

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ONKOLOJİ HEMŞİRELERİ İÇİN İNTİHARI ÖNLEMeye
İLİŞKİN FARKINDALIK GELİŞTİRME PROGRAMININ
İNTİHARA YÖNELİK BİLGİ, DAMGALAMA VE ETKİLİLİK
ALGISI DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Sevda ÖZTÜRK

**Psikiyatri Hemşireliği
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2024**

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ONKOLOJİ HEMŞİRELERİ İÇİN İNTİHARI ÖNLEMeye
İLİŞKİN FARKINDALIK GELİŞTİRME PROGRAMININ
İNTİHARA YÖNELİK BİLGİ, DAMGALAMA VE ETKİLİLİK
ALGISI DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Sevda ÖZTÜRK

Psikiyatri Hemşireliği
DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Duygu HİÇDURMAZ

ANKARA
2024

ONAY SAYFASI**ONKOLOJİ HEMŞİRELERİ İÇİN İNTİHARI ÖNLEMeye İLİŞKİN
FARKINDALIK GELİŞTİRME PROGRAMININ İNTİHARA YÖNELİK
BİLGİ, DAMGALAMA VE ETKİLİLİK ALGISI DÜZEYLERİNE ETKİSİ****Sevda ÖZTÜRK****Danışman: Prof. Dr. Duygu HİÇDURMAZ**

Bu tez çalışması 28.05.2024 tarihinde jürimiz tarafından “Psikiyatri Hemşireliği Programı” nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	<i>Prof. Dr. Satı DEMİR</i>	<i>(imza)</i>
	<i>(Gazi Üniversitesi)</i>	
Üye:	<i>Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL</i>	<i>(imza)</i>
	<i>(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)</i>	
Üye:	<i>Doç. Dr. Meltem MERİÇ</i>	<i>(imza)</i>
	<i>(Lokman Hekim Üniversitesi)</i>	
Üye:	<i>Doç. Dr. Azize ATLI ÖZBAŞ</i>	<i>(imza)</i>
	<i>(Hacettepe Üniversitesi)</i>	
Üye:	<i>Dr. Öğr. Üyesi Ayça AY KAATSIZ</i>	<i>(imza)</i>
	<i>(Hacettepe Üniversitesi)</i>	

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

*Prof. Dr. Müge YEMİŞCİ ÖZKAN***Enstitü Müdürü**

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayımlanan “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

28 /05/2024

Sevda ÖZTÜRK

¹“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
- (2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*
- (3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir*

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

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

İmza

Sevda ÖZTÜRK

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimimde bilgisi ve tecrübeleriyle hem kişisel hem de akademik gelişimime değerli katkıları olan ve tez çalışmamın her aşamasında bana olan güvenini hissettiğim, sabrı ve anlayışı ile verimli bir eğitim ortamı yaratarak bu tez çalışmasını gönül rahatlığıyla tamamlamamı sağlayan danışmanım Sayın Prof. Dr. Duygu HİÇDURMAZ hocama,

Tez izleme komitemde yer alan ve çalışma sürecinde bilgi, tecrübe ve anlayışları ile çalışmamın gelişmesine değerli katkıları olan ve samimi desteklerini her zaman hissettiğim Prof. Dr. Satı DEMİR ve Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL hocalarıma,

Çalışmanın istatistik sürecine titizliği ve bilgisi ile değerli katkılar sunan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim elemanı Hanife AVCI hocama,

Akademik ve kişisel gelişimimde katkıları olan Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalındaki değerli hocalarıma, çalışma hayatının hem zorluklarını hem de güzelliklerini paylaştığım anabilim dalındaki asistan arkadaşlarıma ve -1 ve 3329 odalarını paylaştığım asistan arkadaşlarıma,

Yoğun çalışma düzenleri ve iş hayatında deneyimledikleri birçok zorluğa rağmen, bu tez çalışmasına katılmak için zaman ayıran, deneyimleri ve katkıları ile bu çalışmanın ortaya çıkmasını sağlayan, hepsini ayrı ayrı tanımaktan memnuniyet duyduğum bu çalışmanın çok değerli katılımcıları onkoloji hemşirelerine,

Son olarak üstümde emekleri olan, sevgili anneme ve babama,

Teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Öztürk, S., Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının İntihara Yönelik Bilgi, Damgalama ve Etkililik Algısı Düzeylerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2024. Bu araştırma Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının hemşirelerin intihara yönelik bilgi, damgalama ve etkililik algısı düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla ön test, son test, izlem desenli ve kontrol gruplu bir müdahale çalışması olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma Mayıs-Kasım 2023 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji yataklı klinikleri, kemoterapi ünitesi/birimi, kemik iliği transplantasyon ünitesi/birimi ve onkoloji polikliniğinde çalışan 86 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veriler; Tanıtıcı Bilgi Formu, İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği, İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği, İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeği ile toplanmıştır. Deney grubundaki hemşirelere Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programı uygulanmış olup, kontrol grubundaki hemşirelere ise herhangi bir müdahale uygulanmamıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Shapiro-Wilk testi, ki-kare testi, Mann Whitney U testi, iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (Independent sample t testi), Friedman testi ve Post-Hoc analizler kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgulara göre program sonunda ve üç aylık izlemde program öncesine ve kontrol grubuna göre deney grubundaki hemşirelerin intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve intihar riskini yönetmeye ilişkin etkililik algısı düzeyleri artmış, intihara yönelik damgalama düzeyleri azalmıştır. Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının intiharı önlemeye yönelik farkındalık geliştirmede etkili bir program olduğu görülmüş olup, programın onkoloji hemşireleri için yaygınlaştırılması, ulusal ve uluslararası intihar önleme stratejileri ile bütünleştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İntihar; intihar önleme; hemşirelik; onkoloji hemşireliği.

ABSTRACT

Öztürk, S., The Effect of Awareness Development Program on Suicide Prevention for Oncology Nurses on the Levels of Literacy, Stigma and Perception of Efficacy Towards Suicide. Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Ph.D. Thesis in Psychiatric Nursing, Ankara, 2024. This study was conducted as an intervention study with pretest, posttest, follow-up design and control group in purpose of determining the effect of the Awareness Development Program on Suicide Prevention for Oncology Nurses on the levels of literacy, stigma and perception of efficacy towards suicide. The study was conducted between May and November 2023 with 86 nurses working in oncology inpatient clinics, chemotherapy unit/unit, bone marrow transplantation unit/unit and oncology outpatient clinic of Hacettepe University Oncology Hospital and T.R. Ministry of Health Ankara Provincial Health Directorate University of Health Sciences Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Training and Research Hospital. In the study, data were collected with the Descriptive Information Form, the Literacy of Suicide Scale, the Stigma of Suicide Scale and the Efficacy Perception Scale for Suicide Risk Management for Oncology Nurses. The nurses in the intervention group were applied the Awareness Development Program on Suicide Prevention for Oncology Nurses, while the nurses in the control group were not exposed to any intervention. Shapiro-Wilk test, chi-square test, Mann Whitney U test, Independent sample t test, Friedman test and Post-Hoc analysis were used to analyse the data. The results of the analyses showed that at the end of the program and at the 3-month follow-up, the literacy levels of the nurses in the intervention group about suicide and their efficacy perceptions of suicide risk management increased, and the levels of stigma towards suicide decreased compared to the pre-program and control groups. The Awareness Development Program on Suicide Prevention for Oncology Nurses have been found to be an effective program in developing awareness for suicide prevention, and it is recommended that that the programme should be scaled up for oncology nurses and integrated with national and international suicide prevention strategies.

Keywords: Suicide; suicide prevention; nursing; oncology nursing

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	7
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. İntihar Olgusu	9
2.2. İntiharın Damgalanması ve İlişkili Tutumlar	12
2.3. İntihar Olgusuna İlişkin Kuramlar	15
2.3.1. Psikodinamik Kuram	15
2.3.2. Fluid Savunmasızlık Kuramı/ İntihar Bilişleri Kuramı	17
2.3.3. Shneidman'ın Psikolojik Acı Kuramı	18
2.3.4. Kişilerarası İntihar Kuramı	19
2.4. Kanseri Hastalarında İntihar Riski	20
2.4.1. Kanserde Psikososyal Sorunlar ve İntihar Riski	20
2.4.2. Kanseri Hastalarında İntihar Riskinin Prevalansı ve İntihar Ölüm Oranları	24
2.4.3. Kanserde İntihar Risk Faktörleri	25
2.5. İntihar Önleme Konusundaki Mevcut Durum	29
2.5.1. Sağlık Çalışanlarının ve Hemşirelerin İntihar Önleme Konusundaki Mevcut Durumu	29
2.5.2. Onkoloji Hemşirelerinin İntihar Önleme Konusundaki Mevcut Durumu	31
2.6. İntihar Önleme Programları	33

2.6.1. İntihar Önleme Programlarının Amacı ve Kapsamı	33
2.6.2. Sağlık Çalışanları için Uygulanan İntihar Önleme Programları	35
2.6.3. İntihar Önleme Programlarında Beklenen Yeterlilikler	37
2.6.4. Onkoloji Hemşirelerine Yönelik İntiharı Önleme Programlarının Geliştirilmesinin Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) Hemşireliği Açısından Önemi	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1. Araştırmanın Şekli	40
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	40
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	40
3.4. Veri Toplama Araçları	44
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-2)	44
3.4.2. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) (Ek-3)	44
3.4.3. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) (Ek-4)	45
3.4.4. İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeği (İRYİEAÖ) (Ek-5)	45
3.5. Araştırmanın Uygulanması	56
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	62
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	62
3.8. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	63
4. BULGULAR	64
4.1. Onkoloji Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özellikleri	64
4.2. Onkoloji Hemşirelerinin Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular	65
4.3. Ölçekler Arası İlişkilerle İlgili Bulgular	70
5. TARTIŞMA	73
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	79
6.1. Sonuçlar	79
6.2. Öneriler	80
7. KAYNAKLAR	81
8. EKLER	99
EK-1: Güç Analizi	
EK-2: Tanıtıcı Bilgi Formu	
EK-3: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)	
EK-4: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)	
EK-5: İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeği (İRYİEAÖ)	

EK-6: Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı nlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programı

EK-7: Etik Kurul Onayı

EK-8: Uygulama İzin Yazıları

EK-9: Onam Formları

EK-10: Ölçek Uygulama İzinleri

EK-11: Turnitin Ekran Görüntüsü

EK-12: Dijital Makbuz

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER ve KISALTMALAR

%	Yüzde
1-β	Testin gücü
F	Friedman testi
IQR	Interquartile range(Çeyrekler arası açıklık)
İBDÖ	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği
İRYİEAÖ	İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeği
İYDÖ	İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği
KGI	Kapsam Geçerlik İndeksleri
KGO	Kapsam Geçerlik Oranı
KLP	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
KMO	Keiser-Meyer-Olkin örneklem yeterliği ölçüsü
M	Ortanca
Max.	Maksimum değer
Min.	Minimum değer
n	Örneklem sayısı
p	Anlamlılık düzeyi
r	Spearman'ın sıralama katsayısı
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)
SS	Standart Sapma
t	İki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi
U	Mann Whitney U test
\bar{X}	Ortalama
χ^2	Pearson ki-kare testi

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1. Consort Akış Şeması	43
3.2. Doğrulayıcı faktör analizi sonucu ulaşılan model	54
3.3. Uygulama Akış Şeması	61

TABLULAR

Tablo	Sayfa
3.1. Onkoloji Hemşirelerinin Tanımlayıcı Bilgileri	50
3.2. İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeğinin Madde İstatistikleri	51
3.3. Özdeğer ve Varyans Açıklama Oranı	52
3.4. Uyum Göstergeleri ve Tek Faktörlü Yapı İçin Uyum Durumu	53
3.5. Tek Faktörlü Yapıdaki Faktör Yükleri	55
3.6. “Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programı” İşleyiş Planı	60
4.1. Onkoloji Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özellikleri	64
4.2. Onkoloji Hemşirelerinin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi, İntihara Yönelik Damgalama ve İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Puanları	66
4.3. Deney grubunda İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi, İntihara Yönelik Damgalama ve İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçek Puanları arasındaki değişim ilişkileri	71

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

İntihar önlenabilir bir ölüm nedeni olmasına karşın, dünyada yılda 700.000 kişi intihar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir (1). İntihar dünya genelinde önde gelen ölüm nedenlerinden olup, intihar nedeniyle yaşamlarını kaybedenler meme kanseri veya savaş gibi nedenlerle yaşamını kaybedenlerden fazladır (1). İntihar sonucu meydana gelen bu kayıplar bireyleri olduğu kadar, intihar eden bireylerin ailelerini, yakınlarını ve toplumun genelini hem akut hem de kronik düzeyde etkilemektedir. İntihar ölümle sonuçlanmasa bile intihar düşüncelerinin varlığı ya da intihar davranışının olması bireylerde ağır bir kronik hastalık kadar engellilik yaratabilmektedir (2). Bununla birlikte intihar eden bireylerin yakınlarında intihar sonrası gelişen fiziksel ve ruhsal sıkıntılar toplumun diğer üyelerine göre daha sık görülmektedir (3). Her intihar sonrası, intihara maruziyetin ardından ruh sağlığı desteğine ihtiyaç duyabilecek oldukça geniş bir insan grubu ortaya çıkmaktadır (4). İntihar bireyler ve toplum üzerinde ciddi kayıplar oluşturmasına ve intiharın ardından süregelen olumsuzluklara rağmen yeterince farkında olunan bir sağlık sorunu değildir (5,6). Bu farkındalık eksikliğinin yanında intihar, damgalanması, kriminalize edilmesi veya sağlık kurumlarındaki intihara duyarsız sürveyans sistemleri nedeniyle yeterince gündeme gelmemekte ve bildirilmemektedir (5,7). Bu sorunlar intiharın örtük bir sorun olarak kalmasına neden olup, intihar riski olan bireylerin fark edilmesini ve intiharın önlenmesini güçleştirmektedir (6). Diğer taraftan kurumların ve devletlerin bu konuyu önceliklendirmemesi gerek sağlık hizmetlerinin sunumunda gerek de toplumsal alanda intihara karşı yetersiz bir duyarlılık ile hareket edilmesine neden olmaktadır (5). Bu çok boyutlu sorunların varlığı nedeniyle intihar riskinin yönetimi son yıllarda gittikçe önem kazanmış ve birçok kurum ve/veya devlet intihar önleme stratejileri oluşturma ve bunu kurumsal tabanda uygulama çalışmalarına başlamıştır (8). Birleşmiş Milletler Genel Kurulu ise intiharın önlenmesini Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde bir gösterge olarak kabul etmiş ve 2030 yılına kadar intihar nedeniyle meydana gelen ölümlerin azaltılması amaçlanmıştır (9). Ek olarak, akademik alanda hem klinik hem de toplumsal temelli intihar önleme

stratejileri geliştirilmekte ve bu stratejilerin etkinliğini ele alan birçok çalışma yürütülmektedir (10–13).

