



Kanser Bakımında Gözden Kaçırılan Bir Alan: İntihar Riskinin Tanınması ve Yönetimi

A Neglected Field in Cancer Care: Identification and Management of Suicide Risk

Sevda Öztürk¹ , Duygu Hiçdurmaz¹ 

Öz

İntihar Dünya'da birçok ülkenin gündeminde olup, riskli gruplarda önleme çalışmalarına büyük önem verilmektedir. Kanser hastaları da bu riskli gruplardan biridir. Hastalık sürecinde deneyimlenen fiziksel ve psikososyal zorluklar ve bazı demografik özellikler intihar düşüncesinin ya da girişiminin yordayıcısı olabilmektedir. Onkoloji hemşireleri kanser hastalarının fiziksel ve psikososyal gereksinimlerine yönelik 24 saat kesintisiz bakım veren sağlık ekibi üyeleridir ve bu nedenle intiharı tanıyabilmektedirler. Ancak, intiharı tanılama ve değerlendirme konusunda farkındalık, bilgi ve beceri eksikliği, olumsuz tutum ve yanlış inançlara sahip olma hemşirelerin bu konuda önemli engelleri arasında yer almaktadır. Bu makalenin amacı, kanser hastalarındaki intihar riski konusunda farkındalık oluşturmak ve hemşirelerin bu konudaki rollerini, sorumluluklarını, yaşadıkları sorunları ve gereksinimlerini ortaya koymaktır.

Anahtar sözcükler: İntihar, kanser, risk önleme

Abstract

Suicide is on the agenda of a number of countries in the world. In this respect, studies on suicide prevention pay special attention to the risk groups among which there are also cancer patients. Physical and psychosocial difficulties experienced during the disease process and some demographic characteristics might be the predictors of suicidal ideation or attempt. Oncology nurses are the members of health care team who provide continuous care for physical and psychosocial needs of cancer patients, and thus they are the ones who can identify suicide risk. However, their lack of knowledge and skills in the assessment and evaluation of suicide, negative attitudes and false beliefs are among the important obstacles of nurses in this area. The aim of this work is to raise awareness on suicide risk in cancer patients and to reveal the roles, responsibilities, problems and needs of oncology nurses regarding this issue.

Keywords: Suicide, cancer, risk prevention

¹ Hacettepe Üniversitesi, Ankara

✉ Sevda Öztürk, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Turkey
sevda92sea@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 09.04.2019 | Kabul tarihi/Accepted: 10.07.2019 | Çevrimiçi yayın/Published online: 25.10.2019

İNTİHAR riski, dünyada genel popülasyon için önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Bu alanda tüm dünyada intihar riskini tanımlama ve önlemeye yönelik araştırmalar ve toplumsal girişimler önem kazanmaktadır (Chan ve ark. 2009, Tsai ve ark. 2011). Genel popülasyon içinde bu konuda önem taşıyan bazı riskli gruplar bulunmaktadır. Bu gruplardan biri de kanser hastalarıdır (Hem ve ark. 2004, Dormer ve ark. 2008, Misono ve ark. 2008, Robinson ve ark. 2009, Ahn ve ark. 2015, Vyssoki ve ark. 2015, Anderson ve ark. 2018).

Kanser, etyolojisinde birçok faktörün rol oynadığı bilinen, evreler halinde seyreden kronik bir hastalıktır. Uzun süreli ve önemli yan etkileri olan tedavilerle birlikte, hastalık süreci içinde fiziksel belirtilerin yanı sıra psikososyal sorunlar da ortaya çıkmaktadır. (Birol ve ark. 2005). Kanseri deneyimleyen her hastada kendine özgü bir örüntüsü olan psikososyal ve fiziksel sorunlarla baş etme gücünü, intiharın bir seçenek olarak görülmesine neden olabilmektedir (Mertz ve ark. 2012, Körner ve ark. 2016, Troy ve ark. 2019). Bunların yanında hastalar tedavi sürecinin doğası nedeniyle sürekli değişen dinamik bir duruma uyum yapmak zorunda kalmaktadırlar. Uyum yapamadıklarında ise kriz yaşayabilir ve yaşamı sonlandırmayı bir seçenek olarak düşünebilirler (Tang ve ark. 2016, Mosleh ve ark. 2018, Oh ve Cho 2020). Her hasta için intiharın özgün nedenleri olmakla birlikte, kanserin türü, evresi ve bireyin sosyal kaynaklara ulaşımı gibi faktörler intihar düşüncesinin ya da intihar eyleminin önemli yordayıcıları olabilmektedir (Hem ve ark. 2004, Miller ve ark. 2008, Misono ve ark. 2008, Robinson ve ark. 2009, Ahn ve ark. 2015, Vyssoki ve ark. 2015).

Kanser hastalarında intihar riski ile karşılaşma, sağlık ekibi üyelerinde büyük tedirginlik yaratan ve nasıl davranılması gerektiği bilinmeyen bir olgudur. Bu nedenle bir tabu olmaya devam etmektedir (Brunero ve ark. 2008, Granek ve ark. 2018, Morrissey ve Higgins 2018). Yapılan çalışmalar sağlık ekibinin içinde önemli bir grubu oluşturan hemşirelerin intihar riskini tanımlama ve yönetme konusunda bilgi ve beceri eksikliği bulunduğunu, olumsuz tutumlar ve yanlış inançlara sahip olduklarını ortaya koymuştur (Valente 2007, Wang ve ark. 2016, Granek ve ark. 2018). Bu sorunlar, sağlık ekibi üyelerinin ve bu grup içinde hemşirelerin intiharı önlemelerine ve riski yönetebilmelerine engel olup, hasta bakımında olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (Wang ve ark. 2016). Öte yandan, yapılan çalışmalarda intihara yönelik verilen eğitimlerin hemşirelerin bu sorunlarının çözümünde etkili olduğu gösterilmiştir (Brunero ve ark. 2008, Chan ve ark. 2009).

Onkoloji hastalarının büyük bir kısmının intihar etmeden kısa bir süre önce sağlık profesyonelleri ile teması olduğu bilinmektedir (Lin ve ark. 2009, De Leo ve ark. 2013, Aboumrad ve ark. 2018). Bu da intihar riskinin, sağlık hizmeti sunucuları tarafından belirlenebilir ve önlenabilir olma potansiyelini açığa vurmaktadır. Onkoloji hemşirelerinin intihar riski yüksek hastalara bakım verirken, intihar riskinin farkında olması, riski tanıyabilmesi ve yönetebilmesi kanser hastalarında intiharın önlenmesine katkı sağlayabilir. Bu bağlamda hemşirelerin bu alandaki rollerinin, gereksinimlerinin ve sorunlarının ortaya konması, konuya ilişkin farkındalık ve duyarlılık sağlayarak gerekli girişimlerin planlanmasına katkı sağlayabilir.

Bu makalede kanserde intihar riski konusunda farkındalık oluşturularak, kanser hastalarıyla çalışan hemşirelerin bu konudaki rolleri, sorumlulukları, yaşadıkları sorunlar ve gereksinimleri açısından konunun önemine dikkat çekilmesi amaçlanmaktadır.

