı toplumsal kabulün gerçekleştirilmesi yönünde olumlu katkılar sağlanabilir (Palabıyıkoğlu 1998). Bu nedenle tutumların belirlenmesi intihar önleme programlarının planlanmasında önemlidir (Öncü 2008). İntihar önleme programlarının planlanmasında ve uygulamasında önemli yer tutan sağlık çalışanlarının tutumlarının belirlenmesi ve gerekli tutum değişiminin sağlanması intihar davranışı sergileyenlere yönelik bakım niteliğinin arttırılması açısından da önemlidir (Palabıyıkoğlu 1998).

2.2.1. **Tutum Tanımı ve Oluşum Süreci**

Tutum, tutulan yol, tavır, kişinin kendine ve çevresindeki konu, nesne ya da olaylara karşı deneyimleri ve görüşleri doğrultusundaki olumlu veya olumsuz olabilecek duygusal ve bilişsel eğilimlerdir (TDK 2006; Er 2013). Tutumların bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç bileşeni vardır. Bilişsel bileşen, kişinin tutum nesnesine karşı olan inançları, bilgisi, algısal tepki ve düşünceleri, duygusal bileşen, duygusal tepkileri, davranışsal bileşen de davranış eğilimlerini ifade etmektedir (Atkinson ve ark. 1995; Botega 2005; Er 2013). Tutumların, dört işlevi vardır; çevreyi anlamak, gereksinimlerin doyurulması, egonun savunması ve değerlerin ifadesidir (Palabıyıkoğlu 1998). Çevreyi anlamaya ve bilgileri yorumlamaya yarayan tutumlar, geçmişte ödüllendirilmiş olayların etkisiyle gelişmekte ve bu nedenle gereksinimlerin doyurulması ödül ve cezalarla oluşmakta, olumlu veya olumsuz olarak şekillenmektedir (Palabıyıkoğlu 1998). Tutumların kişinin kendisini eleştirilere karşı

koruyarak kendisine olan saygısının zedelenmesini önlemesi, egonun savunması işlevi; kişilerin nasıl birisi olduğunu, nelerden hoşlanıp hoşlanmadığını, neyi desteklediğini veya neye karşı görüşünün olduğunu göstermesi ise değerlerin ifadesidir (Palabıyıkoğlu 1998; Smith ve ark. 2012).

Oluşumu çoğunlukla çocukluğa dayanan tutumların ebeveynler tarafından şekillendirilmesi zaman içinde azalır ve çevre-akran etkileşimi ile 12-30 yaşlar arasında son şeklini alır (Cüceloğlu 1992; Palabıyıkoğlu 1998).

Eğitim ve toplumsallaşmanın da, tutumların oluşmasında önemli bir etkisi vardır (Palabıyıkoğlu 1998). Tutumlar özneldir ve kişilerin davranışlarını etkiler. Kişi, kişilerarası ilişkiler aracılığıyla içinde bulunduğu toplumun rol beklentilerini, değerlerini ve tutumlarını öğrenir ve yerine getirir. (Cüceloğlu 1992). Bu nedenle bir sonraki bölümde intihara yönelik toplumsal tutumlardan bahsedilecektir.

2.2.2. **İntihara Yönelik Toplumsal Tutumlar**

İntihar, sosyal ve kültürel değerlerden etkilenen, toplumu ilgilendiren bir durumdur (Eskin 2012). İntihara yönelik toplumsal tutumların değer, inanç ve tavırların bilinmesi, intihar davranışı kapsamında, hem hizmeti alan hem de hizmeti sunan bireyler açısından önemlidir (Ceyhun ve Ceyhun 2003; Eskin 2012).

İnsanların intihara yönelik tutumlarını belirleyen olgular din, toplumun yetkeci tutum göstermesi ve dini açıdan bireyin kendi yaşamına son verme hakkının olmadığı düşünceleridir (Eskin 2012). Dini değerlere daha fazla bağlı olma ve toplumun normlarına bağlılık intiharı önleyici bir etkiye sahiptir ancak bazı kültürel, etnik ve ırklar arası farklar olmakla birlikte dindarlık düzeyi arttıkça intiharın kabul edilebilirliğinin de azaldığı gözlenmektedir (Cirhinlioğlu ve Ok 2010). Ölüm korkusu ve ölümden sonraki hayata inanç, İslam inancına göre canı Allah'ın verdiği ve ancak onun alabileceği düşüncesi, Allah'ın iradesine teslimiyet ve kader inancı gibi durumlar intihar eğiliminde azalmaya neden olmaktadır (Altuntop 2005; Ağılkaya 2010; Apaydın 2010). Dini cemaatler, topluma aidiyet hissi sağladığından, din görevlilerinin gerektiğinde kişilerin sorunlarını dinleyerek çözüm bulmaya çalışmaları ve sosyal ilişkilerin gelişmesine destek olmaları intihara karşı koruyuculuk sağlamaktadır (Ağılkaya 2010).

İntihar davranışına yönelik toplumsal bazı mitler vardır. Yerleşik mitlerin, bireylerin intihar olgusuna dair tutumlarını etkileyebilmesi söz konusudur. "İntihara meyilli kişilerle

intihar hakkında konuşulmasının kişileri intihara sürükleyebileceği" bunlardan biridir (Barker 2004; Videbeck 2004; Eskin 2012). Hjelmeland ve Knizek (2004) tarafından Norveç'te yapılan araştırmaya göre de (n:1000), intihar hakkında konuşulmasının intihara neden olabileceği konusunda kişilerin kararsız oldukları belirlenmiştir. Omma ve ark. (2013) tarafından İsveçli Sami ırkından kişilerle (n:516) yapılan araştırmada ise, intihar hakkında konuşmanın intihar riskini arttıracağı düşüncesinde olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. "İntihar etmek isteyen kişiye kimsenin yardım edemeyeceği" düşüncesi de diğer bir mittir (Barker 2004; Videbeck 2004; Eskin 2012). Hjelmeland ve Knizek (2004) tarafından yapılan çalışmada, araştırma kapsamındaki Norveçlilere göre, intiharın önlenebilir olduğu belirlenmiştir. Skruibis ve ark. (2010) tarafından Litvanyalı, Avusturyalı, Macar, Norveçli ve İsveçli politikacılarla (n:180) yapılan bir araştırmaya göre, Litvanyalı, Macar ve Avusturyalı politikacıların intiharı kabul edilebilir buldukları sonucuna ulaşılmıştır, bu ülkelerde intihar hızı yüksektir ve intiharı önleme stratejileri yoktur. Kim ve Park (2014) tarafından Güney Koreli ve Birleşik Devletler' den öğrencilerle (n:377) gerçekleştirilen araştırmaya göre, Güney Koreli öğrencilerin intihara karşı daha kabul edici tutum gösterdikleri ve kişilerin intihar etmesini önlemeye ise olumsuz tutum sergiledikleri bulunmuştur. "Kişilerin intihar tehditlerinin umursanmamasının intihar düşüncesinin azalmasına neden olacağı" düşüncesi de başka bir mittir ki buna göre, kişilerin intihar tehdidinde bulunması intihar etmeyeceğini göstermektedir (Videbeck 2004). İntihar etmeyi düşünen kişilerin yakınları kişilerin yardıma ihtiyaçları olduğunu ifade etmelerini görmezden gelebilir veya tepkisiz kalabilir (Hjelmeland ve Knizek 2004; Eskin 2012). İnkar, reddetme, görmezden gelme veya şakaya vurma tepkileri çevrenin intihar riski taşıyan kişilere ne tepki vereceğini bilmemelerinden kaynaklanabilmektedir (Eskin 2012). "Kişilerin intihar etmelerinin çevresine değil sadece kendilerine zarar vermelerine neden olacağı ve intiharın bir kez risk olduğunda sürekli risk olarak kalacağı" da diğer bir mittir (Videbeck 2004). Utanç ve acı nedeniyle intihar girişiminde bulunulduğunda tekrar intihar edilme riski vardır, intihar genellikle kışın ve geceleri gerçekleşir diye düşünülmekte ve intihar notu olmadığında intiharın da gerçekçi olmadığına inanılmaktadır (Barker 2004). Ancak intiharın zamanına dair yeterli bilgi olmadığı gibi, intihar notunun yazılmadığı birçok intiharla da karşılaşılmaktadır. "İntihar davranışında bulunan bireylerin çoğunlukla psikiyatri hastası oldukları düşünülerek, herkesin intihar edebileceği düşüncesi çok fazla kabul görmemektedir" (Manoranjitham ve ark. 2007; Eskin 2012). Hjelmeland ve Knizek (2004),

Norveçlilerle gerçekleştirdikleri çalışmada, örneklemin beşte birinin (n:200) intiharın nedeni olarak psikiyatrik hastalığı gördüğü sonucunu saptamışlardır.

Bunların yanısıra, intihar davranışına karşı tutumlar, bireysel özellikler açısından da farklılık göstermektedir.

Örneğin, intihara yönelik tutumların cinsiyetten etkilendiği belirlenmiştir (Salander-Renberg ve ark. 2008). Kadınlar erkeklere göre daha kabul edici, tolere eden olumlu tutum sergilemektedir (Arnautovska ve Grad 2010, Eskin 2012). Lee ve ark. (2007) tarafından, Hong Kong' da 1226 kişiden oluşan bir örneklemde gerçekleştirilen araştırmaya göre de, erkeklerin kadınlara göre intiharı daha olumsuz değerlendirdikleri, intihar eden kişilere daha az sempati gösterdikleri ve intiharı intikam için bir araç olarak görmedikleri bulunmuştur. Salander-Renberg ve ark. (2008) tarafından, Norveçli, İsveçli ve Rus topluluklarından oluşan örneklemde yapılan çalışmada (n:1560), Norveçli erkeklerin ailelerinde intihar bulunduğunda, tutumlarının daha kabul edici olduğu bulunmuştur. Skruibis ve ark. (2010) tarafından Litvanyalı, Avusturyalı, Macar, Norveçli ve İsveçli politikacılarla (n:180) yapılan araştırmaya göre de erkek politikacıların kadın politikacılara göre intiharın önlenebilirliği açısından daha iyimser tutumlara sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İntihara yönelik tutumlarla yaş arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur: Mofidi ve ark. (2008), İran'daki Kürtlerle (n:996) gerçekleştirdikleri çalışmada, yaş arttıkça intiharın önlenemezliğine dair kötümser düşüncelerin arttığı sonucu bulunmuştur. Salander-Renberg ve ark. (2008) tarafından Norveçli, İsveçli ve Rus topluluklardan oluşan örneklemde (n:1560) yapılan araştırmada da, gençlerin intihara yönelik tutumlarının daha kabul edilebilir ve önyargısız olduğu belirlenmiştir. Segal ve ark. (2004) tarafından Amerika'da 175 kişiyle yapılan araştırmaya göre ise, yaşlı kişilerin ahlaki ve dini nedenlerle intihara yönelik olumsuz tutum sergiledikleri saptanmıştır. Colucci ve Minas' ın (2008) İtalyan, Hintli ve Avustralyalı öğrencilerle (n:700) yaptıkları araştırmaya göre, insanların intihar etmeye haklarının olduğu ancak gençlerin intihar etmeye haklarının olmadığı düşüncesinin yaygın olduğu belirlenmiştir.

İntihar olgularına aşina olan kişilerin intihar eden kişilere karşı daha olumlu tutum sergiledikleri belirtilmektedir (Eskin 2012). Arnautovska ve Grad (2010) tarafından lise öğrencileriyle (n:423) yapılan araştırmaya göre, intihar davranışı deneyimi bulunanların bulunmayanlara göre, intihara yönelik tutumlarının daha kabul edici olduğu belirlenmiştir.

Öte yandan, bireylerin ailelerinde intihar görüldüğünde intihara yönelik reddedici tutum sergileyebildikleri de ifade edilmektedir (Arnautovska ve Grad 2010).

İntihar olgusuna dair toplumsal yönelimler kapsamında, genelde sağlık sistemi, özelde psikiyatri bakımı çerçevesinde, intihar davranışında bulunan bireylerin algılanışının ele alınmasının önemi açıktır. İntihar girişiminde bulunan hastanın bakımına dahil olan sağlık profesyonellerinin tutumlarının anlaşılması, hastanın tedavisinde en iyi sonuçların elde edilmesinde ve bakımın niteliğinin artırılmasında temel olacaktır (Patterson ve ark. 2007; Winship 2009; Gagnon ve Hasking 2012; Ouzouni ve Nakakis 2012).

2.2.2.1. Sağlık Bakımında İntihara Yönelik Tutumlar ve Tutumları Belirlemenin Önemi

İntiharın önlenmesinde, potansiyel önemi olan meslek gruplarının tutumlarının belirlenmesi, davranışı önleme programlarının planlanması ve uygulanmasında ilk adım olabilecektir (Botega ve ark. 2005; Öncü ve ark. 2008). Sağlık bakım kurumlarında çalışan profesyoneller, intihar davranışında bulunan bireylere, gerek akut tedavi hizmeti sunulmasında, gerekse de, girişim sonrası psikososyal onarımlarının sağlanmasında esas role sahiptir. Sağlık çalışanlarının intihar eden kişilere gösterdiği tutumların öğrenilmesiyle, intiharların önlenmesinde neler yapılabileceğine dair fikir sahibi olunabilecek ve olumsuz tutumların olumluya dönüşmesi için yapılabilecekler sorgulanabilecektir (Öncü 2008). İntihar girişiminde bulunan hastanın tedavisinde en iyi sonuçların elde edilmesinde ve bakımın niteliğinin artırılmasında en önemli temel yapılardan biri, sağlık profesyonellerinin tutumlarının belirlenmesidir (Harrison, Howard ve Mitchell 2004; Patterson ve ark. 2007; Gagnon ve Hasking 2012; Ouzouni ve Nakakis 2012). Sağlık çalışanlarının intihar davranışına karşı olumlu tutumları, empati, anlama ve yardım etme davraranışında bulunma, olumsuz tutumlar ise reddedici, yargılayıcı ve damgalayıcı olmaktır (Demirkıran ve Eskin 2006; Winship 2009; Srivastava ve Tiwari 2011).

İntihar yönetiminde etkili olan ön saf sağlık çalışanlarından doktorlar, hemşireler ve psikologlarla çeşitli ülkelerde intihara yönelik tutumların belirlenmesi amacıyla araştırmalar yapılmış ve tutumların toplumlar arasında sağlık çalışanları açısından da farklı olduğu vurgulanmıştır (Brunero ve ark. 2008; Demirkıran ve Eskin 2006; Knizek ve ark. 2010; Srivastava ve Tiwari 2011; Gagnon ve Hasking 2012; Osafa ve ark. 2011; Ouzoni ve Nakakis 2012; Er ve ark. 2013). Eskin ve ark. (2010) tarafından Türk ve Avusturyalı tıp öğrencileriyle (n:646) yapılan araştırmada, Avusturyalı öğrencilerin intihara karşı daha

hoşgörülü ve özgürlükçü tutumlarının olduğu, Türk öğrencilerin ise reddedici tutum gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Öncü ve ark. (2005) tarafından Türkiye'deki ve Slovenya'daki psikiyatri uzmanlarının (n:185) intihara yönelik tutumlarını değerlendirmek için yapılan araştırmaya göre, Türk hekimlerinin intihara yönelik tutumları Sloven hekimlere göre daha reddedicidir ve ötenaziye de daha olumsuz yaklaşmaktadırlar.

Sağlık çalışanlarının intihara yönelik tutumları incelendiğinde cinsiyet, yaş, dini inanç, çalışma deneyimi, eğitim düzeyi, ruh sağlığı alanında çalışma ve intihar deneyimi gibi faktörlerin tutumlar üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Eskin 2012). Kadınlar erkeklere, gençler yaşlılara, eğitim düzeyi yüksek olanlar düşük olanlara, çalışma deneyimi az olanlar çok olanlara, ruh sağlığı alanında çalışanlar çalışmayanlara göre intihar davranışına karşı daha olumlu tutumlara sahiptir (Demirkıran ve Eskin 2006; Patterson ve ark. 2007, Brunero ve ark. 2008; Er 2011; Kishi 2011; Srivastawa ve Tiwari 2011; Gagnon ve Hasking 2012; Neville ve Roan 2013; Grimholt ve ark. 2014). Sağlık çalışanlarının intihara karşı tutumlarında da, dini inançların etkisi söz konusudur, birçok dinde intiharın yasak olması reddedici tutumların yerleşiminde rol oynamaktadır (Herron ve ark. 2001; Botega ve ark. 2005; Demirkıran ve Eskin 2006; Karadeniz ve ark. 2008; Osafa ve ark. 2011; Kavalidou 2013).

İntihar deneyimi de, gerek kişinin kendisinde gerek aile ve arkadaş çevresinde olduğunda intihara yönelik daha kabul edici tutum gösterilmesinde etkilidir (Brunero ve ark. 2008; Eskin ve ark. 2010; Ouzoni ve Nakakis 2012).

Sağlık çalışanlarının intihara yönelik duygusal tepkileri, üzüntü, acı, yas, kızgınlık, öfke, güvensizlik, gerginlik, rahatsızlık, suçluluk duygusu, utanma, suçlama, keder, şok, hayal kırıklığı, şaşırma ve inanmama gibi zıt uçlarda değişkenlik gösterebilmektedir (Hendin ve ark. 2000; Farberow 2005; Wilstrand 2007; Conlon ve O'Tuathail 2010; Valente 2011; Ouzoni ve Nakakis 2012; Rutto ve ark. 2012; Sandy 2012).

İntihar davranışının nedenleri kapsamında, sağlık çalışanlarının algılamaları, psikiyatrik hastalık, dikkat çekme çabası, içsel kişisel nedenler, impulsif davranışlar ve yardım çığlığı olduğu yönündedir (Anderson ve ark 1999 ; Winship 2009; Knizek ve ark. 2010; Osafa ve ark. 2011; Sandy ve Shaw 2012; Norheim, Grimholt ve Ekeberg 2013).

İntiharın önlenebilirliği açısından sağlık çalışanları, önlenebilir olduğu yönünde eğilim göstermektedir (Herron ve ark. 2001; Aish ve ark. 2002; Brunere ve ark. 2008;

Farrow ve ark. 2009; Knizek ve ark. 2010; Norheim, Grimholt ve Ekeberg 2013). Önlenmesinde gerekli yaklaşımlar açısından, Osafa ve ark. (2011) tarafından, Gana'da psikologlarla (n:9) ve acil servis hemşireleriyle (n:8) gerçekleştirilen bir çalışma, farklı ekip üyeleri arasında, farklı görüşlere ışık tutmaktadır. Psikologlar bakım ve empatik yaklaşımın intiharın önlenebilirliğinde gerekli olduğunu düşünmekteyken, acil servis hemşireleri intiharın önlenebilmesi için, kanunların ve dinin tehdit edici yönüyle kullanılmasının faydalı olacağını düşünmektedir.

Sağlık çalışanlarının tutumları incelendiğinde üzerinde durulan diğer önemli konu da kişinin kendisini öldürme hakkının olup olmadığıdır. İntihar eden kişilerde ölümcül bir hastalık varlığı ölüm hakkını daha kabul edici kılmaktadır (Anderson ve ark. 1999; Kavalidou 2013; Nebhiani ve ark. 2013). Ancak, dini nedenlerle kişinin ölüm hakkının olmadığı yönünde de araştırmalar literatürde mevcuttur (Botega ve ark. 2005; Karadeniz ve ark. 2008).

İntihara karşı tutumların belirlenmesinde, sağlık çalışanlarının intihar ve intihar girişiminde bulunan kişilere yardım etme konusunda, kendilerini yetersiz hissettikleri ve eğitime ihtiyaçlarının olduğu tespit edilmiştir (Samuelsson ve Asberg 2001; Covverdale 2007; Keogh, Doyle ve Morrissey 2007; Mcallister ve ark. 2009). Kool ve ark. (2014) tarafından Hollanda' da psikiyatride çalışan sağlık personeliyle (n:178) yapılan çalışmaya göre, iletişim ve pratik beceri eğitimleri intihara yönelik olumlu tutum gelişmesinde yardımcı olmaktadır.

Psikiyatri hemşirelerinin intihara yönelik tutumları incelendiğinde, ruh sağlığı alanında çalışmayan hemşirelere göre daha empatik, anlamaya ve yardım etmeye yönelik tutum gösterdikleri bulunmuştur (Samuelsson ve ark. 1997; Herron ve ark. 2001; Patterson ve ark. 2007; Kishi ve ark. 2011; Srivastava ve Tiwari 2011; Carmona-Navarro ve Pichardo-Martinez 2012). Samuelsson, Asberg ve Gustavsson (1997) tarafından İsveç'te psikiyatri hemşireleriyle (n:197) gerçekleştirilen araştırmaya göre, intihar eden hastaya daha çok bakım veren hemşirelerin tutumlarının daha empatik olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde psikiyatri hemşirelerinin intihara yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmaların kısıtlı olduğu görülmektedir: Demirkıran ve Eskin (2006) tarafından, doktor ve hemşirelerin (n:206) intihar eden kişilere yönelik terapötik ve terapötik olmayan tepkilerinin anlaşılması amacıyla yapılan çalışma ve Er'in (2013) hemşire, doktor ve acil tıp teknisyenleriyle (n:230) yaptığı ölçek geliştirme, geçerlik ve

güvenirlik çalışması bu kapsamdadır. Ancak, bu çalışmalarda yer alan hemşirelerin de psikiyatri hemşiresi olmadığı görülmektedir.

Bireylerin intihar girişiminde bulunma nedenlerinin psikiyatrik hastalık varlığıyla kesişmesi ya da davranışın kendisi, psikiyatri servislerinde yatırılarak izlemlerine yol açan akut bir durumdur. Bu durumun multidisipliner ekip içinde ele alınmasında, psikiyatri hemşirelerine de, hem psikiyatri servislerinde hem de toplum ruh sağlığı merkezlerinde önemli görevler düşmektedir. Hemşireler intihar davranışı gösteren ve intihar riski taşıyan bireylerle ilk karşılaşan kişilerdir (Osafo ve ark. 2012). Psikiyatri hemşireleri, intihar niyetinin ciddiyetini, intihar planını, intihar yönteminin uygunluğunu ve ölümcüllüğünü belirlemede önemli role sahiptir (Boyd 2002; Barker 2009; Townsend 2009). Hemşirelerin intihar riski taşıyan bireylere yardım edilebileceğinin ve durumun değiştirilebileceğinin mesajını vermeleri önemlidir ve bu mesajı verirken intihar riski taşıyan bireyleri yargılamamalı, kişiyi suçlayıcı tutum göstermemeli ve güven vermelidir (Videbeck 2004). İntihar durumunda acil müdahalede, uzun süreli tedavi ve psikoterapi sürecinde, intihar davranışı gösteren kişinin, güvenliğinin sağlanmasında, kendilik algısının gelişiminde, duygularını açıklamasında, kişilerarası ilişkilerini, yaşama umudunu ve varolma hissiyatını geliştirmede ve baş etme yöntemlerini öğrenmesinde psikiyatri hemşirelerinin sorumlulukları büyüktür (Boyd 2002; Videbeck 2004; Barker 2009; Townsend 2009). Nitelikli, etkin ve terapötik bakımın verilebilmesi için intihara yönelik tutumlar belirlenmeli ve olumsuz tutumlar belirlenerek tutum değişimi sağlanmalıdır (Aish ve ark. 2002; Patterson ve ark. 2007, Kool ve ark. 2014)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu tanımlayıcı ve kesitsel araştırma, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin intihara yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla, Temmuz - Eylül 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırma Soruları

1. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin intihara yönelik tutumları nelerdir?
2. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin intihara yönelik tutumları, bireysel, mesleki özellikleri ve intihar davranışları ile ilgili deneyimleri (bireysel/çevresel) açısından farklılık göstermekte midir?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, T.C.S.B. İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Hastane psikiyatri, nöroloji, nöroşirurji alanlarında poliklinik ve yataklı tedavi olmak üzere 1927 yılından beri hizmet vermektedir. Psikiyatri hastalarının tedavi ve bakım hizmetleri, kadın ve erkek akut ve kronik psikiyatri klinikleri, adli psikiyatri klinikleri, ergen&genç erişkin kliniği, acil psikiyatri ve çeşitli özelleşmiş poliklinikler, gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezi, yetişkin alkol&madde ve çocuk&ergen madde bağımlılığı kliniği kapsamında verilmektedir. Mevcut araştırma, akut kadın-erkek klinikleri ve gündüz hastanesi/rehabilitasyon merkezinde gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Temmuz - Eylül 2013 tarihleri arasında T.C.S.B. İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniklerinde (psikoz, adli, alkol&madde, ergen&genç erişkin, çocuk-ergen madde bağımlılığı tedavi ve eğitim merkezi, acil, kronik ve gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezi) çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırma süresinde, hastanedeki akut ve kronik kliniklerde, gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezinde görev yapan hemşire sayısı 199 idi. Kronik klinikler (38 hemşire) ve poliklinik birimleri (hemşire çalışmıyor) kurum yöneticilerinin uygun görmemesi nedeniyle araştırma kapsamına alınmamıştır. Bu durumda, çalışma evreni sayısı 161 olup , araştırmaya katılmayı kabul eden

akut klinikler ve gündüz hastanesi kapsamında 106 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. (Örneklemin evreni temsiliyet oranı % 65,8'dir).

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, literatür incelemesine dayalı ve uzman görüşü alınarak hazırlanan "Bilgi Formu" aracılığı ile toplanmıştır (EK-1).

Formun;

Bireysel ve mesleki özellikler bölümü 13 sorudan oluşmaktadır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalıştığı klinik ve sorumluluk düzeyi, psikiyatride çalışma süresi, intihar davranışı ile ilgili mesleki eğitim alma durumu&türü ve intihar davranışında bulunan hastaya verilen hemşirelik bakımının kalitesinin arttırılması için görüşlerinin belirlenmesine yönelik sorular (soru 1-9 ve 13) ile psikiyatri kliniğinde çalışmaktan memnuniyet düzeyini, çalıştığı klinikte intihar davranışında bulunan hastaya bakım verme sıklığını ve bakım vermede kendi yeterlik düzeyi algılamalarını belirlemeye yönelik Görsel Analog Skala (GAS) yapısında (0-10 arası) 3 sorudan (soru 10-12) oluşmaktadır.

İntihar ile ilgili deneyimler bölümü toplam 13 sorudan oluşmakta olup, bireyin kendisinin (yaşama son verme düşüncesi, planı, girişimi ve tedavi gereksinimi) ve çevresindekilerin intihar davranışlarının (8 soru-soru 14-21) yanısıra, intihar davranışının tanımı&nedeni, intihar davranışı olan hastaya karşı hissedilenler&yaklaşım ve intiharın önlenmesine yönelik yapılabilecekler (5 açık uçlu soru-soru 22-26) doğrultusundadır. Bu bölümü oluşturan sorular çoğunlukla, İntihara Yönelik Tutumlar Anketi (Salander-Renberg ve Jacobsson 2003; Öncü ve ark. 2008) kapsamına dayanmaktadır ve 2 açık uçlu soru da (soru 25 ve 26) uzman görüşü sonrasında eklenmiştir.

İntihar ile ilgili tutumlar bölümündeki 37 ifade, orijinali Salander-Renberg ve Jacobsson (2003) tarafından geliştirilen, Öncü ve ark. (2008) tarafından Türkçe uyarlaması gerçekleştirilen "İntihara Yönelik Tutumlar Anketi" nin çok boyutlu tutum alanlarının değerlendirilmesini kapsayan, 5'li likert tipi cevaplanan (1-"kesinlikle katılmıyorum", 5-"kesinlikle katılıyorum") tutum ifadeleridir. Orijinali, 10 faktörlü bir yapı gösteren tutum anketinin (Salander-Renberg ve Jacobsson 2003), Türkçe versiyonunda, 9 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Bu faktörler sırasıyla, ötenazi/intihar hakkı, önlenemezlik, anlaşılmazlık, normal/sıradanlık, yasaklama, ilişki nedeniyle, önlemeye hazır olmama, yalnızlık ve intihar süreci şeklindedir. Anket formundan toplam puan alınmamakta olup, her bir faktöre ait

ortalama puanlar belirlenerek, faktör toplam puanı ile yaygın tutum eğilimi ortaya konmaktadır. Anket formunun orijinalinde, 4. (İntihar girişimlerinin çoğu dürtüsel davranışlardır) ve 6. (Kişi bir defa intihar etmeye karar verirse onu kimse durduramaz) tutum sorularının puanlaması ters yönde yapılmaktadır. Tutum Anketi' nin geçerlik analizi, kabul edilir düzeyde geçerlik katsayısına sahip olduğunu göstermiştir.(İç tutarlık katsayısı 0,60 (Salander-Renberg ve Jacobsson 2003)- 0.82 (Öncü ve ark. 2008). Bu çalışmada, iç tutarlılık katsayısı 0,68 olarak belirlenmiştir.

"İntihara Yönelik Tutumlar Anketi" konu ile ilgili birçok ülkede (Gana, Nikaragua, Kamboçya, Norveç, İrlanda, İsveç, Litvanya, Macaristan, Avusturya, Slovenya,İran, Bangladeş, Güney Kore, Amerika, Rusya, İtalya, Avusturalya, Hindistan ve Türkiye), birçok çalışmada kullanılmış olup (Hjelmeland ve Knizek 2004; Öncü ve ark. 2005; Bhuiyan 2006; Rodriguez ve ark. 2006; Colucci ve Minas 2008; Mofidi ve ark. 2008; Öncü ve ark. 2008; Salander-Renberg ve ark. 2008; Farrow ve ark. 2009; Arnautovska ve Grad 2010; Knizek ve ark 2010; Skruibis ve ark. 2010; Jegannathan ve Kullgren 2011; Medina ve ark. 2011; Norheim, Grimholt ve Ekeberg 2013; Omma ve ark. 2013; Kim ve Park 2014), kullanımıyla ilgili en önemli özelliklerden biri, araştırmanın amacına uygun şekilde, formun tamamının ya da bazı bölümlerinin kullanılmasını, yahut, faktör yapısını doğrudan kullanmak yerine, maddelere ait yanıt ortalamalarının tek tek karşılaştırılmasını mümkün kılan esnekliğidir. Bu çalışmada da, "İntihara Yönelik Tutumlar Anketi" ifadelerinin değerlendirilmesinde, faktör analitik bir yaklaşım uygulanmamış, maddelere verilen yanıtların ortalamaları hesaplanarak karşılaştırmalarda kullanılmıştır. Bu tutumun benimsenmesinde, gerek formun Türkçe versiyonunun geliştirilmesini yapan araştırmacının önerisi, gerekse, formun faktör yapısının, aynı kültürde farklı örneklem gruplarında farklı eğilimler göstermesi rol oynamıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, Temmuz -Eylül 2013 ayları arasında, araştırmacı tarafından, örneklem kapsamındaki hemşirelerin, bilgi formunu öz bildirim yoluyla doldurması aracılığıyla toplanmıştır.