Günümüzde benimsenen en temel intihar önleme stratejilerinden biri toplum içinde intihar riskinin yüksek olduğu grupların belirlenmesidir (14,15). Toplum içinde yalnızca psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip bireylerin intihar riski taşıdığına dair gerçek dışı kanılar çoğu zaman toplum içindeki dezavantajlı risk gruplarının farkında olmayı engellemektedir (6). Sanılanın aksine psikiyatrik bir hastalığa sahip olmak intihar riskini oluşturan risk faktörlerinden yalnızca biridir (6,14). Günümüzde intihar risk faktörlerinin değerlendirilmesinde ve riskli grupların belirlenmesinde hala tartışmalı yaklaşımlar devam etmekle birlikte demografik faktörlerin çoğu zaman intihara zemin hazırlayıcı bir niteliği olduğu görülmektedir. Bununla birlikte risk gruplarının belirlenmesinde stresli yaşam olaylarının önemini üzerinde de durulmaktadır (14,15). İntiharın belli kriz zamanlarında ortaya çıkması intiharda risk gruplarının belirlenmesinde çoğu zaman merkezi bir rol oynamaktadır (14,16). İntiharın ortaya çıkması bireyin baş etmeleri dışında, stres etkeninin gücü ve doğasına yönelik de bilgi verici niteliktedir. Stresli olayın bireylerin baş edemeyeceği, destek kaynaklarını tüketen bir doğasının olması ve bireyin sıkıntılarının farkında bir çevrenin olmayışı bireyi intiharı içeren bir krize doğru sürükleyebilmektedir. Bu nedenle toplum içinde yaşantılarının doğası nedeniyle ortak deneyimleri olan belli grupların intihar riskinin yüksek olduğu bilinmektedir. Evsizler, cinsel istismar öyküsü bulunanlar, savaş travmasına maruz kalanlar, ağır fiziksel hastalığa sahip olanlar bu risk gruplarından bazılarıdır (17–19).

İntihar riskinin yüksek olduğu ağır fiziksel hastalığa sahip gruplardan biri de kanser tanısı alan bireylerdir. Kanser, bu tanıyı alan bireyler, onların aileleri ve hatta topluluklar üzerinde bile fiziksel, duygusal, psikolojik ve ekonomik baskılar yaratan bir hastalık olarak değerlendirilmektedir (20,21). Kanser hastaları hastalık dönemlerinde birçok fizyolojik ve psikososyal sıkıntı ile baş etmek durumunda kalmaktadır. Ağrı, uykusuzluk, bulantı ve ilaç yan etkilerinin yönetimi gibi fizyolojik problemlerin yanı sıra, bakım ihtiyaçlarını karşılama konusunda bağımlılık ve ekonomik olanakların azalması gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (22–24). Öte yandan, tedavi ve iyileşme sürecinde hastalıkla ilgili tahmin edilemeyen sonuçlar,

iyileşme ve nüksle ilgili belirsizlikler kaygının artmasına ve kontrol edilememesine neden olabilir (25,26). Kanser tanısı alan bireylerin bu deneyimleri ciddi seviyede distres yaşamalarına yol açmakta (27), yaşam kalitelerini ve iyileşme süreçlerini olumsuz yönde etkilemekte ve ruhsal sıkıntılara zemin hazırlayabilmektedir (28,29). Özellikle imgesel ve/veya somut kayıp süreçleri ile baş etme güçlükleri, düzenli olarak fiziksel bir acıya maruz kalmaları, sosyal desteklere ulaşamamaları ve kayba verilen tepkilerin işlevsizliği intihara zemin hazırlayabilmektedir (30–32). Kanser hastaları sürecin getirdiği bu zorluklar sonucunda oluşan psikolojik acıyla baş etmekte güçlük yaşamaları nedeniyle kendilerine zarar vermeyi düşünebilmektedir (30–32).

Kanseri olan bireylerin deneyimlediği bu zor süreç onları genel popülasyona kıyasla intihar riski bakımından daha dezavantajlı kılmaktadır. Kanser hastalarında intihar nedeniyle ölüm oranı, genel popülasyonda beklenen orandan yaklaşık 2-5 kat daha yüksektir (33–35). Du ve arkadaşları (2020) son 20 yılda yapılan 36 intihar çalışmasının meta-analizinde kanser hastalarında intihara bağlı ölüm oranının yılda 39,72/100.000 olduğunu göstermişlerdir (36). Henson ve arkadaşları (2019) ise, İngiltere toplumunda yaptıkları 22 yıllık takip çalışmasında 4.722.099 kanser hastasından 2491'inin intihar nedeniyle öldüğünü belirtmişlerdir (37). Bu çalışmalar kanser hastalarında intihar riskinin tanınması ve yönetiminin oldukça öncelikli bir konu olduğunu göstermekle birlikte, kanser sürecindeki zorlayıcı deneyimlerin ardında yeterince farkında olunmayan psikososyal risklerin de olduğunu ortaya koymaktadır.

Kanseri olan bireylerin, hastalığa ve kendilerine ilişkin bazı özellikleri onları intihar konusunda daha riskli kılmaktadır. Kanserin türü, evresi, tanı alınan zaman gibi kanserle ilişkili belli özelliklerin doğası bireyin baş etme gücünü etkileyebilmektedir. Örneğin, prognozu kötü kanserlerin ilk zamanlarında intihar riskinin yüksek olması ya da ileri evredeki kanserlerde intihar riskinin diğer kanser evrelerine göre yüksek olması (33,35,38–41) kanserin biyolojik doğası ile ilgili özelliklerdendir. Bununla birlikte erkek olmak, yalnız olmak, ekonomik zorluk yaşamak gibi bazı demografik ve sosyal özellikler de bu süreçteki zorlanmaların artmasına ve intihar düşüncesinin gelişmesine zemin hazırlayabilir niteliktedir (42).

Son 20 yıldır kanserde intihar riskini ele alan birçok çalışmada riskin bu popülasyonda oldukça yüksek olduğu gösterilmektedir. Bu çalışmaların sonuçları kanser hastalarında bu riski değerlendirmenin ve risk yönetim becerilerine sahip olmanın önemine atıf yapmakta ve bu konuda sağlık profesyonellerinin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (31,43–45). Çalıştığı alana bakılmaksızın intihar riski olan bireylerle temaslarının sık olması sağlık çalışanlarının intihar önleme konusunda önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir (46). Sağlık çalışanları ve hastaların bu temasları intihar riskini değerlendirebilmek için önemli bir fırsat yaratması bakımından önemlidir. Yapılan çalışmalarda intihar eden bireylerin intiharlarına çok yakın bir zamanda sağlık çalışanları ile temas halinde olduğu bildirilmiştir (46,47). Lin ve arkadaşları (2009) kanser hastalarında yaptıkları çalışmalarında intiharların yarısının taburculuktan sonraki 14 gün içinde meydana geldiğini bildirmiştir (47). Bu sonuç, riski yüksek olan kanser hastalarının taburcu olmadan evvel fark edilebilmesi ve doğru kaynaklara yönlendirilmesinde hastayla temas eden sağlık profesyonellerinin önemine işaret etmesi bakımından çarpıcıdır. Dolayısıyla, mesleki pozisyonlarının ve insanı biyopsikososyal olarak değerlendirme konusundaki yetkinliklerinin bir sonucu olarak sağlık profesyonellerinin riski fark edebilmesi durumunda intiharı önleme potansiyelleri oldukça yüksektir.

Sağlık profesyonelleri arasında hemşireler onkoloji hastalarında ağrı ve semptom yönetimi gibi fizyolojik sorunların çözümü, sağlıklı ve güvenli ortamların oluşturulması ve psikososyal desteklerin sağlanması gibi pek çok konuda 24 saat kesintisiz hizmet sunmakta ve bakım vermektedir. Hemşirelerin bakım sürecinde hastanın tedavi ve bakım gereksinimlerini belirleme, uygun bakımı sunma ve hastanın biyopsikososyal alanlarına ilişkin problemlerini tanıma konusunda rol ve sorumlulukları vardır (48,49). Onkoloji hemşiresinin hastalığın doğasına ilişkin bilgisi, deneyimi ve hastanın deneyimlerine fiziksel ve psikolojik olarak yakınlığı intihar riskinin tanınması ve yönetilmesinde önemli bir rolü olduğunu göstermektedir.

Onkoloji alanında çalışan hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının intihara ilişkin farkındalık, bilgi ve becerilerinin ele alındığı çalışmalar oldukça sınırlıdır ve

mevcut çalışmalarda ağırlıklı olarak hemşirelerin becerilerine odaklanıldığı görülmektedir (45,50). Yapılan çalışmalar onkoloji alanında hizmet veren diğer sağlık çalışanları gibi hemşirelerin de kanser hastalarının intihar riskinin farkında olmadığını (45,50), farkında olanların ise intihar riskinin yönetimi konusunda bilgi ve beceri sahibi olmadığını göstermektedir (45,50–52). Bununla birlikte, onkolojiye özel stigmalara varlığı bu alandaki intihar riskinin tanınmasını güçleştirmekte ve farkındalığı engellemektedir. Riskin farkında olmayan hemşireler onkoloji hastasında intihar düşüncesinin olmasını “mantıksız bir durum” olarak nitelendirirken, farkında olanlar için bilgi ve becerilerdeki yetersizlikler intiharın oldukça kaygı uyandıran bir konu haline gelmesine yol açmaktadır (50). Riskin yönetimi konusunda nasıl organize olunacağını bilinmemesi, roller konusunda yaşanan belirsizlik ve ekip üyeleri arasındaki potansiyel fikir ayrılıkları çoğu zaman hemşirelerin bu riskle baş etmede güçlük yaşamasına neden olmaktadır. Bu süreçlerin bir sonucu olarak hastalar ve ekip tarafından ihtiyaç duyulduğu bilinmesine rağmen, intihar riskinin yönetilememesi ve bu konuda yetkinliğin olmaması profesyonellerin mesleki yetersizlik algısını güçlendiren bir konu olma niteliği de taşımaktadır (45,50).

Onkoloji alanında çalışan hemşirelerin intihar riskinin yönetiminde olumlu tutum gelişimini destekleyecek, bilgi ve becerilerini geliştirecek eğitim programlarının oluşturulması onkolojide intihar önleme faaliyetlerine önemli bir katkı sunabilir. Literatürde onkoloji hemşirelerinin mesleki yetkinliklerine uygun, sistemli bir intihar riskini tanıma ve önlemeye yönelik farkındalık geliştirme çalışmasına rastlanmamaktadır. Ancak, diğer alanlarda (fizyolojik sorunlara yönelik hizmetlerin verildiği medikal birimler, cerrahi klinikleri ve acil klinikleri) çalışan hemşirelere uygulanan intihara yönelik farkındalık ve önleme temalı eğitim programlarının olduğu ve bu programların hemşirelerin konu hakkındaki bilgi ve becerilerine önemli katkıları olduğu gösterilmiştir (53–55). Bu çalışmalardan biri olan Tsai ve arkadaşları (2011)’nin çalışmasında, intihar farkındalık ve önleme eğitimi alan hemşirelerin eğitim almayan hemşirelere göre farkındalıklarının artmış olduğu ve hastaları psikolojik desteğe yönlendirmeye daha istekli oldukları bildirilmiştir (54). Bu çalışmaların diğerlerinde, intihar eğitim programları sonrasında hemşirelerin intihara karşı tutumlarının olumlu yönde değiştiği, intihar risk yönetimi konusunda yetkinliklerinin arttığı (53) ve becerilerinin geliştiği

bildirilmektedir (55). Onkoloji dışı alanlarda gerçekleştirilen intihara yönelik farkındalık ve önleme eğitimlerinin hemşirelerin bilgi, beceri, tutum ve yetkinlikleri üzerindeki olumlu etkileri bu tür çalışmaların onkoloji alanında da etkili olabileceğine işaret etmesi bakımından önemlidir. Onkoloji hemşirelerinin intihar riskini değerlendirebilmeleri ve risk faktörlerine ilişkin bilgi sahibi olmaları hastaların yaşadığı kanser deneyimine ilişkin zorlukları anlamlandırabilmelerini ve kriz haline dönüşmeden intihar riski olan hastalara yardım edebilmelerini sağlayabilir. Ek olarak, hemşirelerin hastalardaki ağrı, semptom ve yan etki gibi birçok sorunun yönetiminde yer alması, onların bu sorunların intihar riski üzerindeki etkisini fark etmelerini ve azaltılmasına yönelik müdahalelerde bulunmalarını sağlayabilir. Böylelikle hastanın mevcut psikososyal sıkıntıları azaltılıp, yaşam kalitesinde iyileşmeler sağlanması yoluyla intihar önenebilir. Ayrıca, onkoloji hemşireleri intihar riski olan hastalar ve aileleri ile kurdukları iletişim aracılığıyla intihara yönelik damgalamayı azaltabilir, bireylerin ve ailelerin psikolojik yardım alma davranışlarını geliştirebilirler. Böylelikle sağlık ekibinin diğer üyeleriyle iş birliği yaparak çevreyi fiziksel olarak güvenli hale getirdikleri gibi psikolojik olarak da güvenli ortamların tesis edilmesini sağlayabilirler. Hastalara güvenli fiziksel, psikososyal çevrelerde bakım sunmanın ve işlevselliklerini sürdürmelerini desteklemenin hemşirelerin temel rol ve sorumluluklarından olduğu düşünüldüğünde, intihar riskinin tanınması ve yönetiminde yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları hastalara bakım vermede mesleki yeterliliklerini arttırabilir. Onkolojide intiharı önlemeye ilişkin programların etkili olabilmesi için program içeriği hazırlanırken onkolojide hizmet alan hastaların ve ailelerin sorunlarının ve sağlık çalışanlarının gereksinimlerinin göz önünde bulundurulması önemlidir. Literatürde intihar önleme programlarının etkisinin güçlendirilmesi için program içeriğinde hedef grubun çalışma alanına özgü yaklaşımlara yer verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (13,56,57). Bu bağlamda onkolojide hizmet veren hemşireler için onkoloji popülasyonuna özgü risk faktörlerini, hemşirelerin ve hastaların sık karşılaştığı psikososyal sorunları dikkate alan, Türkiye'deki psikososyal hizmetlerin yapısına uygun yardım kaynaklarını içeren bir farkındalık geliştirme programının intiharın tanınması ve yönetiminde hemşirelerin farkındalık, bilgi ve becerilerinin gelişmesine ve etkililiklerinin artmasına ve damgalayıcı tutumlarının olumlu yönde

değişmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada *Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının* hemşirelerin intihara yönelik bilgi, damgalama ve etkililik algısı düzeylerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının hemşirelerin intihara yönelik bilgi, damgalama ve etkililik algısı düzeylerine etkisinin araştırılmasıdır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Çalışmanın hipotezleri şunlardır:

H 1-1: Onkoloji alanında çalışan hemşirelere uygulanan *Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programı* sonunda ve 3 aylık izlem sonunda program öncesine ve kontrol grubuna göre hemşirelerin intihara ilişkin bilgi düzeyleri arasında fark vardır.