Kanser ve psikososyal sorunlar bağlamında intihar

İntihar bireyin yaşamla ilgili amaçlarının yok olması ile birlikte ölme isteği ve eylemini içeren bir olgudur. İntiharın psikolojik, sosyokültürel, sosyoekonomik boyutlarının olması, onu karmaşık hale getirmektedir (Stuart ve Laraia 2001). Dünya’da birçok ülkenin sorunu haline gelen intihar, bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün raporlarına göre her yıl 800.000 kişi intihar nedeniyle ölmektedir (World Health Organization 2018a). İçinde Türkiye’nin de bulunduğu Avrupa bölgesi ise dünyada en yüksek intihar oranına sahiptir (15.4/100.000) Türkiye için intihar istatistikleri incelendiğinde intihar oranının 100.000’de 7.3 olduğu, kadın ve erkekler karşılaştırıldığında ise erkek intihar oranlarının (11.4/100.000) kadın intihar oranlarının (3.3/100.000) neredeyse 4 katı olduğu görülmektedir (World Health Organization 2018b). Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2018 yılında intiharların 2463’ünün ölümle sonuçlandığı bilinmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu 2018). Bu nedenle günümüzde intihar konusunda farkındalık yaratma ve önleme müdahaleleri oldukça önem kazanmaktadır (Chan ve ark. 2008, Chan ve ark. 2009). Riskli grupların tespit edilmesi, riskli gruplarla karşılaşan bireylerin farkındalıklarının artırılması, riskin tanınması ve yönetilmesi bu çalışmaların konularından bazılarıdır. Risk oranları değişmekle birlikte intihar riski kanser hastalarında genel popülasyona göre daha yüksektir (Hem ve ark. 2004, Dormer ve ark. 2008, Misono ve ark. 2008, Robinson ve ark. 2009, Ahn ve ark. 2015, Vyssoki ve ark. 2015, Anderson ve ark. 2018).

Kanser hastalığı bütüncül bir yaklaşımla tedavi edilmesi gereken ve pek çok stresörü içinde barındıran bir rahatsızlıktır. Her hasta için öznel ağırlık ve anlam taşıyan fiziksel ve psikososyal gereksinimler karşılanamadığında bireyi psikolojik, biyolojik ve sosyal anlamda etkileyen sorunlar ortaya çıkmaktadır (Biol ve ark. 2005, Mertz ve ark. 2012, Körner ve ark. 2016, Troy ve ark. 2019). Bu sorunların bir sonucu olarak tanımlanan distres, kanser hastalarının ve ailelerinin kanser tanısıyla gelen değişimlerle baş çıkmalarını zorlaştıran, güvenlik hissini azaltan bir duygudur. Kanser tanısı konan hastaların yaşadığı kaygı ve korku gibi olumsuz duygular, ilaç yan etkilerin yönetilememesi, bedenleri ve geleceklere ile ilgili düşünceler, yorgunluk ve uyku problemleri hastaların distres yaşamasına neden olan problemlerdir (Mertz ve ark. 2012, American Cancer Society 2015, Körner ve ark. 2016, Troy ve ark. 2019). Bu problemlerin yanı sıra ağrı, hastaların distreslerini arttıran ve yaşam kalitelerini düşüren önemli bir sorun olarak tanımlanmaktadır (Walker ve ark. 2008, Troy ve ark. 2019). Kanser hastalarında sözü edilen distres yaşantıları ve ağrının intihar düşüncesinin önemli yordayıcıları olduğu bilinmektedir (Walker ve ark. 2008).

Kanser süreci belirsiz ve dalgalı seyretmektedir (Zhang ve ark. 2017). Hasta durağan dönemlerden, girişimlerin arttığı bir döneme girdiğinde baş etmeye çalıştığı stresörler artmaktadır. Bu nedenle cerrahi bir girişim geçirme (Mosleh ve ark. 2018) veya kemoterapi alıyor olma gibi tedavi süreçleri hastanın psikososyal yüklerini arttırmaktadır (Tang ve ark. 2016, Mosleh ve ark. 2018, Oh ve Cho 2020). Ek olarak, tedavi sürecinde beklenen yönde sonuçlarının olmaması ve tedavi ile ilgili hayal kırıklıkları, fizyolojik semptomların yönetilememesi hastaların yaşamı anlamsız bulmasına yol açabilir (Zhang ve ark. 2017). Diğer taraftan, hastalık sürecinde ortaya çıkan otonomi ve rol kaybı, önceki işlevselliğin yerine getirilememesi, öz bakımı sürdürmemesi, bakım verene yük olma endişesi (Shim ve Hahn 2011, Zhang ve ark. 2017) ve sorumluluğu altındakilere bakım verememe (Zhang ve ark. 2017) gibi sorunlar hasta bireylerin kaygılarını kontrol ede-

memelerine ve depresif belirtiler göstermelerine neden olabilir (Banyasz ve Gregorio 2018).

Kanser, aynı zamanda gerçek ve imgesel kayıpların olduğu bir süreçtir. Hastalar bu süreçte organ kaybı, işlev kaybı, beden imgesine ilişkin kayıplar, yaşam kalitesindeki kayıplar ya da artık gerçekleştiremeyeceğini düşündüğü rol ve hayallerine ilişkin kayıplar gibi öznel ve nesnel kayıplarına yönelik çeşitli tepkiler ortaya koyarlar. Kübler-Ross (1997) kayba verilen bu tepkileri inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve uyum olarak 5 evrede sınıflamıştır. İnkâr evresinde hasta kaybı reddeder. Bu evrede hastanın kaybı inkarı acısının yıkıcılığına karşı kendini koruyabilmesi için hastaya zaman sağlar. Öfke aşamasında hastalarda “neden ben” sorusu ile birlikte suçluluk, utanma, umutsuzluk gibi duygular görülebilir. Hasta öfkesini ailesine kendisine ve sağlık çalışanlarına yöneltebilir. Pazarlık evresinde ise spirüitüel kaynaklarla bir uzlaşmaya gidilir. Hasta, öfkesini yatıştırması karşılığında tanrıdan ya da spirüitüel güçlerden acısız günler ya da iyileşme talep eder. Ancak kayıplarının geçmediğini gördüğünde ve zorlu hastalık sürecinin içinden çıkamadığında kayıp için yas tutar. Bu süreçte hastanın hayatı anlamsız bulması ve geleceğe yönelik umudunu kaybetmesi söz konusudur. Depresyon evresi olarak tanımlanan bu evrede sosyal izolasyon ve gerileme gibi belirtiler görülebilir. Eğer hasta yeterli sosyal destek görebilir, hastalık sürecini anlamlandırabilir ve etkili baş etmeler kullanabilirse uyum evresine geçebilir (Kübler-Ross 1997). Ancak çarpıtılmış keder gibi kayba uyumsuz yanıtlar oluşmuşsa hastaların öfkesini benliğine yöneltmesi sonucu patolojik boyutta depresyon oluşabilir (Townsend 2016). Hastalıkla gelen stresör ve kayıplar bireylerde benlik saygısında azalma, engellenmişlik, hayal kırıklığı, suçluluk, keder, yenilmiş olma, öfke gibi duygularla karakterize olan ve psikolojik acı olarak tanımlanan ruhsal bir gerginlik haline dönüşebilir. Hastalar bu psikolojik acıdan kurtulmak için baş etme mekanizmalarını kullanırlar (Orbach ve ark. 2003). Ancak hastalar bu stresörlerle alışlageldikleri baş etme yollarıyla baş edemiyorsa ve psikolojik acılarını dindiremiyorlarsa kriz ortaya çıkabilmekte ve intiharla sonuçlanabilmektedir (Stuart ve Laraia 2001, Orbach ve ark. 2003).