3.7. Etik Konular

Araştırmaya başlamadan önce, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'ndan kurum izni alınmıştır (EK-4).

Araştırma için etik kurul onayı, T.C. S. B. Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No:2013/06/06) (EK-3).

İntihara yönelik tutumlarla ilgili ifadelerin oluşturduğu "İntihara Yönelik Tutum Anketi"nin kullanılması için orijinal formu geliştiren kişi Prof. Dr. Ellinor Salander-Renberg' ten (İsveç) ve anketin Türkçe versiyonunu geliştiren yazarlar adına Prof. Dr. Bedriye Öncü'den, formun bu araştırmada kullanımı için elektronik ortamda yazılı izin alınmıştır (EK-5).

Bilgi Formu'nun doldurulması, gönüllülük esasına dayandırılmıştır. Araştırmanın amacı örneklem kapsamındaki hemşirelere açıklanarak sözlü&yazılı onamları alınmıştır (EK-6). Formun doldurulması sırasında, katılımcıların "Bilgi Formu" hakkındaki soruları ayrı bir zaman süresinde cevaplandırılmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler, windows için SPSS (Version 19.0, Armonk, NY) programı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde, tanımlayıcı istatistikler, nitel ve normal dağılıma uymayan verilerde nonparametrik istatistiksel testler kullanılmıştır. Tablo 3-1'de değişkenler ve kullanılan istatistiksel testler belirtilmiştir. İntihar davranışı ile ilgili deneyimlerin tutumlarla karşılaştırılmasında, grup sayısını azaltmak amacıyla kategoriler birleştirilmiştir. Ayrıca, grup karşılaştırmalarında, istatistiksel olarak anlamlı sonuç ($p \leq 0,05$) elde edilen intihara yönelik tutum anketi maddeleri tablolaştırılmıştır.

Tablo 3-1: İstatistiksel Analizde Kullanılan Testler

- Hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri - İntihar davranışı ile ilgili deneyimler - İntiharla ilgili tutumlar	Frekans Yüzdelik dağılım Aritmetik ortalama Standart sapma Aralık Minimum-maksimum değerler
- Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerinin intiharla ilgili tutum ifadeleriyle karşılaştırılması - Hemşirelerin yaşı, psikiyatri çalışma deneyimi/memnuniyet düzeyi, intihar davranışında bulunan hastaya bakım verme sıklığı ve intihar davranışında bulunan hastaya bakım vermede yeterlilik düzeyi ile tutum ifadeleri arasındaki ilişki	Kruskal Wallis Mann Whitney U Spearman Korelasyon Analizi
- Hemşirelerin intihar davranışı ile ilgili deneyimlerinin (kendi ve çevresinin) intiharla ilgili tutum ifadeleriyle karşılaştırılması	Mann Whitney U
- Hemşirelerin "İntihar davranışının nedeni&tanımı, intihar davranışında bulunan hastaya karşı hissettikleri&yaklaşım, intiharın önlenmesinde yapılabilecekler" kapsamında görüşlerinden oluşan açık uçlu sorular	Tanımlayıcı İçerik Analizi

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sonuçları, araştırma kapsamındaki kurum ve örneklemle sınırlıdır.

İntihar davranışının sorgulanmasında, bireysel mahremiyet hassasiyetine bağlı kendini tam olarak ifade edememe ve/veya toplumsal açıdan uygun görülen-beklenen yanıtların verilmiş olması eğilimi söz konusu olabilir.

Araştırma kapsamında, çalışmaya alınma kriteri olarak çalışma süresi tanımlanmamıştır.

"İntihara Yönelik Tutum Anketi" nin ölçek yapısındaki belirsizlikler nedeniyle faktör analizinde uyumsuzluklar gözlenmiştir.

4. **BULGULAR**

Araştırmadan elde edilen bulgular 6 bölümde sunulmuştur:

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin,

1. Kişisel/mesleki özellikleri (Tablo 4-1 ve 4-2)
2. İntihar davranışı ile ilgili deneyimleri (Şekil 1-2 ve Tablo 4-3)
3. İntihara yönelik tutumları (Tablo 4-4)
4. Kişisel/mesleki özellikleri ve intihar davranışı ile ilgili deneyimlerinin, intihara yönelik tutumları üzerine etkisi (Tablo 4-5 / Tablo 4-13 arası).
5. Kişisel/mesleki özelliklerinin intihara yönelik tutumlarla ilişkisi (Tablo 4-14)
6. İntihar davranışının nedeni&tanımı, intihar davranışında bulunan hastaya karşı hissedilenler&yaklaşım, intiharın önlenmesinde yapılabilecekler kapsamında görüşlerinin içerik analizi

4.1. Kişisel/Mesleki Özellikler

Araştırma kapsamında, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin yaş ortalaması 34,77±7,93 (Aralık: 22-56) olup, kişisel ve mesleki özellikleri Tablo 4-1 ve 4-2'de gösterilmiştir:

Tablo 4-1: Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özellikleri (N=106)

Kişisel/Mesleki Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	**92**	**86,8**
	Erkek	14	13,2
Medeni Durum	Evli	**65**	**61,3**
	Bekar	41	38,7
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	14	13,2
	Ön Lisans	31	29,2
	Lisans	**45**	**42,5**
	Lisansüstü	16	15,1
Çalıştığı Klinik	Akut Psikoz	**54**	**50,9**
	Adli Servis	21	19,8
	Alkol- Madde	15	14,2
	Diğer(Acil Servis, Gündüz Hastanesi, Ergen&Genç Erişkin Psikiyatrisi)	16	15,1
Sorumluluk Düzeyi	Servis Hemşiresi	**92**	**86,8**
	Sorumlu Hemşire	14	13,2
İntihar davranışı ile ilgili mesleki eğitim alma durumu	Evet	24	22,6
	Hayır	**82**	**77,4**
Eğitimin Türü	Teorik	**24**	**22,6**
	Uygulamalı	0	0
İntihar davranışında bulunan hasta bakımının kalitesinin arttırılması için gerekenler*	İntihar Davranışı ile İlgili Eğitimler	**70**	**66**
	İntihar Davranışı ile İlgili Süpervizyon	60	56,6
	İntihar Davranışında Bulunan Hastaya Bakım ve Tedavi Rehberleri	**63**	**59,4**
	Diğer**	3	2,7
Toplam		106	100

*Birden fazla yanıt işaretlenmiştir.

**Metin içinde açıklanmıştır.

Hemşirelerin, kişisel ve mesleki özellikleri incelendiğinde (Tablo 4-1); büyük çoğunluğunun (%86,8) (n:92) kadın, yarıdan fazlasının (%61,3) (n:65) evli olduğu, %42,5'i (n:45) lisans mezunu olup, hemen hemen yarısının (%50,9) (n:54) akut psikoz kliniklerinde çalıştığı belirlenmiştir. Büyük çoğunluğu (%86,8) (n:92), servis hemşiresi olarak görev yapan hemşirelerin, %77,4'ü (n:82), intihar davranışı ile ilgili mesleki bir eğitime katılmadığını belirtmiştir. Konuyla ilgili mesleki eğitim alanlar (n:24; %22,6), eğitimlerin teorik yönelimli olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, intihar davranışında bulunan hastaya verilen hemşirelik bakımının kalitesinin artırılmasında, örneklemin yarıdan fazlası tarafından, intihar davranışı ile ilgili eğitimlere gerek olduğu belirtilmiştir. İntihar davranışı ile ilgili süpervizyon (n:60; %56,6) ve bakım&tedavi rehberleri gereksiniminin (n:63; %59,4) de, katılımcıların yarısından fazlası tarafından ifade edildiği belirlenmiştir. Bu soruya, diğer seçeneği kapsamında, bir (1) kişi (% 0,9), çalışanlara psikoterapi eğitimi verilmesinin, bir (1) kişi (% 0,9), fiziksel ortam koşullarının düzeltilmesinin, bir (1) kişi (% 0,9) de, çalışanlara intihar temalı film gösterimi yapılmasının gerekliliğini ifade etmiştir.

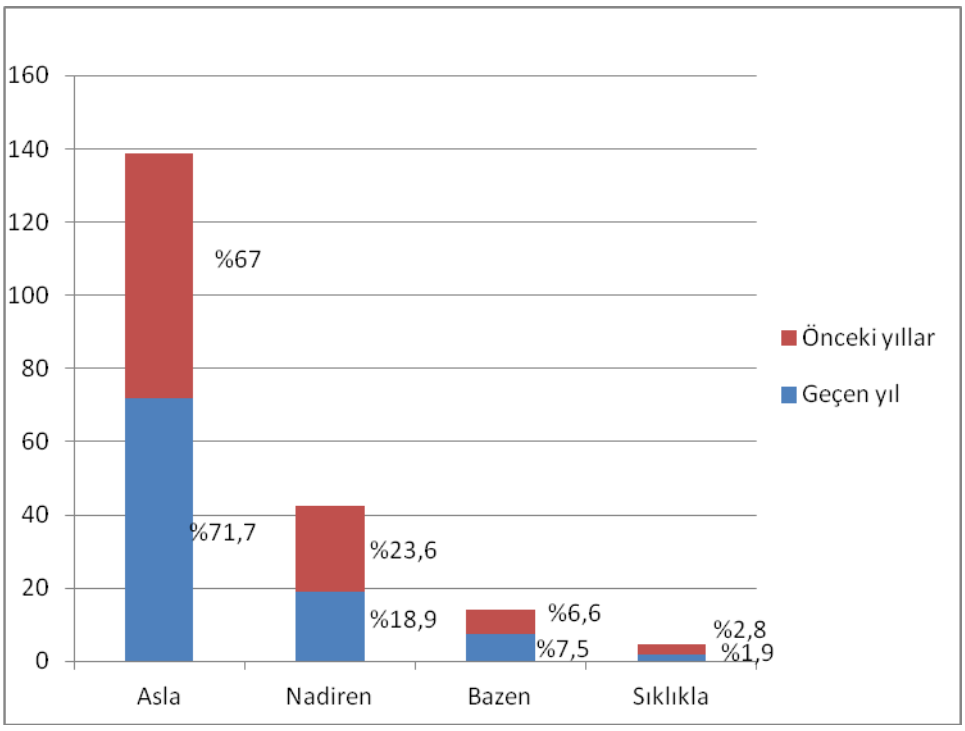
Tablo 4-2: Hemşirelerin Psikiyatri ve İntihar Davranışında Bulunan Hasta ile İlgili Deneyimleri, Bakım Verme Sıklıkları ve Yeterlilik Düzeyleri (N=106)

	$\bar{x}$ /±SS	Aralık (Minimum-Maksimum)
Psikiyatride Çalışma Süresi	99,12±95,55	2-396 ay
Psikiyatri Kliniğinde Çalışmaktan Memnuniyet Düzeyi	5,65±2,74	0-10
İntihar Davranışında Bulunan Hastaya Bakım Verme Sıklığı	5,82±2,95	0-10
İntihar Davranışında Bulunan Hastaya Bakım Vermede Yeterlilik Düzeyini Algılama	5,92±2,01	0-10

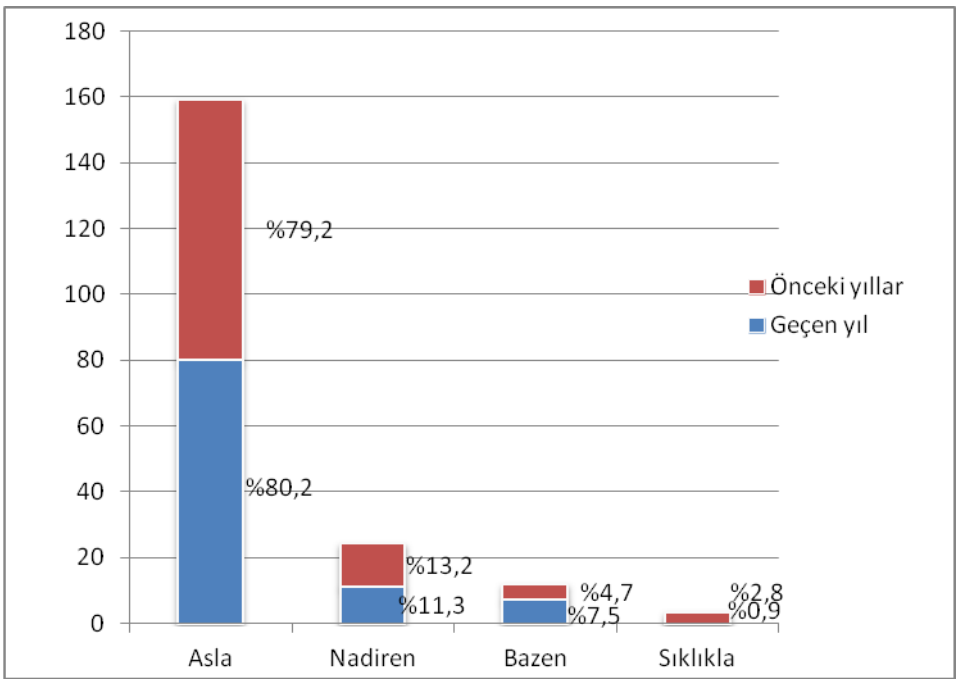
Hemşirelerin, psikiyatride çalışma süresi ortalaması 99,12±95,55 (yaklaşık 8 yıl) (Aralık: 2-396 ay) olarak belirlenmiştir. Psikiyatride çalışma deneyimi açısından, psikiyatri kliniğinde çalışmaktan memnuniyet düzeyleri ortalaması 5,65±2,74 (Aralık: 0-10) şeklindedir. İntihar davranışında bulunan hasta ile ilgili deneyimleri açısından, hemşirelerin çalıştıkları klinikte intihar davranışında bulunan hastaya bakım verme sıklığı ortalaması 5,82±2,95 (Aralık: 0-10) ve bu tür davranışları olan hastaya bakım vermede kendi yeterlilik düzeylerini algılama ortalaması ise 5,92±2,01 (Aralık: 0-10)'dir. (Tablo 4-2).

4.2. İntihar Davranışı İle İlgili Deneyimler

Şekil 1: Hemşirelerin İntihar Düşünceleri (N=106)



Şekil 2: Hemşirelerin İntihar Planları (N=106)



Hemşirelerin, intihar davranışı ile ilgili deneyimleri, intihar düşüncesi ve planı açısından incelendiğinde (Şekil 1 ve 2), intihar düşüncesi ve planının kesinlikle olmadığını belirten hemşire oranının yüksekliği-intihar planı yönünde daha yüksek olmak üzere- dikkat çekmektedir (İntihar düşüncesi: geçen yıl (%71,7, n:76); önceki yıllar (%67, n:71)/ İntihar planı: geçen yıl (%80,2, n:85); önceki yıllar (%79,2, n:84).

Ayrıca, örneklemi oluşturan hemşirelerin hemen hemen tamamı (%96,2; n: 102), yaşamını sonlandırma girişiminde bulunmamıştır. Bu soruya "evet" yanıtını veren dört (4) kişiden (% 3,8), sadece biri (1; % 0,9), psikoterapi gördüğünü belirtmiştir. İki (2; %1,9) kişi, tedavi almama nedenini belirtmezken, bir (1; % 0,9) kişi ise, tedaviye gerek görmediğini ifade etmiştir.

Tablo 4-3: Hemşirelerin Çevresel İntihar Deneyimleri

Yakınlık \ İntihar Deneyimi		Geçmiş						(Şimdi) İntihar Düşüncesi*	
		İntihar Girişimi*		İntihar Düşünce/Plan/ Tehdit*		Tamamlanmış İntihar*			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Aile	Anne/Baba	1	0,9	1	0,9	0	0	0	0
	Kardeş	3	2,8	1	0,9	0	0	2	1,9
	Çocuklar	1	0,9	1	0,9	0	0	0	0
	Eş/Partner	1	0,9	**7**	**6,6**	0	0	0	0
Diğerleri	Diğer Akrabalar	11	10,4	7	6,6	1	0,9	8	7,5
	Arkadaşlar	**22**	**20,8**	**13**	**12,3**	**3**	**2,8**	**11**	**10,4**
	İş/okul arkadaşları	**24**	**22,6**	**10**	**9,4**	0	0	8	7,5

*Sadece evet yanıtları belirtilmiştir.

Aile ve diğerleri kapsamında hemşirelerin geçmiş ve şimdiye dair çevresel intihar deneyimleri incelendiğinde (Tablo 4-3), yakın ve sosyal çevre kapsamında, intihar davranışı deneyiminin düşük olduğu öne çıkmakla birlikte, geçmişte, intihar girişimi&intihar düşüncesi/planı/tehdidinin, "arkadaşlar/iş/okul arkadaşları" kapsamında yüksek oranda olduğu, davranışa dair her iki zaman boyutunda, "aile" çevresinden olguların oldukça az olduğu, sadece, intihar düşüncesi/planı/tehdidinin "eş/partner" kapsamında yüksek oranda olduğu dikkati çekmiştir (%6,6; n:7). Hemşirelerin bildirimlerine göre, "aile"lerinde tamamlanmış intihar olgusu hiç yoktur. Bununla beraber, üç (3; %2,8) hemşire tarafından "arkadaşlar" boyutunda tamamlanmış intihar olduğu bildirilmiştir. İki (2;%1,9) hemşire tarafından "kardeş"lerinde şu anda intihar düşüncesi olduğunun belirtilmesinin dışında, "aile" kapsamında bu durumun hiç bulunmadığı görülmüştür. "Diğerleri" boyutunda ise, şu anda intihar düşüncesinin, "arkadaşlar"da bulunma oranı yüksektir (% 10,4; n:11).

4.3. İntihara Yönelik Tutumlar

Hemşirelerin intihar davranışı ile ilgili tutum ifadelerine verdikleri yanıtların ortalaması ve dağılımı Tablo 4-4’te sunulmuştur.

Tablo 4-4: Hemşirelerin İntihara Yönelik Tutumları (N=106)

	Sıklık / İfadeler	K. Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		K. Katılmıyorum		$\bar{x}$	±SS
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Önlenemezlik	M1:İntihar düşünceleri olan kişiye yardım etmek her zaman mümkündür.	20	18,9	**35**	**33**	24	22,6	20	18,9	7	6,6	3,39	1,18
	M6:Kişi bir defa intihar etmeye karar verirse onu kimse durduramaz	18	17	**46**	**43,4**	18	17	14	13,2	10	9,4	3,45	1,19
	M21:Bir kez intiharı düşünen kişi bu düşüncesinden asla vazgeçmez.	2	1,9	11	10,4	19	17,9	**53**	**50**	21	19,8	2,25	0,95
	M37:İntihar engellenebilir.	28	26,4	**49**	**46,2**	20	18,9	7	6,6	2	1,9	**3,89**	0,93
Anlaşılmazlık	M2:İntihar asla onaylanamaz	**42**	**39,6**	23	21,7	22	20,8	18	17	1	0,9	**3,82**	1,16
	M18:İntihar bazen intihar eden için rahatlama olabilir	2	1,9	12	11,3	31	29,2	**36**	**34**	25	23,6	2,34	1,02
	M19:Yaşamak için çok nedenleri olması gerektiği halde gençlerin intihar etmesi anlaşılmazdır.	14	13,2	**35**	**33**	17	16	**35**	**33**	5	4,7	3,17	1,16
	M27:Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum.	8	7,5	27	25,5	**30**	**28,3**	**29**	**27,4**	12	11,3	2,91	1,13
Normal-Sıradanlık	M15:Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur.	7	6,6	27	25,5	22	20,8	**37**	**34,9**	13	12,3	2,79	1,15
	M17:Gerçekte intihar etmeye niyetim olmadığı halde kendimi öldüreceğimi söyleyebilirim.	3	2,8	12	11,3	13	12,3	33	31,1	**45**	**42,5**	2,01	1,12
	M31:Herkes intihar edebilir.	14	13,2	**35**	**33**	23	21,7	23	21,7	11	10,4	3,17	1,21

Tablo 4-4: Hemşirelerin İntihara Yönelik Tutumları (N=106)-devamı 1

	Sıklık / İfadeler	K. Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		K. Katılmıyorum		$\bar{x}$	±SS
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Yasaklama-Tabu	M11:Bir kişiye intiharla ilgili soru sorarsanız onun intihar fikirlerini uyandırma riski vardır.	6	5,7	23	21,7	29	27,4	**40**	**37,7**	8	7,5	2,80	1,04
	M12:İntihar tehditleri yapan kişiler bunu nadiren gerçekleştirmiştir.	7	6,6	**51**	**48,1**	27	25,5	19	17,9	2	1,9	3,40	0,92
	M13:İntihar hakkında konuşulmaması daha iyidir.	2	1,9	23	21,7	22	20,8	**47**	**44,3**	12	11,3	2,58	1,01
	M22:İntihar öncesinde uyarıcı işaretler yoktur.	2	1,9	17	16	22	20,8	**55**	**51,9**	10	9,4	2,49	0,93
	M23:Pek çok insan intihar hakkında konuşmaktan kaçınır.	4	3,8	**44**	**41,5**	27	25,5	28	26,4	3	2,8	3,17	0,96
	M33:İntihar hakkında konuşan kişiler intihar etmezler.	1	0,9	18	17	32	30,2	**46**	**43,4**	9	8,5	2,58	0,90
Yalnızlık	M14:Benim için yalnızlık hayatıma son vermem için bir neden olabilir.	1	0,9	1	0,9	10	9,4	41	38,7	**53**	**50**	**1,64**	0,77
	M25:Aslında insanları intihara sürükleyen yalnızlıktır.	2	1,9	22	20,8	19	17,9	**45**	**42,5**	18	17	2,48	1,06
Önlemeye Hazır Olmama	M8:İntihar eden kişiler genellikle akıl hastasıdır.	3	2,8	6	5,7	16	15,1	**53**	**50**	28	26,4	2,08	0,94
	M9:Birinin intihar etmesini engellemeye çalışmak insanlık görevidir.	**33**	**31,1**	**57**	**53,8**	9	8,5	7	6,6	0	0	**4,09**	0,81
	M24:Eğer biri yaşamına son vermeyi istiyorsa, bu onu ilgilendirir ve diğerleri buna müdahale etmemelidir.	3	2,8	5	4,7	6	5,7	42	39,6	**50**	**47,2**	**1,76**	0,96
	M30:İntihar krizi içindeki bir kişiye onunla iletişim kurarak yardım etmeye hazırlıklıyım.	18	17	**47**	**44,3**	27	25,5	10	9,4	4	3,8	3,61	1,00

Tablo 4-4: Hemşirelerin İntihara Yönelik Tutumları (N=106)-devamı 2

	Sıklık / İfadeler	K. Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		K. Katılmıyorum		$\bar{x}$	±SS
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ötenazi-İntihar Hakkı	M3:İntihar etmek bir insanın akrabalarına yapacağı en büyük kötülüklerden biridir	24	22,6	**38**	**35,8**	15	14,2	21	19,8	8	7,5	**3,46**	1,25
	M5:İntihar tedavi edilemez bir acıyı sonlandırmak için bir çözüm yolu olarak kabul edilmelidir.	0	0	14	13,2	16	15,1	**39**	**36,8**	**37**	**34,9**	2,07	1,01
	M16:İntiharın tek çözüm olduğu durumlar vardır	1	0,9	4	3,8	18	17	41	38,7	**42**	**39,6**	**1,88**	0,89
	M20:Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı yaşamıma son verme olasılığını düşünebilirdim.	2	1,9	16	15,1	27	25,5	**31**	**29,2**	30	28,3	2,33	1,10
	M29:Ciddi ve iyileşemez bir hastalıktan yakınan ve ölme isteğini söyleyen kişiye yaşamına son vermede yardım edilmelidir.	5	4,7	17	16	22	20,8	19	17,9	**43**	**40,6**	2,26	1,27
	M32:Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan bir kişinin intihar etmesini anlayabilirim.	5	4,7	**27**	**25,5**	**32**	**30,2**	**28**	**26,4**	14	13,2	2,82	1,10
	M34:İnsanlar kendi yaşamlarını sonlandırma hakkına sahip olmalıdırlar.	3	2,8	11	10,4	24	22,6	31	29,2	**37**	**34,9**	2,17	1,10
	M36:Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı intihar etmem için bana yardım edilmesini isterdim.	10	9,4	18	17	27	25,5	23	21,7	**28**	**26,4**	2,61	1,29
İntihar Süreci	M4:İntihar girişimlerinin çoğu dürtüsel davranışlardır	3	2.8	28	26,4	26	24,5	**39**	**36,8**	10	9,4	2,76	1,03
	M10:İntihar eden bir kişi uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır.	13	12,3	**40**	**37,7**	27	25,5	22	20,8	4	3,8	3,34	1,05
	M28:Kişi intiharı düşünürken genellikle ne olup ne bittiğine dair yakınlarının bir fikri yoktur.	9	8,5	**34**	**32,1**	33	31,1	28	26,4	2	1,9	3,19	0,98

Tablo 4-4: Hemşirelerin İntihara Yönelik Tutumları (N=106)-devamı 3

	Sıklık / İfadeler	K. Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		K Katılmıyorum		$\bar{x}$	±SS
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
İlişki Nedeniyle	M7:Birçok intihar girişimi bir başkasını cezalandırma veya intikam için yapılır.	10	9,4	**36**	**34**	27	25,5	28	26,4	5	4,7	3,17	1,07
	M26:İntihar girişimi gerçekte bir yardım çığlığıdır.	25	23,6	**45**	**42,5**	24	22,6	9	8,5	3	2,8	**3,75**	1,00
	M35:Birçok intihar girişiminin nedeni yakın bir kişiyle olan çatışmalardır.	2	1,9	**33**	**31,1**	**34**	**32,1**	**32**	**30,2**	5	4,7	2,95	0,94

Madde sayısının çokluğu göz önünde tutularak, maddelerin temsil ettikleri anlamları göstermesi ve bu sayede, sonucun yorumlanmasına açıklık sağlaması amacıyla, İntihara Yönelik Tutumlar formunun faktör isimleri Tablo 4-4'e eklenmiştir.

"Önlenemezlik" başlığı altında, örneklemin yarısı, "Bir kez intiharı düşünen kişi, bu düşüncesinden asla vazgeçmez" (madde 21) ifadesine katılmadıklarını belirtirken, yarıya yakını (%46,2; n=49) "İntiharın engellenebileceği"ne (madde 37); üçte biri, (%33; n=35), "İntihar düşünceleri olan kişiye yardım etmenin her zaman mümkün olduğuna" (madde 1) katıldığını belirtmiştir. Öte yandan, hemşirelerin %43,4'ü (n=46) ise, "Kişi bir defa intihar etmeye karar verirse, onu kimse durduramaz" (madde 6) görüşüne onay vermiştir. Maddelere ait ortalamalar açısından, "İntihar engellenebilir"ifadesinin ortalamasının $\bar{x}$=3,89 ±0,93 ile en yüksek olduğu ve "Bir kez intiharı düşünen kişi bu düşüncesinden asla vazgeçmez" ifadesinin (madde 21), $\bar{x}$= 2,25± 0,95 en düşük olduğu saptanmıştır.

"Anlaşılmazlık" faktörü altında, gerek yüzde oranı, gerekse ortalama açısından, "İntihar asla onaylanamaz" ifadesine (madde 2), katılım gösterenlerin yüksek oluşu dikkat çekicidir. (Kesinlikle katılıyorum: %39,6, n=42 ;Katılıyorum:%21,7 n=23, $\bar{x}$=3,82±1,16). "Yaşamak için çok nedenleri olması gerektiği halde gençlerin intihar etmesi anlaşılmazdır" (madde 19) ifadesine onay verenler ve onay vermeyenler aynı oranlarda olmakla beraber (%33, n=35), maddeye ait ortalamanın da işaret ettiği gibi ($\bar{x}$=3,17±1,16), araştırma kapsamındaki hemşireler, gençlerin intihar etmesine reddedici bir tutum sergilemektedir. "Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlayamıyorum" ifadesinde (madde 27), kararsız olanların (%28,3, n=30) ve onay vermeyenlerin (%27,4, n=29) oranlarının birbirine yakın ve diğer seçenekler arasında yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, "İntiharın bazen intihar eden için rahatlama olabileceği" ifadesine (madde18), hemşirelerin üçte biri (n=36; %34) onay vermemiş olup madde ortalamasının düşük olduğu ($\bar{x}$=2,34±1,02) belirlenmiştir.

"Normal/sıradanlık" faktörü kapsamında, "Gerçekte intihar etmeye niyetim olmadığı halde, kendimi öldürebileceğimi söyleyebilirim" (madde 17) (K. Katılmıyorum: %42,5, n=45, $\bar{x}$=2,01±1,12) ve "Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur" (madde 15) (Katılmıyorum: %34,9, n=37 , $\bar{x}$=2,79±1,15) ifadelerine hemşirelerin çoğunlukla onay vermedikleri görülmüştür. Bununla beraber, hemşirelerin üçte biri de (Katılıyorum: %33, n=35, $\bar{x}$=3,17±1,21), "Herkesin intihar edebileceği"ne (madde 31) onay vermektedir.

“Yasaklama-Tabu” faktör grubunda, hemşirelerin, “İntihar öncesinde uyarıcı işaretlerin olmadığına” (madde 22) (Katılmıyorum: %51,9, n=55), “İntihar hakkında konuşulmamasının daha iyi olduğuna” (madde 13) (Katılmıyorum %44,3, n=47), “İntihar hakkında konuşan kişilerin intihar etmeyeceğine” (madde 33) (Katılmıyorum %43,4, n=46), ve “Bir kişiye intiharla ilgili soru sorulursa, intihar fikirlerini uyandırma riskinin varolduğuna (madde 11) (Katılmıyorum %37,7, n=40), çoğunlukla inanmadıkları görülmüştür. Madde ortalamalarının düşüklüğü de bu durumu desteklemektedir. Fakat, “İntihar hakkında konuşan kişiler intihar etmezler” ifadesinin (madde 33) hemşirelerin % 30,2’sinde (n=32) “kararsız”lık duygusu oluşturduğu da görülmüştür. Öte yandan, hemşireler, “İntihar tehditleri yapan kişilerin bunu nadiren gerçekleştirebileceklerini” (madde 12) (Katılıyorum %48,1, n=51) ve “Pekçok insanın da intihar hakkında konuşmaktan kaçınacağını” (madde 23) (Katılıyorum %41,5, n=44) düşünmektedir.

“Yalnızlık” faktörü kapsamında, hemşirelerin yarısı (%50, n=53, $\bar{x}$=1,64±0,77), “Yalnızlığı, kendi hayatlarını sonlandırma nedeni olarak” (madde 14) görmemektedir. Aynı zamanda, hemşireler, “Diğer insanları intihara sürükleyen sebebin de yalnızlık olmadığını” (madde 25) çoğunlukla düşünmektedir (Katılmıyorum: n=45, %42,5, $\bar{x}$=2,48±1,06).