H 1-2: Onkoloji alanında çalışan hemşirelere uygulanan *Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programı* sonunda ve 3 aylık izlem sonunda program öncesine ve kontrol grubuna göre hemşirelerin intihara yönelik damgalama (damgalama, izolasyon ve yüceleştirme) düzeyleri arasında fark vardır.

H 1-3: Onkoloji alanında çalışan hemşirelere uygulanan *Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programı* sonunda ve 3 aylık izlem sonunda program öncesine ve kontrol grubuna göre hemşirelerin intihar riskini yönetmeye ilişkin etkililik algısı düzeyleri arasında fark vardır.

H 1-4: Onkoloji alanında çalışan hemşirelere uygulanan *Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının* ön test- son test ölçümlerinde intihara ilişkin bilgi düzeyleri, intihar riskini yönetmeye ilişkin etkililik algısı, intihara yönelik damgalama (damgalama, izolasyon ve yüceleştirme) düzeyleri arasında anlamlı ilişki vardır.

H 1-5: Onkoloji alanında çalışan hemşirelere uygulanan *Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının* ön test-izlem testi ölçümlerinde intihara ilişkin bilgi düzeyleri, intihar riskini yönetmeye ilişkin etkililik algısı, intihara yönelik damgalama (damgalama, izolasyon ve yüceleştirme) düzeyleri arasında anlamlı ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntihar Olgusu

TDK intiharı, “Bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi” olarak tanımlamıştır (58). İntihar çoğunlukla bilinen anlamıyla birinin kasti olarak kendini öldürme eylemini tarif eder. Bununla birlikte daha kapsamlı bir tanım yapmak istenirse intihar bireylerin algılan stresörlerle baş edememeleri sonucu acı duyma, anlamsızlık, yaşam amacını kaybetme, yaşamdan zevk alamama ve yaşama devam etmekte zorlanma gibi sıkıntılarla karakterize olan ve akut bir kriz durumunun sonucu olarak bireyin kendini öldürme amacını taşıdığı davranıştır (5-6,8,16).

İntihar önlenebilir bir halk sağlığı sorunu olmasına rağmen, dünyada her yıl 700.000 kişi intihar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir (1). İntihar dünyada önde gelen ölüm nedenleri arasında yer almakta olup, Dünya Sağlık Örgütü raporlarına göre intihar nedeniyle ölenlerin sayısı malaria, HIV/AIDS, meme kanseri veya savaş ve cinayet nedeniyle ölenlerden daha fazladır. 2019'da dünyada her 100 ölümün birinden fazlası (%1,3) intihar sonucu gerçekleşmiştir (1). Dünyada yaşa standardize edilmiş intihar oranı erkeklerde (100.000'de 12.6) kadınlara göre (100.000'de 5.4) daha yüksektir. Erkek ve kadın intihar oranları arasında 2-3 kat fark olduğu ancak bu farkın düşük ve orta gelirli ülkelerde azaldığı gösterilmiştir. İntihar nedeniyle ölümlerin çoğu (%77), dünya nüfusunun çoğunun yaşadığı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. İntiharların yarısından fazlası 50 yaşından önce ortaya çıkmaktadır ve intihar sonucu ölen ergenlerin çoğu (%88), düşük ve orta gelirli ülkelerdendir (1). Dünyadaki veriler intiharın sosyal kökleri oldukça güçlü olan bir ruh sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de ise yıllar içerisinde intihar ederek yaşamını kaybedenlerin sayısı artmaktadır. 2000 yılında intihar ederek yaşamını kaybedenlerin sayısı 1802 kişi iken, 2020’de 3710 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmiştir. TÜİK’in son yayınladığı verilere göre ise 2022 yılında 3111’i erkek, 1035 kadın olmak üzere 4146 kişi intihar ederek yaşamını kaybetmiştir (59). Dünya Sağlık Örgütü’nün Türkiye

verileri ise her iki cinsiyet için intihar oranının 100.000'de 2.3 olduğunu göstermektedir (Erkekler: 3.6/100.000, Kadınlar: 1.2 /100.000) (60).

Toplumda intihar eden bireylerin sayıları gittikçe artmakla birlikte, genel popülasyon içerisinde bazı demografik, psikolojik ve/veya sosyal özelliklerin intihar için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Erkek olmak, yalnız yaşamak (evli olmama/beraberliği olmama) (61) ve ekonomik problemlerin olması (62–64) en önemli sosyal ve demografik risk faktörlerindedir. Bir psikiyatrik bozukluğa sahip olan (64,65), alkol ve madde kullanımı olan (66,67) ve cinsel istismar öyküsü (19) olan bireylerin intihar riskleri genel popülasyona göre oldukça yüksektir. Bununla birlikte bireyin intihar girişiminin olması klinik değerlendirmede diğer risk faktörlerinden öncelikli olarak değerlendirilen ve riskin ölümcüllüğüne ilişkin bilgi veren bir risk faktörüdür (6,68,69). Tüm bu risk faktörlerinin yanında bireyin yaptığı işe, bulunduğu toplumdaki konumuna göre de risk faktörlerinin olduğu bilinmektedir. Bireyin toplum içinde maruz kaldığı zorlukların türü ve sıklığı, ölümcül materyalleri bilme ve bunlara ulaşabilme gücü de intiharın belirleyicisi olabilmektedir (6). Doktorların ve hemşirelerin intihar riskinin yüksek olduğu bilinmektedir (70,71). Toplumsal yapı içerisinde yer bulmakta zorlanan ve barınma, hijyenik şartlar açısından sıkıntı çeken gruplardan olan evsizler arasında da intihar oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (18). Bireylerin ve toplumdaki grupların intiharla ilişkili bu risk faktörlerini ne kadar taşıdığına değerlendirilmesi intiharın önlenmesi ve gerekli durumlarda ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanması bakımından önemlidir.

Dünyada intihar girişiminde bulunan ya da intihar ederek ölenlerin aile bireyleri, arkadaşları, meslektaşları ve içlerinde buldukları toplum göz önünde bulundurulduğunda, intiharın birçok kişiyi etkilediği bilinmektedir (2–4). Van Spijker ve arkadaşları (2011) intihar düşünceleri olan ve ölümcül olmayan intihar girişimlerinde bulunan bireylerin yaşadıkları ruhsal sıkıntı için engellilik ağırlıklarını belirledikleri çalışmalarında intihar düşüncelerinin, alkol bağımlılığı ve şiddetli astım kadar engel yüküne neden olduğunu, ölümcül olmayan intihar girişimleri olan kişilerin yaşadığı ruhsal sıkıntının ise eroin bağımlılığı ve ilk aşama parkinson ile engellilik açısından yakın olduğunu bildirmiştir (2). İntihar riski olan bu bireylerin yaşadığı sıkıntıların yanında, intihar nedeniyle yakınlarını kaybeden bireylerin de

gerek fiziksel gerekse psikososyal sıkıntılar nedeniyle baş etmekte zorlandığı görülmektedir. Erlangsen ve arkadaşları (2017) eşinin intiharı nedeniyle yas tutan eşlerin, kayıptan sonraki beş yıl içinde ruhsal bozukluk geliştirme riskinin genel popülasyondan yüksek olduğunu, bunun yanında siroz ve uyku bozuklukları gibi fiziksel bozuklukların gelişmesi için risklerin arttığını ve genel nüfusa göre kurumlardan daha fazla maddi destek(hastalık izni ödeneği, maluliyet fonu) aldıklarını bildirmişlerdir (3). Bununla birlikte intiharın olumsuz sonuçları yalnızca intihar eden bireylerin ailesini değil, yakın çevresini ve dahil olduğu büyük grupları da etkileyebilmektedir. Cerel ve arkadaşları (2019), intihar maruziyetleri ve ruhsal destek ihtiyacını tanımladıkları çalışmada her intiharın 135 kişinin maruziyetiyle sonuçlandığını, tahmini olarak da 5.5 milyon ABD vatandaşının belirli bir 12 aylık dönemde intihara maruz kaldığını bildirmişlerdir (4). İntiharın böyle büyük insan gruplarına gerek ruhsal gerekse fiziksel yüklerinin olması intiharın önlenmesi konusunda çabaların önemini altını çizmektedir.

İntiharın önlenmesinde kanıta dayalı önleme stratejilerinin kurumsal ve ulusal kapsamda kullanılması intihar oranının azalması ve ruh sağlığının geliştirilmesi bakımından oldukça önemlidir. Birleşmiş Milletlerin Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde toplumsal refahın iyileştirilmesi adına 2030' yılına kadar intihara bağlı ölümlerin azaltılması hedeflenmekte ve intihar önleme stratejilerinin uygulanması teşvik edilmektedir (9). Ancak, Dünyadaki ve Türkiye'deki intihar verileri bugüne kadar intiharı önleme stratejilerinin yeterince uygulanmadığını göstermektedir. Bu konuda ulusal ve kurumsal intihar önleme stratejilerinin acilen uygulanmaya ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Zalsman ve arkadaşları (2016) en yüksek kanıt düzeyine sahip olduğu tespit edilen intihar önleme stratejilerinin ölümcül araçlara ulaşımın kısıtlanması, okul temelli önleme gibi halk sağlığı politikaları ile ruh sağlığı hizmetlerinin sunulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bakıma dahil edilmesi gibi sağlık bakım zincirinin sağlanmasını amaçlayan stratejiler olduğunu bildirmiştir (13). Sağlık kurumlarının, devlet kurumlarının ve akademisyenlerin desteğinin sağlanması, güncel verilere güvenerek kanıta dayalı stratejilerin kullanılması, damgalamanın azaltılarak toplumun desteğinin kullanılması ise bu stratejilerden bazılarıdır. Bununla birlikte bir önleme stratejisi oluşturulurken İngiltere gibi ulusal

önlem stratejileri başarıya ulaşan ülkelerin yaklaşımlarından faydalanılması da önemli olabilmektedir (5,72).

2.2. İntiharın Damgalanması ve İlişkili Tutumlar

Sosyal olarak itibarsızlaştırıcı bir tutum, davranış veya atfedilen kötü imaj olarak tanımlanan damgalama (73), bireylerin psikolojik iyilik halleri, ekonomik durumları, sosyal etkileşimleri ve yaşam kalitesi gibi birçok yaşamsal alanını etkilemektedir (74). İntiharın önlenmesinde en önemli sorunlardan biri intiharı düşünen ya da intihar girişimde bulunan kişilere ve ailelerine yönelik damgalamalardır (6). Damgalama ruh sağlığı sorunları olan kişilerde iyileşmenin önündeki en büyük sorunlardan biri olmaktadır. Çoğu zaman kişilerin mevcut ruhsal problemleri bireyin çalışmasını, bağımsız yaşamasını veya tatmin edici bir yaşam kalitesi elde etmesini zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte bireyler yaşadığı ruhsal sıkıntıların toplum tarafından damgalanması sonucu yargılanmakta, ihtiyaçları anlaşılammakta ya da ayrımcılığa uğramaktadır (75,76). Diğer taraftan toplum tarafından damgalanmanın bir sonucu olarak da ruhsal sıkıntı yaşayan kişiler, toplumun kendileri hakkındaki yaygın önyargılarını kabul edebilir ve özgüvenlerini kaybedebilirler (75). Kendini damgalamanın bir sonucu olarak bireyler, yaşam amaçlarının peşinden gitmeye layık olmadıklarını veya bunu yapamayacaklarını hissedebilirler (76). Reynders ve arkadaşları (2015) intihar geçmişi olmayan kişilerle karşılaştırıldığında, intihar geçmişi olan kişilerin profesyonel ve gayri resmi yardım arama olasılığının daha düşük olduğunu ve daha fazla damgalanma algıladıklarını bildirmişlerdir (77). Bu bağlamda intiharın damgalanmasının en endişe verici sonuçları intihar riski olan kişilerin damgalanma nedeniyle toplumdan soyutlanması, profesyonel ve sosyal desteğe ulaşamaması ve intiharın önlenememesidir.