Kanserde intihar prevalansı

Kanser hastalarında intihar prevalansı dünyada uzun süredir araştırılmakta ve bu konuda tekrarlı araştırmalar yapılmaktadır. Türkiye’deki literatür incelendiğinde bu anlamda bir prevalans çalışmasına rastlanmamıştır. Ülkemize ait istatistiklerin olmamasına karşın, dünya literatüründeki popülasyon çalışmalarının sonuçları ilgi çekicidir. Bu çalışmalarda, kanser hastaları ve genel popülasyonda yapılan çalışmalar, intihar oranlarının kanser hastalarında daha fazla olduğunu göstermektedir (Hem ve ark. 2004, Dormer ve ark. 2008, Misono ve ark. 2008, Robinson ve ark. 2009, Ahn ve ark. 2015, Vyssoki ve ark. 2015, Anderson ve ark. 2018). Misono ve arkadaşları (2008) kanser hastalarının intihar prevalansını izledikleri çalışmalarında intiharın ABD’deki genel popülasyona karşılık gelen prevalans hızını yılda 16.7/100.000, kanser hastalarında yaş, cinsiyet ve ırk düzeltmeli prevalans hızını 31.4/100.000 olarak saptamışlardır. Gözlenen ölümün beklenen ölüme oranı anlamına gelen standart ölüm oranı (Standardized Mortality Ratio), sözü edilen popülasyonda 1.88 oranında bulunmuştur ve bu durum beklenenden daha fazla ölüm görüldüğünü göstermektedir. Genel popülasyon ve kanser hastaları arasındaki bu fark yaş, cinsiyet, tanı alınan zaman, kanserin türü, evresi gibi demografik özelliklere göre de değişebilmektedir (Hem ve ark. 2004, Misono ve ark. 2008, Robinson ve ark. 2009).

Kanserde intihara yönelik risk faktörleri

Kanser hastalarında intihar olasılığını artıran risk faktörlerini incelediğimizde hasta ve hastalıkla ilgili birçok faktörün değerlendirilmesinin önemli olduğu görülmektedir. Kanser türü, evresi, tanı alınan zaman, demografik özellikler, sosyal zorluklar, psikopatoloji, intihar riskini belirlemede sağlık çalışanlarının değerlendirmesi gereken özelliklerdir. Yapılan çalışmalarda pankreas, akciğer (Hem ve ark. 2004, Miller ve ark. 2008, Misono ve ark. 2008, Ahn ve ark. 2015, Vyssoki ve ark. 2015), gastrointestinal sistem (Hem ve ark. 2004, Miller ve ark. 2008, Misono ve ark. 2008), merkezi sinir sistemi (Vyssoki ve ark. 2015), ve prostat kanserlerine sahip (Miller ve ark. 2008) hastalar diğer kanser türlerine göre intiharda riskli grupları oluşturmaktadır. Erkeklerde solunum organı (bronş, trakea, akciğer) kanserlerinde risk yüksek bulunurken, kadınlar için bukkal kavite ve farens kanserlerinde intihar sonucu ölüm oranları diğer kanserlere göre yüksektir (Hem ve ark. 2004). Kanser evresine göre, ileri evre kanserlerde intihar riski diğer evrelere göre daha yüksektir (Miller ve ark. 2008, Misono ve ark. 2008, Robinson ve ark. 2009, Akechi ve ark. 2010, Kim ve ark. 2013, Ahn ve ark. 2015, Vyssoki ve ark. 2015). Öte yandan yapılan bazı çalışmalarda hastalığın ileri evresinin intihar riskini arttırmadaki güçlü etkisinin sadece kadınlarda belirgin olduğu belirtilmektedir (Robinson ve ark. 2009).

İntihar riski konusunda araştırmalardaki genel kanı kanser tanısı aldıktan sonraki ilk ayların ve ilk bir yılın en riskli dönemler olduğu yönündedir (Hem ve ark. 2004, Dormer ve ark. 2008, Robinson ve ark. 2009, Yamauchi ve ark. 2014, Ahn ve ark. 2015). Dormer ve arkadaşları (2008) kanser tanısından sonraki ilk 3 ayda intihar riskinin en yüksek olduğunu, 5.75'lik bir standart ölüm oranı ile ortaya koymuşlardır. Ancak, Ahn ve arkadaşları (2015) çalışmalarında, kanser tanısı alındıktan bir yıl sonra intihar riski açısından genel popülasyonla arada bir farkın kalmadığını belirtmişlerdir. Hastalığa verilen tepkiler düşünüldüğünde hastalığın ilk bir yılını kapsayan dönemde kanser tanısının konması ile hastaların genellikle bir şok yaşadığı, ardından gelen ameliyat ve kemoterapi gibi süreçlerle eklenen fiziksel, rollerle ilgili ve psikososyal değişimler ve zorlanmalarla kendilerini bir karmaşanın içinde ve kontrolü sağlamakta güçlük çeker halde bulduğu anlaşılmaktadır. Bu bağlamda ilk aylarda ve ilk yılda yapılan intihar risk değerlendirmesi, intiharın önlenmesinde büyük role sahip olabilir.

Hastaların intiharı ile ilişkili sosyodemografik risk faktörleri arasında hastanın yaşı cinsiyeti, evlilik durumu bulunmaktadır. Demografik faktörler incelendiğinde, 65 yaş üstü olan hastalarda intihar riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Walker ve ark. 2008, Misono ve ark. 2008, Robinson ve ark. 2009, Costantini ve ark. 2014). Robinson ve arkadaşları intihar edenlerde ilk kanser teşhisi alınan dönemde ortalama yaşın erkeklerde 67.9, kadınlarda 63.4 olduğunu, genel popülasyonda görülen intiharda ise yaş ortalamasının erkeklerde 69.9, kadınlarda 65.9 olduğu belirtmişlerdir (Robinson ve ark. 2009). Bu da kanser tanısı alınan intihar yaş ortalamasını aşağı çektiğini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda erkek cinsiyetteki kanser hastalarının intihar riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir (Dormer ve ark. 2008, Misono ve ark. 2008, Robinson ve ark. 2009, Leung ve ark. 2013, Massetti ve ark. 2018). Erkeklerde intihar niyeti kadınlara göre daha yüksek olup (Leung ve ark. 2013), intihar girişimlerinde mortalite oranları da kadınlara göre daha yüksektir (Robinson ve ark. 2009). Sosyo-ekonomik düzey incelendiğinde ise sosyo-ekonomik düzeyi kötü olan kadın gruplarında intihar riskinin yüksek olduğu görülmüştür (Robinson ve ark. 2009). Evlilik durumu ise genellikle sosyal destek

ile ilişkilendirilmekte olup, yalnız yaşayan, evli olmayan, boşanmış kanser hastalarında intiharın daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Hem ve ark. 2004, Turaga ve ark. 2011, Kim ve ark. 2013).

İntihar düşüncesi olan hastalarda bu düşüncenin maddi konularda zorlanma ve hastalıklarının anlamada, tedavi kararlarını vermede, sağlık ekibi ile iletişim kurmada ve günlük yaşamı idare etmede zorlanma ile ilişkili olduğu görülmüştür (Leung ve ark. 2013). Aile desteğinin baş etmede önemli görüldüğü kanser hastalarında eş ve çocukları yerine diğer bakım vericiler tarafından bakım alanlarda intihar düşüncesinin daha sık olduğu belirtilmiştir (Tang ve ark. 2016). Stresli yaşam olaylarına maruz kalan hastalarda ise, intihar düşüncesi ve intihar girişiminin daha sık olduğu görülmüştür (Kim ve ark. 2013, Massetti ve ark. 2018). Yapılan bir çalışmada, intihar eden kanser hastalarının intihardan iki hafta önce, bir kriz yaşadıklarını dile getirdikleri belirlenmiştir (Massetti ve ark. 2018).

Kanser hastasının ruhsal bir hastalığa sahip olup olmadığı intihar riski açısından değerlendirilmesi gereken bir durumdur. İntihar düşüncesi psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalarda daha çok görülmekte ve depresif duygu durum ile ilişkili bulunmaktadır (Tang ve ark. 2016). Önceden anksiyete bozukluğu ve/veya depresyon tanısı almış olan kanser hastalarında intihar düşüncesi daha çok görülmektedir (Miller ve ark. 2008 Akechi ve ark. 2010, Shim ve Hahm 2011, Kim ve ark. 2013). Major depresyonu olan kanser hastalarının, %40'ında intihar düşüncesi bulunduğu belirlenmiştir (Akechi ve ark. 2010). Aynı zamanda, Massetti ve arkadaşları (2018) kanser öyküsü olan ve intihar eden hastaların %40'tan fazlasının intiharları sırasında depresif duygu durumunda olduğunu ifade etmişlerdir.