“Önlemeye Hazır Olmama” faktörü açısından, hemşirelerin yarısı, “İntihar eden kişilerin genellikle akıl hastası olmadığını” (madde 8) düşünmekte olup (Katılmıyorum: n=53, %50, $\bar{x}$=2,08±0,94), “Eğer biri yaşamına son vermeyi istiyorsa, bu onu ilgilendirir ve diğerleri buna müdahale etmemelidir” (madde 24), ifadesine kesin olarak onay vermemektedir (K. Katılmıyorum:%47,2, n=50, $\bar{x}$=1,76±0,96). “Birinin intihar etmesini engellemeye çalışmanın insanlık görevi olduğu” (madde 9) (Katılıyorum: %53,8, n=57) ve “İntihar krizi içindeki bir kişiyle iletişim kurarak yardım etmeye hazırlıklı olunduğu” (madde 30) (Katılıyorum: %44,3, n=47), hemşirelerin çoğunluğu tarafından onaylanmıştır. Bu iki maddeye ait ortalamalar da, tüm değerler arasında en yüksek ortalamalardır. Fakat, “İntihar krizi içindeki bir kişiyle iletişim kurarak yardım etmeye hazırlıklı olunması” (madde 30) konusunda, dörtte birinin “kararsızlık” yaşadığı da dikkati çekmektedir (%25,5, n=27).

“Ötenazi-İntihar Hakkı” kapsamındaki ifadelere, hemşirelerin çoğunlukla katılım göstermedikleri ve tüm faktörler arasında, en fazla onay vermeme durumunun bu faktörde olduğu görülmüştür. Yüksek onaylamama eğiliminin, “Ciddi ve iyileşemez bir hastalıktan yakınan ve ölme isteğini söyleyen kişiye yaşamına son vermede yardım edilmelidir” (madde 29) (K. Katılmıyorum: %40,6, n=43, $\bar{x}$=2,26 ±1,27), “İntiharın tek çözüm olduğu durumlar

vardır" (madde 16) (K. Katılmıyorum: %39,6, n=42, $\bar{x}$=1,88±0,89), "İntihar tedavi edilemez bir acıyı sonlandırmak için bir çözüm yolu olarak kabul edilmelidir" (madde 5) (K. Katılmıyorum: %34,9, n=37 $\bar{x}$=2,07±1,01) ve "İnsanlar kendi yaşamlarını sonlandırma hakkına sahip olmalıdır" (madde 34) (K. Katılmıyorum: %34,9, n=37, $\bar{x}$=2,17±1,10) ifadelerinde olduğu dikkati çekmiştir. Öte yandan, hemşirelerin üçte biri (%35,8 , n=38), "İntihar etmenin, bir insanın akrabalarına yapacağı en büyük kötülük olduğunu düşünürken"(madde 3), "Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan bir kişinin intihar etmesini anlama" (madde 32) konusunda, kararsız kalan, onay veren/onay vermeyen eğilimlerin birbirine yakın oluşu dikkati çekmiştir. Ayrıca, "Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı yaşamıma son verme olasılığını düşünebilirdim" (madde 20) ve "Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı intihar etmem için bana yardım edilmesini isterdim" (madde 36) ifadelerinde de, kararsızım ve katılmıyorum yanıtlarında birbirine yakınlık dikkati çekmiştir.

"İntihar süreci" faktörüne ait maddelerde, hemşireler, "İntihar girişimlerinin çoğunun dürtüsel davranışlar olmadığına" (madde 4) Katılmıyorum: %36,8, n=39, $\bar{x}$=2,76±1,03), "İntihar eden kişinin uzun süredir düşündüğü bir şeyi yaptığına" (madde 10) (Katılıyorum: %37,7, n=40, $\bar{x}$=3,34 ±1,05) inanmaktadır. "Kişi intiharı düşünürken genellikle ne olup ne bittiğine dair yakınlarının bir fikri yoktur" (madde 28) görüşünde ise, onay veren/kararsız kalan/onay vermeyen oranlarının yakınlığı görülmüştür.

"İlişki nedeniyle" faktörü kapsamında, hemşirelerin çoğunluğu, "İntihar girişiminin gerçekte bir yardım çığlığı olduğunu" (madde 26) düşünmektedir (Katılıyorum: %42,5, n=45, $\bar{x}$=3,75±1,00). Üçte biri, "Birçok intihar girişiminin bir başkasını cezalandırma veya intikam için yapıldığını" (madde 7) düşünmektedir (Katılıyorum: %34, n=36, $\bar{x}$=3,17±1,07). "Birçok intihar girişiminin nedeninin yakın bir kişiyle olan çatışmalar olduğu" (madde 35) görüşünde ise, hemşirelerin net olmadığı, onay veren/kararsız/onay vermeyen oranlarının birbirine yakın olmasından ve madde ortalamasından anlaşılmaktadır.

4.4. İntihara Yönelik Tutumlar Üzerinde, Kişisel/Mesleki Özellikler ve İntihar Davranışı ile İlgili Deneyimlerin Etkisi

Bu bölümde intihara yönelik tutumlar üzerinde önce kişisel/mesleki özelliklerin, daha sonra ise intihar davranışı ile ilgili deneyimlerin etkisinden bahsedilecektir.

4.4.1. **Kişisel/Mesleki Özelliklerin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi**

Araştırmamız kapsamındaki hemşirelerin, “intihar davranışı ile ilgili mesleki bir eğitime katılma durumu” dışındaki ($p>0,05$) kişisel/mesleki özelliklerinin bazı tutum ifadelerine katılım durumları üzerinde etkisi olduğu belirlenmiş ve Tablo4-5/4-7 arasında sunulmuştur:

Tablo 4-5: Kişisel/Mesleki Özelliklerin (Cinsiyet, Medeni Durum ve Sorumluluk Düzeyi) İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi[1] (N:106)

Kişisel&Mesleki Özellikler / İfadeler	Cinsiyet								Medeni Durum								Sorumluluk Düzeyi							
	Kadın (n:92)			Erkek(n:14)			Z_{mw}	p	Evli (n=65)			Bekar (n=41)			Z_{mw}	p	Servis hemşiresi (n=92)			Sorumlu hemşire (n=14)			Z_{mw}	p
	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS			Mean Rank	$\bar{x}$	±SS	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS			Mean Rank	$\bar{x}$	±SS	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS		
M2:İntihar asla onaylanamaz	50,40	3,71	1,15	73,87	4,57	0,93	-2,787	**0,005***																
M19:Yaşamak için çok nedenleri olması gerektiği halde gençlerin intihar etmesi anlaşılmazdır.	50,79	3,07	1,13	71,29	3,86	1,16	-2,420	**0,01****																
M37:İntihar engellenebilir	50,45	3,79	0,94	73,54	4,50	0,65	-2,797	**0,005***																
M10:İntihar eden bir kişi uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır									48,36	3,15	1,07	61,65	3,63	0,96	-2,260	**0,02****								
M14:Benim için yalnızlık hayatıma son vermem için bir neden olabilir									48,96	1,52	0,70	60,70	1,83	0,83	-2,118	**0,03****								
M32:Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan bir kişinin intihar etmesini anlayabilirim									48,35	2,63	1,00	61,67	3,12	1,18	-2,247	**0,02****								
M28:Kişi intiharı düşünürken genellikle ne olup ne bittiğine dair yakınlarının bir fikri yoktur																	55,75	3,26	1,00	38,71	2,71	0,72	-2,016	**0,04****

*p≤0,01 **p<0,05

[1] İstatistiksel olarak anlamlı sonuç olan tutumlar tabloda belirtilmiştir.

Tablo 4-5 incelendiğinde, cinsiyet açısından intihara yönelik tutum ifadelerinden, 2., 19. ve 37. maddelere verilen yanıtlarda farklılıklar olduğu görülmüştür: Erkek hemşireler, ”İntihar asla onaylanmaz” (madde 2) (Zmw:-2,787/ p<0,01), “Yaşamak için çok nedenleri olması gerektiği halde, gençlerin intihar etmesi anlaşılmazdır” (madde 19) (Zmw=-2,420/p=0,01), “İntihar engellenebilir” (madde 37) (Zmw=-2,797/ p<0,01) ifadelerine kadınlara göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla katılım göstermiştir.

“İntihar eden bir kişi uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır” (madde 10) (Zmnu=-2,260/ p<0,05) ve “Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan bir kişinin intihar etmesini anlayabilirim” (madde 32) (Zmnu=-2,247/ p<0,05) ifadelerine, bekar hemşirelerin, evlilere göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla katılım gösterdikleri görülmüştür. “Benim için yalnızlık hayatıma son vermem için bir neden olabilir” (madde 14) ifadesine katılmama oranının ise, evlilerde bekarlara göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlenmiştir (Zmnu=-2,118/ p<0,05).

“Kişi intiharı düşünürken genellikle ne olup ne bittiğine dair yakınlarının bir fikri yoktur” (madde 28) ifadesine, servis hemşirelerinin sorumlu hemşirelere göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla katılım gösterdikleri görülmüştür (Zmw=-2,016/ p<0,05).

Tablo 4-6: Kişisel/Mesleki Özelliklerin(Eğitim Durumu, Çalıştığı Servis) İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi[1] (N:106)

Kişisel/Mesleki Özellikler / İfadeler	Eğitim Durumu (n:106)									X kw	p	Çalıştığı Servis (n:106)												X kw	p
	Lise/Ön lisans (n=45)			Lisans (n=45)			Lisans üstü (n=16)					Akut Servis (n=54)			Adli Servis (n=21)			Alkol-Madde Servisi (n=15)			Diğer Servisler (n=16)				
	Mean rank	$\bar{x}$	±SS	Mean rank	$\bar{x}$	±SS	Mean rank	$\bar{x}$	±SS			Mean rank	$\bar{x}$	±SS	Mean rank	$\bar{x}$	±SS	Mean rank	$\bar{x}$	±SS	Mean rank	$\bar{x}$	±SS		
M9:Birinin intihar etmesini engellemeye çalışmak insanlık görevidir.	61,27	4,36	0,52	48,31	3,91	0,94	46,25	3,88	0,88	6,20	**0,04****														
M20:Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı yaşamıma son verme olasılığını düşünebilirdim	44,59	1,98	0,91	55,16	2,40	1,11	73,91	3,13	1,14	11,75	**0,003***														
M27:Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum.	59,10	3,13	1,10	55,66	2,96	1,16	31,69	2,13	0,80	10,40	**0,005***	55,55	2,98	1,10	59,57	3,14	1,10	32,50	2,07	1,03	58,31	3,13	1,08	9,00	**0,02****
M36:Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı intihar etmem için bana yardım edilmesini isterdim.	49,66	2,44	1,28	49,44	2,44	1,27	75,72	3,56	1,03	10,37	**0,006***														

Tablo 4-6: Kişisel/Mesleki Özelliklerin(Eğitim Durumu, Çalıştığı Servis) İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi (N:106)-devamı

Kişisel/Mesleki Özellikler / İfadeler	Eğitim Durumu (n:106)									X kw	p	Çalıştığı Servis (n:106)												X kw	p
	Lise/Ön lisans (n=45)			Lisans (n=45)			Yüksek lisans (n=16)					Akut Servis (n=54)			Adli Servis (n=21)			Alkol-Madde Servisi (n=15)			Diğer Servisler (n=16)				
	Mean rank	$\bar{x}$	±SS	Mean rank	$\bar{x}$	±SS	Mean rank	$\bar{x}$	±SS			Mean rank	$\bar{x}$	±SS	Mean rank	$\bar{x}$	±SS	Mean rank	$\bar{x}$	±SS	Mean rank	$\bar{x}$	±SS		
M10:İntihar eden bir kişi uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır.												60,19	3,57	1,09	58,07	3,52	0,75	32,33	2,60	0,82	44,78	3,00	1,15	12,42	**0,006***
M29:Ciddi ve iyileşemez bir hastalıktan yakınan ve ölme isteğini söyleyen kişiye yaşamına son vermede yardım edilmelidir.												52,93	2,24	1,28	61,45	2,62	1,32	30,93	1,33	0,72	66,16	2,75	1,18	13,36	**0,004***
M35:Birçok intihar girişiminin nedeni yakın bir kişiyle olan çatışmalardır.												52,38	2,91	0,95	69,76	3,48	0,81	40,17	2,53	0,91	48,44	2,81	0,83	10,12	**0,01****

*p<0,01 **p<0,05

[1]İstatistiksel olarak anlamlı sonuç olan tutumlar tabloda belirtilmiştir.

Tablo 4-6 incelendiğinde, eğitim durumu açısından intihara yönelik tutum ifadelerinden, 9. ("Birinin intihar etmesini engellemeye çalışmak insanlık görevidir" Xkw=6,20/p<0,05), 20. ("Eğer ciddi tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı yaşamıma son verme olasılığını düşünebilirdim" Xkw=11,75/p<0,01), 27. ("Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum" Xkw=10,40/p<0,01) ve 36. ("Eğer ciddi tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı intihar etmem için bana yardım edilmesini isterdim" Xkw=10,37/p<0,01) maddelere verilen yanıtlarda farklılıklar olduğu görülmüştür. Farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ileri karşılaştırmalar sonucunda, 9. maddede eğitim düzeyinin düşüklüğünün, 20., 27. ve 36. maddelerde, eğitim düzeyinin yüksekliğinin belirleyici olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda, "Birinin intihar etmesini engellemeye çalışmak insanlık görevidir" ifadesine (madde 9), lise/ön lisans mezunu hemşirelerin, lisans ve lisans üstü hemşirelere göre, daha fazla katılım gösterdikleri (lise/önlisans-lisans Zmw=-2,179/p=0,02; lise/önlisans-lisans üstü Zmw=-1,999/p=0,04) görülmüştür.

"Eğer ciddi tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı yaşamıma son verme olasılığını düşünebilirdim" (madde 20) (lisans üstü-lise/önlisans Zmw=-3,413/p=0,001; lisans üstü-lisans Zmw=-2,154/p=0,03) ve "Eğer ciddi tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı intihar etmem için bana yardım edilmesini isterdim" (madde 36) (lisans üstü-lise/önlisans Zmw=-2,932/p=0,003, lisans üstü-lisans Zmw=-3,056/p=0,002) ifadelerine, lisans üstü mezunu hemşirelerin, lise/önlisans ve lisans mezunu hemşirelere göre, daha fazla katılım gösterdikleri, "Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum" (madde 27) ifadesine ise, lise/önlisans ve lisans mezunu hemşirelere göre, daha fazla katılım göstermedikleri görülmüştür (lisans üstü-lise/önlisans Zmw=-3,373/p=0,001, lisans üstü-lisans Zmw=-2,569/p=0,01).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin, çalıştıkları servis türüne göre, intihara yönelik tutum ifadelerinden, 10. ("İntihar eden bir kişi uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır" Xkw=12,42/p<0,01), 27. ("Genel olarak bir insanın yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum" Xkw=9,00/p<0,05), 29. ("Ciddi ve iyileşemez bir hastalıktan yakınan ve ölme isteğini söyleyen kişiye yaşamına son vermede yardım edilmelidir" Xkw=13,36/ p<0,01) ve 35. ("Birçok intihar girişiminin nedeni yakın bir kişiyle olan çatışmalardır" Xkw=10,12/ p<0,01) maddelere verdikleri yanıtlarda farklılıklar olduğu görülmüştür. Farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ileri karşılaştırmalar sonucunda, 10., 27. ve 29. maddelerde, "alkol-madde servisi"nin, 35. maddede ise, "adli servis"in belirleyici olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda, "alkol-madde servisi"nde çalışan hemşirelerin, "İntihar eden bir kişi uzun süredir

düşündüğü bir şeyi yapmıştır" (madde 10) ifadesinde, akut ve adli serviste çalışan hemşirelere göre (akut-alkol/madde Zmw=-3,073/p=0,002, adli/alkol/madde Zmw-3,108/p=0,002), "Genel olarak bir insanın yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum" (madde 27) (akut-alkol/madde Zmw=-2,648/p=0,008, adli-alkol/madde Zmw=-2,624/p=0,009, diğer servisler/alkol madde Zmw=-2,405/p=0,016) ve "Ciddi ve iyileşemez bir hastalıktan yakınan ve ölme isteğini söyleyen kişiye yaşamına son vermede yardım edilmelidir" (madde 29) (akut-alkol/madde Zmw=-2,646/p=0,008, adli-alkol/madde Zmw=-2,985/p=0,003, diğer servisler/alkol madde Zmw=-3,518/p=0,000) ifadelerinde, akut, adli ve diğer servislerde çalışan hemşirelere göre, daha fazla katılım göstermedikleri belirlenmiştir. "Birçok intihar girişiminin nedeni yakın bir kişiyle olan çatışmalardır" (madde 35) ifadesine ise, "adli serviste çalışan hemşirelerin, akut, alkol/madde ve diğer servislerde çalışan hemşirelere kıyasla, daha fazla katılım gösterdikleri (akut-adli Zmw=-2,332/p=0,02, adli-alkol/madde Zmw=-2,845/p=0,004, adli-diğer servisler Zmw=-2,261/p=0,024) saptanmıştır.

Tablo 4-7: İntihar Davranışında Bulunan Hastanın Hemşirelik Bakımının Kalitesinin Artırılmasında Gerekenlerin (İntihar Davranışı ile İlgili Eğitimler, İntihar Davranışı ile İlgili Süpervizyon, İntihar Davranışında Bulunan Hastaya Bakım ve Tedavi Rehberleri)[1] İntihara Yönelik Tutumlara[2] Etkisi (N=106)

Bakım kalitesinin artırılmasında gerekenler / İfadeler	Eğitim						Z_{mw}	p	Süpervizyon						Z_{mw}	p	Bakım ve Tedavi İçin Rehberler						Z_{mw}	p
	Evet (n=70)			Hayır (n=36)					Evet(n=60)			Hayır(n=46)					Evet (n=63)			Hayır (n=43)				
	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS			Mean Rank	$\bar{x}$	±SS	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS			Mean Rank	$\bar{x}$	±SS	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS		
M11:Bir kişiye intiharla ilgili soru sorarsanız onun intihar fikirlerini uyandırma riski vardır.	48,99	2,63	1,01	62,26	3,14	1,04	-2,200	**0,02****																
M1: İntihar düşünceleri olan kişiye yardım etmek her zaman mümkündür									59,11	3,60	1,19	46,18	3,11	1,12	-2,214	**0,02****								
M22: İntihar öncesinde uyarıcı işaretler yoktur.									47,01	2,28	0,88	61,97	2,76	0,94	-2,699	**0,007***								
M8: İntihar eden kişiler genellikle akıl hastasıdır.																	59,70	2,27	0,95	44,42	1,81	0,88	-2,720	**0,007***
M35: Birçok intihar girişiminin nedeni yakın bir kişiyle olan çatışmalardır.																	47,71	2,78	0,95	61,98	3,21	0,86	-2,459	**0,01***
M36: Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı intihar etmem için bana yardım edilmesini isterdim.																	47,79	2,38	1,31	61,86	2,95	1,21	-2,374	**0,01***

*p<0,01 **p<0,05 [1]Birden fazla yanıt işaretlenmiştir [2] İstatistiksel olarak anlamlı sonuç olan tutumlar tabloda belirtilmiştir.

Tablo 4-7 incelendiğinde, hemşirelerin intihar davranışında bulunan hastalara verilen bakımın kalitesinin arttırılması için, “intihar davranışı ile ilgili eğitim verilmesi”nin gerekli olmadığını düşünenlerin intihara yönelik tutum ifadelerinden 11. maddeye (“Bir kişiye intiharla ilgili soru sorarsanız onun intihar fikirlerini uyandırma riski vardır”) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla katılım gösterdikleri görülmüştür (Zmw =-2,200/p=0,02). İntihar davranışı ile ilgili süpervizyon yapılmasının gerekli olduğunu düşünenlerin, intihara yönelik tutum ifadelerinden, 1. maddeye (“İntihar düşünceleri olan kişiye yardım etmek her zaman mümkündür”), (Zmw =-2,214/p=0,02) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla katılım gösterdikleri, 22. maddeye ise (“İntihar öncesinde uyarıcı işaretler yoktur”) (Zmw =-2,699/p=0,007) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla katılım göstermedikleri görülmüştür. Bakım ve tedaviyle ilgili rehberlerin gerekli olduğunu düşünenlerin, intihara yönelik tutum ifadelerinden 8. maddeye (“İntihar eden kişiler genellikle akıl hastasıdır”) (Zmw =-2,720/p=0,007) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla katılım gösterirken, 35. (“Birçok intihar girişiminin nedeni yakın bir kişiyle olan çatışmalardır”) (Zmw =-2,459/p=0,01) ve 36. (“Eğer ciddi tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı intihar etmem için bana yardım edilmesini isterdim”) (Zmw =-2,374/p=0,01) maddelere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla katılım göstermedikleri görülmüştür.

4.4.2. **İntihar Davranışı ile İlgili Deneyimlerin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi**

Araştırmamız kapsamındaki hemşirelerin, bireysel ve aile/diğerleri kapsamında çevresel intihar davranışı deneyimlerinin, intihara yönelik bazı tutum ifadelerine katılım durumları üzerinde etkisi olduğu belirlenmiş ve Tablo 4-8/4-13 arasında sunulmuştur.

Tablo 4-8: Hemşirelerin İntihar Düşüncelerinin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi[1] (N=106)

İntihar Düşüncesi / İfadeler	Geçen Yıl								Önceki Yıllar							
	Evet (n=30)			Hayır (n=76)			Z_{mw}	p	Evet (n=35)			Hayır (n=71)			Z_{mw}	p
	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS			Mean Rank	$\bar{x}$	±SS	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS		
M15:Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur.	75,50	3,67	0,99	44,82	2,45	1,02	-4,800	**0,00***	74,41	3,60	0,91	43,19	2,39	1,04	-5,099	**0,00***
M16:İntiharın tek çözüm olduğu durumlar vardır.	66,05	2,33	1,09	48,55	1,70	0,73	-2,823	**0,005****								
M18:İntihar bazen intihar eden için rahatlama olabilir	63,77	2,70	1,08	49,45	2,20	0,96	-2,250	**0,02****								
M25:Aslında insanları intihara sürükleyen yalnızlıktır.	63,57	2,80	0,92	49,53	2,36	1,09	-2,228	**0,02****								
M31:Herkes intihar edebilir.	66,35	3,70	1,14	48,43	2,96	1,18	-2,788	**0,005***								
M10:İntihar eden bir kişi uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır									44,56	3,0	1,18	57,91	3,51	0,95	-2,193	**0,02****
M17:Gerçekte intihar etmeye niyetim olmadığı halde kendimi öldüreceğimi söyleyebilirim.									63,64	2,40	1,21	48,50	1,82	1,03	-2,528	**0,01****
M20:Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı yaşamıma son verme olasılığını düşünebilirdim.									63,17	2,71	1,17	48,73	2,14	1,01	-2,355	**0,01****
M27Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum.									45,41	2,60	1,06	57,49	3,06	1,14	-1,962	**0,05****
M32:Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan bir kişinin intihar etmesini anlayabilirim.									62,70	3,14	0,94	48,96	2,66	1,14	-2,237	**0,02****
M36:Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı intihar etmem için bana yardım edilmesini isterdim.									62,26	2,97	1,15	49,18	2,44	1,33	-2,113	**0,03****

*p<0,01 **p≤0,05

[1]İstatistiksel olarak anlamlı sonuç olan tutumlar tabloda belirtilmiştir

Tablo 4-8'de görüldüğü gibi, "geçen yıl"a ait intihar düşünceleri kapsamında hemşirelerin, intihara yönelik tutum ifadelerinden, 15., 16., 18., 25. ve 31. maddelere verdikleri yanıtlarda farklılıklar saptanmıştır:

"Geçen yıl" intihar düşüncesi olduğunu belirten hemşireler, "Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur" (madde 15) (Zmw=-4,800/p=0,00). "Herkes intihar edebilir" (madde 31) (Zmw=-2,788/p=0,005) , "İntihar bazen intihar eden için bir rahatlama olabilir" (madde 18) (Zmw=-2,250/p=0,02), "Aslında insanları intihara sürükleyen yalnızlıktır" (madde 25) (Zmw=-2,228/p=0,02) ifadelerine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla katılım göstermiştir.

"İntiharın tek çözüm olduğu durumlar vardır" ifadesine (madde 16), "geçen yıl" intihar düşüncesi olmayan hemşirelerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, daha fazla katılım göstermedikleri belirlenmiştir (Zmw=-2,823/p=0,005).

"Önceki yıllar"da intihar düşüncesi olduğunu belirten hemşireler, "Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur" (madde 15) (Zmw=-5,099/p=0,00), "Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan kişinin intihar etmesini anlayabilirim" (madde 32) (Zmw=-2,237/p=0,02), "Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı, intihar etmem için bana yardım edilmesini isterdim" (madde 36) (Zmw:-2,113/p=0,03), "Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı, yaşamıma son verme olasılığını düşünebilirdim" (madde 20) ifadelerine (Zmw=-2,355/p=0,01) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla katılım göstermiştir.

"Önceki yıllar"da intihar düşüncesi olmadığını belirten hemşirelerin, "İntihar eden bir kişi, uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır" (madde 10) (Zmw=-2,193/p=0,02) ve "Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum" (madde 27) (Zmw=-1,962/p=0,05) ifadelerine, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, daha fazla katılım göstermekle beraber, "Gerçekte intihar etmeye niyetim olmadığı halde kendimi öldüreceğimi söyleyebilirim" (madde 17) (Zmw=-2,528/p=0,01) ifadesine ise, katılmama oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Tablo 4-9: Hemşirelerin İntihar Planlarının İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi[1] (N=106)

İntihar Planı / İfadeler	Geçen Yıl						Z_{mw}	p	Önceki Yıllar						Z_{mw}	p
	Evet (n=21)			Hayır (n=85)					Evet (n=22)			Hayır (n=84)				
	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS			Mean Rank	$\bar{x}$	±SS	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS		
M5:İntihar tedavi edilemez bir acıyı sonlandırmak için bir çözüm yolu olarak kabul edilmelidir.	65,55	2,57	1,24	50,52	1,94	0,91	-2,112	**0,03****								
M15:Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur.	79,88	3,86	0,96	46,98	2,53	1,04	-4,554	**0,00***	74,68	3,64	1,09	47,95	2,57	1,06	-3,764	**0,00***
M16:İntiharın tek çözüm olduğu durumlar vardır.	75,26	2,67	1,11	48,12	1,68	0,71	-3,872	**0,00***	65,86	2,36	1,17	50,26	1,75	0,75	-2,265	**0,02****
M18:İntihar bazen intihar eden için rahatlama olabilir	68,98	2,90	1,13	49,68	2,20	0,94	-2,684	**0,00***								
M24:Eğer biri yaşamına son vermeyi istiyorsa, bu onu ilgilendirir ve diğerleri buna müdahale etmemelidir.	64,86	2,10	0,99	50,69	1,68	0,94	-2,072	**0,03****								
M27:Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum.	39,43	2,38	0,86	56,98	3,04	1,15	-2,418	**0,01****	41,91	2,45	0,96	56,54	3,02	1,15	-2,051	**0,04****
M31:Herkes intihar edebilir.	72,33	3,95	0,80	48,85	2,98	1,22	-3,233	**0,00***	64,95	3,68	0,78	50,50	3,04	1,27	-2,025	**0,04****
M33:İntihar hakkında konuşan kişiler intihar etmezler.	41,45	2,19	0,81	56,48	2,68	0,90	-2,131	**0,03****								
M17:Gerçekte intihar etmeye niyetim olmadığı halde kendimi öldüreceğimi söyleyebilirim									65,00	2,45	1,22	50,49	1,89	1,07	-2,089	**0,03****
M20:Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı yaşamıma son verme olasılığını düşünebilirdim.									66,57	2,86	1,24	50,08	2,19	1,02	-2,319	**0,02****

*p<0,01 **p<0,05

[1]İstatistiksel olarak anlamlı sonuç olan tutumlar tabloda belirtilmiştir

Tablo 4-9'da görüldüğü gibi, "geçen yıl"a ait intihar planları kapsamında hemşirelerin, intihara yönelik tutum ifadelerinden, 5., 15.,16., 18., 24., 27., 31. ve 33., maddelere verdikleri yanıtlarda farklılıklar saptanmıştır:

"Geçen yıl" intihar planı olmadığını belirten hemşireler, "İntiharın tek çözüm olduğu durumlar vardır" (madde 16), (Zmw=-3,872/p=0,0), "Eğer biri yaşamına son vermeyi istiyorsa bu onu ilgilendirir ve diğerleri buna müdahale etmemelidir" (madde 24) (Zmw=-2,072/p=0,03) ifadelerine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, daha fazla katılım göstermezken, "İntihar hakkında konuşan kişiler intihar etmezler" (madde 33) (Zmw=-2,131/p=0,03)ve "Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum" (madde 27) (Zmw=-2,418/p=0,01) ifadelerine, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, daha fazla katılım göstermiştir.

"Geçen yıl" intihar planı olduğunu belirten hemşireler, "Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur" (madde 15) (Zmw=-4,545/p=0,0), "Herkes intihar edebilir" (madde 31), (Zmw=-3,233/p=0,00), "İntihar bazen intihar eden için bir rahatlama olabilir" (madde 18) (Zmw=-2,684/p=0,007) ve "İntihar tedavi edilemez bir acıyı sonlandırmak için bir çözüm yolu olarak kabul edilmelidir" (madde 5) (Zmw=-2,112/p=0,03) ifadelerine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, daha fazla katılım göstermiştir.

"Önceki yıllar"da intiharı planı olduğunu belirten hemşireler, "Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur" (madde 15) (Zmw= -3,764/p=0,0), "Herkes intihar edebilir" (madde 31) (Zmw=-2,025/p=0,04), "Gerçekte intihar etmeye niyetim olmadığı halde, kendimi öldüreceğimi söyleyebilirim" (madde 17) (Zmw=-2,089/p=0,03) ve "Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı, yaşamıma son verme olasılığını düşünebilirdim" (madde 20) (Zmw=-2,319/p=0,02) ifadelerine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, daha fazla katılım göstermiştir.

"Önceki yıllar"da intihar planları olmadığını belirtenler ise, "İntiharın tek çözüm olduğu durumlar vardır" (madde 16) (Zmw=-2,265/p=0,02) ifadesine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla katılım göstermezken, "Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum" (madde 27) (Zmw=-2,051/p=0,04) ifadesine, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, daha fazla katılım göstermiştir.

Tablo 4-10: Hemşirelerin İntihar Girişimlerinin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi[1] (N=106)

İntihar Girişimi / İfadeler	Evet (n=4)			Hayır (n=102)			Z_{mw}	P
	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS		
M8:İntihar eden kişiler genellikle akıl hastasıdır.	24,63	1,12	0,50	54,63	2,12	0,94	-2,073	**0,03****
M12:İntihar tehditleri yapan kişiler bunu nadiren gerçekleştirmiştir.	24,88	2,25	1,25	54,62	3,44	0,88	-2,040	**0,04****
M17:Gerçekte intihar etmeye niyetim olmadığı halde kendimi öldüreceğimi söyleyebilirim.	90,50	3,75	1,25	52,05	1,94	1,07	-2,601	**0,009***

*p<0,01 **p<0,05

[1]İstatistiksel olarak anlamlı sonuç olan tutumlar tabloda belirtilmiştir

Tablo 4-10'da araştırma kapsamındaki hemşirelerin, intihar girişimlerinin intihara yönelik tutum ifadeleri üzerindeki etkisi incelenmiştir. İntihar girişimi olan hemşireler, "İntihar eden kişiler genellikle akıl hastasıdır" (madde 8) (Z_{mw}=-2,073/p=0,03) ve "İntihar tehditleri yapan kişiler, bunu nadiren gerçekleştirmiştir" (madde 12) (Z_{mw}=-2,040/p=0,04) ifadelerine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, daha fazla katılım göstermezken, "Gerçekte intihar etmeye niyetim olmadığı halde, kendimi öldüreceğimi söyleyebilirim" (madde 17) (Z_{mw}=-2,601/p=0,009) ifadesine daha fazla katılım göstermiştir.