İntihar riski olan bireylerin yardım almalarını engelleyen ve toplumda görülen en temel yanlış inançlardan biri intiharın bir manipülasyon biçimi ya da dikkat çekme davranışı olduğudur. İntihar edenlerin kötü, bencil, başkalarına zarar veren kişiler olduğu ya da kendine bakamayacak kadar kırılgan bireyler olduğu düşünülmektedir (78). Ünsal ve İnan (2024) intihar girişimi sonrası genç yetişkinlerin psikososyal zorluklarını ve destek gereksinimlerini ele aldıkları çalışmalarında, bireylerin intihar sonrası aileleri ve sosyal çevreleri tarafından

damgalandıklarını ve ayrımcılığa uğradıklarını, buna karşın zorlukları aşmak için sosyal ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir (79). İntihar riski olan bireyler intiharla ilgili bu stigmatize edici deneyimlerden uzaklaşmak için kişilerarası ilişkilerden ya da tedaviden kaçınabilmektedir (78). Bununla birlikte intihar nedeniyle yakınlarını kaybedenler de kişisel ve sosyal yaşantılarında damgalanabilmekte ve damgalanma sonucu utanç, suçluluk gibi duygular yaşayabilmektedir (80). Pitman ve arkadaşları (2016) intihar nedeniyle yas tutan kişilerin, ani doğal ölüm nedeniyle yas tutan kişilere ve ani doğal olmayan ölümle yas tutan kişilere göre daha yüksek damgalanma algıladıklarını bununla birlikte utanç, sorumluluk ve suçluluk gibi duyguları daha fazla deneyimlediklerini belirtmiştir (81). Bireyler ve aileleri etkilediği kadar toplumun genelini de olumsuz yönde etkileyen damgalama, yaşanan her damgalamada bir yanlış inancın tekrar tekrar kanıksanmasına neden olup, geniş kitleleri etkileyecek potansiyeldedir.

Damgalama dışında intiharın önlenmesini engelleyen ve intihar düşünceleri yaşayan bireylerin davranışlarını etkileyen tutumlar intiharı normalleştirmek, yüceleştirmek ve intiharı izolasyona atfetmektir (82,83). İntiharın normalleşmesi, kriz içindeki kişileri intiharı bir seçenek olarak görmeye itebilirken, aynı zamanda intiharın damgalanması onları destek aramaktan alıkoymaya (84). Oexle ve arkadaşları (2022) intihar normalleştirildikçe profesyonellerden, aileden veya arkadaşlardan yardım isteme niyetlerinin azaldığını ve intiharın deneyimlenme olasılığının arttığını bildirmişlerdir (85). İntiharı normalleştirici tutumlar, içinde bulunulan kültürün de etkisi ile belirli durumlarda daha fazla ortaya çıkmaktadır. Phillips ve Luth (2020) yaşlılıkta, kronik veya ölümcül bir hastalığın varlığında intihar meydana geldiğinde toplum tarafından daha normalleştirici tutumların benimsendiğini ifade etmiştir. (86). Eskin ve arkadaşları (2016) ise erkek intiharlarının daha kabul edilebilir bulunduğunu bildirmişlerdir (84). Bununla birlikte toplumda bazı kişiler arasında intiharın takdir edildiği, romantize edildiği ya da onurlu bir davranış olarak değerlendirilip yüceleştirilebildiği görülmektedir (6). İntiharın yüceleştirilmesi toplumda intihar davranışının daha çok kanıksanmasına ve intihar riski olan kişilerin yardım isteme davranışı gösterememelerine neden olabilir. Batterham ve arkadaşları (2019) psikiyatri kliniğindeki hastalarla yaptıkları çalışmalarında intihar düşüncesinin, intiharın daha fazla yüceltilmesiyle ilişkili

olduğunu raporlamışlardır (87). Yüceleştirme davranışı yardım aramayı da engelleyen bir tablo çizebilir. İntihar davranışına ilişkin bilginin yetersiz olması ve aynı zamanda intiharın yüceltiliyor olması, intihar düşünceleri ve davranışları bakımından bireyin yardım aramasını engelleyen bir tutum benimsemesine neden olabilir (88). Diğer taraftan intihar eden kişinin depresif ve izole olacağını düşünme intihara karşı en yanlıtıcı tutumlardan biri olmaktadır. Günlük yaşamına devam eden, iş düzeni olan, bağımsız yaşayan birinin intihar etmeyeceğini düşünmek bir intihar mitidir. Birçok intiharın bireyin oldukça işlevsel olarak tanımlandığı bir zamanda meydana geldiği bilinmektedir. Bu bağlamda intiharı değerlendirirken depresyon ve izolasyona yapılan atıflar bireylerin yardım ihtiyacının görülmesini engelleyebilir (6).

Damgalama çoğunlukla toplumsal bir döngüde varlığını sürdürmektedir. İntiharın o toplumdaki anlamı intiharın ne düzeyde stigmatize edildiğinin de bir göstergesi olabilmektedir. Özellikle o toplumdaki baskın dinsel inanca göre intihar davranışı kabul edilebilir ya da kınanabilir. Tek tanrılı dinlerin genelinde intihar tolere edilemez affi olmayan bir günah olarak tanımlanır (6,89). Hinduizm ve Budizm’de günah olarak görülmemekle birlikte, iyileşme ihtimali olmayan hastaların intihar etmesi kabul edilmektedir. Bununla birlikte Japonya’da intihara karşı daha yüceleştirici bir tutum benimsenmekte, kişinin onurunu koruması için kendini öldürmesi bir norm olarak görülmektedir. Diğer taraftan medya ve kitle iletişim araçları da toplumsal olarak hem intihar davranışının öğretilmesi hem de intiharla ilişkili damgalayıcı tutumların pekiştirilmesinde rol oynayabilmektedir. Sosyal medyada intiharın cesur bir davranış olarak sunulması, “aşk intiharı” şeklindeki başlıklarla romantize edilmesi, kişinin hayatındaki tek bir zorluğun neden olarak gösterilmesi çoğu zaman intihar davranışıyla ilişkili damgalayıcı, kabul edici ya da romantize edici tutumların gelişmesine zemin hazırlamaktadır (6,90).

İntihara ilişkin damgalama ve ilişkili tutumların azaltılması ve olumlu tutumların iyileştirilmesi intihar önleme çalışmalarının temel amaçlarından olmaktadır. İntiharı damgalamanın en temel nedenlerinden biri, intihar konusunda bilgi eksikliğidir. Yapılan çalışmalar intihara ilişkin bilgi düzeyinin artmasının intihar riski olan kişilere yönelik damgalamayı ve olumsuz tutumları azalttığını

göstermektedir (53,91,92). Diğer taraftan, toplumsal ve klinik alanda yapılan intihar önleme eğitimlerinin sonuçları incelendiğinde değişime en dirençli parametrelerden birinin stigma olduğu görülmektedir (93). Stigma yalnızca bir bilgi eksikliği sorunu olmayıp tarihsel ve dini kökenleri de olan bir konudur. Örneğin Yahudilik, İslamiyet gibi tek tanrılı dinler arasında, insan hayatının değerini yüce gören ve intiharı kınayan bir tutum benimsenir (94). Dolayısıyla, bazı dini normların çok uzun süredir insanoğlunun yaşamındaki varlığının ve bu normların yaşayış biçimini şekillendirmesinin intihara ilişkin damgalamanın bu kadar güçlü olmasının sebeplerinden biri olduğu düşünülebilir. Damgalamanın azaltılmasında bu sosyokültürel inançların hassasiyetle ele alınması, intiharın stigmatize edilmesinin olası sonuçlarının gösterilmesi, intiharı kınamak yerine intihar riskini oluşturan psikolojik ve sosyal etmenlere ilişkin farkındalık oluşturulması önemli olabilir. Bununla birlikte Rüşch ve arkadaşları (2005) damgalama ile mücadelede eğitimle birlikte protesto ve temas/iletişim gibi stratejileri önermişlerdir. Protesto ile genellikle medyada yer alan damgalayıcı başlıklara ya da ifadelere karşı toplumsal bir tepki oluşturmak amaçlanır. Bu sayede toplumdaki bilgili ve duyarlı kişiler damgalanan grupların yanına çekilir ve dayanışma sağlanmaya çalışılır. Bununla birlikte stigmatı azaltmada iletişim ve temas oldukça önemi görülmektedir (75). Damgalanan kişilerin önemli bir kısmı damgalanmış olmanın neden olduğu duyguları yaşamaktan kaçınmak için toplumsal faaliyetlere katılmayı istemez ve bu toplumsal alandan kopuş stigmatın sürmesine neden olur (78). Damgalanan kişilerle toplumun temasını sağlamanın, olumlu tutumları geliştirdiği ve damgalamayı azalttığı bilinmektedir (95,96). Bu bağlamda toplumsal alandaki stigma karşıtı programlar intiharda damgalanmayı azaltmaya yardımcı olabilir.

2.3. İntihar Olgusuna İlişkin Kuramlar

2.3.1. Psikodinamik Kuram

Psikodinamik kuram intiharla ilgili en eski kuramlardan biridir. Freud (1917) intihar düşüncesi ve davranışının dinamiklerini 1917 yılında yayınlanan Yas ve Melankoli makalesinde ele almıştır. Freud (1917)'un yası "*düzenli olarak sevilen bir kişinin kaybına ya da kişinin ülkesi, özgürlüğü, ideali vb. gibi bazı soyutlamaların kaybına verilen tepkiler*" olarak tanımladığı bu makalesinde bireyin yaşadığı

melankoli ve yas süreçleri arasında karşılaştırma yapmıştır. Melankoli ve yas sürecini birbirine benzeten Freud (1917), melankolide de yastaki gibi acı duyma, karamsar olma, sosyal çekilme, ilginin azalması, sevilen faaliyetlerden uzaklaşma gibi belirtilerin olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte yas tutarken kendini suçlama, kendine zarar verme gibi özsaygının bozulduğunu gösteren durumlar olmadığını ve yas işi tamamlandığında bireyin başka bir sevgi nesnesine yatırım yapabileceğini belirtmiştir. Ancak melankolide sevme kapasitesinin kaybı, tüm faaliyetlerin engellenmesi, kendini suçlama, ceza beklentisi ve bireyin kendisiyle ilgili olumlu duygularının yokluğu vardır. Freud (1917) bu durumu nesne ile bireyin ilişkisine atıf yaparak göstermektedir. Birey nesneyi kaybetmiştir, ama başka bir nesneye yatırım yapamamaktır çünkü ego “terk eden” nesne ile özdeşleşmiştir (“*Nesnenin gölgesi egonun üzerine düşer*”). Böylece bir nesne-kaybı egodaki bir kayba dönüşmüştür. Ego ile kayıp arasındaki çatışma taşıyan duygular da süperegonun eleştirileri ve cezalandırıcı yapısı nedeniyle kaybedilene yöneltilmez. Bu da kişinin sevilen nesnenin kaybindan ötürü kendisini suçlamasına, nesneye yönelik düşmancıl duygularını kendi benliğine yöneltmesine yol açar. İntihar da bu benliğe yöneltilen saldırganlığın bir sonucu olarak gerçekleşir (97).

Psikodinamik kuramcılar arasında Klein (1975) ise intiharı içsel iyi nesnelere ve kötü nesne ayrımı ile açıklamış, bebeklik dönemindeki içselleştirilmiş nesnelere yetişkin yaşamı üzerindeki etkisi üzerinde durmuştur. Bireyin ilk yaşam yıllarındaki deneyimlerini ele alan Klein (1975) bebeğin kaygılarına ve bu kaygılarla baş ederken hangi savunmaları kullandığına odaklanmıştır. Bu dönemde bebek ihtiyaçları karşılanamadığı durumları ve ihtiyacını karşılamayan anneyi kötü (hayalinde "kötü meme" ile temsil edilir), ihtiyacının karşılandığı zamanları ve rahatlatıcı olan her durumu iyi ("iyi meme" ile temsil edilir) olarak tanımlar. Böylelikle anneyi “iyi anne” ve “kötü anne” olarak böler, birleştiremez (bölme savunma mekanizması). Bununla birlikte kötünün iyiyi yok edeceği kaygılarını da taşır (paranoid-şizoid pozisyon). Yaşamının ilk altı ayı boyunca anneden ya da çevreden olumlu deneyimlerle karşılaşır, bu bölme azalır, ancak tamamen yok olmaz. Böylelikle kötünün yanında iyi deneyimlerin de olacağını kanıksar ve hoş olmayan deneyimlere tahammül kapasitesi genişler (depresif pozisyon). Bununla birlikte çocuk iyi, memnuniyet verici deneyimlerden yoksunluk (bakım ve ilgi eksikliği) yaşarsa, kötü

nesnenin iyi nesneyi yıkacağından ve benlik duygusunun yok olacağından kaygılanır. İyi ve kötüye ilişkin bu içselleştirilmiş temsiller yetişkin yaşamda da devam eder. Mahrumiyet ve yoksunluğun olduğu olumsuz yaşam deneyimleri gündeme gelirse, birey iyi deneyimlerle karşılaşamaz ya da bunları fark edemez ise benliğini yok olmaktan korumak ve “iyi nesneyi” (kendi içindeki iyi temsilleri) korumak için kötü nesneye saldırır. Kötü nesne ise kişinin kendi bedenine yansıtılır. Böyle bir durumda, bedene saldırmak kötü nesnenin merkezine saldırmaktır (98).

Yıllar içinde psikanalitik pratikten gelen kuramcıların Freud’un ve Klein’in intihar konusundaki görüşlerine birçok katkıları olmuştur. Bununla birlikte psikanalitik kuramın ve pratiğinin intihar önleme stratejilerine iki önemli katkısı bulunmaktadır. Bunlardan ilki kişinin kendine zarar verme davranışının temelde bireyin ailesi, çevresi ve toplumla bir iletişim biçimi olduğunu vurgulaması ve bu dinamikleri anlama çabasıdır. İkinci olarak ise, sözü edilen intiharı anlama sürecinin bir sonucu olarak intihar mesajı veren bireylerin temelde bir yardım çağrısında bulduklarını vurgulamasıdır (99). Bu bağlamda psikanalitik kuramın bireyin kaybını ve nesne ilişkilerini anlama çabası, intihar riski olan bireylere yaklaşımda daha az damgalayan ve bireylerin psikolojik gereksinimlerini önceleyen psikososyal yaklaşımların gelişmesine imkân sağlamış olabilir. Bununla birlikte psikanalitik kuram intihar davranışının temel motivasyonlarını ele alırken, bireyin intihar davranışını gerçekleştirebilme kapasitesine ilişkin yeterli bir açıklama getirebilmiş değildir.