İntihar riskini değerlendirme ve hemşirelerin rolü

İntihar riskini tanıma ve değerlendirme intiharı önlemenin önemli bir bileşenidir. Sağlık çalışanları toplum içinde ve sağlık hizmetinin sunulduğu kurumlarda intihar olgularını tanıma ve değerlendirmede yardımın ilk istendiği ya da yardımı ilk yapan kişiler olabilirler. Yapılan çalışmalar kanser hastalarının intihar girişimlerine yakın bir tarihte sağlık profesyonelleri ile iletişim halinde olduklarını göstermektedir (Lin ve ark. 2009, Aboumrad ve ark. 2018). Herhangi bir ruhsal rahatsızlığa bakılmaksızın intihar eden bireylerin %90'ının intihar etmeden 3 ay önce bir sağlık profesyoneliyle temasta olduğu (De Leo ve ark. 2013), %67'sinin intihar etmeden 1 hafta veya daha kısa süre içinde herhangi bir kurumdan sağlık hizmeti aldığı bilinmektedir (Aboumrad ve ark. 2018). Lin ve arkadaşları (2009) intihar eden kanser hastaların neredeyse yarısının taburculuğundan sonraki 14 gün içinde intihar ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu araştırmalar ışığında hasta bireylerin sağlık hizmeti sırasında intihar riskinin belirlenmesinin ve bireye gerekli müdahalelerin yapılmasının mümkün olduğu görülmektedir. Ancak sağlık çalışanlarının bu konuda bazı temel problemleri bulunmaktadır. Bu konuda temel sorunlardan biri intihar olgusunun sağlık çalışanları için korkutucu ve kaygı verici bir kavram olmasıdır. İntiharı tanımlamak ve böyle bir riskin varlığından konuşmak bile sağlık ekibinde rahatsızlık yaratabilmektedir (Granek ve ark. 2018). Sağlık çalışanlarının intihar riskini tanıma, değerlendirme ve müdahale etmede bilgi ve becerilerinin yetersiz olması ise diğer bir problemdir. Sağlık çalışanları kendilerini bu konuda eksik hissetmekte, bilişsel hazırlıklarının, eğitimlerinin ve gerekli yardım becerilerinin olmamasını intiharı önlemede bir zorluk olarak görmektedirler (Muñoz-Sánchez ve ark. 2018). Bu zorluklardan bir diğeri sağlık kurumlarında intiharı tanıma ve değerlendirmeye yönelik kurumsal stratejilerin olmamasıdır. Sağlık

çalışanları intihar riski ile karşılaştıklarında herhangi bir protokol ya da rehberle dayandıramadan, kendi bilgi ve görgüleri ölçüsünde hareket etmek durumunda kalmaktadır. Böyle olduğunda ortak bir ekip anlayışı yerine, bireye göre değişen biçimde davranma ya da ne yapacağını tam olarak bilemeden müdahalede bulunma görülebilmektedir. Bu da sağlık çalışanlarının sağlık hizmetinin sunumunda intiharı tanıma ve değerlendirmede kendilerine daha az güven duymalarına neden olabilmektedir (Coppens ve ark. 2018, Granek ve ark. 2018).

Kanserin fiziksel ve psikososyal yükleri fazla bir hastalık olması onkoloji alanında çalışan hemşirelerin psikososyal bakım anlamında donanımlı olmalarını gerektirmektedir. Hemşirelerin 24 saat kesintisiz bakım vermesi, onları hastayı psikososyal açıdan değerlendirmede diğer ekip üyelerine göre avantajlı kılmaktadır. Güner ve arkadaşları (2018) onkoloji hemşirelerinin psikososyal bakıma yönelik bakış açılarını inceledikleri çalışmalarında çoğu hemşirenin, hastaların yanında en fazla zaman geçiren sağlık çalışanı olmaları nedeniyle psikososyal bakımı en iyi hemşirenin verebileceğini düşündüklerini ortaya koymuşlardır. Öte yandan bu çalışmada, hemşireler psikososyal bakım sunumunda kendilerini önemli rolde görmelerine ve istekleri olmasına karşın, psikososyal bakımı nasıl vereceklerine ilişkin bilgi ve beceri eksikliği tariflemişlerdir. Hemşirelerin psikososyal bakımı sunmada yaşadıkları bu sorunlar, psikososyal değerlendirmenin bir boyutu olan intihar riskinin tanınması ve yönetiminde de ortaya çıkmaktadır. Bu anlamda ele alınması gereken sorunlardan biri intihar riskinin hemşireler tarafından tanınmamasıdır (Wang ve ark. 2016, Granek ve ark. 2018). Hemşireler hasta ile etkileşimlerinde, intihar düşüncesine yönelik kanıtları değerlendirmede zorluk yaşamaktadır. Wang ve arkadaşları (2016) intihar olgularında hemşirelerin hastaları ile ilgili bazı normalden sapmaları gözlemleyebildiklerini belirtmiştir. Bu çalışmada hastaların vedalaşır biçimde konuşmalarının, intihar girişimini planlamaya yönelik sorular sormalarının, duygu durumları ile ilgili değişimlerin hemşirelerin dikkatini çektiği görülmekle birlikte, hemşireler tarafından intihar riski olarak değerlendirilemediği ortaya konmuştur. Hastalardaki bu davranış değişimlerinin nedenlerinin ancak intihar girişimi sonrasında kavranabildiği ve anlamlandırılabilirliği görülmektedir (Wang ve ark. 2016). Öte yandan bazı hemşireler hastaların intihar düşüncesini açık etmesini, riskli bir durum olarak kabul etmemektedir. Kanser hastasının tedavinin bazı süreçlerinde ölmek istediğini ifade etmesi hemşireler tarafından normal görülmekte ve her ölmek isteyen aslında intihar niyetinde olmadığı vurgulanmaktadır (Granek ve ark. 2018). Bu da hastanın intihar düşüncesini dile getirmesinin hemşireler tarafından risk olarak değerlendirilmediğini göstermektedir.

İntihar riskini değerlendirmede önemli bir aşama olarak düşünülen hastayla iletişim kurma, hemşirelerin engellerinden biri olarak kabul edilmektedir. Hastayla olan iletişimlerinde ne söylemesi gerektiğini bilmeme, hastanın kaygılarını keşfedecek iletişim becerilerine sahip olmama onkoloji hemşirelerini zorlandığı konuların başında gelmektedir (Valente 2007, Wang ve ark. 2016, Granek ve ark. 2018). Hemşireler intihar riskini değerlendirmede, hastaya intihar düşüncesinin olup olmadığını sormaktan hastaları rahatsız edeceklerini düşünerek ya da hastaların bu konuda kırılgan olduklarını düşünerek kaçınılmaktadır (Wang ve ark. 2016). Ancak yapılan çalışmalar intihar riskini sorgulamanın bireyler üzerinde olumsuz bir duygusal etki yaratmadığını göstermektedir (Crawford ve ark. 2011, Harris ve Goh 2017). Crawford ve arkadaşları (2011) intihar riskini değerlendirmenin depresif belirtiler gösteren hastalarda hayatın yaşanmaya değer olmadığı yönünde duygular uyandırmadığını belirtmişlerdir. Bu da hemşirelerin intihar

riskini değerlendirememelerinin önünde bu konu ile ilgili yanlış inançlar yattığını göstermektedir.