Tablo 4-11: Hemşirelerin Çevresel İntihar Girişimi Deneyimlerinin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi[1] (N=106)

İntihar Girişimi / İfadeler	Aile								Arkadaşlar[2]							
	Evet (n=6)			Hayır (n=100)			Z_{mw}	p	Evet (n=34)			Hayır (n=71)			Z_{mw}	p
	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS			Mean Rank	$\bar{x}$	±SS	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS		
M10:İntihar eden bir kişi uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır	29,67	2,50	0,83	54,93	3,39	1,05	-2,039	**0,04****								
M24:Eğer biri yaşamına son vermeyi istiyorsa, bu onu ilgilendirir ve diğerleri buna müdahale etmemelidir	25,50	1,0	0	55,18	1,81	0,97	-2,517	**0,01****								
M27:Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum	21,67	1,67	0,81	55,41	2,98	1,11	-2,695	**0,007***								
M4:İntihar girişimlerinin çoğu dürtüsel davranışlardır									64,91	3,21	0,94	47,30	2,56	1,02	-2,895	**0,004***
M6:Kişi bir defa intihar etmeye karar verirse onu kimse durduramaz									67,01	4,03	0,83	46,29	3,20	1,24	-3,434	**0,001***
M13:İntihar hakkında konuşulmaması daha iyidir									41,50	2,18	0,86	58,51	2,76	1,02	-2,837	**0,005***

*p≤0,01 **p<0,05

[1]İstatistiksel olarak anlamlı sonuç olan tutumlar tabloda belirtilmiştir

[2] n=105 olarak kabul edilmiştir.

Tablo 4-11'de, araştırma kapsamındaki hemşirelerin, çevresel (aile ve arkadaş) kapsamında intihar girişimi deneyimlerinin, intiharla ilgili tutum ifadeleri üzerindeki etkisi gösterilmiştir:

Ailesinde intihar girişimi olan hemşireler, "Eğer biri yaşamına son vermeyi istiyorsa bu onu ilgilendirir ve diğerleri buna müdahale etmemelidir" (madde 24) (Z_{mw}=-2,517/p=0,01) ve "Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum" (madde 27) (Z_{mw}=-2,695/p=0,007) ifadelerine, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, daha fazla katılım göstermezken, ailede intihar girişimi olmayanlar ise, "İntihar eden bir kişi uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır" (madde 10) (Z_{mw}=-2,039/p=0,04) ifadesine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla katılım göstermiştir.

Arkadaş çevresinde intihar girişimi olan hemşireler, "İntihar girişimlerinin çoğu dürtüsel davranışlardır" (madde 4) (Z_{mw}=-2,895/p=0,004), "Kişi bir defa intihar etmeye karar verirse, onu kimse durduramaz" (madde 6) (Z_{mw}=-3,434/p=0,001) ifadelerine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla katılım gösterirken, "İntihar hakkında konuşulmaması daha iyidir" (madde 13) (Z_{mw}=-2,837/p=0,005) ifadesine katılmama düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır.

Tablo 4-12: Hemşirelerin Çevresel İntihar Plan/Düşünce/Tehdit Deneyimlerinin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi[1] (N=106)

İntihar Plan/Düşünce/Tehdit / İfadeler	Aile								Arkadaşlar							
	Evet (n=10)			Hayır (n=96)			Z_{mw}	p	Evet (n=18)			Hayır (n=88)			Z_{mw}	p
	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS			Mean Rank	$\bar{x}$	±SS	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS		
M15: Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur	71,95	3,50	1,17	51,58	2,72	1,13	-2,068	**0,03****								
M31: Herkes intihar edebilir	74,10	4,0	0,66	51,35	3,08	1,22	-2,296	**0,02****								
M3:İntihar etmek bir insanın akrabalarına yapacağı en büyük kötülüklerden biridir									36,25	2,67	1,41	57,03	3,46	3,63	-2,707	**0,007***

*p<0,01 **p<0,05

[1]İstatistiksel olarak anlamlı sonuç olan tutumlar tabloda belirtilmiştir

Tablo 4-12'de, araştırma kapsamındaki hemşirelerin, çevresel (aile ve arkadaş) kapsamında intihar plan/düşünce/tehdit deneyimlerinin, intiharla ilgili tutum ifadeleri üzerindeki etkisi gösterilmiştir:

Ailelerinde intihar planı/düşüncesi/tehdidi deneyimi olan hemşireler, "Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur" (madde 15) (Zmw=-2,068/p=0,03) ve "Herkes intihar edebilir" (madde 31) (Zmw=-2,296/p=0,02) ifadelerine, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla katılım göstermiştir.

Arkadaş çevresinde intihar planı/düşüncesi/tehdidi deneyimi olmayan hemşireler ise, "İntihar etmek bir insanın akrabalarına yapacağı en büyük kötülüklerden biridir" (madde 3) (Zmw=-2,707/p=0,007) ifadesine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla katılım göstermiştir.

Tablo 4-13: Hemşirelerin Çevresel Tamamlanmış İntihar Deneyimlerinin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisi[1] (N=106)

Tamamlanmış İntihar / İfadeler	Arkadaşlar							
	Evet (n=15)			Hayır (n=91)			Z_{mw}	p
	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS	Mean Rank	$\bar{x}$	±SS		
M14: Benim için yalnızlık hayatıma son vermem için bir neden olabilir	39,53	1,27	0,45	55,80	1,70	0,79	-2,102	**0,03****
M15:Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur	70,90	3,47	1,12	50,63	2,68	1,12	-2,453	**0,01****
M18:İntihar bazen intihar eden için rahatlama olabilir	70,47	3,0	1,13	50,70	2,23	0,96	-2,403	**0,01****

*p<0,01 **p<0,05

[1]İstatistiksel olarak anlamlı sonuç olan tutumlar tabloda belirtilmiştir

Hemşirelerin çevresel tamamlanmış intihar deneyimleri Tablo 4-13'de gösterilmiştir. Arkadaş çevresi kapsamında tamamlanmış intihar deneyimi olan hemşireler, "Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur" (madde 15) (Z_{mw}=-2,453/p=0,01) ve "İntihar bazen intihar eden için rahatlama olabilir" (madde 18) (Z_{mw}=-2,403/p=0,01) ifadelerine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla katılım gösterirken, "Benim için yalnızlık hayatıma son vermem için bir neden olabilir" (madde 14) (Z_{mw}=-2,102/p=0,03) ifadesine katılım göstermeme durumu daha fazladır.

4.5. Kişisel/Mesleki Özelliklerin İntihara Yönelik Tutumlarla İlişkisi

Hemşirelerin kişisel/mesleki özelliklerinden yaş, psikiyatride çalışma süresi, psikiyatri kliniğinde çalışmaktan memnuniyet düzeyi, intihar davranışında bulunan hastaya bakım verme sıklığı, intihar davranışında bulunan hastaya bakım vermede yeterlilik düzeyi algılamasının intihara yönelik bazı tutum ifadelerine katılım durumları ile ilişkili olduğu belirlenmiş ve Tablo 4-14'de sunulmuştur:

Tablo 4-14: Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerinin İntihara Yönelik Tutumlarla İlişkisi[1] (N=106)

Kişisel ve Mesleki Özellikler / İfadeler	Yaş		Psikiyatride Çalışma Süresi		Psikiyatri Kliniğinde Çalışmaktan Memnuniyet Düzeyi		İntihar Davranışında Bulunan Hastaya Bakım Verme Sıklığı		İntihar Davranışında Bulunan Hastaya Bakım Vermede Yeterlilik Düzeyini Algılama	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
M9:Birinin intihar etmesini engellemeye çalışmak insanlık görevidir.	0,227	**0,01***								
M17:Gerçekte intihar etmeye niyetim olmadığı halde kendimi öldüreceğimi söyleyebilirim.	0,196	**0,04****								
M31:Herkes intihar edebilir.	-0,209	**0,03****								
M37:İntihar engellenebilir.	-0,259	**0,007***								
M14:Benim için yalnızlık hayatıma son vermem için bir neden olabilir.			-0,244	**0,01****						
M15:Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur.			-0,254	**0,009***						
M29:Ciddi ve iyileşemez bir hastalıktan yakınan ve ölme isteğini söyleyen kişiye yaşamına son vermede yardım edilmelidir.			-0,197	**0,04****						
M10:İntihar eden bir kişi uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır.					-0,214	**0,02****				
M30:İntihar krizi içindeki bir kişiye onunla iletişim kurarak yardım etmeye hazırlıklıyım.					0,249	**0,01***			0,341	**0,00***
M26:İntihar girişimi gerçekte bir yardım çığlığıdır.							0,247	**0,01****		
M32:Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan bir kişinin intihar etmesini anlayabilirim.							0,213	**0,02****	0,209	**0,03****
M1:İntihar düşünceleri olan kişiye yardım etmek her zaman mümkündür.									0,208	**0,03****
M23:Pek çok insan intihar hakkında konuşmaktan kaçınır.									0,296	**0,002***

*p≤0,01 **p<0,05

[1]İstatistiksel olarak anlamlı sonuç olan tutumlar tabloda belirtilmiştir

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin yaşı ile intihara yönelik tutum ifadelerinden, “Birinin intihar etmesini engellemeye çalışmak insanlık görevidir” (madde 9) (r=0,227/p=0,01) ve “Gerçekte intihar etmeye niyetim olmadığı halde kendimi öldüreceğimi söyleyebilirim” (madde 17) (r=0,196/p=0,04) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanırken, “Herkes intihar edebilir” (madde 31) (r=-0,209/p=0,03) ve “İntihar engellenebilir” (madde 37) (r=-0,259/p=0,007) ifadeleri ile negatif yönlü zayıf ilişki belirlenmiştir. Bu doğrultuda, hemşirelerin yaşı arttıkça, bir yandan “intiharı engellemeye çalışmanın insanlık görevi olduğuna” dair katılımları artarken, öte yandan, “gerçekte intihar etmeye niyetleri olmadığı halde kendilerini öldürebileceklerini söyleyebileceklerine” dair katılımları da artmaktadır. Ayrıca, yaş arttıkça, hemşirelerin “herkesin intihar edebileceği” ve “intiharın engellenebileceği”ne dair katılımları azalmaktadır.

Hemşirelerin psikiyatride çalışma süresi ile intihara yönelik tutum ifadelerinden, “Benim için yalnızlık hayatıma son vermem için bir neden olabilir” (madde 14) (r=-0,244/p=0,01), “Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur” (madde 15) (r=-0,254/p=0,009) ve “Ciddi ve iyileşemez bir hastalıktan yakınan ve ölme isteğini söyleyen kişiye yaşamına son vermede yardım edilmelidir” (madde 29) (r=-0,197/p=0,04) arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır: Psikiyatride çalışma süresi arttıkça, hemşirelerin “yalnızlığın hayatlarına son vermeleri için bir neden olabileceğine”, “Herkesin hayatının bir döneminde intihar düşüncesinin olabileceğine” ve “Ciddi ve iyileşemez bir hastalıktan yakınan&ölme isteğini söyleyen kişiye yaşamına son vermede yardım edilebileceğine” dair katılımları azalmaktadır.

Hemşirelerin psikiyatri kliniklerinde çalışmaktan memnuniyet düzeyi ile “İntihar eden bir kişi uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır” (madde 10) (r=-0,214/p=0,02) ifadesi arasında negatif yönlü zayıf, “İntihar krizi içindeki bir kişiye onunla iletişim kurarak yardım etmeye hazırlıklıyım” (madde 30) (r=0,249/p=0,01) ifadesi ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır. Psikiyatri kliniğinde çalışmaktan memnuniyet düzeyi arttıkça, hemşirelerin, “İntihar eden kişinin uzun süredir düşündüğü bir şeyi yaptığına dair” katılımı azalırken, “İntihar krizi içindeki kişiyle iletişim kurarak yardım etmeye hazırlıklı olduğuna dair” katılımı artmaktadır.

Hemşirelerin intihar eden hastaya bakım verme sıklığı ile “İntihar girişimi gerçekte bir yardım çığlığıdır” (madde 26) (r=0,247/p=0,01) ve “Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan bir kişinin intihar etmesini anlayabilirim” (madde 32) (r=0,213/p=0,02) ifadeleri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki belirlenmiştir. İntihar girişiminde bulunan

hastaya bakım verme sıklığı arttıkça, hemşirelerin, “İntihar girişiminin gerçekte bir yardım çığlığı olabileceğine dair” ve “Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan kişinin intihar etmesini anlayabileceğine dair” katılımı artmaktadır.

Hemşirelerin intihar eden hastaya bakım vermede yeterlilik düzeylerini algılamaları ile intihara yönelik tutum ifadelerinden, “İntihar krizi içindeki bir kişiye onunla iletişim kurarak yardım etmeye hazırlıklıyım” (madde 30) (r=0,341/p=0,0), “Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan bir kişinin intihar etmesini anlayabilirim” (madde 32) (r=0,209/p=0,03), “İntihar düşünceleri olan kişiye yardım etmek her zaman mümkündür” (madde 1) (r=0,208/p=0,03) ve “Pek çok insanın intihar hakkında konuşmaktan kaçınır” (madde 23) (r=0,296/p=0,002) arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki belirlenmiştir. İntihar eden hastaya bakım vermede kendi yeterlik düzeylerinin algılanması ne kadar yüksekse, hemşirelerin, “İntihar krizi içindeki kişiyle iletişim kurarak yardım etmeye hazırlıklı olduklarına”, “Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan kişinin intihar etmesini anlayabileceklerine”, “İntihar düşünceleri olan kişiye yardım etmenin her zaman mümkün olduğuna” ve “Pekçok insanın intihar hakkında konuşmaktan kaçınacağına” dair katılımları da artmaktadır.

4.6. İntihar Davranışının Nedeni&Tanımı, İntihar Davranışında Bulunan Hastaya Karşı Hissedilenler&Yaklaşım, Intiharın Önlenmesinde Yapılabilecekler Kapsamında Görüşler

İnsanların neden intihar davranışında bulunduğuna dair açık uçlu soruya (soru 22) yanıt veren 95 kişiden (%89,6), 28 kişi (%29,4), baş edememe/çıkış bulamama, 22 kişi (%23,1) çaresizlik, 18 kişi (%18,9) depresyon, kişilik bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıklar, 12 kişi (%12,6) maddi sorunlar, 8 kişi (%8,4) umutsuzluk, 8 kişi (%8,4) kaçış/kurtuluş, 7 kişi (%7,3) hayatın anlamsızlığı ve 5 kişi (%5,2) de mutsuzluk nedeniyle şeklinde yanıt vermiştir.

İntihar davranışı olan hastalara karşı hissedilenler sorusuna (soru 23) yanıt veren 91 kişiden (%85,8), 32 kişi (%35,1) üzüntü, 15 kişi (%16,4) yardım etme isteği, 13 kişi (%14,2) acıma, 6 kişi (%6,5) öfke, 3 kişi (%3,2) çaresizlik yanıtını vermiştir. Ayrıca, 9 kişi (%9,8), bir şey hissetmeyip anlamaya çalıştığını belirtirken, 4 kişi (%4,3), profesyonel alan olduğu için herhangi bir şey hissetmediğini ifade etmiştir. 5 kişi ise (%5,4), hastanın çaresizliğini hissettiklerini belirtmiştir.

İntiharı önlemek için yapılması gerekenler (soru 24) hakkında, yanıt veren 88 kişi (%83) arasında, psikolojik, sosyal ve aile desteği en çok verilen cevaptır (21 kişi-%23,8). Hastaneye yatış ve ilaç kapsamında tedavi (16 kişi-%18,1), gözlem/yakın takip (10 kişi-%11,3), baş etme yöntemlerini öğretmek (8 kişi-%9), eğitim (6 kişi-%6,8), terapi (4 kişi-%4,5) ve fiziksel koşulların düzenlenmesi (4 kişi-%4,5) intiharı önlemek için sunulan diğer önerilerdir. 4 kişi (%4,5) de, inanç sisteminin devreye sokulmasını önermişlerdir.

İntihar davranışı olan bir hastaya yaklaşımda en büyük zorluğun ne olduğu sorusuna (soru 25) yanıt veren 79 kişiden (%74,5), 28 kişi (%35,4) anlatma, dinleme ve düşünce içeriğini açma kapsamında iletişimde zorluk yaşadığını belirtirken, önemsendiğini hissettirmek (9 kişi-%11,3), vazgeçirmeye ikna etmek (9 kişi-%11,3), empati kuramamak (8 kişi-%10,1) ve çıkış yolu göstermek (7 kişi-%8,8) yaşanan diğer zorluklar olarak sunulmuştur. İki kişi (%2,5) tarafından ise, hastaya yaklaşımda zorluk yaşanmadığı ifade edilmiştir.

İntihar etmenin bireysel anlamı açısından soru 26, örneklemin %80,1'i (85 kişi) tarafından yanıtlanmıştır. 44 kişi (%51,7), "hayata son vermek" olarak tanımlarken, 12 kişi için (%14,1), intihar "kaçış-kurtuluş" şeklinde görülmekte, 10 kişi (%11,7) canına kıymak/ölüm, 3 kişi (%3,5) ise, "pes etmek" olarak ifade etmiştir.

5. TARTIŞMA

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin intihara yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, tutumlar üzerinde bazı kişisel/ mesleki özelliklerin ve intihar deneyimlerinin etkili olduğu sonuçları bulunmuştur. Tutumların gelecekteki davranışların belirleyicisi olma özelliği, intiharın önlenmesinde ve tedavisinde önemli sorumlulukları olan psikiyatri hemşirelerinin de mesleki ve kişisel gelişimlerinin sağlanması açısından önemlidir ve konu ile ilgili prospektif çalışmalarda yol gösterici olacaktır. Araştıma tek merkezde gerçekleştirilmiş olmasına rağmen, hasta çeşitliliği açısından tutumların anlaşılmasında geniş bir bakış açısı elde edilmesine yarar sağlamıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar 4 başlık halinde tartışılmıştır:

5.1. Kişisel/Mesleki Özellikler, İntihar Davranışına Dair Deneyimler ve İntihara Yönelik Tutumlar ile İlgili Bulguların Tartışılması

5.1.1. Kişisel /Mesleki Özelliklerin Tartışılması

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin yaş ortalaması 34,77±7,93 (Aralık: 22-56) olup, büyük çoğunluğunun (%86,8) (n:92) kadın, yarıdan fazlasının (%61,3) (n:65) evli olduğu, %42,5'i (n:45) lisans mezunu iken, hemen hemen yarısının (%50,9) (n:54) akut psikoz kliniklerinde çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 1). Akut kriz olgusu kapsamında intihar davranışına karşı profesyonellerin tutumlarının belirlenmesi açısından, çalışma örnekleminin yarıya yakınının akut psikoz kliniklerinde görev yapan hemşirelerden oluşmasının çalışma amacının gerçekleştirilmesinde önemli olduğu düşünülmektedir.

Büyük çoğunluğu (%86,8) (n:92), servis hemşiresi olarak görev yapan hemşirelerin, dörtte üçü de (%77,4, n:82), intihar davranışı ile ilgili mesleki bir eğitime katılmadığını belirtmiştir (Tablo 1). Norheim, Grimholt ve Ekeberg (2013) tarafından Oslo'da ruh sağlığı alanında çalışan doktor, hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanıyla çocuk ve yetişkin ayrı olmak üzere iki farklı merkezde yapılan çalışmaya göre, sağlık çalışanlarının %80'inin intiharı önlemeye yönelik eğitim aldığı, çocuklarla çalışanların %64'ünün, yetişkinlerle çalışanların ise %81'inin sistematik süpervizyon eğitimi aldığı belirlenmiştir. İntihar davranışında bulunan hastaya verilen hemşirelik bakımının kalitesinin artırılmasında, örneklemin yarıdan fazlasının da, intihar davranışı ile ilgili eğitim gerekliliğini belirtmesi, intihar davranışı ve bu davranışta bulunan hastaya karşı yaklaşım açısından, araştırma

kapsamındaki hemşirelerin ortak profesyonel ihtiyacını yansıtmaktadır. Benzer ihtiyaç, intihar davranışı ile ilgili süpervizyon (n:60; %56,6) ve bakım&tedavi rehberleri gereksiniminin (n:63; %59,4), katılımcıların yarısından fazlası tarafından ifade edilmesinde de görülmüştür. Bu soruya, diğer seçeneği kapsamında, bir (1) kişi (% 0,9), çalışanlara psikoterapi eğitimi verilmesinin, bir (1) kişi (% 0,9), fiziksel ortam koşullarının düzeltilmesinin, bir (1) kişi (% 0,9) de, çalışanlara intihar temalı film gösterimi yapılmasının gerekliliğini ifade etmiştir. Her üç seçenekte, intihar davranışında bulunan hastaya yaklaşımda, çalışanların ve fiziksel ortamın vurgulanması söz konusudur. Samuelsson, Asberg ve Gustavsson (1997) tarafından İsveçli 197 psikiyatri hemşiresiyle gerçekleştirilen çalışmaya göre, örneklemin %75'inin intihar eden kişiye bakım vermede eğitime ihtiyaç duyduğu saptanmıştır. Brunero ve ark. (2008) tarafından Avustralya'da psikiyatride çalışmayan ebe, hemşire ve yardımcı sağlık personeliyle (n:143) yapılan çalışmaya göre de, örneklemin üçte ikisinin intiharla ilgili eğitim almadığı görülmüştür. Bu çalışmalar, kültürler arasında intihara yönelik eğitim ihtiyacının benzerlik taşıdığını göstermektedir. Er'in (2011) Türkiye' de acil servis çalışanlarıyla (n:230) yaptığı çalışmada, örneklemin sadece % 14,3'ü intihar eden hastaya bakım vermeye yönelik pratik rehberlerin bulunduğunu belirtmiştir. Ülkemizde intihar eden kişilere bakım vermek için standart rehberlere ihtiyaç olduğu açıktır.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin, psikiyatride çalışma süresi açısından deneyimli (99,12±95,55 -yaklaşık 8 yıl) (Aralık: 2-396 ay) olduğu görünmekle beraber, psikiyatri kliniğinde çalışmaktan memnuniyet (5,65±2,74, Aralık: 0-10), intihar davranışında bulunan hastaya bakım verme sıklığı (5,82±2,95, Aralık: 0-10) ve sözkonusu bakımda kendi yeterlilik düzeyleri algılaması (5,92±2,01, Aralık: 0-10) kapsamında orta-temkinli-ne çok iyi/ne çok kötü bir durum ortaya konmuştur (Tablo 4-2). İntihar eden hastaya bakım konusundaki eğitim ihtiyaçları, bakımda yeterlik düzeyi algılamalarını da etkileyebilecektir. Kool ve ark. (2014) tarafından Hollanda'da psikiyatri hemşireleri, psikiyatristler, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarıyla (n:178) gerçekleştirilen çalışmada, ortalama 12 yıllık psikiyatride çalışma deneyimi olan örneklemin %82'sinin profesyonel alanda intiharla karşılaştığı belirlenmiştir. Norheim, Grimholt ve Ekeberg (2013) tarafından da, intihar eden hastayla çalışma sıklığının çocuk populasyonunda %14, yetişkinde ise %31 olduğu saptanmıştır. Çalışmalar arasındaki psikiyatri ve intihar olgusu açısından mesleki deneyimin, hem kültürlerarası, hem de psikiyatri hizmetlerinin organizasyonundaki farklılıkları yansıttığı düşümülmektedir.

5.1.2. **İntihar Davranışı ile İlgili Deneyimlerin Tartışılması**

İntihar davranışı ile ilgili deneyimler kapsamında, hemşirelerin büyük çoğunluğunun intihar düşüncesi ve planı olmadığı-intihar planı yönünde daha yüksek olmak üzere-belirlenmiştir (İntihar düşüncesi: geçen yıl (%71,7, n:76); önceki yıllar (%67, n:71)/ İntihar planı: geçen yıl (%80,2, n:85); önceki yıllar (%79,2, n:84) (Şekil 1 ve 2). Sadece, dört (4) hemşire (%3,8), yaşamını sonlandırmaya çalışmıştır. Bunlar arasında, sadece bir (1) kişinin (%0,9), sonrasında psikoterapi görmesi dikkat çekicidir. Bireysel intihar davranışı deneyimleri açısından, düşük oranlar sevindirici olmakla beraber, hemşirelerin sosyal açıdan kabul görecek ve etiketlenme riskine karşı yanıt vermiş olma ihtimalleri de akla gelmektedir. Er (2011) tarafından acil servis çalışanlarıyla (n:230) yapılan çalışmaya göre, örneklemin %8,3'ünde intihar düşüncesi mevcut iken, %3'ü intihar girişiminde bulunmuştur ve mevcut araştırmayla benzerlik taşımaktadır. Öncü ve ark. (2005) tarafından Türk ve Sloven psikiyatri uzmanlarıyla yapılan çalışmada, intihar düşüncesi ve planının Türk psikiyatristlerde, yanısıra, intihar girişimi deneyiminin ise Sloven psikiyatristlerde daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kültürler arasında intihar olgusuna farklı yaklaşımlar olduğu bilinmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin intihar plan/girişimleri açısından literatürde bilgiye rastlanmamıştır.

Hemşirelerin geçmiş ve şimdiye dair aile ve diğerleri kapsamında intihar deneyimleri incelendiğinde (Tablo 4-3), yakın ve sosyal çevre kapsamında, intihar davranışı deneyiminin düşük olduğu, geçmişte, intihar girişimi&intihar düşüncesi/planı/tehdidinin, "arkadaşlar/iş/okul arkadaşları" kapsamında yüksek oranda olduğu, davranışa dair her iki zaman boyutunda, "aile" çevresinden olguların oldukça az olduğu, sadece, intihar düşüncesi/planı/tehdidinin "eş/partner" kapsamında yüksek oranda olduğu dikkati çekmiştir. Genel olarak, araştırma kapsamındaki hemşirelerin, bireysel olarak intihar davranışı deneyimlerinin azlığına-yokluğuna benzer eğilim yakın ve sosyal aile çevresinde de görülmüştür. Hemşireler, birinci derece akrabaları dışında kalan, kişiler arası ilişkilerin diğer tarafını oluşturan, "arkadaşlar/iş/okul arkadaşları" ve yakın ilişki çağrıştıran"eş/partner" dahilinde, geçmiş intihar düşüncesi/planı/tehdidi deneyimlemiştir. Bununla beraber, bireysel deneyim azlığına benzer kuşkuculukla hareket edilip, hemşirelerin etiketlenme endişesi ile kişisel intihar davranışı öyküsünü ifade etmede çekimser kalabileceği ve bunun da bildirim azlığında rol oynayabileceği de akılda tutulmalıdır. Er (2011) tarafından acil servis çalışanlarıyla gerçekleştirilen çalışmada örneklemin %4,8'inin ailesinde ve %23,9'unun da yakın çevresinde intihar girişimi öyküsü bulunmaktadır. Kool ve ark. (2014) tarafından, Hollanda'da psikiyatri hemşireleri, psikiyatristler, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarıyla

(n:178) gerçekleştirilen çalışmada, örneklemin %19'unun özel hayatlarında intihar deneyimleri yaşadığı belirlenmiştir. Kültürler arasında farklı oranlar görülmesine rağmen, intihar olgusu hemşirelerin özel hayatlarında karşılaştığı bir durumdur.

Hemşirelerin bildirimlerine göre, "aile"lerinde tamamlanmış intihar olgusu hiç yoktur. Bununla beraber, üç (3; %2,8) hemşire tarafından "arkadaşlar" boyutunda tamamlanmış intihar olduğu bildirilmiştir. Şu anda intihar düşüncesinin, "diğerleri" boyutunda "arkadaşlar"da bulunma oranı % 10,4(n:11) olup, araştırma kapsamındaki on hemşireden birinin, profesyonel yaşamının dışında sosyal ilişki zemininde de hali hazırda intihar düşüncesi olan biriyle kişilerarası temas halinde olduğunu göstermektedir.

5.1.3. **İntihara Yönelik Tutumların Tartışılması**

İntihara Yönelik Tutumlar Formu'nun "Önlenemezlik" başlığı altında, örneklemin yarısı tarafından, "Bir kez intiharı düşünen kişi, bu düşüncesinden asla vazgeçmez" (madde 21) ifadesine onay verilmediği, yarıya yakını (%46,2; n=42) tarafından, "İntiharın engellenebileceği" (madde 37); üçte biri, (%33; n=35) tarafından da, "İntihar düşünceleri olan kişiye yardım etmenin her zaman mümkün olduğu" (madde 1) inancı ifade edilmiştir. Bu yaklaşım, intihar davranışında bulunan ya da davranışa eğilimli bireylerle aktif olarak çalışmada anahtar rol oynayan profesyonellerden hemşirelerin, intiharı önleme programlarının uygulanmasında ortaya koyacağı olumlu, umuda dönük ve teşvik edici girişimleri çağrıştırmaktadır. Bununla beraber, hemşirelerin %43,4'ünün (n=46), "Kişi bir defa intihar etmeye karar verirse, onu kimse durduramaz" (madde 6) görüşüne ve sadece üçte birinin de, (%33; n=35), "İntihar düşünceleri olan kişiye yardım etmenin her zaman mümkün olduğu" (madde 1) görüşüne onay veriyor olmasının da, intihar davranışının engellenemeyeceği yönündeki inançlarını dile getirirken, çalışma kapsamındaki hemşirelerin intihar olgusunun zorlu gerçekçiliği konusundaki çekimserlik ve tedirginliklerini, bu konudaki eğitim ihtiyaçlarını yansıttığı düşünülmektedir. İntihar davranışına yönelik tutumların kültürel yapılardan etkilenebileceği gözönünde tutularak, benzer amaçlı çalışmalar incelendiğinde, psikiyatri çalışanı doktor, hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarıyla veya psikiyatri alanı dışında çalışan doktor, hemşire, psikolog ve adli tıp çalışanlarıyla yapılan çalışmalarda da intiharın önlenebilir olduğuna inandıkları görülmektedir (Herron ve ark. 2001; Aish ve ark. 2002; Brunere ve ark. 2008; Farrow ve ark. 2009; Knizek ve ark. 2010; Norheim, Grimholt ve Ekeberg 2013). Farklı kültürlerde farklı intihar hızları olmasına rağmen psikiyatri alanında çalışma veya çalışmama durumuna göre, intiharın önlenebilirliği açısından evrensel

olumlu bir bakış açısı olduğu görülmektedir. Kishi ve ark. (2011) tarafından psikiyatri alanında çalışan ve çalışmayan Japon hemşirelerle (n:323) farklı bir ölçek kullanılarak yapılan başka bir çalışmada ise, intihar eden bireylerin yeterli psikiyatrik tedaviyi görmedikleri için intiharın önlenemeyeceğini düşündüklerinin saptanmış olması, tedavi yetersizliğine dair farkındalığın umutsuz yaklaşımda etkili olabileceğini akla getirmektedir.