2.3.2. Fluid Savunmasızlık Kuramı/ İntihar Bilişleri Kuramı

Bireylerdeki belirli bilişsel yapılarla intihar düşüncesinin ve davranışlarının ilişkili olduğu uzun süredir bilinmektedir (100–102). Bilişsel kurama göre kişilerin olayları tanımlamaları, değerlendirmeleri birikimli ve seçici bir öğrenmenin sonucu gelişen bilişsel yapılar ile ilişkilidir. Bu bilişsel yapılar bireylerin olaylar ve durumlar karşısında tutarlı bir anlam oluşturmasını sağlar, verilen bu anlam kişilerin duygularına ve davranışlarına yön verir ve kişiliğe özgü bilişsel ve davranışsal yapıların ortaya çıkmasına neden olur. Bu bağlamda bilişlerin bireyin kendisine, yaşama ve geleceğe ilişkin duygu ve düşüncelerinin bir örüntüsü olduğu söylenebilir. İntihara özgü bilişler ise, bireylerin intihar düşüncesine ve davranışına yönelmesine

neden olan ya da destekleyen düşünce ve duygu örüntüsünü tanımlamaktadır. Rudd (2007) bireylerde intihar için yatkınlık durumu oluşturan bu bilişlerin, sevilme (“sevilemem”), çaresizlik ve sıkıntı (“çaresizim”), toleransın düşük olması (“buna katlanamam”) ve algılanan yük (“bu yaşanan çok ağır”) olmak üzere dört temel inancı içerdiğini belirtmiştir (101). Bu inanç örüntüsü intiharı düşünen ya da düşünme potansiyeline sahip bireylerde artık sevilme değer biri olmadığı, sıkıntılarının hiç bitmeyeceği, eskiden katlanabildiği stresörlerle artık baş edemediği ve yaşantısını yük gördüğü yönünde söylemler ile gözlemlenebilir (6). Rudd (2007)’un bu bilişleri ortaya koyduğu *Fluid Savunmasızlık Modeline* göre intihar bilişleri, bireylerin psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olmasından bağımsız olarak kişilerin intihar eylemine geçmesinde belirleyici olan ve eyleme yatkınlıklarını belirleyen bir inanç sistemidir (101). Bu bilişler ve bu risk bireyin hayatında hep temel bir seviyede kalır. Ancak bireyler hastalık, travma gibi zorlayıcı yaşam olayları gibi stresörlerle karşılaştıklarında intihar bilişleri aktif hale gelebilir ve intihar düşüncesinin ve davranışının ortaya çıkmasına neden olabilir (100).

2.3.3. Shneidman’ın Psikolojik Acı Kuramı

İntihar kuramları arasında en bilinenlerden biri de Edwin Shneidman (1998)’in psikolojik acı kuramıdır. Shneidman (1998), psikolojik ihtiyaçların doğasına ve bu ihtiyaçların engellenmesinin sonuçlarına odaklanmıştır. Shneidman (1998)’a göre her intihar vakasının başlangıcında engellenen ya da çarpıtılan psikolojik ihtiyaçlardan kaynaklanan bir psikolojik acı vardır. Bu psikolojik ihtiyaçlar aşağılama, başarı, bağlılık, saldırganlık, özerklik, karşı koyma, savunma, kibarlık, baskınlık, kendini gösterme, zarardan kaçınma, dokunulmazlık, besleme, düzen, rol yapma, reddetme, duyarlılık, utançtan kaçınma, yardım etme ve anlayış olarak belirtilmiştir (103). Ona göre risk faktörleri ne olursa olsun, intihar artan ruhsal acı yoluyla gelişmekte ve bu da intihara yatkınlık yaratmaktır. İntiharı düşünen bireylerle yapılan çalışmalar intihar düşüncesi ve davranışının yaşadıkları psikolojik acı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (104,105). Bir diğer çalışmada ise psikolojik acının bireyin intihar girişimine yönelik hazırlık yapılmasına katkı sağladığı belirtilmiştir (106). Bununla birlikte Shneidman (1998) bu kuramı ele alırken şunu da eklemektedir; *"Araştırmamın bana öğrettiği şey, psikolojik acıyı*

yoğun deneyimleyen vakalarının sadece küçük bir azınlığının intiharla sonuçlandığı, ancak her intihar vakasının aşırı acıdan kaynaklandığıdır"(103). Kuramcının bu ifadesinden psikolojik acının intiharın bir bileşeni olduğu ancak her tür psikolojik acının intihara sürüklediği anlaşılabilir. Bu nedenle kuram intihar düşüncesinin psikolojik acıdan köken aldığını göstermekle birlikte intihar davranışının gösterimine kısmi bir katkı sunabilmiştir.

2.3.4. Kişilerarası İntihar Kuramı

Günümüzde intihar olgusuna en kapsamlı bakan kuramlardan birisi de Thomas Joiner (2007)'ın kişilerarası intihar kuramıdır. Bu kuram bireylerde intihar düşüncesinin gelişimine ve bireylerin bunu gerçekleştirebilme kapasitesine bir arada odaklanmaktadır. Joiner (2007), "İnsanlar neden intihar ederek ölür? (İngilizcesi: Why people die by suicide?)" adlı kitabında intihar düşüncesi ile birlikte intihar etme kapasitesini oluşturan yapıları açıklamıştır. Bu kurama göre bireylerin kendine zarar verme isteklerinin temelini oluşturan iki belirleyici olduğunu bildirmiştir. Bunlardan biri bireyin aidiyet duygusunu kaybetmesi (*thwarted belogness*) diğeri ise kendini başkalarına zarar veren bir yük (*perceived burdensomeness*) olarak algılamasıdır. İntiharın güçlü bir arzu olduğunu gösteren bu iki yapının bireyde olmasının yanında *kazanılmış bir yeteneğe* de sahip olması intiharı ölümcül bir olgu haline getirir. *Kazanılmış yetenek*, bireyin kendine zarar verme davranışı acı verici ve korku uyandırıcı olma potansiyeline sahipken, bireyin acı ve korku deneyimleri konusunda cesaretli olması ve bu deneyimlere açık ve tahammüllü olması olarak tanımlanmaktadır. Kurama göre insanların acıya alışmasına izin veren herhangi bir faaliyet, genel olarak yaralanma korkusunu ve özellikle kendine zarar verme korkusunu azaltmaya hizmet edebilir (6).

Kişiler arası intihar kuramı özellikle kanser gibi rahatsızlıklara sahip olan bireylerin neden intihar davranışı konusunda daha riskli olduklarını açıklamaya oldukça yardım eder. Kanser hastalarının invaziv tedavi uygulamaları ile iç içe olması, ağrı gibi fiziksel acı deneyimlerinin yaşamlarının önemli bir kısmında yer alması kişilerin acıya ve korkuya tahammül kapasitesini geliştirirken kendine zarar verme korkularını azaltabilir. Rogers ve arkadaşları (2021) da benzer bir yorumu makalelerinde ele almış ve kronik fiziksel hastalığı olan hastaların öldürücü

yöntemlere aşına olmaları ve bu yöntemlere erişimleri olmaları nedeniyle intihar davranışı konusunda daha büyük bir “*kazanılmış yeteneğe*” sahip olabileceklerini belirtmişlerdir (107).

2.4. Kanser Hastalarında İntihar Riski

2.4.1. Kanserde Psikososyal Sorunlar ve İntihar Riski

Kanser, 2018'de 9,6 milyon kişinin ölümüne neden olan, dünya genelindeki insanların ikinci ölüm nedenidir (20). Sağlık sistemlerinin güçlü olduğu ülkelerde, erişilebilir erken teşhis, kaliteli tedavi ve bakım sayesinde farklı kanser türüne sahip bireylerin hayatta kalma oranları artmaktadır. Bununla birlikte kanser, tanı alan bireyler, aileleri, toplumun geneli ve hatta sağlık sistemleri üzerinde fiziksel ve psikososyal yönden ciddi baskılar oluşturmaktadır (20). Kanser tanısı alan bireyler tanı ve tedavi sürecinde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden zorlanmalar yaşarken, birçok kanser hastası bu zorluklarla baş edebilecek imkânlarla sahip değildir. Kanser hastalarının tedavi sürecinde yaşadığı bu yetersizlikler ve kötü bakım deneyimleri ruhsal sıkıntıları daha çok deneyimlemelerine ve bunun sonucu olarak intihar düşüncesinin gelişmesine neden olmaktadır (31). İntihar riskine ilişkin yapılmış çalışmalar kanser hastalarının intihar konusunda oldukça riskli gruptan biri olduğunu ortaya koymaktadır. Kanser hastalarındaki intihar riski oranları kanserin türüne, evresine ve demografik birçok değişkene göre değişmekle birlikte kanser hastalarındaki intihar riski toplumun geneline göre 2-5 kat daha yüksektir (33–35,38,39,108,109). Kanser hastalarındaki intihara ilişkin bu veriler hastaların yaşadığı fiziksel ve psikososyal sorunların üstesinden gelmekte zorlandıklarını göstermekte ve hastaların süreçteki gereksinimlerine daha yakından bakılmasını gerektirmektedir.

Mevcut çalışmalar kanser hastalarının ciddi seviyede distres yaşantıları olduğunu göstermektedir (27,110,111). Mehnert ve arkadaşları (2018) 3724 kanser hastası ile yaptıkları çalışmada kanser hastalarının %52'sinin ciddi düzeyde psikososyal distres yaşadıklarını belirtmiştir (27). Carlson ve arkadaşları (2019) ise Kuzey Amerika'da 55 kanser merkezinde 4664 kanser hastası ile yaptıkları çalışmada hastaların %46,2'sinin ciddi distres yaşadıklarını belirtmiştir. Aynı

çalışmada vakaların %20,8'inin şiddetli düzeyde distres deneyimlediği ve acil desteğe ihtiyaç duydukları bildirilmiştir (111). Fizyolojik gereksinimlerin karşılanamaması ya da fizyolojik problemlerin gelişmesiyle ilişkili sıkıntılar hastaların distres sorunlarına yol açan en önemli faktörlerdendir. Mide bulantısı, ishal, yorgunluk, halsizlik, saç dökülmesi gibi fizyolojik sıkıntıların varlığı ve fiziksel işlevselliğin azalması hastalar tarafından en sık ifade edilen distres nedenlerinden olmaktadır (24). Bunun yanında fizyolojik sorunlardan uykunun bozulması hastaların süreçteki iyi oluşluklarını olumsuz yönde etkilemektedir (27,110). Özellikle uyku ile ilişkili sıkıntılar, çoğu zaman hastalık ve tedavi sürecini daha karmaşık ve zorlu hale getiren sorunlara neden olabilmektedir. Calvo-Schimmel ve arkadaşları (2022) şiddetli düzeyde uyku bozukluğu bildiren kanser hastalarının uyku bozukluğu olmayan ya da daha az uykusuzluk deneyimleyen hastalara göre daha yüksek düzeyde depresif belirtiler ve kaygı deneyimlediklerini, bunun yanında daha düşük seviyede bilişsel işlevlerinin olduğunu ve daha kötü yaşam kalitesine sahip olduklarını bildirmişlerdir (112). Kanser hastalarının tedavi süreçlerinde en fazla yakındıkları semptomlardan biri de ağrıdır. Ağrının kanserde ciddi bir distres nedeni olduğu birçok kez gösterilmesinin yanı sıra (113,114), ağrı, acı çekme ile ilişkili olarak normalliğin kaybı, kontrolün kaybı, benliğe yabancılaşma gibi psikolojik sıkıntıları da doğurabilmektedir (23). Bunun yanında ağrı gibi fiziksel bir semptomun yönetilmesi, çoğu zaman bireyin ruh sağlığını da olumlu yönde etkilemektedir. Cohee ve arkadaşları (2020) kanserli yetişkinlerde 12 ay boyunca depresyon şiddeti ve iyileşmesinin yordayıcılarını belirlemeyi amaçladıkları çalışmalarında ağrıda klinik olarak anlamlı bir azalmanın hastalarda depresif belirtilerin iyileşme olasılığını %12-24 daha fazla öngördüğünü raporlamışlardır (115). Görüldüğü gibi kanser hastalarında fizyolojik semptomlardaki iyileşmelerin ya da kötüleşmelerin bireyin ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkisi olmaktadır. Bu nedenle kanser tanısı almış bir bireyin ruh sağlığını değerlendirmede fizyolojik semptomların yönetiminin ne düzeyde olduğunun da değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

Hastalık sürecinde hastane ve bakım hizmetlerine ulaşım ve bireyin aldığı tedavi ve bakımın gerektirdiği özel gereksinimler gibi konular kanser hastalarının maddi kaynaklara gereksinimlerini arttırmaktadır. Kanser hastaları ve aileleri tedavi

ve bakım sürecinde kısa ve uzun vadede ekonomik kayıplar yaşamakta (116) ya da tedavi sonrası işlerine geri dönüşte güçlük çekmektedirler (117). Bir çalışmada kanser hastalarının işsizlik riski, sağlıklı bireylere göre 1,42 kat daha yüksek ve işsizlik sonrası işe geri dönüş olasılığı, kansersiz bireylere göre 1,15 kat daha düşük bulunmuştur (117). Sözü edilen bu finansal zorlukların varlığı kanser hastalarının daha fazla acı çekmesine neden olmakta ve fiziksel olduğu kadar psikolojik iyilik hallerine de zarar vermektedir. Malhotra ve arkadaşları (2020) daha yüksek yaşanan bir ekonomik zorluğun, artan psikolojik sıkıntılar ve daha düşük seviyede algılanan sağlık bakımı ve daha çok acı deneyimiyle ilişkili olduğunu göstermişlerdir (22).