Hemşirelerin intiharın yönetimi ile ilgili ortaya konmuş başka bir sorunu da intihar olgusuna yönelik korkularıdır. İntihar olgusu hemşirelerin kaygı düzeylerini arttırmaktadır. Hemşirelerin bu kaygıları, hasta ile etkileşimlerini ve bakım kalitesini olumsuz anlamda etkilemesinin yanında hemşirenin kendi ruhsal durumunu da etkilemekte ve çalışma ortamında önemli bir baskı yaratmaktadır. Hemşireler intiharla karşılaşma olasılığı ile baş edememeleri nedeniyle bu riski göz ardı edebilmektedirler (Valente 2007, Wang ve ark. 2016, Granek ve ark. 2018). Hemşirelerin beklenmeyen bir intihar girişimi ile karşılaşmaları ise büyük bir hayal kırıklığı yaşamalarına neden olmaktadır (Wang ve ark. 2016). Bu aşamada hemşirelerin riski tanıyamadıklarını fark etmeleri, müdahale edememeleri ve intiharın gerçekleşmesi hemşirelerde bazı distres belirtilerine neden olabilmektedir. Bu süreçte hemşirelerde kaygı, suçluluk, işe gitmek istememe, hasta odasına girmek istememe, isteksizlik, gerginlik, uykusuzluk gibi psikososyal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu sorunlar hemşirelerin hasta bakımına doğrudan ya da dolaylı olarak yansıtılabilmektedir (Wang ve ark. 2016).

İntihar riski olan bireylerle etkileşim halinde olan bireylerin olumsuz tutumlarının intiharın önlenememesinde rol oynadığı düşünülmektedir. Bu olumsuz tutumların, önemli bir kısmı kültürel inanışları içermekte olup, hemşirelerin intihar riskini değerlendirilmesinde önemli bir engel oluşturmaktadır. İntihar düşüncesi hemşireler tarafından ahlaki bir eksiklik olarak görülebilmekte ya da dini bağlamda günah olarak değerlendirilebilmektedir. Bu da intihar düşüncesi olan bireye olumsuz özellikler atfedilmesine neden olabilmektedir (Osafu ve ark. 2012, Jones ve ark. 2015, Barnfield ve ark. 2018). Yapılan çalışmalarda hemşirelerde, intihar eden bireyleri "kötü" olarak değerlendirme (Osafu ve ark. 2012), sorumsuzlukla suçlama ve hayatla baş edemeyecek kadar korkak olduklarını düşünme (Barnfield ve ark. 2018) gibi olumsuz tutumlar olabildiği ortaya konmuştur. Bu tutumların sonucu olarak hemşireler empatik olmaktan uzak biçimde, dini imgelerin (Tanrı, peygamber gibi) bu sorunu çözeceği ile ilgili öneriler ya da mesajlar verebilmektedir (Jones ve ark. 2015). Hemşirelerin sözü edilen türdeki tutum ve davranışları ise hastalarda suçluluk duygularını uyandırabilmekte ve hastaların zamanında yardım almasını geciktirebilmektedir.

İntihar konusunda farkındalık kazanmak ve hastalardaki psikososyal sorunları tanımlayabilmek hemşireler açısından intihar riskini değerlendirmede önemli gerekliliklerdir. Yapılan çalışmalar, onkoloji hemşirelerinin bir kısmının intihar riskine yönelik farkındalıklarının olmadığını göstermektedir (Wang ve ark. 2016, Granek ve ark. 2018). Granek ve arkadaşları (2018) onkoloji alanında hizmet veren hemşirelerin intihar riskinin kanser hastalarında daha yüksek olduğu konusunda bilgi sahibi olmadıklarını belirtmiştir. Aynı zamanda hemşirelerin bu anlamda farkındalıklarının az olduğu bir konu da intiharı psikososyal bir sorun olarak görmemeleridir. Bir çalışmada hemşireler bazen hastalığın iyileşmeyeceğini ya da hastanın iyiye gitmediğini düşündüklerinde, hastanın başka bir seçeneği olmadığına inanıp, intiharı hastalar için kabul edilebilir bir yol olarak gördüklerini ifade etmişlerdir (Barnfield ve ark. 2018). Bu da hemşirelerin ruh sağlığı alanına yönelik bilgilerinin geliştirilmesi ve intihar riskine yönelik farkındalıklarının artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Hemşirelerin intiharı önlemeye yönelik bu sorunların altında kültürel öğrenmeler ve bilgi eksikliğinin rol oynadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar eğitimin intihara yönelik olumlu tutumun gelişmesine yardım ettiğini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda, hem-

şirelerin eğitim düzeyi yükseldikçe intihara yönelik olumsuz tutumlarının azaldığı görülmüştür (Sun ve ark. 2007, Carter ve ark. 2018). İntihara yönelik eğitim almak ise intihara psikososyal bir sorun olarak görülmesine ve sağlık çalışanlarının olumlu bir tutum göstermelerine katkı sağlamıştır (Chan ve ark. 2009). Hemşirelere intihar riskini değerlendirme konusunda verilen eğitimlerde hemşirelerin tutum değiştirebilmelerinin yanında intihara yönelik farkındalıklarının, bilgi ve becerisinin arttığı belirtilmektedir (Chan ve ark. 2009, Tsai ve ark. 2011, Wu ve ark. 2014). Wu ve arkadaşları (2014) 117 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelere eğitim vermiş olup bu eğitim sonucunda intihar riskini değerlendirme becerilerinin arttığını bildirmiştir. Benzer bir çalışmada Chan ve arkadaşları (2009) intihar eğitim programlarının sonunda hemşirelerin intihara tutumlarının olumlu yönde değiştiğini, intihar olgusuna yönelik farkındalıklarının arttığını ve intiharı yönetmede daha yetkin hissettiklerini belirtmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise intihar farkındalık eğitimi alan hemşirelerin eğitim almayan hemşirelere göre intihar farkındalıklarının daha yüksek olduğu ve bireyleri danışmanlığa yönlendirmede daha gönüllü oldukları görülmüştür (Tsai ve ark. 2011). Görüldüğü gibi, eğitim programları hemşirelerin intihar riskinin yönetiminde etkili olmasının yanında bu riski yönetmede ve uygun yönlendirmeyi yapmada daha etkin rol almaya isteklerini arttırmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, kronik ağrısı olan ve akut duygusal stres yaşayan bireylerin erken tanılanmasını intiharın önlenmesinde bir basamak olarak belirtmiştir (WHO 2018). Bu bağlamda distres ve ağrı yaşantılarını en çok yaşayan hasta popülasyonu olan kanser hastalarına bakım veren onkoloji hemşirelerinin intiharların önlenmesinde kilit bir rolde olduğu söylenebilir. Hemşireler, hastalar için sağlıklı ve güvenli fiziksel, sosyal ve psikolojik çevre oluşturmayı hemşirelik bakımının merkezinde görür, bu bilginin bilincinde bakım uygulamalarını yürütür ve bakımın sunumunda sorumluluk alırlar (Sağlık Bakanlığı 2010, 2011, Townsend 2016). Hemşirelerin bu bütüncül felsefeleri bakımlarında insanı biyopsikososyal bir varlık kabul edip her alandaki gereksinimlerine duyarlı olmalarını sağlamaktadır. Onkoloji hemşirelerinin bütüncül bakım anlayışıyla hastanın yaşam kalitesini arttırmak, semptomlarını yönetmek, acıyı dindirmek, sağlık ekibi ile etkili iletişim kurmak gibi birçok sorumluluğu ve bu alandaki bilgi ve deneyimi intiharı yönetmeyi kolaylaştırabilir. Ancak daha önce de sözü edildiği gibi intihar onkoloji kliniklerinde farkında olunmayan, farkında olunsa bile hemşirelerin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıkları bir olgudur (Wang ve ark. 2016, Granek ve ark. 2018). Bu nedenle hasta bakımında intiharı tanıma ve değerlendirmeye yönelik bilgi ve becerilerinin artırılması onkoloji kliniklerinde bakım ve tedavi alan hastaların intiharlarının önlenmesinde önemli bir aşama olabilir.