"Anlaşılmazlık" faktörü kapsamında, örneklemin yarıdan fazlasının, "İntihar asla onaylanamaz" (madde 2) ve "Yaşamak için çok nedenleri olması gerektiği halde gençlerin intihar etmesi anlaşılmazdır" (madde 19) ifadelerine katılım göstermesinin, bireysel ve mesleki algılamaların ötesinde, içinde yaşanan topluma ve kültürel yapılara özgü kollektif yerleşik tutumu yansıttığı düşünülmektedir. Benzer eğilimin, "intiharın bir rahatlama olabileceği" (madde 18) ifadesine hemşirelerin üçte biri tarafından onay verilmemesinde de yerleşik olduğu düşünülmektedir.

"Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlayamıyorum" ifadesinde (madde 27), kararsız olanların (%28,3, n=30) ve onay vermeyenlerin (%27,4, n=29) oranlarının birbirine yakın ve diğer seçenekler arasında yüksek olması, hemşireler tarafından intihar davranışına yönelik doğrudan suçlayıcı bir tutumu yansıtmamakla birlikte, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin intihar davranışının ortaya çıkışı konusundaki eğitim ihtiyaçlarını vurgulamaktadır. Osafo ve arkadaşlarının (2012), Gana'daki psikolog ve hemşirelerle (n:17) yaptıkları niteliksel çalışmada, psikologlar, intiharı psikiyatrik bir hastalık gördükleri için onaylamaktayken, hemşireler ise ahlaki olarak intiharı suçlayıcı bir tutum göstermektedir. Bu durum farklı kültürlerde de mesleki pozisyonların intiharın anlaşılmasında farklılıklara neden olabileceğini göstermektedir.

"Normal/sıradanlık" faktörü kapsamında, "Gerçekte intihar etmeye niyetim olmadığı halde, kendimi öldürebileceğimi söyleyebilirim" (madde 17) (K. Katılmıyorum: %42,5, n=45 , $\bar{x}$=2,01±1,12) ve "Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olacağı" (madde 15) (Katılmıyorum: %34,9, n=37 , $\bar{x}$=2,79±1,15) ifadelerine hemşirelerin çoğunlukla onay vermemelerinin altında, bireysel intihar öykülerini açığa vurmaktan kaçınma ve intihar davranışının onaylanmamasına benzer bir tutumun ve yıkıcı bir davranış olarak intiharın normalleştirilmekten kaçınılması eğiliminin rol oynadığı düşünülmektedir. Bununla beraber, profesyonel disipline uygun esnek bir tutum örneğinin işaretini de, hemşirelerin üçte birinin (Katılıyorum: %33, n=35, $\bar{x}$=3,17±1,21), "Herkesin intihar edebileceği" ifadesine onay vermelerinde hissetmek mümkündür.

"Yasaklama-Tabu" faktör grubunda, hemşireler, "İntihar hakkında konuşulması gerektiğine" (madde 13, %44,3, n=47, madde 11, %37,7, n=40), "İntihar öncesinde uyarıcı işaretler olduğuna" (madde 22, %51,9 , n=55), "İntihar hakkında konuşan kişilerin intihar edebileceğine" (madde 33, %43,4, n=46), "Pekçok insanın intihar hakkında konuşmaktan kaçınacağına" (madde 23, %41,5, n=44) yönelik inançları ile intihar davranışını tabulaştırma-yasaklama eğiliminde olmadıklarını göstermiştir. Öncü ve ark. (2008) tarafından Türkiye'de farklı meslek gruplarıyla yapılan çalışmaya göre, öğretmenler intiharın konuşulması gerektiğini düşünmekte olup, intihar hakkında konuşurken kendilerini rahat hissettiklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, örneklemin genç olanları intiharı tabu olarak görmezken, doktorların ise öğretmenlere nazaran intiharı daha çok tabu olarak gördükleri saptanmıştır. Bu durum farklı meslek gruplarının tabu konusunda aynı toplumda farklı bakış açılarına sahip olabileceğini göstermektedir. Bununla beraber, "İntihar hakkında konuşan kişilerin intihar etme/etmeme durumuna" (madde 33) yönelik, hemşirelerin ikilem yaşaması ihtimali "kararsız" yanıtı oranında (%30,2, n=32) ortaya çıkmaktadır. Bu durum, hem davranışın değerlendirilmesindeki karmaşıklığı, hem toplumsal-kültürel temelli bireysel ön yargıları ve sonuç olarak, intihar davranışı üzerine profesyonel eğitim gereksiniminin önemini düşündürmektedir. Bu grupta, son olarak, "İntihar tehditleri yapan kişilerin bunu nadiren gerçekleştirebileceğine" (madde 12) dair onaylayıcı inancın, toplumda tamamlanmış intihar oranı düşüklüğünün hesaba katılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

"Yalnızlık" faktörü kapsamında, hemşireler, intihar davranışının etiyolojisi açısından, "yalnızlığı", hem kendileri hem de diğer insanlar için bir neden olarak görmeme eğilimini "Benim için yalnızlık hayatıma son vermem için bir neden olabilir" (madde 14) (K.Katılmıyorum: %50, n=53, $\bar{x}$=1,64±0,77) ve "Aslında insanları intihara sürükleyen yalnızlıktır" (madde 25) (Katılmıyorum: n=45, %42,5, $\bar{x}$=2,48±1,06) ifadelerine onay vermeyerek ortaya koymuştur. Öncü ve ark. (2005) Türk ve Sloven psikiyatri uzmanlarıyla yaptıkları çalışmalarında da, Sloven psikiyatri uzmanlarının yalnızlığın intihara neden olabileceğini düşündükleri belirlenmiştir. Diğer deyişle, esas olarak, insanın toplumsal bir varlık olduğu inancını yansıtan bu eğilimin, kültürümüze özgü, bireysellikten ziyade kollektifliğe dönük yapıdan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

"Önlemeye Hazır Olmama" faktörü açısından, örneklemi oluşturan hemşirelerin hemen hemen yarısı, mesleki disipline özgü kabullenici yardım etme bilincini, "Birinin intihar etmesini engellemeye çalışmak insanlık görevidir" (madde 9) (Katılıyorum: %53,8, n=57) ve "İntihar krizi içindeki bir kişiyle iletişim kurarak yardım etmeye hazırlıklıyım" (madde 30)

(Katılıyorum: %44,3, n=47) ifadelerine onay vererek yansıtmıştır. Aynı zamanda, intihar girişiminde bulunan kişiye akut kriz evresinde, araştırma kapsamındaki hemşirelerin motivasyonunu gösteren bu sonuçların, davranışı önlemeye yönelik ekip yaklaşımlarında etkili rol oynayacağı düşünülmektedir. "Eğer biri yaşamına son vermeyi istiyorsa, bu onu ilgilendirir ve diğerleri buna müdahale etmemelidir" (madde 24) ifadesine kesin olarak onay vermeyen hemşire oranı da (K. Katılmıyorum: %47,2, n=50, $\bar{x}$=1,76±0,96), intihar davranışına karar vermeyi bireysel bir hak olarak ele almaktan ziyade, diğerlerini de davranışı engellemeye yönelik girişimde bulunmaya dahil eden bir tutum içinde olunduğunu göstermektedir. Fakat, "İntihar krizi içindeki bir kişiyle iletişim kurarak yardım etmeye hazırlıklı olunması" konusunda, örneklemin dörtte birinin "kararsızlık" yaşadığını ifade etmesi (%25,5, n=27), intihar davranışını yönetmenin zorluğunu ve hemşirelerin bu yönde eğitim ihtiyacında olabileceğini de göstermektedir. Öncü ve ark. (2005), Türk ve Sloven psikiyatri uzmanlarının intihara yönelik tutumlarını karşılaştırdıkları çalışmada da, Sloven uzmanların intihar eden kişiye yaklaşımda bulunmaya daha fazla hazır oldukları görülmüştür (Türk psikiyatristler %79,4 –Sloven psikiyatristler %94,9). Botega ve ark. (2005) tarafından, Brezilya'da psikiyatri dışı kliniklerde çalışan hemşirelerle gerçekleştirilen çalışmada, 317 kişiden oluşan örneklemin sadece %17'sinin (n:54) intihar riski taşıyan hastaya bakım vermede kendisini hazırlıklı hissettiği saptanmıştır. Kültürel ve mesleki açıdan intiharın önlenmesine hazır olma açısından farklılıklar söz konusudur. Hemşirelerin yarısının, "İntihar eden kişilerin genellikle akıl hastası olmadığını" (madde 8) düşünmesi (Katılmıyorum: n=53, %50, $\bar{x}$=2,08±0,94), intihar davranışında bulunan kişileri psikiyatri hastalığı tanısı ile stigmatize etmekten kaçınan, açık ya da gizli birçok faktörün davranışta rolü olabileceğini işaret eden ve böylece davranışın önlenebilirliği açısından harekete geçirici etkisi olabilen bir tutumu akla getirmektedir.

"Ötenazi-İntihar Hakkı" kapsamındaki ifadeler arasında, hemşirelerin, yüksek oranda onay vermedikleri-reddedici tutum takındıkları ifadelerin, "Ciddi ve iyileşemez bir hastalıktan yakınan ve ölme isteğini söyleyen kişiye yaşamına son vermede yardım edilmelidir" (madde 29) (K. Katılmıyorum: %40,6, n=43, $\bar{x}$=2,26 ±1,27), "İntihar tedavi edilemez bir acıyı sonlandırmak için bir çözüm yolu olarak kabul edilmelidir" (madde 5) (K. Katılmıyorum: %34,9, n=37 $\bar{x}$=2,07±1,01), "İntiharın tek çözüm olduğu durumlar vardır" (madde 16) (K. Katılmıyorum: %39,6, n=42, $\bar{x}$=1,88±0,89) ve "İnsanlar kendi yaşamlarını sonlandırma

hakkına sahip olmalıdır" (madde 34) (K. Katılmıyorum: %34,9, n=37, $\bar{x}$=2,17±1,10) şeklinde yoğunlaşması, mesleki yardım edici rol ve mesleki otorite konumunda olma algılamalarıyla ilişkili düşünülmüştür. Diğer yandan, "Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan bir kişinin intihar etmesini anlama" (madde 32) konusunda, kararsız kalan, onay veren/onay vermeyen eğilimlerin birbirine yakın oluşu ise, hastanın kronik hastalığa bağlı yaşadığı güçlüklerin yakın tanığı olan hemşirelerin ikilemlerine ışık tutabilmektedir. Benzer ikilemli durum, hemşirelerin kendilerine yönelik ötenaziyi kabul/red eğilimlerini yansıtabilen "Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı yaşamıma son verme olasılığını düşünebilirdim" (madde 20) ve "Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı intihar etmem için bana yardım edilmesini isterdim" (madde 36) ifadelerde de görülmektedir. Hemşirelerin bu faktör kapsamında, onay verdikleri tek ifade "İntihar etmek, bir insanın akrabalarına yapacağı en büyük kötülüklerden biridir"madde 3)'dir. Bu ifadelere yönelik tutumların yansıttığı temel nokta, gerek bireysel& kültürel, gerekse mesleki deneyimlerden etkilenmenin olabileceğidir. Karadeniz ve ark. (2008) tarafından Manisa ve Erciyes'te doktor, hemşire ve ebelerle (n:632/psikiyatride çalışanlar n: 38) yapılan araştırmada da, örneklemin %35.4'ü ötenaziyi reddetmekte, %28'i onaylamakta ve % 18'i ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Literatürde sağlık çalışanlarının ölümcül bir hastalık varlığında ötenaziye daha kabul edici tutumlar gösterdiği, ancak dini nedenler nedeniyle de reddedici tutumlar sergileyebildikleri vurgulanmaktadır (Anderson ve ark. 1999; Botega ve ark. 2005; Karadeniz ve ark. 2008; Cirhinlioğlu ve Ok 2010; Kavalidou 2013; Nebhiani ve ark. 2013; Smith 2013; Levy ve ark. 2013).

"İntihar süreci" kapsamında, hemşireler tarafından, "İntihar girişimlerinin çoğunun dürtüsel davranışlar olmadığına" (madde 4) (Katılmıyorum: %36,8, n=39, $\bar{x}$=2,76±SS=1,03), "İntihar eden kişinin uzun süredir düşündüğü bir şeyi yaptığına" (madde 10) (Katılıyorum: %37,7, n=40, $\bar{x}$=3,34 ±SS=1,05) onay verici tutumun, intihar davranışının karmaşık-uzun süreli yapısına ve önlenebilirlik açısından ele alınabileceği algısına ışık tutmaktadır. "Kişi intiharı düşünürken genellikle ne olup bittiğine dair yakınlarının bir fikri yoktur" (madde 28) görüşünde ise, onay veren/kararsız kalan/onay vermeyen oranlarının yakınlığı, bireysel ve mesleki deneyimlerden etkilenmeleri akla getirmektedir. Hemşirelerin çoğunluğunun, "İntihar girişiminin gerçekte bir yardım çığlığı olduğunu" (madde 26) düşünmesi (Katılıyorum: %42,5, n=45, $\bar{x}$=3,75±SS=1,00), suçlayıcı-cezalandırıcı olmaktan ziyade, olumlu kabullenici bir tutumu yansıtmaktadır. Üçte birinin, "Birçok intihar girişiminin bir başkasını

cezalandırma veya intikam için yapıldığını" (madde 7) düşünmekle beraber (Katılıyorum: %34, n=36, $\bar{x}$=3,17±SS=1,07), bu maddede ve "Birçok intihar girişiminin nedeninin yakın bir kişiyle olan çatışmalar olduğu" (madde 35) maddesinde onay veren/kararsız/onay vermeyen oranlarının yakınlığı, intihar davranışının nedeni olarak hemşirelerin kişilerarası ilişkilerin önemine dair algılamalarını yansıtmaktadır. Öncü ve ark. (2005)'nın çalışmasında da, Türk psikiyatristlerin Slovenlere kıyasla intiharın bir yardım çığlığı olduğu görüşüne daha çok katıldıkları belirlenmiştir. Slovenya'nın DSÖ verilerine göre, 2014 yılındaki intihar hızı 12,4'tür ve Türkiye' den yüksek bir değere sahiptir.

5.2. İntihara Yönelik Tutumlar Üzerinde Kişisel/Mesleki Özelliklerin ve Intihar Davranışı ile İlgili Deneyimlerin Etkisinin Tartışılması

5.2.1. Kişisel/Mesleki Özelliklerin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisinin Tartışılması

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin cinsiyet, eğitim ve medeni durumu gibi bazı kişisel; sorumluluk düzeyi, çalıştığı servis türü ve intihar davranışında bulunan hastanın hemşirelik bakımının kalitesinin artırılması için önerileri (eğitim, süpervizyon ve bakım&tedavi rehberleri) gibi bazı mesleki özelliklerinin intihara yönelik tutumları üzerinde etkisi olduğu görülmüştür (Tablo 4-5, 4-6, 4-7):

Cinsiyet açısından, erkek hemşireler, "İntihar asla onaylanmaz" (Madde 2) (Zmw:-2,787/ p<0,01), "Yaşamak için çok nedenleri olması gerektiği halde, gençlerin intihar etmesi anlaşılmazdır" (Madde 19) (Zmw=-2,420/p=0,01), "İntihar engellenebilir" (Madde 37) (Zmw=-2,797/ p<0,01) ifadelerini kadınlara göre, daha fazla onaylamıştır. Cinsiyetler arası bu farklılıklarda, toplumsal cinsiyet rollerine dair algılamaların rol oynayabileceği, erkek hemşirelerin, intiharı bir yandan anlaşılmaz bularak reddedici bir tutumda oldukları, diğer yandan önlenebilir-engellenebilir gördükleri düşünülmektedir. İntihar gibi kendiliğe yönelik yıkıcı bir agresif davranış türünün, kültüre özgü erkek cinsiyeti algısı kapsamında, anlaşılmaz ve önlenebilir görülmesi, diğerlerine ve eşyaya yönelik agresyonda hakim maskülen-güce temelli yatkınlık algısına zıt görünerek ilginç bulunmuştur. Bununla beraber, intihar davranışında bulunan hastalara yaklaşım açısından, bu tutumların hem olumsuz (anlaşılmaz bulunarak-onaylanmayarak), hem de olumlu (engellenebilir bulunarak) etkileri olabileceği de dikkate alınmalıdır. Literatürde cinsiyet ile tutumlar arasında bir ilişki bulunmadığını ortaya koyan çalışmalar olduğu gibi, ilişki tespit eden çalışmalar da mevcuttur. Samuelsson ve ark. (1997) İsveç'te acil servis, yoğun bakım ve psikiyatri hemşireleriyle yaptıkları çalışmada,

cinsiyet ile tutumlar arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ancak, ülkemizde Demirkıran ve Eskin (2006) tarafından doktor ve hemşirelerle yapılan çalışmada, erkeklerin kadınlara göre, intihara karşı daha önyargılı olduğu saptanmıştır. Bu durum kültürler arası farkı destekler nitelikte görünmektedir.

Bekar hemşireler, "İntihar eden bir kişi uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır" (Madde 10) (Zmnu=-2,260/ p<0,05) ifadesine evlilere göre daha fazla onay vererek, intihar davranışının ani ve tepkisel gelişmeyip, bir süreç kapsamında hazırlayıcı etkenler olduğunu düşünürken, "Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan bir kişinin intihar etmesini anlayabilirim" (Madde 32) (Zmnu=-2,247/ p<0,05) ifadesine daha fazla onay vererek de, ötenazi-intihar hakkını anlayabilen bir bakış açısına sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Öte yandan, evli hemşirelerin de "Benim için yalnızlık hayatıma son vermem için bir neden olabilir" (Madde 14) ifadesine, bekar olanlara kıyasla daha fazla onay göstermeleri (Zmnu=-2,118/ p<0,05), intihar ve yalnızlık arasındaki bağlantının, zorunlu ve seçilmiş yalnızlık açısından fark gösterebileceğini düşündürmektedir.

Servis hemşirelerinin sorumlu hemşirelere göre, "Kişi intiharı düşünürken genellikle ne olup ne bittiğine dair yakınlarının bir fikri yoktur" (Madde 28) ifadesine, daha fazla onaylayıcı tutum göstermelerinin (Zmw=-2,016/ p<0,05), hastayla daha çok bir arada ve iletişim halinde olmalarına bağlı olarak, intihar davranışının arka planındaki süreci daha yakından görme imkanlarının bulunmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin eğitim düzeyi düşüklüğü, "Birinin intihar etmesini engellemeye çalışmak insanlık görevidir" ifadesini (madde 9), lise/ön lisans mezunu hemşirelerin, lisans ve lisans üstü hemşirelere göre, daha fazla onaylaması şeklinde (lise/önlisans-lisans Zmw=-2,179/p=0,02; lise/önlisans-lisans üstü Zmw=-1,999/p=0,04) belirleyici olmuştur. Yani, lise/ön lisans mezunu hemşireler, kendilerini intiharı önlemeye hazır-intiharı engellemeye çalışmayı da insanlık görevi olarak gören bir tutuma daha fazla sahiptir. Öte yandan, hemşirelerin eğitim düzeyi yüksekliği, "Eğer ciddi tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı yaşamıma son verme olasılığını düşünebilirdim" (madde 20) (lisans üstü-lise/önlisans Zmw=-3,413/p=0,001; lisans üstü-lisans Zmw=-2,154/p=0,03) ve "Eğer ciddi tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı intihar etmem için bana yardım edilmesini isterdim" (madde 36) (lisans üstü-lise/önlisans Zmw=-2,932/p=0,003, lisans üstü-lisans Zmw=-3,056/p=0,002) ifadelerini, lisans üstü mezunu hemşirelerin, lise/önlisans ve lisans mezunu hemşirelere göre, daha fazla onaylaması; "Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son

verebildiğini anlamıyorum" (madde 27) ifadesini ise, lise/önlisans ve lisans mezunu hemşirelere göre, daha fazla onaylamaması şeklinde belirleyici olmuştur (lisans üstü-lise/önlisans Zmw=-3,373/p=0,001, lisans üstü-lisans Zmw=-2,569/p=0,01). Genel olarak eğitim düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlılık belirlenen bu tutum ifadelerine göz atıldığında, hemşirelerin eğitim düzeyinin, intihar davranışını hak olarak görüp, izin verme-ötenaziyi olumlu karşılama, intihar davranışını anlaşılır görme ve/veya kesin olarak olumsuzlayan bir açıdan görüp engellenmesi için hazır olma kapsamında etkili olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin eğitim düzeyi yüksekliği, intihar davranışının nedeni doğrultusunda bir sorgulama yapıp, ötenazi olasılığına ve yaşama son verilebilmesine empatik sayılabilecek bir yaklaşım sergilemelerinde etkili olurken, eğitim düzeyinin düşüklüğü, intihar davranışının engellenmesini ve önlemeye hazır olmayı, mesleki açıdan yardım etmenin ötesinde, insanlık adına bir görev olarak yüceleştiren tutumuyla, intihar davranışını kesin olarak reddedici bir yaklaşıma yol açmaktadır. Araştırma örnekleminin küçüklüğü gözönünde tutularak, intihara yönelik tutumlarda profesyonellerin eğitim düzeyinin etkisinin büyük gruplarda incelenmesi, daha net bağlantılar belirlenmesini mümkün kılacaktır.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin, çalıştıkları servis türü, intihara yönelik bazı tutum ifadeleri üzerinde etkili bulunmuştur. Alkol-madde servisi, bu serviste çalışan hemşirelerin, akut ve adli serviste çalışan hemşirelere göre "İntihar eden bir kişi uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır" (madde 10) ifadesini daha fazla onaylamaması (akut-alkol/madde Zmw=-3,073/p=0,002, adli/alkol/madde Zmw-3,108/p=0,002), "Genel olarak bir insanın yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum" (akut-alkol/madde Zmw=-2,648/p=0,008, adli-alkol/madde Zmw=-2,624/p=0,009, diğer servisler/alkol madde Zmw=-2,405/p=0,016) ve "Ciddi ve iyileşemez bir hastalıktan yakınan ve ölme isteğini söyleyen kişiye yaşamına son vermede yardım edilmelidir" (akut-alkol/madde Zmw=-2,646/p=0,008, adli-alkol/madde Zmw=-2,985/p=0,003, diğer servisler/alkol madde Zmw=-3,518/p=0,000) ifadelerini ise, alkol-madde servisinde çalışan hemşirelerin, akut, adli ve diğer servislerde çalışan hemşirelere göre, daha fazla onaylamaması şeklinde belirleyici olmuştur. Diğer deyişle, alkol-madde bağımlısı hastalarla çalışan hemşireler, intihar davranışının bir süreç doğrultusunda, uzun süre düşünülerek yapılan bir şey olmayıp, ani gelişebilen yapısına, yaşama son verme eyleminin gelişimine dair anlayışlılık belirtirken, çalıştıkları hasta grubunun bağımlılıkları doğrultusunda riskli davranış eğilimi ve kısır döngülerinin farkında olduğunu yansıtan bir tutum sergilemektedir. Öte yandan ise, alkol-madde servisinde çalışan

hemşirelerin, intihar, ötenazi kararı ve eylemine yardımda bulunma konusunda, onaylamayan ve aktif sorumluluk almaktan uzak duran tutumu dikkat çekicidir.

Adli servislerde çalışan hemşirelerin de, "Birçok intihar girişiminin nedeni yakın bir kişiyle olan çatışmalardır" ifadesini (madde 35), akut, alkol/madde ve diğer servislerde çalışan hemşirelere kıyasla daha fazla onaylaması (akut-adli Zmw=-2,332/p=0,02, adli-alkol/madde Zmw=-2,845/p=0,004, adli-diğer servisler Zmw=-2,261/p=0,024), bakım verilen hasta grubunun uzun süreli yatışlı olmasına bağlı, kişilerarası ilişki sorunlarına ve çatışmalarına yönelik tanıklıklarına/duyarlılıklarına bağlı olabilir. Adli servis hastaları, ön planda çoğunlukla kişilerarası ilişkilere ve diğerlerine dair olumsuz bilişsel yanlılıklara temelli suç davranışları ve arka planda psikopatoloji bulunan hastalardır. Literatürde psikiyatri hemşirelerinin çalıştıkları servis çeşitliliğinin intihara yönelik tutumları etkilediğine dair herhangi bir bilgiye ulaşılamamıştır.

İntihar davranışında bulunan hastalara verilen bakımın kalitesinin arttırılması için, "intihar davranışı ile ilgili eğitim verilmesi"nin gerekli olmadığını düşünen hemşireler intihara yönelik tutum ifadelerinden 11. maddeyi ("Bir kişiye intiharla ilgili soru sorarsanız onun intihar fikirlerini uyandırma riski vardır") daha fazla onaylamaları (Zmw =-2,200/p=0,02), aslında intihar davranışını tabulaştırma eğilimlerini ve eğitime ihtiyaç duyduklarını kanıtlar niteliktedir. İntihar girişiminde bulunan hastayla, girişim hakkında konuşulmaması gerektiği, bugün geçerliği olmayan bir mittir (Barker 2004; Videbeck 2004; Eskin 2012). Ruh sağlığı alanında eğitimi olan ve ruh sağlığı alanında çalışan kişilerin intihara yönelik daha olumlu tutumları olduğu literatürde mevcuttur (Samuelsson ve ark. 1997; Herron ve ark. 2001; Patterson, Whittington ve Bogg 2007; Kishi ve ark. 2011; Srivastava ve Tiwari 2011; Carmona-Navarro ve Pichardo-Martinez 2012). Samuelsson ve Asberg (2001) tarafından İsveç'te psikiyatri hemşireleriyle (n:47) yapılan araştırmaya göre eğitim programlarıyla intihar eden kişileri anlama ve bakım vermede istekli olmanın arttığı belirlenmiştir. Brunero ve ark (2008) tarafından Avusturalya'da sağlık çalışanlarıyla (n=143) yapılan araştırmaya göre de, geçmişte intiharı önlemeye yönelik eğitim alan sağlık çalışanlarının intihar eden hastalara karşı daha olumlu tutumları olduğu sonucuna varılmıştır. Sandy ve Shaw (2012) tarafından Londra'da ruh sağlığı hemşireleriyle (N=25) yapılan fenomenolojik araştırmaya göre, intihar eden hastalara etkili bakım verilebilmesi için eğitimin gerekli olduğu belirlenmiştir. Chan, Chien ve Tso'nun (2008) Hong Kong' da hemşirelerle (n=54) yaptıkları niteliksel çalışmaya göre, örnekleme eğitim verilmesi sonucunda kişilerin

tutumlarının, kendilerine olan güvenlerinin ve intihar niyeti olan hastaya verdikleri profesyonel becerilerinin geliştiği görülmüştür.

İntihar davranışı ile ilgili süpervizyon yapılmasının gerekli olduğunu düşünen hemşireler tarafından, 1. maddeye ("İntihar düşünceleri olan kişiye yardım etmek her zaman mümkündür") (Zmw =-2,214/p=0,02) daha fazla onay verilmesi, bir yandan intiharın girişime dönüşmeden önlenmesi açısından hemşirelerin olumlu yaklaşımını yansıtırken, diğer taraftan ise, intihar düşünceleri olan bireylere her zaman yardım edilemediğinde, hissedilebilecek yükü akla getirmektedir. Ayrıca, süpervizyona gerek gören hemşirelerin, 22. maddeyi ("İntihar öncesinde uyarıcı işaretler yoktur") (Zmw =-2,699/p=0,007) daha fazla onaylamamaları, süpervizyon kapsamında, bireylere ve koşullara dair risk tanılamanın yapılabilmesini mümkün kılarak, intihar davranışını tabulaştıran eğilimi azaltabilecektir. Norheim, Grimmholt ve Ekeberg (2013) tarafından Oslo'da psikiyatri kliniğinde çalışanlarla (n:229) yapılan çalışmaya göre, sistematik süpervizyon eğitimi alan kişilerin almayanlara göre intihara yönelik daha olumlu tutumları olduğunun belirlenmesi bu düşünceyi destekler niteliktedir.

Bakım ve tedaviyle ilgili rehberlerin gerekli olduğunu düşünen hemşirelerin, 8. maddeyi ("İntihar eden kişiler genellikle akıl hastasıdır") (Zmw =-2,720/p=0,007), daha fazla onaylarken, 35. ("Birçok intihar girişiminin nedeni yakın bir kişiyle olan çatışmalardır") (Zmw =-2,459/p=0,01) ve 36. ("Eğer ciddi tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı intihar etmem için bana yardım edilmesini isterdim") (Zmw =-2,374/p=0,01) maddelerini onaylamama eğilimleri dikkat çekicidir. Kişilerin akıl hastalığı nedeniyle intihar davranışında bulunduğuna inanılması ve ilişki sorunlarının intihar davranışlarındaki rolünün azımsanması eğilimi, hemşirelerin standardize bilgileri içeren bakım ve tedavi rehberlerini gerekli görmesi ile örtüşmektedir. Her iki ifadedeki bakış açısı, intihar davranışında bulunan hastaları ele alma açısından tanımlama-sabitleme ihtiyacını yansıtmakta ve rehberlerin de kolaylaştırıcı işlevini kapsamaktadır. Bakım ve tedavi rehberleri, kontrolü ve girişimi mümkün kılmakta ve bir açıdan da hastalık ve iyileşme sürecinin en önemli manipülasyonlarından biri haline gelmektedir. Bunların gerekli olduğuna inananların, kendileri için, tedavi edilemez hastalık nedeniyle intihara-ötenaziye onay vermemeleri de, belirleyici ve kontrollü olma gücünü rehberler aracılığıyla sağlama çabasını akla getirmektedir.

5.2.2. **İntihar Davranışı ile İlgili Deneyimlerin İntihara Yönelik Tutumlara Etkisinin Tartışılması**

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin, geçmiş ve önceki yıllardaki bireysel ve aile/diğerleri kapsamında çevresel intihar davranışı deneyimlerinin, bireysel ve mesleki özelliklerine kıyasla, intihara yönelik tutumlar üzerinde daha fazla etkisi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-8, 4-9, 4-10, 4-11, 4-12, 4-13):

"Geçen yıl" intihar düşüncesi olan hemşireler, "Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur" (madde 15) (Zmw=-4,800/p=0,00), "Herkes intihar edebilir" (madde 31) (Zmw=-2,788/p=0,005), "İntihar bazen intihar eden için bir rahatlama olabilir" (madde 18) (Zmw=-2,250/p=0,02), "Aslında insanları intihara sürükleyen yalnızlıktır" (madde 25) (Zmw=-2,228/p=0,02) ifadelerine daha fazla onay vererek, bireyde intihar düşüncesi varlığının intihar davranışını normal/sıradan kabul etme, anlaşılır bulma ve yalnızlığı intihar nedeni olarak görme eğilimini ifade eden olumlu tutum sergilemektedir.