Hastaların tanı ve tedavi sürecindeki bu sorunlarla baş edebilmeleri konusunda en yakın sosyal destek kaynakları çoğu zaman aileleri ve/veya onlara bakım veren yakınları olmaktadır. Sosyal destek, tedavi sürecinde kanser hastalarının psikolojik dayanıklılığını artıran (118) ve psikolojik sıkıntının azalmasına yardım eden en önemli baş etme kaynaklarından biridir (119). Ancak bu süreçte kanser tanısı alan bireyler kadar onlara destek olan aile üyeleri ve yakınları da hastalık süreciyle baş etmekle zorlanabilmektedir. Kanser tanısı almış bireylerin bakım veren yakınları genel popülasyon ile karşılaştırıldıklarında daha yüksek depresyon, kaygı ve stres düzeylerine ve daha düşük yaşam kalitesine sahiptir (120). Pan ve Lin (2022) bakım verenler arasında depresyonun ağırlıklı ortalama yaygınlığının %25,14 olduğunu belirtmişlerdir (121). Aile ve yakınlarla ilişkin sözü edilen bu zorluklar tedavi sürecinde hastaların ihtiyaç duydukları desteğin sağlanmasında zorluklara yol açabilir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada kanser hastalarının aile ve arkadaşlarından algıladıkları sosyal desteğin kanser tanısı almayan popülasyona göre daha düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir (122). Diğer taraftan süreç içerisinde sosyal desteklerin yetersizliği kadar kanser hastalarında aile ve yakınlarına yük oldukları algısı da oldukça sık gündeme gelmektedir (123). Yük algısına sahip bir hasta, hastalığının ve bakım ihtiyacının bakım vereni etkilediğinden endişe eder, bu yüzden çökkün, suçlu hisseder ve çevresine yük olduğunu düşünür (124). Bir çalışmada kanser hastaları arasında yük algısının prevalansının oldukça yüksek olduğu bildirilmiş, prevalansın %73.2 ile %100 arasında değişiklik gösterdiği belirtilmiştir (123). Öte yandan kanser ve kanser tedavisinin hastalar için anlamı tanı ve tedavideki sözü edilen bu sorunlardan çok daha karmaşıktır. Hastalıkla ilgili süreci, yaşamlarındaki ve

bedenlerindeki değişimi durduramamaya bağlı olarak hayatlarının kontrolünü kaybettiklerini düşünmeleri bireylerin acı çekmelerine neden olmaktadır (125). Kanser sonucu bireyin sağlıklı ve olağan halinin kaybı benlik kavramında da kayıplara yol açabilirken, acı çekmenin devam etmesi bireylerin kendilerine yabancılaşmalarına neden olabilir (23,126). Bununla birlikte, hastalığın ilerlemesinden duyulan korku (114), çekilen acının yüklü olmasına neden olabilir.

Kanserin damgalanması tanı alan bireylerin sıklıkla karşılaştığı, bireyin yaşam kalitesini düşüren ve duygusal sıkıntılara neden olan psikososyal zorluklardan biridir (127). Kanser tanısı almanın bir sonucu olarak hastalar aileleri, yakınları, toplum ve sağlık çalışanları tarafından damgalanabilmekte, önyargılı tutum ve davranışlarla karşılaşılabilmektedir (128,129). Pham ve arkadaşları (2021) Vietnam'daki kanser hastalarında yaptıkları çalışmada katılımcıların %79'unun belli bir düzeyde damgalandıklarını belirtmiştir (130). Bununla birlikte kanser tanısı almak bireyin aile ve toplumun diğer üyeleri tarafından damgalanmasının yanı sıra (129), bunun bir sonucu olarak kendisini damgalamasına da neden olabilmektedir (131). Stigma sonucu hastaların psikolojik iyilik halleri kötüleşebilir, tedaviyi reddetmek gibi sağlıkla ilgili konularda dezavantajlı davranışlar benimseyebilirler (128,130,132). Dahası bireyler damgalanma korkusu nedeniyle sağlık çalışanları ile ilişkilerinde ihtiyaçlarını dile getiremeyebilirler (133).

Kanser hastalarının deneyimlediği bu süreçler sonrası psikolojik distreslerinin artması (134) ve yaşadıkları süreçle ilgili olarak psikososyal olarak savunmasız şartlara sahip olmaları intihar düşüncesi ve intihar davranışının ortaya çıkmasına neden olabilir (31,135). Yapılan çalışmalarda intihar düşünceleri olan kanser hastalarında distresin yüksek olduğu gösterilmektedir (136). Diğer taraftan bir psikiyatrik tanı almanın intihar riskini arttırdığı bilirse de, yapılan çalışmalar kanser hastalarında intihar düşüncesinin yalnızca ruhsal hastalığa sahip olmayla açıklanamayacağını göstermektedir. Vehlig ve arkadaşları (2021) intihar riskinin ciddiyetinin, ruhsal bozuklukların şiddetindeki veya sıklığındaki artışla örtüşmediğini bildirmiş olup, intihar riskini değerlendirebilmek için kanser hastalarının mevcut psikososyal sıkıntılarının doğasına odaklanması gerektiğini vurgulamışlardır (137).

2.4.2. Kanser Hastalarında İntihar Riskinin Prevalansı ve İntihar Ölüm Oranları

Kanser hastaları intihar riskinin genel popülasyona göre yüksek olduğu gruplardan biri olarak kabul edilmektedir. Nie ve arkadaşları (2021) 242.952 kişiyi 6,3 yıl takip ettikleri çalışmalarında intihar nedeniyle meydana gelen ölümleri incelemişler ve kanser tanısı almanın intihar riskiyle ilişkili 8 risk faktöründen biri olduğunu belirtmişlerdir (15). Bununla birlikte yapılan çalışmalar kanser hastalarında intihar nedeniyle ölüm oranının genel popülasyonda beklenen orandan yaklaşık 2-5 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir (33–35,39,138). Kanser hastalarında intihar riskine ilişkin çalışmalarda coğrafyanın, kanserle ilgili değişkenlerin (cinsiyet, kanserin türü, evresi, tanı alınan zaman vb.) ve intiharla ilgili değişkenlerin (intihar düşüncesi, intihar davranışı) farklılığı nedeniyle prevalans ve ölüm oranlarına ilişkin oldukça çeşitli sonuçlarla karşılaşmaktadır. Takiplerin olduğu popülasyon çalışmaları kanser hastalarındaki intihar riskinin ciddiyetini göstermede önemli kaynaklardır. Henson ve arkadaşları (2019) İngiltere toplumunda yaptıkları 22 yıllık takip çalışmasında 4.722.099 kanser hastasından 2491'inin intihar nedeniyle öldüğünü belirtmişlerdir (37). Hu ve arkadaşları (2023) ise 16.771.397 kanser hastası arasında 207.922'sinin intihar nedeniyle öldüğünü bildirmiştir (139). Bununla birlikte farklı çalışmaların sonuçlarını bir araya getiren çalışmalar kanser hastalarında intihar riskinin mevcut durumuna ilişkin daha kapsamlı bilgiler sunabilir. On beş ülkedeki çalışmaların dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında kanser hastalarında intihar davranışı yaygınlık oranlarının 0,013 ile 67.169 arasında değiştiği raporlanmıştır (140). Du ve arkadaşları (2020) ise meta-analiz çalışmalarında, kanser hastalarında intihar ölümünün toplu insidansının yılda 100.000'de 39,72 olduğunu bildirmişlerdir (36). Kuzey İtalya'da yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise kanser hastaları için standartlaştırılmış ölüm oranının (Standart Mortality Ratio) 1,7 olduğu bildirilmiştir. Bu da kanser hastaları için intihar riskinin genel popülasyona göre 1,7 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir (141).

İntihara ilişkin insidans ve mortalite çalışmalarının yanı sıra kanser hastalarında intihar düşüncesinin yaygınlığının belirlendiği çalışmalara da rastlanmaktadır. Kolva ve arkadaşları (2020) sistematik derleme çalışmalarında

kanser hastalarında intihar düşüncesinin prevalansının %0,7 ila %46,3 arasında değiştiğini bildirmiştir (142). Çin’de ise kanser hastalarında intihar düşüncesinin yaygınlığını bildiren 12 çalışmanın sonucuna göre intihar düşüncesinin toplu prevalansı %24,95 olarak belirtilmiştir (143). İntihar düşüncesinin intihar davranışının önemli bir yordayıcısı olduğu bilinmektedir. Ancak intihar düşüncesine sahip her birey intihar davranışı göstermemektedir (6). Bu nedenle intihar düşüncesi üzerinden hesaplanan prevalanslar intihar davranışına ilişkin yaygınlığı yorumlamada yetersiz kalabilmektedir.

Türkiye’de kanser hastalarının intihar prevalansını ele alan bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Bununla birlikte kanser hastalarının dahil edildiği intihar çalışmaları ülkemizdeki mevcut durumu değerlendirme konusunda fikir verebilir. Avcı ve arkadaşları (2017) çalışmalarında fiziksel hastalık nedeniyle hastaneye yatırılan ve tedavi gören yaşlı yetişkinlerde kanser tedavisinin intihar için bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (144). Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada ise kanser hastalarında depresyon ve anksiyetenin sıklıkla ortaya çıktığı ve kanser hastalarında intihar düşüncesi ve girişiminin hasta olamayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (122). Bu alandaki çalışmaların yetersizliği nedeniyle Türk toplumunda kanser hastalarında intihar riskinin ne düzeyde olduğu bilinmemekte ve alanda daha çok bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır.

2.4.3. Kanserde İntihar Risk Faktörleri

Kanser hastalarının demografik, sosyal özelliklerinin yanında ve kanserle ilişkili sahip oldukları bazı özellikler (kanserin türü, tanı alınan zaman ve evre) onları intihara daha yatkın kılmaktadır. Kanser tanısı alan hastalarla yapılan çalışmaların çoğunda erkeklerin intihar riskinin kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (145,146). Nadiren de olsa bazı çalışma sonuçları farklı kanser popülasyonlarındaki kadınların intihar riskinin erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermektedir. Adölesan ve genç yetişkin kanser hastalarında yapılan bir çalışmada intihar oranlarının kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (147). Bununla birlikte bireyin bir partnere sahip olup olmadığı da riskle ilgili önemli bir belirleyicidir. Yalnız olan, evli olmayan ya da bir partnere sahip olmayan kanser hastalarının intihar riski yüksektir (146,147). Crump ve arkadaşları (2023) intihar sonucu ölen prostat

kanserli erkeklerin daha önce majör depresyon tanısı almış erkeklere kıyasla evli olma olasılıklarının anlamlı derecede düşük olduğunu belirtmişlerdir (148). Kanserde belirgin yaş aralıklarında, özellikle 65 yaş üstü olan hastalarda intihar riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür (38,39,149). Bir çalışmada ise en yüksek intihar riskinin orta yaşlı hastalarda olduğu (50-60 yaş arası), daha genç hastaların ise (<40 yaş) daha düşük ölüm riskine sahip olduğu bildirilmiştir (145).

Kanser türüne ilişkin intihar risk faktörü oldukça değişken olsa da belirli kanser türlerinde intihar riskinin daha yüksek olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır. Pankreas ve baş boyun kanserlerinde intihar riskinin diğer kanser türlerine göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (150). Heynemann ve arkadaşları (2021) metastatik durumlarda veya kanserin belirli histolojik alt tiplerinde (lösemi, merkezi sinir sistemi ve yumuşak doku sarkomu) intihar riskinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Heynemann et al., 2021). Henson ve arkadaşları (2023) ise intihar riskinin, mezotelyoma hastaları arasında en yüksek olduğunu (4,51 kat risk), ardından pankreas (3,89 kat), yemek borusu (2,65 kat), akciğer (2,57 kat) ve mide (2,20 kat) kanserlerinin takip ettiğini bildirmiştir (37). Bununla birlikte Hu ve arkadaşları (2023) 2000 ile 2016 yılları arasında kanser tanısı alan bireylerle yaptıkları popülasyon çalışmasında ağız boşluğu ve yutak, yemek borusu, mide, beyin, sinir sistemi, pankreas ve akciğer kanseri gibi tanıdan sonraki ilk iki yılda kötü prognozlu ve semptom yükü yüksek olan kanser türlerinde nispeten daha yüksek intihar riski gözlemlendiğini, tanıdan iki yıl sonra ise lösemi, meme, rahim ve mesane kanseri gibi uzun süreli yaşam kalitesinde bozulmalara neden olan kanserleri olan bireylerin intihar risklerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (139). Bu bağlamda kanserin türünün salt bir risk faktörü olmaktan ziyade, riskin yükselmesinde kanserin semptom yükü ve bu yüke maruziyet süresinin önemli olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte ileri evre kanserlerde intihar riski diğer evrelere göre daha yüksektir (33,35,38–41,151). İlerlemiş evrelerde artan intihar riski hastalarda fiziksel sıkıntıların arttığı ve buna bağlı kayıpların arttığı bir dönemi göstermekte ve bu dönemde hastaların ihtiyaç duyduğu fiziksel ve psikososyal desteklerin önemini vurgulamaktadır.

Tanıdan sonraki süre, intihar riskini değerlendirmede önemli bir parametre olarak görülmektedir. Yapılan çalışmalarda intihar riskinin kanser tanısı konulduktan sonra ilk altı ay içinde oldukça yüksek gözlendiği bildirilmiştir (37,139). Lin Du ve arkadaşları (2023) çalışmalarında, tanıyı alan hastaların takip eden ilk yıl içerisinde intihar düşüncelerinde artış saptamışlardır (152). Başka bir çalışmada ise intihar riskinin zamanla azaldığı, ancak kanser teşhisini takip eden beş yıl boyunca yüksek kaldığı bildirilmiştir (147). Kanser hastalarında intihar riskinin tanıdan hemen sonra ortaya çıkması bireylerin tanı ve tedavi süreçlerinde rutinlerinin değişmesi, fiziksel semptomların yükü gibi nedenlerle fiziksel ve çevresel değişikliklere uyum sağlayamadıklarını ve baş etmekte zorlandıklarını göstermektedir. Bu nedenle kanser hastalarına tanı aldıktan sonra yapılacak psikososyal değerlendirme, intihar riskini yönetmede önemli bir girişim olabilir.

Sosyoekonomik durumun yetersizliği genel popülasyonda intihar risk faktörü olduğu gibi kanser hastalarında da intihar risk faktörlerinden biridir. Yapılan çalışmalar sosyoekonomik açıdan savunmasız bir ortamda (düşük eğitim durumu, yoksulluk ve işsizlik) yaşayan kanser hastalarının, diğer kanser hastalarına kıyasla daha yüksek intihar riskine sahip olduğunu göstermektedir (135). Başka bir çalışmada ise sigortası olmayan kanser hastalarında intihar nedeniyle ölüm riskinin sigortası olan kanser hastalarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (153). Kanser hastalarının hastalık süreci nedeniyle yaşadığı ekonomik zorlanmaların bireylerin psikolojik distreslerini arttırdığı bilinmektedir (22). Bu nedenle kanser hastalığında bireylerin ve ailelerin ekonomik zorlanmalarının ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkisinin görülmesi, önemsinmesi ve kanser hastalarına sosyoekonomik desteklerin sağlanması, intiharın önlenmesine ve bireylerin ruh sağlığının desteklenmesine katkı sunabilir.