Onkoloji hemşireleri ile birlikte intiharın tanılanması ve değerlendirilmesinde önemli rol oynayan hemşireler ise konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireleridir (Sharrock ve Happell 2000). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi fiziksel problemleri nedeniyle hastaneye yatan hastaların psikososyal sorunlarının çözümünde bakım ve tedavi ekibinde yer alıp psikososyal bakım sağlayan ya da ekibe eğitim ve danışmanlık sağlayan özelleşmiş psikiyatri hemşiresidir. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireleri, alanda çalışan hemşirelerin ruh sağlığı alanındaki bilgi ve becerilerini arttırmak, hastanın gösterdiği tepkilerin tanınmasını kolaylaştırmak, bakımın sunumunda psikososyal değerlendirmeyi sağlamak için eğitim planlar, eğitimin sonuçlarını değerlendirir (Stuart ve Laraia 2001). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireleri, ruh sağlığı alanındaki bilgi ve becerileri sayesinde, onkoloji hastalarının psikososyal sorunlarının ve intihar riskinin değerlendirmesinde onkoloji alanında çalışan hemşirelerin başvurabileceği kaynak kişilerdir. Bu bağ-

lamda konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireleri onkoloji alanında çalışan hemşireler ile intiharı değerlendirme, yönetme ve müdahale etme konusunda birlikte çalışabilir, hemşirelerin intihara yönelik bilgi ve becerilerini geliştirebilir, hemşirelerin ve hastaların yaşadıkları psikososyal krizlere müdahale edebilir. Böylece onkoloji alanında çalışan hemşirelerinin kanser hastalarının intihar riskinin tanıyabilmesi, değerlendirebilmesi ve yönetilebilmesi sonucu intiharın daha etkili biçimde önlenmesi mümkün olabilir.

İntihar riskini değerlendirmeye yönelik öneriler

Kanser hastalarında intihar riskinin tanınması ve girişimlerin planlanması psikososyal bakımın bir bileşeni olmasına karşın, hemşirelerle ilgili yukarıda sözü edilen sorunlar nedeniyle göz ardı edilen ya da farkında olunmayan bir alandır. Ancak hemşirelerin klinik uygulamalarında intihar riskini tanılamalarına yardım edebilecek bazı bilgi, beceri ve araçlar söz konusudur. Bu bilgi, beceri ve araçlara ilişkin öneriler aşağıda sıralanmaktadır:

1. Kanser türü, evresi, tanı alınan zaman, demografik özellikler, sosyal zorluklar, psikopatoloji, intihar riskini belirlemede hemşireler ve diğer sağlık ekibi üyelerince değerlendirilmesi gereken özellikler olup intihar riskini tanılamaya yardım edeceği düşünülmektedir (Hem ve ark. 2004, Miller ve ark. 2008, Misono ve ark. 2008, Ahn ve ark. 2015, Vyssoki ve ark. 2015). Bu nedenle bu alanlarda hastalardan ayrıntılı ve dikkatli veri toplanmalıdır.
2. İntihar düşüncesini “artık yaşamak istemiyorum” gibi ifadelerle sözel olarak dile getiren hastalar yüksek risk kapsamında değerlendirilmeli ve ruh sağlığı profesyonellerinden yardım alınmalıdır (Granek ve ark. 2018).
3. Hastaların sorduğu sorular ve ifadeleri intihar riski açısından değerlendirilmelidir. Hastaların intihar girişimlerini kolaylaştırabilecek bazı yolları öğrenmek amacıyla sorular sorduğu gözlenebilir. Wang ve arkadaşları (2016) çalışmalarında intihar eden hastaların nabzın yerini sorma, kendine zarar verebileceği alanları (pencere, yükseklik arama vb.) araştırma gibi girişimleri olduğunu belirtmişlerdir.
4. İntihar düşüncesi ile birlikte planı olan hastalarda duygulanımdaki değişimlere dikkat edilmelidir. Sessiz kalan üzgün bir hasta, intihara karar verdiği için huzurlu görünebilir. Bunun yanında yarım kalan işlerini bitirmeye yönelik girişimler, yakınları ve sağlık çalışanlarına yönelik vedalaşma ritüelleri (sebepsiz teşekkürler, parasını, eşyalarını verme vb.) görülebilir (Wang ve ark. 2016).
5. Hemşire hastanın sözel ve sözel olmayan mesajlarından intihar düşüncesi olduğu yönünde şüphe duyduğunda, gözlemlerini söyleyerek ve intiharı normalleştirerek intihar düşüncesinin olup olmadığını sorabilir. “Sizin gibi zor dönemlerden geçen hastalarımız, yaşamlarına son vermeyi akıllarından geçirebiliyor. Size böyle bir düşünce geldiği oluyor mu?” (O'Reilly ve ark. 2016, Joint Commission 2018).
6. Günümüzde intihar riskini tanımlayabilen ölçeklerin kullanımı sistematik bir değerlendirme imkanı vermesinin yanında hız da kazandırmaktadır. Yapılan çalışmalar intihar riskini tanımada ölçek kullanılmasının riskli gruplarla çalışan hemşirelerin ve onların bakım verdikleri hastaların gereksinimlerini karşılayacağını ortaya koymaktadır (Taur ve ark. 2012, Lucas ve ark. 2015). Ülkemizde psikiyatri hastalarında, genç yetişkinlerde ve genel popülasyonda geçerlik güvenirliği yapılmış intihar riskini belirlemede kullanılacak ölçekler vardır. Beck

İntihar Düşüncesi Ölçeği (Özçelik ve ark. 2015), İntihar Olasılığı Ölçeği (Atlı ve ark. 2009), Psikolojik Acı Ölçeği (Demirkol ve ark. 2018), İntihar Bilişleri Ölçeği (Guzey-Yiğit ve Yiğit 2017) İntihar davranış ölçeği (Bayam ve ark. 1995), Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (Güneş 2015) bu ölçeklerden olup intihar riski değerlendirmede hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına rehberlik edebilirler.

7. İntihar riski olduğu kesinleştiğinde sağlık ekibi ve aile bu risk konusunda bilgilendirilmelidir (Muñoz-Sánchez ve ark. 2018). Hemşire sağlık hizmetinin sunumu sırasında hastanın intihar riskini gözetererek sık gözlem yapmalı, intihar potansiyeli olan materyalleri (ilaç, kesici delici aletler, cam eşyalar, bağlar vb.) uzaklaştırmalı (Joint Commission 2018), pencereler ve dışa açılabilen alanların kilitli olduğundan emin olmalıdır (Wang ve ark. 2016) Hastanın hastanenin diğer bölümlerine taşınma durumlarında da benzer güvenlik önlemleri alınmalıdır (Joint Commission 2018).
8. İntihar düşüncesinin tabu olduğu toplumlarda hastalar bu düşüncelerin ortaya çıkmasından rahatsızlık duyabilmekte, suçluluk utanç gibi duyguları deneyimleyebilmektedirler (Registered Nurses' Association of Ontario 2009, Osafo ve ark. 2012). Bu nedenle intihar riskinin ortaya çıkması ile birlikte hemşirenin ve sağlık ekibinin diğer üyelerinin hastaya yönelik yargılayıcı olmayan, iş birlikçi tutumları hastadaki bu düşünceye bağlı distresi azaltabilir ve hastanın yardım kaynaklarına daha kolay ulaşmasına destek olabilir (Registered Nurses' Association of Ontario 2009).
9. İntiharı önleme ve riski tanılama konularına oryantasyon eğitimlerinde ve hizmet içi eğitimlerde yer verilmeli ya da özel eğitimlerle/seminerlerle hemşirelerin ve diğer sağlık ekibi üyelerinin bu konudaki bilgi eksikliği giderilmelidir (Valente 2007, Granek ve ark. 2018).
10. Klinik uygulama rehberleri intihar riskini değerlendirme, önleme ve bakım konusunda hemşirelerin intihar riski olan hastaya yönelik bakım ve yaklaşımlarını geliştirmek amacıyla oluşturulmuş kaynaklardır. Bu bağlamda uluslararası literatürde hemşirelere yönelik hazırlanan İntihar Düşüncesi ve Davranış Riski Altındaki Yetişkinlerin Değerlendirilmesi ve Bakımı Rehberi (Registered Nurses' Association of Ontario 2009), Acil hemşireleri Birliği Klinik Uygulama Rehberi-İntihar Risk Değerlendirmesi (Brim ve ark. 2012) rehberlerinden yararlanılabilir. Bu rehberler dışında Avrupa Psikiyatri Birliği (Wasserman ve ark. 2012) ve Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association 2003) gibi kurumların hazırladığı intihar risk önleme ve tedavisinde psikiyatrik süreçleri ve tedavileri geniş ölçekli ele alan rehberlerden de yararlanılabilir. Sözü edilen bu rehberler intihar konusunda onkoloji alanına yönelik bilgiler sunmasalar bile intihar riskini yönetmede yanlış inançlar ve uygulamalar konusunda hemşirelerin farkındalıklarını artırabilir, terapötik yaklaşımların gelişmesine ve bu sayede intiharın önlenmesine katkı sunabilirler.