"Geçen yıl" intihar düşüncesi olmayan hemşirelerin "İntiharın tek çözüm olduğu durumlar vardır" ifadesini (madde 16), daha fazla onaylamamaları (Zmw=-2,823/p=0,005), kişilerin intihar hakkını olumlu karşılamasında, kendi deneyimlerinin rolünün olabileceğini göstermektedir.

"Önceki yıllar"da intihar düşüncesi olma, "Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur" (madde 15) (Zmw=-5,099/p=0,00), "Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan kişinin intihar etmesini anlayabilirim" (madde 32) (Zmw=-2,237/p=0,02), "Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı, intihar etmem için bana yardım edilmesini isterdim" (madde 36) (Zmw:-2,113/p=0,03), "Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı, yaşamıma son verme olasılığını düşünebilirdim" (madde 20) (Zmw=-2,355/p=0,01) ifadelerinde, daha fazla onaylama yapılmasında etkili olmuştur. Önceki yıllarda intihar düşünceleri olanlar için, intihar normal/sıradan değerlendirilebilirken, kendi/diğerleri için intihar hakkı-ötenazi olumsuz görülmemektedir.

"Önceki yıllar"da intihar düşüncesi olmama, "İntihar eden bir kişi, uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır" (madde 10) (Zmw=-2,193/p=0,02) ve "Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum" (madde 27) (Zmw=-1,962/p=0,05) ifadelerine daha fazla onaylama yapılmasında, "Gerçekte intihar etmeye niyetim olmadığı halde kendimi öldüreceğimi söyleyebilirim" (madde 17) (Zmw=-2,528/p=0,01) ifadesine ise, daha fazla onaylamama gösterilmesinde etkili olmuştur. Önceki yıllarda intihar düşünceleri olmayanlar için, intihar ani gelişen bir yapıda olmayıp, anlaşılır ve normal/sıradan olmadığı

ifade edilirken empati açısından bu davranışı zihinsel de olsa deneyimlemenin tutumları biçimlendirmede önemi akla gelmektedir.

"Geçen yıl" intihar planı olmayan hemşireler, "İntiharın tek çözüm olduğu durumlar vardır" (madde 16), (Zmw=-3,872/p=0,0), "Eğer biri yaşamına son vermeyi istiyorsa bu onu ilgilendirir ve diğerleri buna müdahale etmemelidir" (madde 24) (Zmw=-2,072/p=0,03) ifadelerinde daha fazla onaylamama eğilimi; "İntihar hakkında konuşan kişiler intihar etmezler" (madde 33) (Zmw=-2,131/p=0,03) ve "Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum" (madde 27) (Zmw=-2,418/p=0,01) ifadelerinde ise, daha fazla onaylama eğilimi göstermiş; diğer bir deyişle, intiharı bir hak olarak görmeyen, intihar davranışına bireysel sorumluluk-otonomi vermeyen, intihar eylemini anlaşılmaz bulan, intihar davranışına bakış açısında tabuların etkisi hissedilen olumsuz bir yaklaşım sergilemiştir.

"Geçen yıl" intihar planı olma, "Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur" (madde 15) (Zmw=-4,545/p=0,0), "Herkes intihar edebilir" (madde 31), (Zmw=-3,233/p=0,00), "İntihar bazen intihar eden için bir rahatlama olabilir" (madde 18) (Zmw=-2,684/p=0,007) ve "İntihar tedavi edilemez bir acıyı sonlandırmak için bir çözüm yolu olarak kabul edilmelidir" (madde 5) (Zmw=-2,112/p=0,03) ifadelerine karşı kabullenici tutum gösterilmesinde etkili olmuştur. Geçen yıl intihar planı, intiharı normal/sıradan bir davranış olarak, anlamını anlaşılır bulmaya eğilimli ve acıyla baş etme biçimi olarak hak gören bir yaklaşıma yol açabilmektedir.

"Önceki yıllar"da intiharı planı olan hemşirelerin, "Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur" (madde 15) (Zmw= -3,764/p=0,0), "Herkes intihar edebilir" (madde 31) (Zmw=-2,025/p=0,04), "Gerçekte intihar etmeye niyetim olmadığı halde, kendimi öldüreceğimi söyleyebilirim" (madde 17) (Zmw=-2,089/p=0,03) ve "Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı, yaşamıma son verme olasılığını düşünebilirdim" (madde 20) (Zmw=-2,319/p=0,02) ifadelerine karşı daha fazla onaylama göstermesi, bir taraftan, intihar davranışına karşı yargılayıcı olmayan-olumlu tutumları akla getirirken, intihar davranışının sağlık profesyoneli tarafından normal/sıradan olarak meşrulaştırılması riskini de taşımaktadır.

"Önceki yıllar"da intihar planları olmadığını belirtenlerin ise, "İntiharın tek çözüm olduğu durumlar vardır" (madde 16) (Zmw=-2,265/p=0,02) ifadesinde daha fazla onaylamama eğilimi gösterirken, intihar hakkı-ötenazi açısından olumsuz bakış açısını yansıtabildikleri, "Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum" (madde 27) (Zmw=-2,051/p=0,04) ifadesinde de daha fazla onaylama

göstererek, davranışı anlaşılır bulmadıkları ve bunun da hastalara empati gösterme açısından engelleyici olabileceği akla gelmektedir.

İntihar girişimi olan hemşirelerin, "İntihar eden kişiler genellikle akıl hastasıdır" (madde 8) (Z_{mw}=-2,073/p=0,03) ve "İntihar tehditleri yapan kişiler, bunu nadiren gerçekleştirmiştir" (madde 12) (Z_{mw}=-2,040/p=0,04) ifadelerine karşı daha fazla onaylamama eğilimi ile, akıl hastası olmayı reddeden bir tutum içinde oldukları, bunun da toplumda hala varolan stigmadan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Kendilerinde girişim olması, intihara tabu yönünde bakış açısını da reddetmelerine neden olabilmektedir. "Gerçekte intihar etmeye niyetim olmadığı halde, kendimi öldüreceğimi söyleyebilirim" (madde 17) (Z_{mw}=-2,601/p=0,009) ifadesine daha fazla onay göstermeleri de, deneyimin intihar davranışının algılanmasında normalleştirmeye neden olmasını düşündürmektedir. Brunero ve ark. (2008) tarafından Avusturalya'da sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmada, intihar girişimleri olan kişilerin intihara yönelik olumlu tutumları olduğu bulunmuştur.Bu açıdan olumlu tutumlar, girişimlerde bulunanlarda intihar davranışının önlenmesi açısından, olgun savunmaların yerleştirilmesine engelleyici olabilir.

Ailesinde intihar girişimi olan hemşireler, "Eğer biri yaşamına son vermeyi istiyorsa bu onu ilgilendirir ve diğerleri buna müdahale etmemelidir" (madde 24) (Z_{mw}=-2,517/p=0,01) ve "Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum" (madde 27) (Z_{mw}=-2,695/p=0,007) ifadelerine, daha fazla onaylamama eğilimi gösterirken ailede intihar girişimi olmayanlar ise, "İntihar eden bir kişi uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır" (madde 10) (Z_{mw}=-2,039/p=0,04) ifadesine daha fazla onay vermiştir. Yani, ailesinde intihar girişimini deneyimleyen hemşireler, intihar davranışına anlayış göstermemekte ve bireysel bir sorumluluk olarak algılamamakta, reddedici bir yaklaşım sunmaktadır. Böyle bir girişim deneyimi olmayanlar ise, intihar davranışının bir süreç kapsamında olduğunu düşünmekte olup, sürece girişimde bulunulabileceği fikrini çağrıştırmaktadır.

Arkadaş çevresinde intihar girişimi olan hemşireler, "İntihar girişimlerinin çoğu dürtüsel davranışlardır" (madde 4) (Z_{mw}=-2,895/p=0,004), "Kişi bir defa intihar etmeye karar verirse, onu kimse durduramaz" (madde 6) (Z_{mw}=-3,434/p=0,001) ifadelerine daha fazla onay verirken, "İntihar hakkında konuşulmaması daha iyidir" (madde 13) (Z_{mw}=-2,837/p=0,005) ifadesini ise daha fazla onaylamamaktadır. Bu durumda, arkadaş çevresinde intihar girişimini deneyimleme, intihar davranışını süreç kapsamında ele almayıp ani oluşumuna inanma eğilimine ve önlenemez olarak algılamaya neden olabilmektedir. Kendi arkadaşlarında önüne geçemedikleri travmatik davranışa bağlı yaşanabilen suçluluk duygusu bu tutumların

gelişiminde rol oynayabilir ve; davranışı önlemeye çalışma/girişimde bulunma açısından olumsuz yaklaşımlara neden olabilir. Diğer yandan, arkadaş çevresinde intihar davranışını deneyimleme, intiharın tabulaştırılmasını önleyici işlev de görebilmektedir.

Ailelerinde intihar planı/düşüncesi/tehdidi deneyimi olan hemşirelerin, "Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur" (madde 15) (Zmw=-2,068/p=0,03) ve "Herkes intihar edebilir" (madde 31) (Zmw=-2,296/p=0,02) ifadelerine, daha fazla onay göstermesi, eyleme dönüşmemiş intihar davranışının normalleştirilmesi/sıradanlaştırılmasına işaret etmektedir. Arkadaş çevresinde intihar planı/düşüncesi/tehdidi deneyimi olmayan hemşirelerin ise, "İntihar etmek bir insanın akrabalarına yapacağı en büyük kötülüklerden biridir" (madde 3) (Zmw=-2,707düzelttim/p=0,007) ifadesini daha fazla onaylaması, intihar davranışı deneyimi sözkonusu olmadığında, ötenazi-intihar hakkına kabullenici olmayan yaklaşımı göstermektedir.

Arkadaş çevresi kapsamında tamamlanmış intihar deneyimi olan hemşireler, "Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur" (madde 15) (Z_{mw}=-2,453/p=0,01) ve "İntihar bazen intihar eden için rahatlama olabilir" (madde 18) (Z_{mw}=-2,403/p=0,01) ifadelerine daha fazla onay göstererek, intihar davranışını normalleştirme ve anlaşılır kılma açısından kabullenici bir yaklaşım göstermektedir. İntihar davranışında bulunanların dışlanmaması ve empati gösterilmesi açısından bu yaklaşım yarar sağlayabilecektir. Ayrıca, arkadaş çevresinde tamamlanmış intihar deneyimi olan hemşireler, "Benim için yalnızlık hayatıma son vermem için bir neden olabilir" (madde 14) (Z_{mw}=-2,102/p=0,03) ifadesini daha fazla onaylamayarak, kişilerarası ilişki ve sosyal desteğin öneminin farkında olduğunu ortaya koymakta, aynı zamanda, yalnızlığı intihar davranışının nedeni olarak görmeme eğilimini taşımaktadır.

5.3. Kişisel/Mesleki Özelliklerin Intihara Yönelik Tutumlarla İlişkisinin Tartışılması

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin yaşı ile intihara yönelik tutum ifadelerinden, "Birinin intihar etmesini engellemeye çalışmak insanlık görevidir" (madde 9) (r=0,227/p=0,01) ve "Gerçekte intihar etmeye niyetim olmadığı halde kendimi öldüreceğimi söyleyebilirim" (madde 17) (r=0,196/p=0,04) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanırken, "Herkes intihar edebilir" (madde 31) (r=-0,209/p=0,03) ve "İntihar engellenebilir" (madde 37) (r=-0,259/p=0,007) ifadeleri ile negatif yönlü zayıf ilişki belirlenmiştir. Bu doğrultuda, hemşirelerin yaşı arttıkça, bir yandan "intiharı engellemeye

çalışmanın insanlık görevi olduğuna" dair katılımları artarken, öte yandan, "gerçekte intihar etmeye niyetleri olmadığı halde kendilerini öldürebileceklerini söyleyebileceklerine" dair katılımları da artmaktadır. Ayrıca, yaş arttıkça, hemşirelerin "herkesin intihar edebileceği" ve "intiharın engellenebileceği"ne dair katılımları azalmaktadır. Yani, yaşın artması, intihar davranışının normal/sıradan görülmesi ve önlenebilirlik algısı açısından farklı yönlere işaret etmektedir. Hemşireler, yaş arttıkça bir yandan, intiharın engellenmesi gerektiğine ve bunun bir insanlık görevi olduğuna mesleki yardım edici rolün ötesinde bir duruş sergilerken, kendi intihar olasılıklarına karşı normalleştirici/sıradan bir tutum belirtmektedir. Aynı zamanda, yaş arttıkça, hemşireler herkesin intihar etmesinin sözkonusu olmadığını ve intiharın da engellenemeyebileceğini düşünmektedir. Gagnon ve Hasking (2012) Avustralyalı psikologlarla (n=81) yaptıkları çalışmada, genç psikologların yaşlılara göre intihar eden hastalarla çalışırken kendilerine daha fazla güven duydukları ve intiharın bireysel bir hak olduğuna inandıkları belirlenmiştir. Mevcut çalışmada da, yaşı daha büyük katılımcılar, intiharın engellenemeyeceğini düşünerek, belki kendilerine mesleki açıdan güvensizliği, intiharı bir hak olarak gören kendilerinin intihar edebileceklerini onaylayarak da durumu normallleştiren bir eğilimi yansıtmaktadırlar.

Hemşirelerin psikiyatride çalışma süresi ile intihara yönelik tutum ifadelerinden, "Benim için yalnızlık hayatıma son vermem için bir neden olabilir" (madde 14) (r=-0,244/p=0,01), "Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur" (madde 15) (r=-0,254/p=0,009) ve "Ciddi ve iyileşemez bir hastalıktan yakınan ve ölme isteğini söyleyen kişiye yaşamına son vermede yardım edilmelidir" (madde 29) (r=-0,197/p=0,04) arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır: Psikiyatride çalışma süresi arttıkça, hemşireler "yalnızlığın hayatlarına son vermeleri için bir neden olabileceğine", "Herkesin hayatının bir döneminde intihar düşüncesinin olabileceğine" ve "Ciddi ve iyileşemez bir hastalıktan yakınan&ölme isteğini söyleyen kişiye yaşamına son vermede yardım edilebileceğine" onay vermemektedir. Çalışma süresinin artması, yalnızlığı intihar nedeni olarak görmeme, intiharı normalleştirmeme/sıradanlaştırmama ve ötenaziye karşı kabullenici olmama tutumları ile ilişkili olmuştur. Psikiyatride deneyim kazanmanın, bireyi kişilerarası ilişkilerin önemini ve intihar davranışının karmaşıklığını anlama açısından geliştirmesi mümkündür. Psikiyatride çalışma deneyiminin ötenaziye nasıl bir bakış açısı olduğunun araştırılması önemlidir. Deneyim süresi fazla olan sağlık çalışanlarının intihara yönelik daha onaylamayan bir tutum gösterdikleri yapılan araştırmalarda saptanmıştır (Samuelsson ve ark. 1997; Patterson, Whittington ve Bogg 2007; Brunero ve ark. 2008).

Deneyim süresinin kişilerin intiharı normalleştirmeyen, onaylamayan bir tutum göstermeleriyle ilişkisi, mevcut araştrmayla benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin psikiyatri kliniklerinde çalışmaktan memnuniyet düzeyleri ile "İntihar eden bir kişi uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır" (madde 10) (r=-0,214/p=0,02) ifadesi arasında negatif yönlü zayıf, "İntihar krizi içindeki bir kişiye onunla iletişim kurarak yardım etmeye hazırlıklıyım" (madde 30) (r=0,249/p=0,01) ifadesi ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır. Psikiyatri kliniğinde çalışmaktan memnuniyet düzeyi arttıkça, hemşirelerin, "İntihar eden kişinin uzun süredir düşündüğü bir şeyi yaptığına dair" onayı azalırken, "İntihar krizi içindeki kişiyle iletişim kurarak yardım etmeye hazırlıklı olduğuna dair" onaylaması artmaktadır. Psikiyatri kliniğinden çalışmaktan memnuniyetin artması, intihar davranışının bir süreç dahilinde gelişmeyip, ani gelişebilen yanını vurgulamaya neden olmaktadır. Bir diğer deyişle, intihar davranışında uzun süredir düşünülen bir şeyin yapılıyor olması, önlenebilirlik açısından girişimde bulunmamaya işaret ederek, memnuniyete gölge düşürebilecektir. Ayrıca, psikiyatri kliniğinde çalışmaktan memnuniyet düzeyi, kişiyi, intiharın önlenmesine hazır olma, girişimde bulunma motivasyonuna yöneltmektedir.

Hemşirelerin intihar eden hastaya bakım verme sıklığı ile "İntihar girişimi gerçekte bir yardım çığlığıdır" (madde 26) (r=0,247/p=0,01) ve "Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan bir kişinin intihar etmesini anlayabilirim" (madde 32) (r=0,213/p=0,02) ifadeleri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki belirlenmiştir. İntihar girişiminde bulunan hastaya bakım verme sıklığı arttıkça, hemşirelerin, "İntihar girişiminin gerçekte bir yardım çığlığı olabileceğine dair" ve "Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan kişinin intihar etmesini anlayabileceğine dair" onaylaması artmaktadır. Bakım verme sıklığının artması, bu hastalarla sık karşılaşılması, intihar girişimlerinin nedenleri açısından ilişki temelini anlamaya ve ötenazi-intihar hakkı konusunda anlayış gelişimine yardımcı olmaktadır. Gulfi ve ark. (2010) tarafından İsviçre'de intihar eden hastaya bakım veren ve ruh sağlığı alanında çalışan doktor, hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanıyla (n:275) yapılan çalışmaya göre, hasta intihar sıklığını deneyimleme ile profesyonel tepkileri arasında ilişki bulunmamıştır. Samuelsson ve ark. (1997) İsveç'te acil servis, yoğun bakım ve psikiyatri hemşireleriyle (n:129) yaptıkları çalışmada, intihar eden hastaya daha sık bakım veren kişilerin daha empatik tutumları olduğu bulunmuştur. Brunero ve ark. (2008) Avustralya'da genel hastanede çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada intiharla ilgili profesonel deneyim ile intihara yönelik tutumlar arasında ilişki bulunmamıştır. Samuelsson, Asberg ve Gustavsson (1997) tarafından

İsveç'te psikiyatri hemşireleriyle (n:197) yapılan çalışmaya göre intiharla daha sık karşılaşan hemşirelerin intihara yönelik daha olumlu tutumları mevcuttur. Diğer çalışmaların da gösterdiği üzere, intihar eden hastaya bakım verme sıklığının intihara yönelik tutumlarla ilişkisi farklılık göstermektedir ve kesin bir görüş ileri sürmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Hemşirelerin intihar eden hastaya bakım vermede yeterlilik düzeylerini algılamaları ile intihara yönelik tutum ifadelerinden, "İntihar krizi içindeki bir kişiye onunla iletişim kurarak yardım etmeye hazırlıklıyım" (madde 30) (r=0,341/p=0,0), "Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan bir kişinin intihar etmesini anlayabilirim" (madde 32) (r=0,209/p=0,03), "İntihar düşünceleri olan kişiye yardım etmek her zaman mümkündür" (madde 1) (r=0,208/p=0,03) ve "Pek çok insan intihar hakkında konuşmaktan kaçınır" (madde 23) (r=0,296/p=0,002) arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki belirlenmiştir. İntihar eden hastaya bakım vermede kendi yeterlik düzeylerinin algılanması ne kadar yüksekse, hemşirelerin, "İntihar krizi içindeki kişiyle iletişim kurarak yardım etmeye hazırlıklı olduklarına", "Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan kişinin intihar etmesini anlayabileceklerine", "İntihar düşünceleri olan kişiye yardım etmenin her zaman mümkün olduğuna" ve "Pekçok insanın intihar hakkında konuşmaktan kaçınacağına" dair onayları da artmaktadır. İntihar eden hastaya bakım açısından kendi yeterlik düzeyinden memnun olma, mesleki rolünden ve yaptığı işten memnuniyetini de artıracaktır. Bu açıdan, intihar eden hastaya bakım verme yeterliliğinden hoşnut olan hemşireler, intiharın önlenmesine hazırlıklı olma, ötenazi-intihar hakkını anlayabilme, intiharın önlenebileceğine inanma ve intiharla ilgili tabuları bilme açısından yetkin olacaktır.

5.4. İntihar Davranışının Nedeni&Tanımı, Intihar Davranışında Bulunan Hastaya Karşı Hissedilenler&Yaklaşım, Intiharın Önlenmesinde Yapılabilecekler Kapsamında Görüşlerin Tartışılması

İnsanların neden intihar davranışında bulunduğuna dair açık uçlu soruya (soru 22) yanıt veren 95 kişiden (%89,6), 28 kişi (%29,4), baş edememe/çıkış bulamama, 22 kişi (%23,1) çaresizlik, 18 kişi (%18,9) depresyon, kişilik bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıklara bağlı, 12 kişi (%12,6) maddi sorunlar, 8 kişi (%8,4) umutsuzluk, 8 kişi (%8,4) kaçış/kurtuluş, 7 kişi (%7,3) hayatın anlamsızlığı ve 5 kişi (%5,2) de mutsuzluk nedenini belirtmiştir. Daha çok birey temelli özelliklere dayanan bu nedenlerin bireysel yetersizlik, varoluşsal ve duygusal temalı olması dikkat çekmektedir. Psikiyatrik rahatsızlıklar kapsamında intiharın en önemli nedeni olarak depresyon ileri sürülmektedir (Hjelmeland ve Knizek 2004; Manoranjitham ve

ark. 2007; Nebhiani ve ark. 2013; Norheim, Grimholt ve Ekeberg 2013; Salman ve ark. 2014). Sağlık çalışanlarının intihar davranışının diğer nedenleri olarak yalnızlık, umutsuzluk, öfke, anksiyete, kötü beden imajı, kıskançlık, dikkat çekme çabası, impulsif davranışlar ve yardım çığlığı gibi içsel nedenleri, aile ve sosyal çevrede yaşanan kişisel sıkıntıları, maddi problemleri ve işsizliği algıladığı da görülmektedir (Anderson ve ark. 1999; Hjelmeland ve Knizek 2004; Manoranjitham ve ark. 2007; Winship 2009; Knizek ve ark. 2010; Osafa ve ark. 2011; Sandy ve Shaw 2012; Nebhiani ve ark. 2013; Norheim, Grimholt ve Ekeberg 2013; Salman ve ark. 2014).

İntihar davranışı olan hastalara karşı hissedilenler sorusuna (soru 23) yanıt veren 91 kişiden (%85,8), 32 kişi (%35,1) üzüntü, 15 kişi (%16,4) yardım etme isteği, 13 kişi (%14,2) acıma, 6 kişi (%6,5) öfke, 3 kişi (%3,2) çaresizlik yanıtını vermiştir. Ayrıca, 9 kişi (%9,8), bir şey hissetmeyip anlamaya çalıştığını belirtirken, 4 kişi (%4,3), profesyonel alan olduğu için herhangi bir şey hissetmediğini ifade etmiştir. 5 kişi ise (%5,4), hastanın çaresizliğini hissettiklerini belirtmiştir. Yapılan araştırmalarda da hemşirelerin öfke, üzüntü, acı yas, kızgınlık, güvensizlik, gerginlik, suçluluk duygusu, utanma, suçlama, keder, şok, hayal kırıklığı, şaşırma, inanmama ve rahatsızlık hisssettikleri, olumlu tutum olarak empati, yardım etme davranışı gösterirken, olumsuz tutum olarak da reddedici, yargılayıcı ve damgalayıcı davranışlar gösterdikleri belirlenmiştir (Alexander ve ark. 2000; Hendin ve ark. 2000; Farberow 2005; Öncü ve ark. 2005; Demirkıran ve Eskin 2006; Wilstrand 2007; Winship 2009; Conlon ve O'Tuathail 2010; Srivastava ve Tiwari 2011; Valente 2011; Ouzoni ve Nakakis 2012; Rutto ve ark. 2012; Sandy 2012).

İntiharı önlemek için yapılması gerekenler (soru 24) hakkında, yanıt veren 88 kişi (%83) arasında, psikolojik, sosyal ve aile desteği en çok verilen cevaptır (21 kişi-%23,8). Hastaneye yatış ve ilaç kapsamında tedavi (16 kişi-%18,1), gözlem/yakın takip (10 kişi-%11,3), baş etme yöntemlerini öğretmek (8 kişi-%9), eğitim (6 kişi-%6,8), terapi (4 kişi-%4,5) ve fiziksel koşulların düzenlenmesi (4 kişi-%4,5) intiharı önlemek için sunulan diğer önerilerdir. 4 kişi (%4,5) de, inanç sisteminin devreye sokulmasını önermiştir. Literatürde de en uygun tedavi olarak psikoterapinin olduğu göze çarpmaktadır (Norheim, Grimholt ve Ekeberg 2013). Ayrıca dinin tehdit edici yönüyle caydırıcı olacağı görüşü de literatürde mevcuttur (Osafa ve ark. 2011).

İntihar davranışı olan bir hastaya yaklaşımda en büyük zorluğun ne olduğu sorusuna (soru 25) yanıt veren 79 kişiden (%74,5), 28 kişi (%35,4) anlatma, dinleme ve düşünce

içeriğini açma kapsamında iletişimde zorluk yaşadığını belirtirken, önemsendiğini hissettirmek (9 kişi-%11,3), vazgeçirmeye ikna etmek (9 kişi-%11,3), empati kuramamak (8 kişi-%10,1) ve çıkış yolu göstermek (7 kişi-%8,8) yaşanan diğer zorluklar olarak sunulmuştur. İki kişi (%2,5) tarafından ise, hastaya yaklaşımda zorluk yaşanmadığı ifade edilmiştir. İntihar eden hastaya yaklaşım konusunda eğitim eksiklikleri ve eğitim gereksinimleri olduğunu belirten hemşirelerin iletişimde öncelikle sorun yaşamaları anlamlıdır. Valente (2011) tarafından onkoloji hemşireleriyle Birleşik Devletler'de yapılan araştırmaya göre de, hemşirelerin intihar eden hastalara bakım verirken iletişimde zorlandıkları, hastaya intihar hakkında ne soracaklarını bilemedikleri ve hata yapmamak için sessiz kaldıkları belirlenmiştir. İntihar hakkında konuşulmamasının halen tabu niteliğini taşıması açısından yaşanan iletişim güçlüğü ele alınmalıdır.

İntihar etmenin bireysel anlamı açısından 26. soru, örneklemin %80,1'i (85 kişi) tarafından yanıtlanmıştır. 44 kişi (%51,7), "hayata son vermek" olarak tanımlarken, 12 kişi için (%14,1), intihar "kaçış-kurtuluş" şeklinde görülmekte, 10 kişi (%11,7) canına kıymak/ölüm, 3 kişi (%3,5) ise, "pes etmek" olarak ifade etmiştir. Yarıdan fazlası tarafından intihar etmenin bireysel anlamı, fiziksel ölümden ziyade, hayat boyutunda kapsamlı bir ele alışı ve aktif ve yetkici bir şekilde yıkıcı eylemde bulunmayı aktarmaktadır.

5.5. Sonuç ve Öneriler

5.5.1. **Sonuçlar**

Psikiyatri hemşirelerinin intihara yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar şöyledir:

- Hemen hemen yarısı (%50,9) (n:54) akut psikoz kliniklerinde çalışan ve büyük çoğunluğu (%86,8) (n:92) servis hemşiresi olarak görev yapan hemşirelerin yaş ortalaması 34,77±7,93 (Aralık: 22-56), büyük çoğunluğu (%86,8) (n:92) kadın, yarıdan fazlası (%61,3) (n:65) evli ve %42,5'i (n:45) lisans mezunudur.
- Hemşireler arasında intihar davranışı ile ilgili mesleki bir eğitime katılmama oranı oldukça yüksektir (%77,4 ; n:82).
- İntihar davranışında bulunan hastaya yönelik hemşirelik bakımının kalitesinin artırılmasında, hemşirelerin yarıdan fazlası (%66;n:70), intihar davranışı ile ilgili eğitimlere gerek olduğunu belirtmiştir. İntihar davranışı ile ilgili süpervizyon (n:60; %56,6) ve bakım&tedavi rehberlerine de gereksinim (n:63; %59,4) duyulmaktadır.

- Psikiyatride çalışma deneyimi açısından hemşirelerin, psikiyatride çalışma süresi ortalaması yaklaşık 8 yıl (99,12±95,55) (Aralık: 2-396 ay) iken, psikiyatri kliniğinde çalışmaktan memnuniyet düzeyleri ortalaması ise orta düzeydedir (5,65±2,74) (Aralık: 0-10).
- İntihar davranışında bulunan hasta ile ilgili deneyimleri açısından, hemşirelerin çalıştıkları klinikte intihar davranışında bulunan hastaya bakım verme sıklığı ortalaması ve bu tür davranışları olan hastaya bakım vermede kendi yeterlilik düzeylerini algılama ortalaması da orta düzeydedir.
- İntihar davranışı ile ilgili deneyimleri kapsamında, intihar düşüncesi ve planının kesinlikle olmadığını belirten hemşire oranı yüksektir. (İntihar düşüncesi: geçen yıl (%71,7, n:76); önceki yıllar (%67, n:71)/ İntihar planı: geçen yıl (%80,2, n:85); önceki yıllar (%79,2, n:84). Hemşirelerin hemen hemen tamamı (%96,2; n: 102), yaşamını sonlandırma girişiminde bulunmamıştır.
- Aile ve diğerleri kapsamında hemşirelerin geçmiş ve şimdi boyutunda intihar deneyimleri yakın ve sosyal çevre kapsamında düşüktür.
- Geçmişte, intihar girişimi&intihar düşüncesi/planı/tehdidi, "arkadaşlar/iş/okul arkadaşları" kapsamında daha yüksek oranda iken, davranışa dair her iki zaman boyutunda, "aile" çevresinden olgular oldukça az olup, sadece, intihar düşüncesi/planı/tehdidi "eş/partner" kapsamında yüksek orandadır.
- Hemşirelerin , "aile"lerinde tamamlanmış intihar olgusu hiç yoktur. Üç (3; %2,8) hemşire tarafından "arkadaşlar" boyutunda tamamlanmış intihar bildirilmiştir. İki (2;%1,9) hemşire tarafından "kardeş"lerinde şu anda intihar düşüncesi olduğunun belirtilmesinin dışında, "aile" kapsamında bu durum mevcut değildir. "Diğerleri" boyutunda ise, şu anda intihar düşüncesi, "arkadaşlar"da yüksektir (% 10,4; n:11).
- İntihara yönelik tutumlara dair;
    - "Önlenemezlik" kapsamında, örneklemin yarısı, "Bir kez intiharı düşünen kişi, bu düşüncesinden asla vazgeçmez" (madde 21) ifadesine onay vermezken, yarıya yakını (%46,2; n=49) tarafından "İntiharın engellenebileceği"ne (madde 37) onay verilirken, %43,4'ü (n=46) ise, "Kişi bir defa intihar etmeye karar verirse, kimsenin durduramayacağına" (madde 6) inanmaktadır;

"İntihar düşünceleri olan kişiye yardım etmenin her zaman mümkün olduğunu" (madde 1) düşünen hemşire oranı ise düşüktür (%33; n=35).