Bir psikiyatrik hastalık tanısına sahip olmak bireylerin mevcut sorunlarıyla baş etmekte zorlandığını gösterebilir, bu açıdan bakıldığında baş etmedeki problemler intihar eğilimini artırabilir niteliktedir (6,14). Ancak psikiyatrik tanı alan her bireyde intihar riski olmayacağı gibi, kanser hastalarında intihar düşüncesinin ve davranışının ortaya çıkması bir psikiyatrik tanı alma koşulunu içermez. Bununla birlikte kanser hastalarının bir psikiyatrik hastalık tanısının olması intihar düşüncesi

için bir risk faktörüdür (154,155). Depresyon belirtilerinin olmasının kanser hastalarında daha yüksek intihar riski ile ilişkili olduğu bilinmektedir (152). Choi ve arkadaşları (2022) duygudurum bozuklukları veya anksiyete ve somatoform bozuklukları olan kanser hastaları arasındaki intihar riskinin, bir psikiyatrik hastalık tanısı olmayan kanser hastalarına göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir (155). Bu nedenle psikiyatrik hastalığa sahip kanser hastalarının sık takiplerinin yapılması ve ruh sağlığı ihtiyaçlarının sağlanması önemlidir.

İntihara ilişkin risk düzeyini değerlendirirken risk faktörlerinin bilinmesi ve ele alınması intiharı önlemede önemli bir yere sahiptir. Bununla birlikte intihara ilişkin yeni kuramlar, intihar risk faktörlerinin intihar davranışını yordamada ve belirli bir profil oluşturmada yetersiz olduğunu vurgulamaktadır. Joiner (2007) intiharda sözü edilen bu risk faktörlerinin intihar davranışını açıklayan bir kurama oturmadığını ve intihar davranışını göstermesi muhtemel olan bireyi belirlemeye ve onun bilişsel, duygusal ve davranışsal yapısını açıklamaya yardım etmediğini belirtmiştir (6). Bu nedenle son yıllarda intihar riskini belirleme konusundaki çalışmalar Joiner (2007)'ın kişilerarası intihar teorisinin önemine vurgu yapmakta ve bazı çalışma sonuçları da bu kuramı doğrulamaktadır (İntihar Kuramları bölümünde ayrıntılı ele alınmıştır). Kişilerarası intihar kuramı, intiharın bir kişinin başkaları üzerinde yük olduğuna inandığında (algılanan yük), diğer kişilerle bağlantısız olduğunu hissettiğinde (engellenmiş aidiyet) ve fiziksel acıya tolerans kazandığında (kazanılmış yeterlilik) gerçekleştiğini açıklamaktadır (6,156). Kanserli hastalarda aidiyet, benlik ve yük algısı gibi kavramları ele alan çalışmalar, hastalardaki artmış yük algısının ve benlikle ilişkili olarak aidiyet duygusundaki azalmanın hastaların psikolojik iyilik hallerini olumsuz etkilediğini göstermektedir (23,124,126). Bu bağlamda kanserde intihar kavramına kişilerarası intihar kuramı kapsamında bakıldığında algılanan yükün ve engellenmiş aidiyetin intihar riskini belirleyen iki yapı olarak düşünülmesi mümkün olabilir. Bununla birlikte kişilerarası intihar kuramının kanser tanısı alan hastalarda ele alındığı yalnızca bir çalışma bulunmaktadır. Fadoir ve arkadaşları (2023) kanser hastalarında yüksek engellenmiş aidiyet düzeyinin, yüksek algılanan yükün ve artan umutsuzluğun daha yoğun intihar düşüncesiyle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (32). Bu nedenle kanser hastalarında intihar risk faktörlerini değerlendirirken, demografik ve kansere ilişkin belirli risk

faktörlerinin yanında bireyin algıladığı yükün ve aidiyet duygusunun da ele alınması sağlık profesyonellerinin kapsamlı ve kişiye özgü olarak riski değerlendirmelerine yardım edebilir.

2.5. İntihar Önleme Konusundaki Mevcut Durum

2.5.1. Sağlık Çalışanlarının ve Hemşirelerin İntihar Önleme Konusundaki Mevcut Durumu

Sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki iletişim, hasta bireylerin ihtiyaçlarının değerlendirilmesi, sağlıkla ilişkili sorunlarının anlaşılması ve çözülmesi konusunda önemli bir fırsattır. Sağlık çalışanları tarafından fark edilmese bile sağlık çalışanlarının çoğunluğu intihar riski olan bireylerle etkileşim halindedir. Stene-Larsen and Reneflot (2019) intihar eden hastaların intihardan önceki yılda sağlık çalışanları ile temas oranının ortalama %80, intihardan önceki aydaki temas oranının ise ortalama %44 olduğunu bildirmiştir (157). De Leo ve arkadaşları (2013) ise intihar nedeniyle ölen kişilerin yaklaşık %90'ının ölümden önceki üç ay içinde sağlık hizmeti aldığını iletmiştir (46). Sağlık çalışanları intihar riski olan bireylerle bu sık temaslarının yanı sıra mesleki becerilerinin bir gereği olarak insanı fiziksel ve psikososyal olarak değerlendirebilir yeterliliktedir. Bu özellikleri nedeniyle dünyadaki intihar önleme temelli birçok çalışmada ve rehberlerde sağlık çalışanlarının intihar önleme konusunda yeterli donanıma sahip olmalarının önemine atıf yapılmaktadır (158–160).

İntihar riskinin ele alınması konusunda sözü edilen bu avantajlarına rağmen sağlık çalışanları intihar riskini değerlendirebilecek ve yönetebilecek bilgi ve beceriye sahip değildir (161–163). Bununla birlikte tıpkı toplumun genelinde görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının da intihar eden kişilere ve intihar davranışına karşı olumsuz duygular beslediği görülmektedir (163,164). Siau ve arkadaşları (2017) sağlık çalışanlarının intihara yaklaşımlarını değerlendirdikleri çok merkezli çalışmalarında sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun intihar davranışını rahatsız edici bulduğunu, yarıdan fazlasının ise intihar girişiminin bir başkasını üzme amacı taşıdığını belirtmişlerdir (164). Bununla birlikte sağlık çalışanlarının intihar riskinin değerlendirilmesi ve yönetilmesi konusunda rollerinin belirsizliği nedeniyle

kendilerini mesleki olarak yetersiz olarak değerlendirdiği bildirilmektedir (162,163). Bu sıkıntıların bir sonucu olarak sağlık çalışanları intihar riski olan bireylere yardım edememekte ve çaresiz hissetmektedir (162).

Sağlık çalışanları arasında hemşireler 24 saat kesintisiz bakım vermekte (48,49,74) ve bu rolleri onların hastaların hem fizyolojik hem de psikososyal sorunlarını yakından değerlendirmelerini sağlamaktadır (165). Bu nedenle sağlık çalışanları arasında hemşireler intihar riskini en hızlı fark edebilecek ve riskin yönetilmesinde ilk müdahaleleri yapabilecek potansiyele sahiptir. Ancak sağlık çalışanlarının genelinde olduğu gibi hemşirelerin de riskin tanınması ve yönetiminde birçok sorun yaşadıkları görülmektedir (7,166,167). Karakaya ve arkadaşları (2023) Türkiye’deki hemşirelerle yaptıkları çalışmada hemşirelerin intihara ilişkin bilgisinin oldukça düşük seviyede olduğunu bildirmişlerdir (168). Fry ve arkadaşları (2019) ise acil hemşireleri ile yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin yalnızca %16’sının intiharı önleme eğitimi aldığını ve yalnızca %11’inin intihar davranışını yönetme konusunda kendinden emin hissettiğini bildirmişlerdir (169). İntihar riski olan hasta ile karşılaşıldığında sağlık çalışanlarının kaygısı olumsuz bir durum olarak değerlendirilmese de, kaygının yönetilememesi çalışanların travmatize olmasına ve yaşam rutinlerinin bozulmasına neden olabilir. Hemşirelerin intiharı kaygı verici ve korkutucu olarak algılaması ve bu kaygının intihara müdahale etmelerini engellemesi hemşirelerin deneyimlediği en temel sorunlarından biri olmaktadır (166). Yapılan çalışmalar hemşirelerin intiharı düşünen hastaların “kötü”, “korkak”, “sorumsuz” olduklarına dair olumsuz inançlara sahip olduklarını göstermektedir (7,167,170). Bununla birlikte hastayı inançsızlıkla suçlama, tanrıya yönelmesini önerme gibi terapötik olmayan yaklaşımlar da oldukça sık gözlenebilmektedir (7,170). Diğer taraftan hemşireler ruh sağlığına ilişkin konuların önemini farkında olmalarına rağmen intihar riski olan hastaya yaklaşım becerileri bakımından kendilerini yetersiz bulmakta ve sağlık sisteminin mevcut yetersizliklerini daha da belirgin hissetmektedir (171). Görüldüğü gibi, intihar riskinin tanınması ve yönetimi konusunda hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının bilgi, beceri yönünden yetersizlikleri ve olumsuz tutumlara sahip olmaları, buna ek olarak sağlık sisteminin intihar önleme konusundaki yetersizlikleri hastaya yardım edilmesini engelleyerek, intiharın önlenememesine neden olabilir (172).

2.5.2. Onkoloji Hemşirelerinin İntihar Önleme Konusundaki Mevcut Durumu

Son 20 yılda kanser hastalarında yapılan çalışmaların sonuçları kanser hastalarında intihar riskinin oldukça önemli bir sorun olduğunu gösterse de (33,37,139) onkoloji alanındaki hemşirelerin ve sağlık çalışanlarının intihar konusunda farkındalığını ele alan oldukça sınırlı çalışma bulunmaktadır (45,50,52). Bunun yanında mevcut çalışmaların çoğu onkoloji hemşirelerinin risk yönetimine ilişkin durumlarını belirlemek ya da intihar risk değerlendirme becerilerini değerlendirmek amacı taşımaktadır (50,51,173). Yapılan çalışmalar onkoloji alanında çalışanların intihar riskine ilişkin farkındalığının oldukça yetersiz olduğunu göstermekte olup, yukarıda sözü edildiği gibi sağlık çalışanlarının genelinden farklı bir tablo çizmemektedir. Bununla birlikte bakım ve tedavi hizmeti sunulan popülasyonun onkoloji hastaları olması nedeniyle onkoloji alanındaki intihar riskine ilişkin bazı mitlerin ve yanlış inançların hâkim olduğu görülmektedir. Bir çalışmada onkolojide hizmet veren bir hemşire onkoloji hastasının intihar riskinin herhangi bir hastadan daha az olabileceğini düşündüğünü ortaya koymuştur (50). Hemşireler ölümle ve ölümcüllükle stigmatize edilmiş bir hastalığa sahip bireyin intiharı düşünmesini mantıklı bulmamaktadır ve hastanın yaşama motivasyonunun daha yüksek olduğuna inanma eğilimindedir (50). Granek ve arkadaşları (2018) içlerinde hemşirelerin de bulunduğu sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının onkoloji hastalarının intihar konusunda riskli bir popülasyon olduğunun farkında olmadıklarını bildirmişlerdir (45). Bununla birlikte hemşireler arasında hastaların mevcut ruhsal durumlarının iyiye gitmediğinin ve hastaların kendine zarar verme potansiyellerinin farkına varan bir grup olsa da, bilgi ve beceri eksiklikleri nedeniyle hemşireler hastalarla nasıl iletişim kuracaklarını bilememektedirler (50). Özellikle hastaların ölme isteğine ilişkin mesajların intihar riski kapsamında nasıl değerlendirilmesi gerektiği bu alanda hizmet verenlerin en temel bilgi eksikliklerinden biri olmaktadır (45,50).

Onkoloji hemşireleri arasındaki en belirgin farkındalık eksikliklerinden biri de onkoloji hastalarının fiziksel işlevsellik seviyelerine göre intihar riskine yapılan atıflardır. Öztürk ve Hiçdurmaz (2023) onkoloji hemşireleri ile yaptıkları

çalışmalarında hemşirelerin yatarak bakım alan hastalardaki intihar riskinin ayakta tedavi alan hastalara göre daha yüksek olduğuna inandıklarını bildirmiştir (50). Yapılan çalışmalar, intihar riskinin tanıdan sonraki ilk birkaç ay ve kanser hastalarının ayakta takip bakımı aldığı ve bağımsız olarak faaliyetlere katıldığı ilk yıl boyunca en yüksek seviyede olduğunu göstermektedir (33,39). Bu bağlamda hastanın yatarak veya ayakta tedavi alma durumunun intihar riskini değerlendirmede oldukça yanlış yönlendirici bir inanç olduğu ve bu inancın hastaya özgü diğer risk faktörlerinin değerlendirilmesini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülebilir.

Onkoloji alanında intihar riskinin nasıl değerlendirileceği en önemli zorluklardan biridir (45,50,52). Valente (2007) onkoloji alanında çalışan hemşirelerin intihar risk faktörlerini tanımlamalarını istediği çalışmada 454 hemşirenin yalnızca %17'sinin hastadaki intihar riskini değerlendirebildiğini bildirmiştir (52). Bunun yanında intiharı konuşmak ve intihar riskini değerlendirmek adına soru sormak, sağlık çalışanları arasında genel bir zorluk olduğu kadar (6) onkoloji hemşireleri arasında da deneyimlenen bir zorluktur (50). İntiharı konuşmanın hastayı kötü etkileyeceğini düşünmek ya da intihar düşüncesini güçlendireceğini düşünmek hemşireler arasındaki en yaygın inançlar arasındadır (50). Blades ve arkadaşları (2018) yaptıkları metanaliz çalışmasında hastaya intihar düşüncesinin olup olmadığının sorulmasının intihar riskini artırmadığını bildirmişlerdir (174). Araştırmalar intihar riskiyle ilgili soru sormanın bireyler üzerinde olumsuz bir duygusal etki bile yaratmadığını göstermektedir (175,176). Bu bağlamda intihar riskini değerlendirme konusundaki bu yaygın ve yanlış inançların gerçekçi ve bilimsel öğrenmelerle giderilmesi risk yönetim becerilerinin geliştirilmesi konusunda önemli bir girişim olabilir.