Sonuç

Kanser hastaları hastalığın doğası ve tedavi süreci nedeniyle önemli psikososyal sorunlar yaşamaktadır. Hastalarda bu sorunların yönetilememesi intihar riskini arttırabilmektedir. Bu risk kanser hastalarının bakım ve tedavisini sağlayan ve onlarla en fazla sürede birlikte

olan onkoloji alanında çalışan hemşireler tarafından önlenebilir. Ancak hemşirelerin intiharı tanımada ve değerlendirmede bazı engelleri vardır. Bu engeller intihar olgusuna yönelik bilgi ve beceri eksikliği, farkındalık azlığı, korku duyma, hastalara yönelik olumsuz tutum sergilemedir. Literatürde tanımlanan bu sorunlar, eğitim programları ile ortadan kalkabilir. Bu alanda hizmet veren sağlık profesyonellerinin risk tanılamaya yönelik gereksinimlerinin belirlenmesi, bilgi ve beceriyi arttıran eğitimlerin planlanması, hem hastaların psikososyal yardıma intihar gerçekleşmeden hızlıca ulaşmalarını, hem de alanda hizmet verenlerin psikososyal bakımda yetkinliklerinin artmasını sağlayabilir. Bu kapsamda konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşirelerinin ruh sağlığı alanına yönelik özelleşmiş bilgileri onkoloji hemşirelerinin intihar riskini yönetmeye ilişkin bilgilerinin ve becerilerinin geliştirilmesinde önemli katkılar sağlayabilir. Bu nedenle onkoloji hemşireleri ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireleri iş birliği yapmalı ve onkoloji alanında çalışan hemşirelerin konu hakkındaki yeterlikleri artırılmalıdır.

Kaynaklar

- Aboumrada M, Shiner B, Riblet N, Mills PD, Watts BV (2018) Factors contributing to cancer-related suicide: a study of root-cause analysis reports. *Psychooncology*, 27:2237-2244.
- Ahn MH, Park S, Lee HB, Ramsey CM, Na R, Kim SO et al. (2015) Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psychooncology*, 24:601-607.
- Akechi T, Okamura H, Nakano T, Akizuki N, Okamura M, Shimizu K et al. (2010) Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology*, 19:384-389.
- American Cancer Society (2015) Distress. Available from <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/emotional-side-effects/distress/what-is-distress.html>. (Accessed 1.3.2019).
- American Psychiatric Association (2003) Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*, 160(Suppl 11):S1-S60.
- Anderson C, Park EM, Rosenstein DL, Nichols HB (2018) Suicide rates among patients with cancers of the digestive system. *Psychooncology*, 27:2274-2280.
- Atlı Z, Eskin M, Dereboy Ç (2009) İntihar olasılığı ölçeğinin (İÖÖ) klinik örneklemede geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 12:111-124.
- Banyasz A, Gregorio SWD (2018) Cancer - related suicide: a biopsychosocial - existential approach to risk management. *Psychooncology*, 27:2661-2664.
- Barnfield J, Cross W, Mccauley K (2018) Therapeutic optimism and attitudes among medical and surgical nurses towards attempted suicide. *Int J Ment Health Nurs*, 27:1826-1833.
- Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V, Holat H, Tüzer T (1995) İntihar davranışı ile depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi: intihar davranış ölçeği geçerlilik, güvenilirlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 3:223-225.
- Birol L, Akdemir N, Bedük T (2005) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara, Sistem Ofset.
- Brim C, Lindauer C, Halpern J, Storer A, Barnason S, Bradford J Y et al (2012) Emergency Nurses Association Clinical Practice Guideline: Suicide Risk Assessment. Schaumburg, IL, Emergency Nurses Association.
- Brunero S, Smith J, Bates E, Fairbrother G (2008) Health professionals' attitudes towards suicide prevention initiatives. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 15:588-594.
- Carter T, Latif A, Callaghan P, Manning JC (2018) An exploration of predictors of children's nurses' attitudes, knowledge, confidence and clinical behavioural intentions towards children and young people who self - harm. *J Clin Oncol*, 27:2836-2846.
- Chan SWC, Chien WT, Tso S (2008) The qualitative evaluation of a suicide prevention and management programme by general nurses. *J Clin Oncol*, 17:2884-2894.
- Chan SWC, Chien WT, Tso S (2009) Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. *Nurse Educ Today*, 29:763-769.