- "Anlaşılmazlık" kapsamında, çoğunlukla "intiharın onaylanmadığı" (madde 2), "gençlerin intihar etmesinin anlaşılırlığının" (madde 19) ikilemli bir eğilim gösterdiği (benzer onay verme/vermeme oranları ile), "genel olarak yaşama son vermenin anlaşılırlığında" (madde 27) hem kararsızlık hem de onaylamama yaşandığı, "intiharın rahatlama olmadığına" (madde 18) inanıldığı görülmüştür.
- "Normal/sıradanlık" kapsamında, çoğunlukla intihar niyeti olmadığı halde, kendini öldürebileceğinden sözetmeyi" (madde 17) ve "herkeste intihar düşünceleri olabileceğini" (madde 15) onaylamadıkları, üçte birinin ise, "herkesin intihar edebileceğine" (madde 31) inandıkları belirlenmiştir.
- "Yasaklama/tabu" kapsamında, hemşireler, intiharın "hakkında konuşulabilecek" (madde 11, madde 13), "öncesinde uyarıcı işaretler olan" (madde 22), "hakkında konuşan kişilerin de uygulayabileceği" (madde 33), "çoğunlukla konuşmaktan kaçınılan" (madde 23) bir durum olduğuna inanmaktadır. "İntihar hakkında konuşan kişilerin eylemi gerçekleştirme/gerçekleştirmeme" durumunda (madde 33) ikilem yaşanmaktadır. "İntihar tehditlerinin gerçekleştirilmesi ihtimalinin düşük olduğuna" (madde 12) inanılmaktadır.
- "Yalnızlık" kapsamında, hemşireler, "yalnızlığı, kendileri ve diğerleri için bir neden" olarak görmemektedir (madde 14, madde 25).
- "Önlemeye hazır olmama" kapsamında, "intiharı engellemeye çalışmayı insanlık görevi olarak görme" (madde 9) ve "intihar krizindeki bireyle iletişim kurarak yardıma hazırlıklı olma" (madde 30) eğilimi en yüksek düzeydedir. "İntihar sadece bireyi ilgilendirmeyen ve diğerlerinin müdahale etmesi gerektiğine inanılan" (madde 24) bir durum olarak görülmekte ve "intihar edenlerin akıl hastası olmadığı" (madde 8) düşünülmektedir.
- Hemşirelerin en fazla onay vermedikleri ifadeler "Ötenazi/intihar hakkı" kapsamındadır: "ciddi hastalık durumunda, yaşama son vermede yardım etme" (madde 29), "intiharı tek çözüm olarak görme" (madde 16), "tedavi

edilemez acıda intiharı çözüm yolu olarak görme" (madde 5), "yaşama son vermede özerklik" (madde 34) yüksek düzeyde onaylanmayan ifadelerdir. Hemşirelerin, "kendileri için ötenazi hakkı ve yardımı alma" (madde 20 ve madde 36) ve "ciddi/tedavi edilemez hastalık varlığında intiharın anlaşılırlığı" (madde 32) açısından ikilemli oldukları görülmüştür. Üçte biri, "intiharın yakınlara karşı en büyük kötülük olacağını" (madde 3) düşünme eğilimindedir.

- "İntihar süreci" kapsamında; "intihar anlıktan ziyade, süreç gelişimi gösteren bir yapıda" algılanmaktadır (madde 4 ve madde 10). "İntihar düşüncesi sürecinin çevre tarafından farkedilişinde" (madde 28) ikilemli tutum eğilimi vardır (onay vermeyen/kararsız/onay veren).
- "İlişki nedeniyle" kapsamında, "intihar çoğunlukla bir yardım çığlığı" olarak (madde 26) ve kısmen, "kişilerarası ilişki çatışmaları" temelinde (madde 7) görülmektedir. "İntihar nedeni olarak, yakın ilişkilerin rolü" (madde 35), hemşireler açısından ikilemli eğilimle değerlendirilmektedir (onay vermeyen/kararsız/onay veren).

- Kişisel-mesleki özelliklerin inthara yönelik tutumlara etkisi kapsamında;
  - Erkek hemşireler, "intiharı onaylamama" (madde 2), "gençlerin intiharını anlaşılır bulmama" (madde 19), "intiharın engellenebilirliği" (madde 37) yönünde tutumlar sergilemektedir.
  - Bekar hemşireler, "intiharın uzun süreli gelişimini" (madde 10), "ciddi/tedavi edilemez hastalıkta intiharın anlaşılırlığını" (madde 32) onaylarken, evli hemşireler, "yalnızlığı intihar nedeni olarak görmeme" (madde 14) eğilimindedir.
  - Servis hemşireleri, "intihar düşüncesinin çevre tarafından farkedilmediğini" (madde 28) onaylamaktadır.
  - Eğitim düzeyi, intihara yönelik bazı tutumlarda belirleyici olmuştur:
    - Lise/ön lisans mezunu hemşireler, "intiharın engellenmesini insanlık görevi olarak gören" (madde 9) tutum sergilemektedir.

- Lisansüstü mezunu hemşireler, “kendilerinin ötenazi hakkını/yardımını” (madde 20, madde 36) onaylama, “intiharın anlaşılmamasını” (madde 27) onaylamama eğilimindedir.

o Çalışılan servis, intihara yönelik bazı tutumlarda belirleyici olmuştur;

- Alkol-madde servisinde çalışan hemşireler, “intiharın uzun süreli yapısını” (madde 10), “anlaşılırlığını” (madde 27), “ötenazide yardım etmeyi” (madde 29) onaylamayan bir tutum sergilemektedir.
- Adli serviste çalışan hemşireler, “kişilerarası ilişki çatışmalarını, intihar nedeni” (madde 35) olarak gören bir tutum sergilemektedir.

- Bakımın kalitesinin artırılması için gerekenler kapsamında;

o “İntihar davranışı ile ilgili eğitim verilmesinin” gerekli olmadığını düşünenler, intiharla ilgili mitler açısından, “intiharla ilgili konuşmanın olumsuzluğu”na (madde 11) inanmaktadır.

o “İntihar davranışı ile ilgili süpervizyonun gerekli olduğunu” düşünenler, “intihar düşüncelerinde yardım etmeye” (madde 1) ve “intihar öncesinde risk tanılamanın-uyarıcı işaretlerin önemine” (madde 22) yönelik tutum sergilemektedir.

o “Bakım&tedavi rehberlerine gereksinim duyanlar”, intihar nedeni olarak “intihar&psikiyatrik hastalık birlikteliğine” (madde 8) karşı onaylayan, “intihar&kişilerarası ilişkilerde çatışma nedenselliğine” (madde 35) ve “intiharda yardım edilmesine” (madde 36) karşı onaylamayan bir tutum göstermiştir.

o Bireysel&çevresel intihar davranışı deneyimleri, intihara yönelik bazı tutumlarda belirleyici olmuştur;

- Hem geçen yıl, hem de önceki yıllarda intihar düşüncesi&planı olan hemşireler, intihar davranışını “normal/sıradan” (madde 15) görmeye-olumlamaya eğilimlidir.
- Geçen yıl&önceki yıllarda, intihar planı olanlar, intihar davranışını “tek çözüm yolu/hak” (madde 16) olarak görme eğilimindedir.

- Geçen yıl intihar düşüncesi olanlar, intihar davranışını, “rahatlama/anlaşılır” (madde 18), “sıradan” görme, intihar nedeni olarak “yalnızlığı” (madde 25) kabul etme eğilimindedir.
- Geçen yıl intihar planları olanlar,” ötenazi/intihar hakkı” nı (madde 5) onaylayan, “intihar davranışını rahatlama/anlaşılır bulan” (madde 18), “intihara müdahale etmeme/önlemeye hazır olmama” (madde 24) eğilimindedir. Geçen yıl intihar planı olmayanlar, “intihar hakkında konuşmakla ilgili tabuya” (madde 33) onay vermektedir.
- Önceki yıllarda intihar düşüncesi olanlar, “ötenazi/intihar hakkını” kabul etmeye eğilimli (madde 20, madde 32, madde 36), intiharı normal/sıradan bulan” (madde 17) tutum sergilemektedir.
- Önceki yıllarda intihar düşüncesi olmayanlar, “intiharın gelişim sürecini” (madde 10) onaylayan, “yaşama son vermeyi anlaşılır” (madde 27) bulmayan bir tutum sergilemektedir.
- Önceki yıllarda intihar planı olanlar, intiharı “normal/sıradan” bulan (madde 17, 31), “ötenazi/intihar hakkını” (madde 20) onaylayan tutum göstermektedir. Önceki yıllarda intihar planı olmayanlar, “intiharı anlaşılır bulmayan” (madde 27) bir tutum sergilemektedir.
- İntihar girişimi olan hemşireler, “intihar&psikiyatrik hastalık” (madde 8) nedenselliğine, “intiharla ilgili tabulara” (madde 12) onay vermeyen ve “intiharı normal/sıradan” (madde 17) değerlendiren bir tutuma sahiptir.
- Ailede intihar girişimi olanlar, “intihar girişimine müdahale etmeye/önlemeye hazır olmaya” (madde 24) ve “intiharın anlaşılırlığına” (madde 27) yönelik tutum sergilerken, ailede intihar girişimi olmayanlar, “intiharın gelişim süreci” (madde 10) gösterdiğine inanmaktadır.
- Arkadaş çevresinde intihar girişimi olanlar, “intihar davranışın anlık olduğunu” (madde 4), “önlenemez olduğunu” (madde 6) onaylayan, “intiharı yasaklamayan-tabu görmeyen” (madde 13) bir tutum sergilemektedir.

- Ailede intihar plan/düşünce/tehdit deneyimleri olanlar, “intiharı normal/sıradan” (madde 15, madde 31) bulan bir eğilim sergilemektedir.
- Arkadaşlarında intihar plan/düşünce/tehdit deneyimleri olmayanlar, “intiharı hak olarak kabul etmeyen” (madde 3) eğilim sergilemektedir.
- Arkadaşlarında tamamlanmış intihar deneyimleri olanlar, “intiharı normal/sıradan” (madde 15), “anlaşılır” (madde 18) bulan bir tutum sergilerken, “yalnızlık-intihar nedenselliğine” (madde 14) onay vermemektedir.

- Hemşirelerin yaşı arttıkça, “intiharı engellemeye çalışmanın insanlık görevi olduğuna” (madde 9) ve “kendilerini öldürmekten sözetmenin normal/sıradanlığına” (madde 17) yönelik onaylayıcı tutumlar; “intiharın herkes için geçerli olabileceği” (madde31) ve “intiharın engellenebileceği” ne dair (madde 37) onaylayıcı olmayan tutumlar sergilenmektedir.
- Hemşirelerin psikiyatride çalışma süresi arttıkça, “yalnızlık-intihar davranışı nedenselliğini” (madde 14), “herkesin intihar düşüncesinin olabileceği-intiharı normalleştirme/sıradanlaştırmayı” (madde 15), “ötenazi hakkı&yardım etmeyi” (madde 29) onaylamayan bir tutum görülmektedir.
- Hemşirelerin psikiyatri kliniğinde çalışmaktan memnuniyet düzeyi arttıkça, “intihar davranışının uzun süreli gelişim sürecine” (madde 10) dair onaylayıcı olmayan ve “intihar eden kişiyle iletişim kurarak yardıma hazırlıklı olma”ya (madde 30) dair onaylayıcı tutum sergilenmektedir.
- Hemşirelerin intihar girişiminde bulunan hastaya bakım verme sıklığı arttıkça, “intihar girişiminde ilişkilerin önemi”ne (madde 26)” ve “ötenazi-intihar hakkına” (madde 32) dair onaylayıcı tutum sergilenmektedir.
- Hemşirelerin intihar eden hastaya bakım vermede yeterlik düzeyleri algılamaları ne kadar yüksekse, “intihar krizi içindeki kişiyle iletişim kurarak yardım etmeye hazırlıklı olduklarına” (madde 30), “ötenazi/intihar hakkına” (madde 32), “intihar düşüncelerinde yardım etmenin her zaman mümkün olduğuna” (madde 1) ve “pekçok insanın intihar hakkında konuşmaktan kaçınacağına” (madde 23) dair onaylayıcı tutumları görülmektedir.

- Hemşireler, intihar davranışının nedeni olarak, en fazla baş edememe/çıkış bulamama, çaresizlik, depresyon, kişilik bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıklar ve maddi sorunları belirtmiştir.
- Hemşireler, intihar davranışı olan hastalara karşı, çoğunlukla, üzüntü, yardım etme isteği, acıma hissetmektedir.
- Hemşireler tarafından intiharı önlemek için yapılması gerekenler açısından, en fazla psikolojik, sosyal ve aile desteği, hastaneye yatış ve ilaç kapsamında tedavi, gözlem/yakın takip önerilmiştir. Sadece 4 kişi (%4,5), inanç sisteminin devreye sokulmasını önermiştir.
- İntihar davranışı olan bir hastaya yaklaşımda en büyük zorluk, anlatma, dinleme ve düşünce içeriğini açma kapsamında iletişimde güçlük yaşamadır.
- İntihar etmenin bireysel anlamı, en fazla "hayata son vermek" olarak tanımlanmıştır.

5.5.2. **Öneriler**

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda öneriler şöyledir:

- Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin intihar davranışında bulunan hastalara karşı olumlu ve olumsuz yapıdaki tutumlarına ve bireysel/profesyonel özelliklerinin tutumlarla ilişkisine dair farkındalıklarının sağlanması amacıyla araştırma sonuçlarının ilgili kurumda katılımcılar ve yöneticilerle paylaşılması,
- Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin intihar davranışının ortaya çıkışı ve önlenmesi/en aza indirilmesi kapsamında eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve teorik/uygulamalı eğitimlerin planlanması ve hayata geçirilmesinde kurumlarla iş birliği yapılması,
- Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin intihar davranışı ile ilgili olumsuz tutumlarının bakıma ve hasta/ailesiyle çalışmaya nasıl yansıyacağının, konuyla ilgili teorik ve uygulamalı eğitimlerde ele alınması,
- İntihar davranışını önlemeye yönelik bakım rehberlerinin hazırlanması, hemşirelere intihar eden hastayla karşılaşma ve girişimde bulunma deneyimleri sonrası debrifing toplantıları düzenlenmesi, süpervizyon yapılması, gerektiğinde psikolojik destek sağlanması
- Daha büyük örneklem sayılarını içeren, psikiyatri ve psikiyatri dışı sadece hemşireleri değil, sağlık çalışanlarını kapsayan benzer odaklı çalışmalar yapılması,

- İntihara yönelik tutumların oluşumunda, toplumsal ve kültürel faktörlerin etkisi ve varolan ölçüm araçlarının kısıtlılığı göz önünde tutularak, topluma-kültüre özgü ölçüm araçlarının oluşturulması ve psikometrik standardizasyonunun yapılması,
- Genelde intihar davranışı ve özelde intihar davranışında bulunan hasta ve ailesine karşı, bireysel, toplumsal ve profesyonel bakım verici rolünde deneyimlerin ortaya çıkarılması ve terapötik ve güvenli çalışma-yaşam alanlarının oluşturulması amacıyla niteliksel araştırmalar gerçekleştirilmesi.

KAYNAKLAR

Ağılkaya, Z. (2010). İntihar ve Din: İntihar Giri§iminde Bulunanlar Üzerine Empirik Bir Araştırma. *M.Ü. İlahiyat Fakültesi Dergisi,* 38 (2010/1), 173-202. Erişim Tarihi(07.03.2015). http://e-dergi.marmara.edu.tr/maruifd/article/viewFile/5000007617/5000007922

Aish, A., Ramberg, I. ve Wasserman, D. (2002). Measuring attitudes of mental health care staff toward suicidal patients. *Archieves of Suicide Research, **6***(4):309-323.

Ajdacic-Gross, V., Weiss, M.G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F. ve Rössler, W. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization, **86***(9):726-732. Erişim Tarihi(29.10.2014). http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v86n9/a17v86n9.pdf

Ak, M., Özmenler, K. N. ve Özşahin A. (2008). İntihar girişimi ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkinin majör depresif bozukluk örnekleminde irdelenmesi, *Klinik Psikiyatri, 11:*33-41.

Alexander, D., Klein, S., Gray, N., Dewar, I. Ve Eagles, J. (2000). Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ, **320***:1571-1574.

Altuntop, H. (2005). Dindarlık-intihar ilişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, Erişim Tarihi (07.03.2015), http://eprints.sdu.edu.tr/285/1/TS00449.pdf.

Anderson, M., Standen, P., Nazir, S. Ve Noon, J. (1999). Nurses' and doctors' attitudes towards suicidal behaviour in young people. *International Journal of Nursing Studies, **37***(2000):1-11.

Apaydın, H. (2010). Ruh sağlığı-din ilişkisi araştırmalarına bir bakış. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi,* 10(2):59-77. Erişim Tarihi(07.03.2015). http://dergipark.ulakbim.gov.tr/daad/article/view/5000077071/5000071109

Arango, V., Underwood, M.D., Gubbi, A.V. ve Mann, J.J. (1995). Localized alterations in pre- and postsynaptic serotonin bindings sites in the ventrolateral prefrontal cortex of suicide victims. *Brain Research **688***(1995):121-133. http://www.researchgate.net/publication/223062623_Localized_alterations_in_pre-

_and_postsynaptic_serotonin_binding_sites_in_the_ventrolateral_prefrontal_cortex_of_suicide_victims.

Arkan, B., Bademli, K. ve Duman, Z. (2011). Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* ***3***(2):214-231. Erişim Tarihi (10.11.12), http://www.cappsy.org/archives/vol3/no2/cap_03_09.pdf.

Arnautovska, U. ve Grad, O. (2010). Attitudes towards suicide in the adolescent population. *Crisis,* ***31***(1):22-29.

Atay, İ.M. ve Gündoğar, D. (2004). İntihar davranışında risk faktörleri: bir gözden geçirme. *Kriz Dergisi,* ***12***(3):39-52.

Atkinson, R.L., Atkinson, R.C. ve Hilgard, E.R. (1995). *Psikolojiye Giriş 2.* (Çevirenler: Atakay, K., Atakay, M., Yavuz, A.). İstanbul: Sosyal Yayınlar,722-730.

Barker, J. (2004). *Assessment In Psychiatric And Mental Health Nursing İn Search Of The Whole Person*. Londra: Nelson Thornes Ltd, 184-197.

Barker, P. (2009). *Psychiatric And Mental Health Nursing The Craft Of Caring*. Londra: Edward Arnold Ltd, 182-190.

Bhuiyan, M. (2006). Attitudes towards suicidal behaviour among adolescents in Bangladesh. Yayımlanmamış tez, Umea International School of Public School, Department of Public Health and Clinical Medicine, Sweden.

Botega, N., Reginato, D., da Silva,S., da Silva Cais, C., Rapeli, C., Mauro, M. ve ark. (2005). Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Rev Bras Psiquiatr,* ***27***(4):315-318. Erişim Tarihi (21.09.12), http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n4/a11v27n4.pdf .

Boyd, M.A. (2002). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1006-1027.

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

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

Can, S. S. ve Sayıl, I. (2004). Yineleyici intihar girişimleri. *Kriz Dergisi,* ***12***(3):53-62.

Carmona-Navarro, C. ve Pichardo-Martinez, C. (2012) Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. *Rev. Latino-Am.Emfermagem,* ***20***(6):1161-1168.

Ceyhun, A. G. ve Ceyhun, B. (2003). Lise ve üniversite öğrencilerinde intihar olasılığının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri,* ***6***:217-224.

Chan, S., Chien, W. Ve Tso, S. (2008). The qualitative evaluation of a suicide prevention and managemen programme by general nurses. *Journal of Clinical Nursing, 17,* 2884-2894.

Cirhinlioğlu, F. G. ve Ok, Ü. (2010). İnanç ya da dünya görüşü biçimleri ile intihara yönelik tutum, depresyon ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiler. *C. Ü. Sosyal Bilimler Dergisi,* ***34***(1):1-8.

Colucci E. Ve Minas, H. (2008). Attitudes towards youth suicide: a comparision between Italian, Indian and Australian students. 111-117. Erişim Tarihi (14.04.13), http://www.iaccp.org/drupal/sites/default/files/melbourne_pdf/Colucci_suicide.pdf

Conlon, M. ve O'Tuathail, C., (2010). Measuring emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm using the self-harm antipathy scale. *International Emergency Nursing,* ***20***:3-13. Erişim Tarihi (13.09.2012), http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/1755-599X/PIIS1755599X10000571.pdf.

Coverdale, J.H. ve Roberts, L.W. (2007). Encountering patients suicide: emotional responses, ethics, and implications for training programs. *Academic Psychiatry,* ***31***:5, 329-332.

Cüceloğlu, D. (1992). *İnsan Ve Davranışı, Psikolojinin Temel Kavramları*. İstanbul: Remzi Kitabevi, 521-525.

Davaji, R., Valizadeh, S. ve Nikamal, M. (2010). The relationship between attachment styles and suicide ideation: the study of Turkmen students, Iran. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 5,* 1190-1194. Erişim Tarihi (17.02.2015), http://ac.els-

cdn.com/S1877042810016332/1-s2.0-S1877042810016332-main.pdf?_tid=60fdbf62-b6b5-11e4-9c0a-00000aacb35d&acdnat=1424185266_c8e170e0cc8ddd8f72f73e9b7e60f8b0

Demirel Özsoy, S. ve Eşel, E. (2003). İntihar (Özkıyım). *Anadolu Psikiyatri Dergisi,**4***:175-185.

Demirkıran, F. ve Eskin, M. (2006). Therapeutic and nontherapeutic reactions in a group of nurses and doctors in Turkey to patients who have attempted suicide. *Social Bahavior And Personality,* ***34***(8): 891-906. Erişim Tarihi (29.12.2012), https://www.researchgate.net/publication/233665597_therapeutic_and_nonthraupetic_reactions_in_a_group_of_nurses_and_doctors_in_turkey_to_patients_who_have_attempted_suicide?ev=prf_actv_person_like_publication_object

Dilbaz, N., Şengül, C.B., Çetin, M.K., Şengül, C., Okay, T., Yurtkulu, F. ve Duman, T. (2005). Genel bir hastanede intihar girişimlerinin değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi, 13*(12):1-10. Erişim Tarihi (30.12.2012)
http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/21/121/833.pdf

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. ve Murr, A. C. (2008). Nursing Diagnosis Manual Planning, Individualizing, and documenting client care. 2. Basım, Philadelphia: F. A. Davis Company, 666-669.

Durkheim, E. (2013). *İntihar.(*Z. İlkgelen, Çev). İstanbul: Pozitif Yayınları, 1-412.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ).(2012). Ülkelerin İntihar İstatistikleri ve Tabloları. Erişim Tarihi (30.11.2012)
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ). (2014). Ülkelerin İntihar Hızlarının Verileri. Erişim Tarihi (28..10.2014) http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2015). First WHO World suicide report. Erişim Tarihi (06.02.2015) http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/

Er, G.(2011). İntihar girişiminde bulunan olgulara yönelik sağlık personelinin tutumları; ölçek geliştirme, geçerlik ve güvenirlik çalışması, *Yüksek Lisans Tezi,* T.C. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Şanlıurfa, 3-33. Erişim Tarihi (17.12,2012) http://filetez.yok.gov.tr/uye_PDFS_pdfindir.php?URL=RTovUERGLzI5OC8yOTg4MzQucGRm

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

Eskin, M., Voracek, M., Stieger, S. ve Altınyazar, V. (2010). A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. *Soc Psychiat Epidemiol*, DOI 10.1007/s00127-010-0254-7.

Eskin, M. (2012). *İntihar Açıklama, Değerlendirme, Tedavi Ve Önleme.* Ankara: HYB Basım Yayın,3-265.

Farberow, N.L. (2005). The mental health professional as suicide survivor. *Clinical Neuropsychiatry,* ***2***(1):13-20.

Farrow, R., Arensman, E., Corcoran, P., Williamson, E. ve Perry, I. J. (2009). Irish coroners' attitudes towards suicide and its prevention.Ir *J Med Sci,* ***178***:61-67.

Gagnon, J. ve Hasking P. (2012). Australian psychologists' attitudes towards suicide and self-harm. *Australian Journal of Psychology,* ***64***:75-82. Erişim Tarihi (12.12.2012), http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-9536.2011.00030.x/abstract.

Gökalp, H. (2009). İntihar kültürü ve Ferhad'ın İntiharı'nın divan şiiri aşk anlayışında etkileri. *Turkish Studies International Periodical fort he languages, literatüre and history of Turkish or Turkic,* ***4***(2):493-517. Erişim Tarihi (30.09.2014) http://www.turkishstudies.net/sayilar/sayi15/18g%C3%B6kalphaluk1.pdf

Grimholt, T.K., Haavet, O.R., Jacobsen, D. Sandvik, L. ve Ekeberg, O. (2014). Perceived competence and attitudes towards patients with suicidal behaviour: a survey of general practitioners,psychiatrists and internists. *BMC Health Services Research,* ***14****:*208.

Gulfi, A., Dransart, D.A.C., Heeb, J.L. ve Gutjahr, E. (2010). The impact of patient suicide on the Professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers. *Crisis,31*(4):202-210.

Güleç, C. (2009). Psikiyatrinin ABC'si. İstanbul:Say Yayınları, 2.Basım, 211-219.

Harrison, M., Howard, D. ve Mitchell, D. (2004). Acute mental health nursing from acute concerns to the capable practioner. London:SAGE Publications, 145-150.

Hendin, H., Lipschitz, A., Maltsberger, J., Haas, A. ve Wynecoop, S. (2000). *Am J Psychiatry, **157***:2022-2027.

Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A. ve Cordingley, L. (2001). Attitudes toward suicide prevention in front-line health staff. *Suicide and Life-Threatening Behavior, **3l***(3):342-347. Erişim Tarihi (12.12.2012), http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1521/suli.31.3.342.24252/abstract.

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

Jegannathan, B. ve Kullgren, G. (2011). Gender differences in suicidal expressions and their determinants among young people in Cambodia, a post-conflict country. *BMC Psychiatry, **11***:47

Kaplan, H.I. ve Sadock B.J. (2004). *Klinik Psikiyatri,* (Abay, E. çev.). İstanbul: Nobel Matbaacılık, 361-366.

Karadeniz, G., Yanıkkerem, E., Pirinçci, E., Erdem, R., Esen, A. ve Kitapçıoğlu, G. (2008). Turkish health professional's attitude toward euthanasia. *OMEGA, **57***(1):93-112.

Kavalidou, K. (2013). Suicidal thoughts and attitudes towards suicide among medical and psychology students in Greece. *Suicidology Online, **4***:4-11.

Keogh, B., Doyle, L. ve Morrissey, J. (2007). A study of emergency nurses' educatıonal needs when carıng for thıs patıent group. *Emergency Nurse, **15***(3): 30-35.

Kılıç, R. (2013). Gerçeklik ve kurgu olarak Osmanlı'dan Cumhuriyet'e İstanbul'da intihar. *Modern Türklük Araştırmaları Dergisi, **10***(4):43-70. Erişim Tarihi(30.09.2014) http://www.academia.edu/7271746/Ger%C3%A7eklik_ve_Kurgu_Olarak_Osmanl%C4%B1dan_Cumhuriyete_%C4%B0stanbulda_%C4%B0ntihar

Kim, K. ve Park, J. (2014). Attitudes toward suicide among college students in South Korea and the United States. *International Journal of Mental Health Systems, **8***:17.

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

Knizek, B., Akotia, C. ve Hjelmeland, H. (2010). A qualitative study of attitudes toward suicide and suicide prevention among psychology students in Ghana, *OMEGA, **62***(2):169-186.

Kodaka, M., Postuvan, V., Inagaki, M. ve Yamada, M. (2010). A systematic review of scales that measure attitudes toward suicide. *International Journal of Social Psychiatry, **57***(4):338-361.

Kool, N., van Meijel, B., Koekkoek, B., van der Bijl, J. ve Kerkhof, A. (2014). Improving communication and practical skills in working with inpatients who self-harm: a pre-test/post-test study of the effects of a training programme. *BMC Psychiatry, **14***:64.

Köroğlu, E. ve Güleç, C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara: HYB Basım Yayın, 556-561

Lee, S., Tsang, A., Li, X., Phillips, M. ve Kleinman, A. (2007). Attitudes toward suicide among Chinese people in Hong Kong. *Suicide and Life-Threatening Behavior, **37***(5):565-575.

Lessard, J. Ve Moretti, M. (1998). Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: attachment patterns and clinical implications. *Journal of Adolescence, 21,* 383-395.

Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Horesh, N. ve Apter, A. (2013). Attachment patterns in medically serious suicide attempts: the mediating role of self-disclosure and loneliness. *Suicide and Life-Threatening Behavior,43*(5):511-522.

Levy, T. B., Azar, S., Huberfeld, R., Siegel, A. M. Ve Strous, R. D. (2013). Attitudes towards euthanasia and assisted suicide: a comparison between psychiatrists and other physicians. *Bioethics, 27,* 402-408.

Manoranjitham, S., Charles, H., Saravanan, B., Jayakaran, R., Abraham, S. ve Jacob, K. S. (2007). Perceptions about suicide: a qualitative study from southern India. *The National Medical Journal of India, **20***(4):176-179.

McAllister, M., Moyle, W., Billett, S. ve Zimmer-Gembeck, M. (2009). 'I can actually talk to them now': qualitative results of an educational intervention for emergency nurses caring for clients who self-injure. *Journal of Clinical Nursing, **18***: 2838–2845. Erişim Tarihi

(21.09.2012),
https://www.researchgate.net/publication/24305828_'I_can_actually_talk_to_them_now'_qualitative_results_of_an_educational_intervention_for_emergency_nurses_caring_for_clients_who_self-injure.

McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W. Ve Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. Journal of Advanced Nursing. 40(5):578-86.

Medina, C., Herrera, A. ve Kullgren, G. (2011). Suicidal expression in Adolescents in Nicaragua in relation to Youth Self-Report (YSR) syndromes and exposure to suicide. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, **7***:89-96.

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

Mofidi, N., Ghazinour, M., Salander-Renberg , E., ve Richter, J. (2007). Attitudes towards suicide among Kurdish people in Iran. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol , **43***:291–298.

2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. (2012). Washington, DC:HHS. Erişim Tarihi (06.02.2015), http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109917/pdf/TOC.pdf

Nebhiani, M., Nebhiani, N., Tamphasana, L. ve Gaikwad, A.D. (2013). Nursing students' attitude towards suicide attempters: a study from rural part of Northern India. *J Neurosci Rural Pract. **4***(4):400-407.

Neville, K. ve Roan, N. (2013). Suicide in hospitalized medical-surgical patients exploring nurses' attitudes. *Journal of Psychosocial Nursing, **51***(1):35-44.

Norheim, A., Grimholt, T., ve Ekeberg, Ø. (2013). Attitudes towards suicidal behaviour in outpatient clinics among mental health professionals in Oslo. *BMC Psychiatry, **13***:90.

Omma, L., Sandlund, M. ve Jacobsson, L. (2013). Suicidal expressions in young Swedish Sami, a cross-sectional study. *Int J Circumpolar Health, **72***:19862. Erişim Tarihi (15.04.2013), http://www.circumpolarhealthjournal.net/index.php/ijch/article/view/19862

Osafo, J., Knizek, B.L., Akotia, C.S. ve Hjelmeland, H. (2011). Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies, **49*** (2012):691-700.

Ouzoni, C. ve Nakakis, K. (2009). Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool. *Health Science Journal, **3***(4):222-231. Erişim Tarihi (20.09.2012), http://www.hsj.gr/volume3/issue4/345.pdf.

Ouzoni, C. ve Nakakis, K. (2012). Doctors' attitudes towards attempted suicide. *Health Science Journal, **6***(4):663-680. Erişim Tarihi (12.12.2012), http://www.hsj.gr/volume6/issue4/648.pdf.

Öncü, B. (2006). İntihar eğilimi olan hastaya acil müdahale. *Kriz Dergisi, **14***(2):31-37.

Öncü, B. (2008). İntihar davranışına yönelik tutumlar. *Türkiye Klinikleri Dergisi, **1***(3):23-27.

Öncü, B. Zadravec, T., Zavasnik, A., Grad, O. ve Sayıl, I. (2005). Psikiyatri uzmanlarının intihara yönelik tutumları: Türkiye ve Slovenya' nın karşılaştırılması. *Kriz Dergisi, **13***(3):1-8. Erişim Tarihi (15.09.2012), http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/21/122/841.pdf.

Öncü, B., Soykan, Ç., İhan, İ. ve Sayil, I. (2008). Attitudes of Medical Students, General Practitioners, Teachers, and Police Officers Toward Suicide in a Turkish Sample. *Crisis, **29***(4):173–179.

Özalp, E. (2009). İntihar davranışının genetiği. *Türk Psikiyatri Dergisi, **20***(1):85-93.

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

Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Tuna Matbaacılık San. ve Tic. A.Ş., 432-441.

Palabıyıkoğlu, R. (1998). Sosyal Psikoloji. İçinde Doğan, Y.B. (Ed). *Davranış Bilimlerine Giriş.* Ankara: Antıp A.Ş., 261-264.

Patterson, P., Whittington, R. ve Bogg, J. (2007). Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, **14***:438-445.

Petersen, L., Sorensen, T.I.A., Andersen, P.K., Mortensen, P.B. ve Hawton, K. (2013). Genetic and familial environmental effects on suicide-an adoption study of sublings. *PLOS ONE*, ***10,*** e77973. Erişim Tarihi(27.10.2014), http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0077973

Petersen, T. ve Elklit, A. (2014). Risk factors for suicide attempts in the total population of Faroese eight graders. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry an Psychology, 2*(3):106-114.

Rodriguez, A., Caldera, T., Kullgren, G., ve Salander-Renberg, E. (2006). Suicidal expressions among young people in Nicaragua A community- based study. *Soc Psychiatr Epidemiol*, ***41***:692-697.

Roy, A., Segal, NL. ve Sarchiapone, M. (1995). Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry*, ***152,*** 1075-1076.

Rutto, J., Mwaura, J. Chepchirchir, A. ve Odero, T. (2012). Nurse's knowledge, attitude and practice on the initial management of acute poisoning among adult casualties: study at Kenyatta National Hospital, Kenya. *Open Journal of Nursing*, ***2*:**149-156.

Sadock B.J. ve Sadock, V.A. (2009). *Kaplan & Sadock Klinik Psiyatri El Kitabı*, (Bozkurt, A. Çev.), Ankara: Öncü Basımevi, 288-295.

Salander-Renberg, E. ve Jacobsson, L. (2003). Development of a Questionnaire on Attitudes Towards Suicide (ATTS) and its application in a Swedish population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, ***33***(1):52-64

Salander-Renberg, E., Hjelmeland, H. ve Koposov, R. (2008). Building models for t he relationship between attitudes toward suicide and suicidal behavior: based on data from general population surveys in Sweden, Norway, and Russia. *Suice and Life-Threatening Behavior*, ***38***(6):661-675.

Salman, S., Idrees, J., Hassan, F., Idrees, F., Arifullah, M. ve Badshah, S. (2014). Predictive factors of suicide attempt and non-suicidal self-harm in emergency department. *Emergency*, *2*(4):166-169. Erişim Tarihi (03.11.2014), http://journals.sbmu.ac.ir/emergency/article/view/5997/5673 .

Samuelsson, M., Asberg, M. ve Gustavsson, JF. (1997). Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, **95,*** 222-230. Erişim Tarihi (12.12.2012), http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09623.x/abstract.

Samuelsson, M., Sunbring, Y., Winell, I. ve Asberg, M. (1997). Nurses' attitudes to attempted suicide patients. *Scand J Caring Sci, **11***:232-237.

Samuelsson, M. ve Asberg, M. (2001). Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients. *International Journal of Nursing Studies, **39*** (2002) 115–121.

Sandy, P.T. (2012). Psychiatric nurses explanations of self-harming behaviour in secure forensic settings: a multi-method phenomenological investigation. *J Nurs Care, **1***:120.

Sandy, P.T. ve Shaw, D.G. (2012). Attitudes of mental health nurses to self-harm in secure forensic settings: a multi-method phenomenological investigation, *Online Journal of Medicine and Medical Science Research, **1***(4): 63-75. Erişim Tarihi (12.10.2012), http://onlineresearchjournals.org/JMMSR/pdf/2012/aug/Sandy%20and%20Shaw.pdf.

Sarandöl, A. (2003). İntihar. *Birinci Basamak İçin Psikiyatri, **2003*(2)**:**1, 32-45.

Sayıl, I. (2000). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, Ankara: Antıp A.Ş., 253-262.

Segal, D.L., Mincic, M.S., Coolidge, F.L. ve O'riley, A. (2004). Attitudes toward suicide and suicidal risk among younger and older persons. *Death Studies, **28***:671-678.

Skruibis, P., Gailiene, D., Hjelmeland, H., Fartacek, R., Fekete, S., Knizek, B., Osvath, P. ve ark. (2010). Attitudes towards suicide among regional politicians in Lithuania, Austria, Hungary, Norway and Sweden. *Suicidology Online, **1:***79-87

Smith, E.E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. Loftus, G. Bem, D.J. ve Maren, S. (2012). *Atkinson & Hilgard Psikolojiye Giriş.* (Ö. Öncül, D. Ferhatoğlu, Çev). Ankara: Arkadaş Kitabevi, 546-547, 663-664.

Smith, R. E. (2013). Attitudes of clinically practicing registered nurses in southern Mississippi toward physician-assisted death. The University of Southern Mississippi, Honors College, Mississippi, Erişim Tarihi (15.05.2015), http://aquila.usm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1172&context=honors_theses

Sokero, P. (2006). Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with majör depressive disorder. *Publications of the National Public Health Institute,* Helsinki, 16-23.

Srivastava, M. ve Tiwari, R. (2011). Attitudes of mental health vs. non-mental professionals towards patients presenting with attempted suicide: a comparative study, *Sri Lanka Journal of Psychiatry,* ***2***(2):63-66. Erişim Tarihi (12.12.2012), www.sljol.info/index.php/SLJPSYC/article/download/.../3290.

Stepp, S. D., Morse, J. Q., Yaggi, K. E., Reynolds, S. K., Reed, L. I. ve Pilkonis, P. A. (2008). The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors, *Suicide Life Threat Behavior, 38*(5):592-609. Erişim Tarihi (17.02.2015), http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2823257/pdf/nihms170712.pdf

Tatlılıoğlu, K. (2012). Sosyal bir gerçeklik olarak intihar olgusu:sosyal psikolojik bir değerlendirme. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 12*(2):135-157.

TC Sağlık Bakanlığı. (2006). Republic of Turkey Mental Health Policy. Erişim Tarihi (23.07.2012), http://www.ihsandag.gen.tr/index_dosyalar/trnationalmentalhealthpolicy.pdf

TC Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. (2011). Ankara: TC Sağlık Bakanlığı.

Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts Of Care İn Evidence-Based Practice,* Philadelphia: F.A.Davis Company, 264-275.

TUİK (2013, Haziran). İntihar İstatistikleri 2012. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim Tarihi (18.12.2013), http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15853

TUİK (2015, Haziran,). İntihar İstatistikleri 2014. Ankara:Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim Tarihi (26.07.2015), http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18626

Türk Dil Kurumu (TDK).(26.09.2006). İntihar tanımı. Erişim Tarihi(29.07.2012), http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.50e16b36a7fb10.91341378

Türk Dil Kurumu (TDK).(26.09.2006). Tutum tanımı. Erişim Tarihi(29.01.2013), http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=TUTUM

Tüzün, O. ve Sayar, K. (2006). Bağlanma kuramı ve psikopatoloji, *Düşünen Adam, 19*(1):24-39.

Uçan, Ö. (2006) Türkiye' de intiharı konu alan yayınlar üzerine bir bibliyografya çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1-2. Erişim Tarihi (10.09.2012), http://www.belgeler.com/blg/uyu/trkiye-de-intihari-konu-alan-yayinlar-zerine-bir-bibliyografya-alimasi-a-study-bibliography-for-publications-dealing-with-suicide-in-turkey.

Valente, S. (2011). Nurses' Psychosocial Barriers to Suicide Risk Management. *Nursing Research and Practice,* 2011, 1-4.

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

Va¨rnik, A., Ko˜lves, K., van der Feltz-Cornelis, C.M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A., ve ark. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the ''European Alliance Against Depression''. *J Epidemiol Community Health, **62***:545-551. Erişim Tarihi (29.10.2014) http://jech.bmj.com/content/62/6/545.short

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

Vollmer, S. (2000). Suicide prevention in primary care. *Suicide Prevention-Family Practice Recertification.22:11,* 48-59. Erişim Tarihi (30.02.2013) http://docs.shirahvollmermd.com/Docs2000-4/200009_SuicidePreventionInPrimaryCare_Sept2000_LO2.pdf

Wilstrand, C., Lindgren, B.-M., Gilje, F. ve Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, **14,*** 72–78.

Winship, G. (2009). The attitudes of nursing staff in secure environments to young people who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, **16***:947-951.

Yalvaç, H. D., Kaya, B. ve Ünal, S. (2014). İntihar girişimi ile başvuran bireylerde kişikil bozukluğu ve bazı klinik değişkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 15,* 24-30.

Yumru, M., Savaş, H.A., Herken, H. ve Kokaçya, M. H. (2008). İntihar ve kişilik. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9,* 232-237.

Yüksel, N. (2001). İntiharın nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri, **Ek 2***:5-15.

FORMLAR

EK- 1

BİLGİ FORMU

Bu araştırma, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin intihara yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu form, 3 bölümden oluşmaktadır. 1. bölümde kişisel ve mesleki alana ait sorular, 2. bölümde intihar ile ilgili deneyimlere ait sorular, 3. bölümde intihara yönelik tutumlara ait sorular bulunmaktadır.

Sizlerin, intihara yönelik tutum ve düşüncelerinizi öğrenmek araştırmamız için önemlidir. Çalışmanın yararlı olması ve gerçeği yansıtması için lütfen her soruyu içtenlikle yanıtlayınız. Bilgi formunda isim belirtilmeyecek ve tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Yardımlarınız için teşekkürler.

Mihriye Yılmaz
İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Yüksek Lisans Programı

Bu araştırma kapsamında,

- İntihar davranışı; tamamlanmış intiharları, intihar girişimlerini ve intihar düşüncelerini kapsayan bir terim olarak kullanılmaktadır.

1. BÖLÜM: KİŞİSEL/MESLEKİ ÖZELLİKLER

1. Yaşınız …….

2. Cinsiyetiniz ( ) Erkek ( ) Kadın

3. Medeni durumunuz

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

(Bekarsanız, uygun olanı işaretleyiniz)

4. Eğitim durumunuz

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

5. Çalıştığınız servis:

( ) Akut Psikoz
( ) Ergen psikiyatrisi
( ) Adli servis
( ) Alkol-madde
( ) Kronik Psikoz
( ) Acil
( ) Poliklinik
( ) Diğer (Açıklayınız:.....)

6. Çalıştığınız serviste sorumluluk düzeyiniz:

( ) Servis hemşiresi ( ) Sorumlu hemşire ( ) Diğer:……..(açıklayınız)

7. Psikiyatride çalışma süreniz:……

8. İntihar davranışı ile ilgili mesleki bir eğitime katıldınız mı?
( ) Evet ( ) Hayır

9. 8.soruya yanıtınız "evet" ise eğitimin türünü açıklayınız:

( ) Teorik (Açıklayınız)……..
( ) Uygulamalı (Açıklayınız)…….

10.Psikiyatri servisinde çalışmaktan memnun musunuz?

(Yanıtınızı çizgi üzerinde işaretleyerek belirtiniz)

Hiç memnun değilim ←——●——→ Çok memnunum

11.Şu anda çalıştığınız serviste, intihar davranışında bulunan hastaya bakım verdiniz mi? **(Yanıtınızı, çizgi üzerinde işaretleyerek belirtiniz)**	Asla — Çok sık
12.İntihar davranışı nedeniyle, çalıştığınız serviste yatan hastaya bakım vermede, kendi yeterlik düzeyiniz hakkındaki düşünceniz nasıldır? **(Yanıtınızı, çizgi üzerinde işaretleyerek belirtiniz)**	Hiç yeterli değilim — Çok yeterliyim
13.İntihar davranışında bulunan hastaya verdiğiniz hemşirelik bakımının kalitesinin artırılmasında aşağıdakilerden hangisi/hangilerinin gerekli olduğunu düşünüyorsunuz?	( ) Çalışanlara, intihar davranışı ile ilgili eğitimler verilmesi ( ) Çalışanlara, intihar davranışında bulunan hastanın bakımı ile ilgili süpervizyon (danışmanlık) yapılması ( ) Çalışanlar için, intihar davranışında bulunan hastaya bakım ve tedaviyle ilgili rehberler hazırlanması ( ) Diğer (Açıklayınız) (……)

2. BÖLÜM: İNTİHAR DAVRANIŞI İLE İLGİLİ DENEYİMLER

Aşağıdaki sorular, intihar davranışları ile ilgili, sizin ve çevrenizdekilerin deneyimleri hakkındadır. Lütfen sizin için, uygun yanıtı yansıtacak şekilde cevabınızı belirtiniz.

14. Gerçekten yapmayacak olsanız bile, yaşamınıza son vermeyi hiç düşündünüz mü?	Geçen yıl ( ) Sıklıkla ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Asla	Yaşamınızdaki önceki yıllar ( ) Sıklıkla ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Asla
15. Ciddi olarak yaşamınıza son vermeyi istediğiniz bir noktaya hiç ulaştınız mı ya da bunu nasıl yapabileceğinize ait bir plan yaptınız mı?	Geçen yıl ( ) Sıklıkla ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Asla	Yaşamınızdaki önceki yıllar ( ) Sıklıkla ( ) Bazen ( ) Nadiren ( ) Asla
16. Hiç yaşamınızı sonlandırma girişiminde bulundunuz mu?	( ) Hayır ( ) Evet (Kaç kez?:.....)	
17. Eğer 16. Soruya cevabınız "evet" ise, bu durumla ilgili bir tedavi aldınız mı?	( ) Hayır (nedenini kısaca açıklayınız)…… …… …… ( ) Evet (ne tür bir tedavi aldığınızı kısaca açıklayınız)…… …… ……	

18.– 21. Sorularda sizin için uygun yanıtı çarpı (X) ile işaretleyiniz. Eğer soru sizin şartlarınıza uygun değilse "uygun değil" şıkkını işaretleyin (örneğin kardeşiniz yoksa, evli değilseniz gibi)

18. Aşağıdaki kişilerden herhangi biri intihar girişiminde bulundu mu?	Evet	Hayır	Uygun değil
Ailenizden:			
Baba / anne			
Erkek kardeş / kız kardeş			
Çocuklar			
Eş / kız arkadaş/ erkek arkadaş			
Diğerleri;			
Diğer akrabalar			
Arkadaşlar			
İş /okul arkadaşları			
Diğerleri…….....			
19. Aşağıdaki kişilerden herhangi biri intihar düşünceleri, intihar planları ya da intihar tehditlerinde bulundu mu?			
Ailenizden:			
Baba / anne			
Erkek kardeş / kız kardeş			
Çocuklar			
Eş / kız arkadaş/ erkek arkadaş			
Diğerleri;			
Diğer akrabalar			
Arkadaşlar			
İş /okul arkadaşları			
Diğerleri…….....			
20. Şu anda yakın çevrenizde intihar düşünceleri olduğunu bildiğiniz herhangi biri var mı?			
Ailenizden:			
Baba / anne			
Erkek kardeş / kız kardeş			
Çocuklar			
Eş / kız arkadaş/ erkek arkadaş			

Diğerleri;			
Diğer akrabalar			
Arkadaşlar			
İş /okul arkadaşları			
Diğerleri…….....			
21. Aşağıdaki kişilerden herhangi biri intihar etti mi?			
Ailenizden:			
Baba / anne			
Erkek kardeş / kız kardeş			
Çocuklar			
Eş / kız arkadaş/ erkek arkadaş			
Diğerleri;			
Diğer akrabalar			
Arkadaşlar			
İş /okul arkadaşları			
Diğerleri…….....			

22. Size göre, insanlar neden intihar davranışında bulunurlar? Kısaca açıklayınız.

……
……
……
……

23. İntihar davranışları olan hastaya karşı neler hissediyorsunuz? Kısaca açıklayınız.

……
……
……
……

24. İntiharı önlemek için ne yapılması gerektiğini düşünüyorsunuz? Kısaca açıklayınız.

……
……
……
……

25. İntihar davranışı olan bir hastaya yaklaşımda sizin için ***en zor*** olan nedir? Kısaca açıklayınız.

……
……
……
……

26.Size göre intihar etmek nedir?; ne anlama gelir? Kısaca açıklayınız.

……
……
……
……

3. BÖLÜM: İNTİHAR İLE İLGİLİ TUTUMLAR

Aşağıdaki sorular, sizin intihar hakkındaki düşüncelerinizle ilgilidir. Lütfen sizin düşüncenize en uygun bulduğunuz seçeneği çarpı (X) ile işaretleyiniz. "Doğru" ya da "Yanlış" yanıt yoktur, size uygun olanın işaretlenmesi önemlidir.

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. İntihar düşünceleri olan kişiye yardım etmek her zaman mümkündür.					
2.İntihar asla onaylanamaz					
3.İntihar etmek bir insanın akrabalarına yapacağı en büyük kötülüklerden biridir					
4.İntihar girişimlerinin çoğu dürtüsel davranışlardır					
5.İntihar tedavi edilemez bir acıyı sonlandırmak için bir çözüm yolu olarak kabul edilmelidir.					
6.Kişi bir defa intihar etmeye karar verirse onu kimse durduramaz					
7.Birçok intihar girişimi bir başkasını cezalandırma veya intikam için yapılır.					
8.İntihar eden kişiler genellikle akıl hastasıdır.					
9.Birinin intihar etmesini engellemeye çalışmak insanlık görevidir.					
10.İntihar eden bir kişi uzun süredir düşündüğü bir şeyi yapmıştır.					
11.Bir kişiye intiharla ilgili soru sorarsanız onun intihar fikirlerini uyandırma riski vardır.					
12.İntihar tehditleri yapan kişiler bunu nadiren gerçekleştirmiştir.					

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
13.İntihar hakkında konuşulmaması daha iyidir.					
14.Benim için yalnızlık hayatıma son vermem için bir neden olabilir.					
15.Hemen hemen herkesin hayatının bir döneminde intihar düşünceleri olmuştur.					
16.İntiharın tek çözüm olduğu durumlar vardır.					
17.Gerçekte intihar etmeye niyetim olmadığı halde kendimi öldüreceğimi söyleyebilirim.					
18.İntihar bazen intihar eden için rahatlama olabilir					
19.Yaşamak için çok nedenleri olması gerektiği halde gençlerin intihar etmesi anlaşılmazdır.					
20.Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı yaşamıma son verme olasılığını düşünebilirdim					
21.Bir kez intiharı düşünen kişi bu düşüncesinden asla vazgeçmez					
22.İntihar öncesinde uyarıcı işaretler yoktur					
23.Pek çok insan intihar hakkında konuşmaktan kaçınır					
24.Eğer biri yaşamına son vermeyi istiyorsa, bu onu ilgilendirir ve diğerleri buna müdahale etmemelidir					

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
25.Aslında insanları intihara sürükleyen yalnızlıktır					
26.İntihar girişimi gerçekte bir yardım çığlığıdır					
27.Genel olarak bir insanın kendi yaşamına nasıl son verebildiğini anlamıyorum					
28.Kişi intiharı düşünürken genellikle ne olup ne bittiğine dair yakınlarının bir fikri yoktur					
29.Ciddi ve iyileşemez bir hastalıktan yakınan ve ölme isteğini söyleyen kişiye yaşamına son vermede yardım edilmelidir					
30.İntihar krizi içindeki bir kişiye onunla iletişim kurarak yardım etmeye hazırlıklıyım					
31.Herkes intihar edebilir					
32.Ciddi ve tedavi edilemez bir hastalıktan yakınan bir kişinin intihar etmesini anlayabilirim					
33.İntihar hakkında konuşan kişiler intihar etmezler					
34.İnsanlar kendi yaşamlarını sonlandırma hakkına sahip olmalıdırlar					
35.Birçok intihar girişiminin nedeni yakın bir kişiyle olan çatışmalardır					
36.Eğer ciddi, tedavi edilemez bir hastalığım olsaydı intihar etmem için bana yardım edilmesini isterdim					
37.İntihar engellenebilir					

EK- 2

KAPSAM GEÇERLİĞİ İÇİN GÖRÜŞ ALINAN UZMANLARIN LİSTESİ

Doç. Dr. Yasemin Kutlu (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. Leyla Küçük (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. Neslihan Özcan (İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

Hemş. Münevver Akın (Bahçelievler Devlet Hastanesi Hizmetiçi Eğitim Hemşiresi)

ETİK KURUL KARARI

EK- 3

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

K-Q TSE-ISO-EN 9000

BAŞVURU BİLGİLERİ					
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin İntihara yönelik tutumları**			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	**2013-49**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	**Doç.Dr.Hülya Bilgin, Hem.Mihriye Yılmaz**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	**Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	**İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşire Fakültesi**			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Diğer ise belirtiniz: Tanımlayıcı			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLAR ARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	24.04.2013	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	24.04.2013	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	24.04.2013	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	DİĞER:	☐	

KARAR BİLGİLERİ		
	Karar No:2013/06/06	**Tarih: 13.05.2013**
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

BEAH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	**Uz. Dr. Gülsüm Oya HERGÜNSEL**

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Uz. Dr. Gülsüm Oya HERGÜNSEL	Anesteziyoloji	BEAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Uz. Dr. Sadık Sami HATİPOĞLU	Çocuk Hastalıkları	BEAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr. Ayşe KAVAK	Dermatoloji	BEAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr. Fatma Tülin KAYHAN	K.B.B.	BEAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr. Özlem KAPTANOĞULLARI	İç Hastalıkları	BEAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr. Osman KARAKAYA	Kardiyoloji	BEAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Uzm. Dr. Asuman GEDİKBAŞI	Biyokimya	BEAH	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof.Dr. Ufuk EMEKLİ	Plastik Ve Estetik Cerrahi	İ.Ü.İst. Tıp Fak.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof.Dr. Gülsüm Nurhan İNCE	Halk Sağlığı	İ.Ü.İst. Tıp Fak.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uz. Dr. Gülay ÖZGÖN	Farmakolog	İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fak.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Can ÇELİK	Biyomedikal	Dijimed Bil.Çöz.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Hüseyin Hilmi ÖZTÜRK	Elek.Ve Elektr. Müh.	Erguvan Bilişim	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Rana KONYALIOĞLU	Biyoistatistik	ARK İst. Danış.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Avukat Özkan TÜM	Hukuk	İst. Sağ. Müd.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

EK- 4

KURUM İZİN YAZISI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAYI : 95273397 / 900 / 17108 05. /06/2013
KONU : Mihriye YILMAZ - Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına

İlgi :03.06.2013 tarih ve 74311748.108-68/1412 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Hülya BİLGİN danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Mihriye YILMAZ'ın "Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin İntihara Yönelik Tutumları" başlıklı çalışmayı 17.06.2013 – 30.09.2013 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Şevket TOPDEMİR
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NİGHTİNGALE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Gelen Kayıt No: 1600
Gelen Tarih : 26.06.2013

25.6.2013

Adres: İstasyon Mah.Turgut Özal Bulvarı No:11 Küçükçekmece- İSTANBUL
Tel: 0212 692 20 00/ 1012 Fax: 0 212 548 00 00
Email: bakirkoykhkpersonel @gmail.com

EK- 5

İNTIHARA YONELIK TUTUM ANKETI KULLANIM IZIN YAZISI

Mihriye <mihriyey@gmail.com> Apr 21 (2 days ago)

to Ellinor

Hello,
I explained that I will studying psychiatry nursing, and I will research "Pscyhiatry nurses' attitudes towards to suicide in Turkey". I want to use some parts of your ATTS questionnaire, especially the third part. I want your permission to use it.
Thank you very much

Best regards

Mihriye Yılmaz

Ellinor Salander 10:16 AM (23 hours ago)

to me

Dear Mihriye,

Thank you for request! Of course you have my permission to use the ATTS. Please find attached a copy of the instrument, in English. Do you have access to the Turkish version?

Best regards,

Ellinor

Mihriye <mihriyey@gmail.com> 2:58 PM (19 hours ago)

to Ellinor

Thank you very much for your permission. In Turkey, Bedriye Oncu and her friends translated and used it for their research so I'll request for using Turkish version, too.

Thank you very much

Best regards

Mihriye

Mihriye <mihriyey@gmail.com> 10/16/12

to oncu

Merhaba,
Ben Mihriye Yılmaz, İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği'nde yükseklisans yapmaktayım. Tezimde kullanabilmek için İntihara Yönelik Tutumlar Ölçeği' ne ihtiyacım var. Yaptığım literatür taramasında sizin de böyle bir araştırma yaptığınızı ve bu ölçeği kullandığınızı gördüm. Ölçeği temin etmem de yardımcı olabilirseniz çok memnun olurum.
Teşekkürler, hoşçakalın...

Bedriye Öncü <Bedriye.Oncu@medicine.ankara.edu.tr> 10/16/12

to me

Merhabalar,
Ekte bizim çalışmalarımızda kullandığımız anket formu var. Bir yanlış anlamayı düzeltmek isterim bu bir ölçek değil anket formudur. Bir ölçekte olduğu gibi kesme pouanı vb yoktur, ama pek çok çalışmada kullanılmıştır. Nasıl değerlendirileceği size kalmıştır.
Attitudes Towards Suicie (ATTS) Questionnaire'in Türkçesidir. ATTS ile de yapılmış pek çok çalışma var. Bunlardan yararlanabilirsiniz.
Kolaylıklar dilerim..

EK- 6

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi tarafından yürütülen "Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin İntihara Yönelik Tutumları" konulu bir çalışmadır. Bu çalışmanın amacı, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin intihara yönelik tutumlarını belirlemektir. Araştırma kapsamında demografik/mesleki özelliklerinizi, intiharla ilgili deneyimlerinizi (kendiniz, çevreniz ve hastalarınız açısından) ve intihara yönelik genel tutumlarınızı belirlemek amacıyla size sorular sorulacaktır.

Araştırma süresince sorularınız ve danışmak istediğiniz konularda araştırmacı size yardımcı olacaktır.

Vereceğiniz yanıtlar önem taşımaktadır. Bu nedenle değerlendirmelerinizi sizi yansıtacak şekilde dürüstçe ve titizlikle yapmanız, cevaplandırılmamış soru bırakmamanız, geçerli ve güvenilir sonuçlar elde etmek açısından son derece önemlidir. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Formda isim soy isim doldurulmayacaktır. Cevaplarınız gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacına yönelik kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Çalışmanın, 15 Mayıs 2013 – 30 Eylül 2013 ayları arasında, ortalama 5 aylık bir sürede, yaklaşık 300 katılımcıyla gerçekleştirilmesi planlanmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllülerin, çalışmada bulunma olasılıkları benzerdir. Araştırmacılar tarafından konu ile ilgili yapılan çalışmalar doğrultusunda hazırlanan bilgi formunun sizler tarafından doldurulması yaklaşık 15 dakika sürecektir..

Bu çalışmaya katılmama ve katıldığınız taktirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacılar tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz.. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse araştırma sonuçları yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacaktır ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir.

Bu çalışma sırasında sizden bir ücret alınmayacak ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumunuza bir araştırma gideri yüklenmeyecek ve çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Katıldığınız için teşekkürler.

Tarih:

Araştırmacının adı-soyadı: Mihriye Yılmaz
Araştırmacının çalıştığı kurum: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Kalp Merkezi
Cep Tel: 05364034985

Katılımcının Beyanı

Yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarılarak bu araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım ve yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine ve sadece bu araştırma amacıyla kullanılacağı konusunda özen gösterileceğine inanıyorum. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir sorumluluk altına girmiyorum ve herhangi bir ödeme talep etmiyorum. Yukarıdaki bilgileri okudum ve bu koşullarda bu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmadan katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının; Tarih

Adı Soyadı / İmza

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	MİHRİYE	**Soyadı**	YILMAZ
Doğ.Yeri	BOLU	**Doğ.Tar.**	02.06.1985
Uyruğu	T.C.	**TC Kim No**	17377658420
Email	mihriyey@gmail.com	**Tel**	05364034985

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora	-	
Yük.Lis.	-	
Lisans	KOÇ ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU	2008
Lise	BANDIRMA ANADOLU LİSESİ	2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	İş Yeri Hemşiresi	Glaxosmithkline İlaçları San. ve Tic. A.Ş.	2015-…
2.	Hemşire	Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi Kalp Merkezi	2012-2015
3.	Hemşire	Amerikan Hastanesi	2008-2012

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**YDS Puanı**
İngilizce	İyi	İyi	İyi	60	65
Almanca	Zayıf	Zayıf	Zayıf	-	-

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin**

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	65,18	65,57	

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Windows Office Programları (Word, Excel, Power Point)	İyi
SPSS İstatistik Programı	İyi
Macintosh Programları	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri: -

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Psikoloji, psikiyatri, felsefe, kitap okumak, müzik dinlemek, sinemaya/tiyatroya gitmek, yürüyüş yapmak, yüzmek.