- Coppens E, Van Audenhove C, Gusmão R, Purebl G, Székely A, Maxwell M et al. (2018) Effectiveness of general practitioner training to improve suicide awareness and knowledge and skills towards depression. *J Affect Disord*, 227:17-23.
- Costantini A, Pompili M, Innamorati M, Zezza MC, Di Carlo A, Sher L et al. (2014) Psychiatric pathology and suicide risk in patients with cancer. *J Psychosoc Oncol*, 32:383-395.
- Crawford MJ, Thana L, Methuen C, Ghosh P, Stanley SV, Ross, J et al. (2011) Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 198:379-384.
- De Leo D, Draper BM, Snowdon J, Kölves K (2013) Contacts with health professionals before suicide: missed opportunities for prevention? *Compr Psychiatry*, 54:1117-1123.
- Demirkol ME, Güleç H, Çakmak S, Namli Z, Güleç M, Güçlü N et al. (2018) Psikolojik Acı Ölçeği Türkçe formunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 19:14-20.
- Dormer NR, Mccaull KA, Kristjanson LJ (2008) Risk of suicide in cancer patients in western Australia, 1981–2002. *Med J Aust*, 188:140-143.
- Granek L, Nakash O, Ben – David M, Shapira S, Ariad S (2018) Oncologists', nurses', and social workers' strategies and barriers to identifying suicide risk in cancer patients. *Psychooncology*, 27:148-154.
- Guzey-Yiğit M, Yiğit İ (2017) İntihar Bilişleri Ölçeğinin psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 5:363-383.
- Güner P, Hiçdurmaz D, Yıldırım NK, İnci F (2018) Psychosocial care from the perspective of nurses working in oncology: a qualitative study. *Eur J Oncol Nurs*, 34:68-75.
- Güneş A (2015) Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması (Uzmanlık tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
- Harris KM, Goh MTT (2017) Is suicide assessment harmful to participants? findings from a randomized controlled trial. *Int J Ment Health Nurs*, 26:181-190.
- Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg Ø (2004) Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol*, 22:4209-4216.
- Joint Commission (2018) National Patient Safety Goal for suicide prevention. R3 Report, 18:1-6.
- Jones S, Krishna M, Rajendra RG, Keenan P (2015) Nurses' attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India. *J Ment Health*, 24: 423-429.
- Kim JM, Jang JE, Stewart R, Kim SY, Kim SW, Kang HJ et al. (2013) Determinants of suicidal ideation in patients with breast cancer. *Psychooncology*, 22:2848-2856.
- Körner A, Garland R, Czajkowska Z, Coroiu A, Khanna M (2016) Supportive care needs and distress in patients with non-melanoma skin cancer: nothing to worry about. *Eur J Oncol Nurs*, 20:150-155.
- Kübler-Ross E (1997) Ölüm ve Ölme Üzerine (Çeviri Ed. Banu Büyükkal). İstanbul, Boyner Holding Yayınları.
- Leung YW, Li M, Devins G, Zimmermann C, Rydall A, Lo C et al. (2013) Routine screening for suicidal intention in patients with cancer. *Psychooncology*, 22:2537-2545.
- Lin HC, Wu CH, Lee HC (2009) Risk factors for suicide following hospital discharge among cancer patients. *Psychooncology*, 18:1038-1044.
- Lucas, MS, Brawner BM, Hardie TL, Beacham B, Paidipati C, Diaz M et al. (2015) Assessing suicidal ideation and behaviors among survivors of childhood brain tumors and their mothers during sociobehavioral research. *Oncol Nurs Forum*, 42:E319-E329.
- Massetti GM, Holland KM, Jack SP, Ragan KR, Lunsford NB (2018) Circumstances of suicide among individuals with a history of cancer. *Psychooncology*, 27:1750–1756.
- Mertz BG, Bistrup PE, Johansen C, Dalton SO, Deltour I, Kehlet H et al. (2012) Psychological distress among women with newly diagnosed breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*, 16:439-443.
- Miller M, Mogun H, Azrael D, Hempstead K, Solomon DH (2008) Cancer and the risk of suicide in older americans. *J Clin Oncol*, 26:4720-4724.
- Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M, Yueh B (2008) Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol*, 26:4731-4738.
- Morrissey J, Higgins A (2018) "Attenuating anxieties": a grounded theory study of mental health nurses' responses to clients with suicidal behaviour. *J Clin Oncol*, 28:947-958.
- Mosleh SM, Alja'afreh M, Alnajjar MK, Subih M (2018) The prevalence and predictors of emotional distress and social difficulties among surviving cancer patients in Jordan. *Eur J Oncol Nurs*, 33:35-40.

- Muñoz-Sánchez JL, Sánchez-Gómez M, Martín-Cilleros M, Parra-Vidales E, De Leo D, Franco-Martín M (2018) Addressing suicide risk according to different healthcare professionals in Spain: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*, 15:pii: E2117.
- Oh PJ, Cho JR (2020) Changes in fatigue, psychological distress, and quality of life after chemotherapy in women with breast cancer: a prospective study. *Cancer Nurs*, 43(1):E54-E60
- Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, Gilboa - Schechtman E (2003) Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threat Behav*, 33: 219-230.
- O'Reilly M, Kiyimba N, Karim K (2016) "This is a question we have to ask everyone": asking young people about self - harm and suicide. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 23:479-488.
- Osafo J, Knizek BL, Akotia CS, Hjelmeland H (2012) Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 49:691-700.
- Ozcelik HS, Ozdel K, Bulut SD, Orsel S (2015) The reliability and validity of the Turkish version of the Beck Scale for Suicide Ideation (Turkish BSSI). *Klin Psikofarmakol Bulteni*, 25:141-150.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2008) *Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour*. Toronto, Canada, Registered Nurses' Association of Ontario.
- Robinson D, Renshaw C, Okello C, Møller H, Davies EA (2009) Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: A population-based study. *Br J Cancer*, 101:198-201.
- Sağlık Bakanlığı (2010) Hemşirelik yönetmeliği. *Resmi Gazete*, 8.3.2010.
- Sağlık Bakanlığı (2011) Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. *Resmi Gazete*, 19.4.2011.
- Sharrock J, Happell B (2000) The psychiatric consultation-liaison nurse: towards articulating a model for practice. *Aust N Z J Ment Health Nurs*, 9:19-28.
- Shim EJ, Hahm BJ (2011) Anxiety, helplessness/hopelessness and 'desire for hastened death'in Korean cancer patients. *Eur J Cancer Care*, 20:395-402.
- Stuart GW, Laraia MT (2001) *Principles and Practise of Psychiatric Nursing*, 7th ed. St Louis, Mosby.
- Sun FK, Long A, Boore J (2007) The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. *J Clin Nurs*, 16: 255-263.
- Tang GX, Yan PP, Yan CL, Fu B, Zhu SJ, Zhou LQ et al. (2016) Determinants of suicidal ideation in gynecological cancer patients. *Psychooncology*, 25:97-103.
- Taur FM, Chai S, Chen MB, Hou JL, Lin S, Tsai SL (2012) Evaluating the suicide risk - screening scale used by general nurses on patients with chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: a questionnaire survey. *J Clin Nurs*, 21:398-407.
- Townsend MC (2016) *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri* (Çeviri Ed. CT Özcan, N Gürhan). Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Troy JD, Locke SC, Samsa GP, Feliciano J, Richhariya A, Leblanc TW (2019) Patient-reported distress in Hodgkin lymphoma across the survivorship continuum. *Support Care Cancer*, 27:2453-2462.
- Tsai WP, Lin LY, Chang HC, Yu LS, Chou MC (2011) The effects of the gatekeeper suicide-awareness program for nursing personnel. *Perspect Psychiatr Care*, 47:117-125.
- Turaga KK, Malafa MP, Jacobsen PB, Schell MJ, Sarr MG (2011) Suicide in patients with pancreatic cancer. *Cancer*, 117: 642-647.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2018) Ölüm nedeni istatistikleri 2018. Available from http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083 (Accessed 20.06.2019).
- Valente SM (2007) Oncology nurses' teaching and support for suicidal patients. *J Psychosoc Oncol*, 25:121-137.
- Vyssoki B, Gleiss A, Rockett IR, Hackl M, Leitner B, Sonneck G et al. (2015) Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk. *J Affect Disord*, 175:287-291.
- Walker J, Waters RA, Murray G, Swanson H, Hibberd CJ, Rush RW et al. (2008) Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients. *J Clin Oncol*, 26:4725-4730.
- Wang S, Ding X, Hu D, Zhang K, Huang D (2016) A qualitative study on nurses' reactions to inpatient suicide in a general hospital. *Int J Nurs Sci*, 3:354-361.
- Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D et al. (2012) The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*, 27:129-141.

- World Health Organization (2018a) Suicide. Available from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (Accessed 10.11.2018).
- World Health Organization (2018b) Global Health Observatory (GHO) data: Suicide rates per (100 000 population). Available from https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_crude/en/ (Accessed 20.06.2019).
- Wu CY, Lin YY, Yeh MC, Huang LH, Chen SJ, Liao SC et al. (2014) Effectiveness of interactive discussion group in suicide risk assessment among general nurses in taiwan: a randomized controlled trial. *Nurse Educ Today*, 34:1388-1394.
- Yamauchi T, Inagaki M, Yonemoto N, Iwasaki M, Inoue M, Akechi T et al. (2014) Death by suicide and other externally caused injuries following a cancer diagnosis: the japan public health center-based prospective study. *Psychooncology*, 23:1034-1041.
- Zhang XK, Procter NG, Xu Q, Chen XY, Lou FL (2017) Factors influencing suicidal ideation among Chinese patients with stomach cancer: qualitative study. *Int Nurs Rev*, 64:413-420.

Yazarların Katkıları: Tüm yazarlar, her bir yazarın çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladığını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğunu kabul etmişlerdir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir

Authors Contributions: All authors attest that each author has made an important scientific contribution to the study and has assisted with the drafting or revising of the manuscript.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.