Onkoloji hemşireleri arasında intihar riskinin yönetiminde rollerin belirsizliği, sorumlulukların açık olmaması ve meslektaşlar ve diğer sağlık profesyonelleri ile sorunlar intihar riskinin etkili yönetilmesini engellemektedir. Onkolojide intihar riskinin kim tarafından değerlendirileceği, risk yönetiminde hangi alanlarda sorumlulukların olduğu belirsizdir (50). Özellikle onkolojideki genel iş akışında tıbbi tedavilerin baskın olması ve psikososyal bakımın engellenmesi bunun nedenlerinden

biri olabilir (165,177). Onkolojideki bu sıkıntılar alanda çalışan sağlık profesyonellerinin önceliklerine, rollerine ve hastalarla ilgili alınan kararlara da yansıtılabilmektedir. Öztürk ve Hiçdurmaz (2023) onkolojide çalışan hemşirelerin, hastanın riskli olan mevcut ruhsal durumu ve psikolojik desteğe ihtiyacı konusunda hekimlerle hemfikir olmadıklarını, hekimlerin medikal bakımı öncelediğini düşündüklerini bildirmişlerdir (50). Bu bağlamda onkolojide çalışan diğer profesyonellerin de bu alandaki bilgi ve becerilerinin yetersizliği, riski değerlendirmede iş birliği yapmayı da oldukça zorlaştırmaktadır.

Stigma ruh sağlığı konusunda yardım alma davranışını engelleyen en önemli engellerden biridir (178). İntihara ilişkin stigma toplumun genelinde (179) ve sağlık çalışanları arasında oldukça yaygındır (172). Onkoloji hemşireleri, hastalarında intihar riski olduğunu düşündüklerinde intiharla ve psikolojik destek almakla ilgili stigmalar nedeniyle hastalar ve hasta yakınları ile iş birliği yapamamaktadır (50). Bu süreçte hemşirelerin intihar riski olan hastalar ve aileleri ile iletişime geçerken hizmet verdiği hastanın ve ailenin stigmalarının farkında olması süreçle ilgili bireyin ve ailenin kaygılarının anlaşılmasını sağlayabilir. Görüldüğü gibi intihara ilişkin stigmalar toplumsal alanda bu kadar yoğun deneyimlenirken, intiharın onkoloji hastası için gündeme gelmesi aileler perspektifinden oldukça kabul edilemez görülebilir. Bunun bir sonucu olarak utanç, sorumluluk, suçluluk gibi birçok duygunun gündeme gelmesine neden olabilir. Bu durumda onkoloji hemşiresinin kabul edici bir iletişimi benimsemesi ve intihar riski olan birey ve aile için duygusal olarak güvenli bir ortam oluşturabilmesi önemli olabilir. Bununla birlikte onkoloji hemşiresinin damgalanma korkusu yaşayan bu kişilerle yardım edebilmesi için önce hastanın durumuna ilişkin kendi duygularının ve stigmalarının farkında olması bu ortamı oluşturabilmenin ön koşuludur.

2.6. İntihar Önleme Programları

2.6.1. İntihar Önleme Programlarının Amacı ve Kapsamı

Literatürde etkinlikleri değerlendirilen intihar önleme müdahalelerine çeşitli adlar verilmekle birlikte (question persuade refer, ASIST, gatekeeper), en sık kullanım ile bu programlar “gatekeeper eğitimleri” olarak isimlendirilmektedir.

Eğitimlere adını veren “gatekeeper” sözcüğü Türkçeye “bekçi” “kapıcı” veya “eşik bekçisi” olarak çevrilmektedir. Isaac ve arkadaşlarının (2009) tanımıyla gatekeeper intihar riski olan bireylere yardım etmek için kapıyı açar (180). Bu eğitimler ile intihar riskinin yüksek olduğu gruplara hizmet sunan kişiler eğitilerek, intihar riski olan bireyleri değerlendirme ve uygun hizmete yönlendirme becerileri kazanmaları sağlanır.

Isaac ve arkadaşlarının (2009) aktardığına göre literatürde intihar önleme programlarının iki kolu olduğu belirtilmiştir (180). Bunlardan ilki “*seçilmiş ya da atanmış grup*” olarak ifade edilen doktor, hemşire ve psikolog gibi mesleki yetkinlikleri olan sağlık çalışanlarını tanımlamaktadır. İkinci grup ise “*gelişen-yetişen grup*” olarak tanımlanmakta olup mesleki yetkinlik olarak sağlık alanında bilgiye sahip olmayan, intihar riski taşıyan birine müdahale etmek için resmi olarak eğitilmemiş ancak intihar niyetinde olanlar tarafından tanınan potansiyel önleyicilerdir.

Literatürdeki intihar önleme programlarının içerikleri incelendiğinde bu programların hedef popülasyondan beklenen bilgi, beceriye göre farklılaşabildiği görülmektedir. Süre bakımından değerlendirildiğinde bu programların içeriği 45 dakikadan 2 güne kadar uzun olabilmektedir (181–184). İntihar önleme programları öğretim yönteminin türü bakımından incelendiğinde ise yüz yüze, didaktik, e-öğrenme, video tabanlı öğrenme olmak üzere birden fazla öğretim yönteminin kullanılabilirdiği görülmektedir (12,185–187). Bu yöntemler arasından e-öğrenme ve video tabanlı öğrenme literatürde oldukça fazla görülmeye başlamıştır. Pandemi sonrası gelen değişimlerle birlikte çevrimiçi eğitimlere olan ihtiyacın arttığı görülmüş olup, intihar önleme eğitimlerinin çevrimiçi platformdaki etkililiğinin değerlendirilmesinin önemi vurgulanmıştır (188). Günümüzde çevrimiçi tabanlı intihar önleme eğitimlerinin ulaşılabilir, düşük maliyetli ve esnek bir eğitim ortamı oluşturduğu, bu nedenle tercih edilebilir bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır (183,189). Bununla birlikte literatürdeki çevrimiçi ve web tabanlı intihar eğitimlerinin bazılarının beklenen ve istenen etkiyi oluşturmadığı bildirilmektedir (185,189). Cross ve arkadaşları (2022) uzman doktor ve hemşirelerde (nurse practitioner) yaptıkları çalışmada verilen online didaktik modül eğitimi sonrası,

katılımcıların beklenen becerilerin yalnızca %50'sini gösterebildiklerini ve intihar riskini değerlendirme konusunda kısmi yetkinliğe sahip olduklarını belirtmişlerdir (185). Buna benzer olarak Schmeckenbecher ve arkadaşları (2023) e- öğrenmenin intihar önleme eğitimi olarak etkisini inceledikleri meta analiz çalışmalarında, e- öğrenmenin temel intihar önleme becerilerini genel popülasyona öğretmede uygun olabileceğini bildirmişlerdir. Bunun yanında bu meta-analiz çalışmasının farklı dolaylı çıktılar ile birlikte önemli ölçüde heterojen sonuçlara ulaştığını ve bu nedenle sağlık çalışanlarının bir eğitim yöntemi olarak e-öğrenmeye güvenmemeleri gerektiğini belirtmişlerdir (189). Bununla birlikte yüz yüze eğitimlerin çevrimiçi eğitime üstünlüğünün olmadığını gösteren çalışma sonuçları da mevcuttur. Lancaster ve arkadaşları (2014) web tabanlı ve yüz yüze gatekeeper eğitimlerini karşılaştırdıkları çalışmalarında web tabanlı ve yüz yüze gruplar arasında intiharı önlemeye ilişkin bilgi, öz yeterlik(etkililik) ve davranışsal niyetler açısından anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmişlerdir (190). Çevrimiçi tabanlı eğitimlerle ilgili literatürdeki diğer çalışmaların sonuçları da eğitimlerin mevcut ve potansiyel faydası ile ilgili oldukça etkili çıktılar olduğunu göstermektedir. Coleman ve arkadaşlarının (2019) üniversite öğrencilerine çevrimiçi verdikleri intihar önleme eğitimi sonrasında öğrencilerin risk altındaki akranlarını tanımlama düzeylerinde, akranlarına müdahale etme yeteneklerine ilişkin algılarında ve akranlarını ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirmelerinde artış olduğunu bildirmişlerdir (11). Singh-Weldon ve arkadaşları (2022) ise çocuk hemşirelerine verdikleri 45 dakikalık çevrimiçi intihar önleme eğitimi sonrasında eğitim öncesine göre hemşirelerin intihara karşı antipati düzeyinin düştüğünü ve riskli bireye karşı tutum, empati ve kendine güven konularında kısıtlı da olsa iyileşmeler olduğunu raporlamışlardır (182). Mevcut bu çalışmalar ışığında intihar önleme eğitimlerinin öğretim yönteminin farklılığına bakılmaksızın hedef popülasyonun bilgi, beceri, tutum ve yaklaşımlarında gelişmeye yol açtığı söylenebilir (161,186,191,192).

2.6.2. Sağlık Çalışanları için Uygulanan İntihar Önleme Programları

Ruh sağlığı hizmeti veren birimlerde/merkezlerde çalışanların bile intihar riskinin yönetimine ilişkin eğitimleri oldukça yetersizken (191), bu eğitimlerin psikiyatri dışındaki birimlerde görev yapan sağlık çalışanlarına nadiren verildiği

görülmektedir. Psikiyatri dışı kliniklerde intihar önleme stratejilerinin benimsenmesinin ve uygulanmasının oldukça yetersiz olduğu bilinmektedir (193). Çoğu sağlık çalışanının bir mesleki yeterliliğe ulaştığında intihar önleme bilgisine ve becerisine sahip olması oldukça zordur. Bunun nedenlerinden biri sağlık çalışanlarının lisans eğitim müfredatlarında ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerinde yeterli düzeyde intihar önleme bilgi ve becerisi öğretimine yer verilmemesidir (193,194). Ferrara ve arkadaşları (2022) hemşire öğrencilerle yaptığı çalışmalarında öğrencilerin intihar düşüncesi olan hastaya olumsuz ya da yetersiz yaklaşımlarının lisans düzeyinde geliştirilemediğini belirtmişlerdir (194). İntiharın stigmatizasyonunun toplumda ve sağlık çalışanları arasındaki yaygınlığı düşünüldüğünde (7,195), intihar riski olan hastayla iletişim kurmak, riski değerlendirmek sağlık çalışanları için oldukça kaygıyı verici bir öğrenme atmosferi oluşturabilir. Heyman ve arkadaşları (2015) öğrenci hemşirelere verdikleri intihar önleme eğitimlerinde öğrencilerin bu eğitimi duygusal olarak zorlayıcı gördüklerini bildirmiştir (196). Bu bağlamda lisans düzeyinde ya da mezuniyet sonrasında intihar önleme konusunda farkındalık ve becerilerin geliştirilirken hemşirelerin riske ilişkin stigmalarının ele alınmasına, mesleki yeterlilikleri geliştirici yaklaşımların ve çalıştıkları alana özgü uygulamaların öğretilmesine ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Mevcut bazı çalışmaların sonuçları incelendiğinde sağlık çalışanlarının bu eğitimler sonunda intihar riskine yönelik farkındalık kazandıkları, bilgi, beceri ve öz yeterliliklerinin arttığı görülmektedir (184,197). Bu çalışmalar arasında içinde hemşirelerin de yer aldığı çalışmalar da bulunmaktadır. Taur ve arkadaşları (2012) hemşirelere verdikleri iki saatlik risk tarama/değerlendirme eğitimi sonrasında hemşireler ve hemşire eğitmenler arasındaki değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayısının 0.85 olduğunu raporlamışlardır (197). Başka bir çalışmada ise 90 dakikalık intihar farkındalık programı sonrasında hemşirelerin intihar uyarı işaretlerinin çok daha fazla farkına vardıkları ve hastaları profesyonel danışmanlık için yönlendirmeye daha istekli oldukları bildirilmiştir (54). Siau ve arkadaşları (2018) ise psikiyatri dışı sağlık profesyonellerine verdikleri intihar önleme eğitimi sonrası eğitim alan sağlık çalışanlarının almayan kontrol grubuna göre, eğitimden hemen sonra ve üç ay sonra bilgi düzeyi, öz-yeterlilik algısı ve intihara meyilli hastalara yardım istekliliğinde önemli bir iyileşme meydana geldiğini bildirmiştir

(184). Demesmaecker ve arkadaşları (2023) içlerinde çoğunlukla hemşirelerin olduğu 315 kişilik huzurevi personeliyle (hemşire, doktor, psikolog, yöneticilerin) gerçekleştirdikleri çalışmalarında ise eğitim sonrası personelin bilgi puanlarında artma ve damgalama puanlarında ise azalma olduğu yönünde bir iyileşme olduğunu vurgulamışlardır (12).

2.6.3. İntihar Önleme Programlarında Beklenen Yeterlilikler

Mevcut çalışmalar yeterli ya da iyi bir intihar önleme modelinin henüz tanımlanamadığını vurgulamaktadır (198,199). İntihar önleme programlarının hedef popülasyon üzerinde etkinliğini gösteren çalışmalar olmasına rağmen, literatürde hala eğitim çalışmalarının mevcut eksiklikleri üzerinde durulmaktadır. Bunlardan en önemlisi çalışmaların desenleri konusundaki eksikliklerdir. İntihar önleme programlarının etkililiği konusunda en sık vurgulanan sorunlardan biri programın değişkenler üzerindeki etkisinin izlem zamanlarında devam etmemesi (184,190,200) ya da araştırmalarda izlem ölçümlerinin alınmamasıdır (187). Lancaster ve arkadaşları (2014) eğitim sonrası bilgi, öz yeterlik ve davranışsal niyetlerde olumlu gelişimler olduğunu vurgulasalar da eğitimden sonraki 6. aya kadar bu gelişmelerin devam etmediğini bildirmişlerdir (190). Bunun yanında intihar önleme programlarında randomize kontrollü karşılaştırmalı grup çalışmalarına yer verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (57,187,201). Metodolojiye ilişkin getirilmiş bu öneriler, kurulan iyi bir metodolojinin müdahalenin bağımlı değişken üzerindeki gerçek ve doğrulanabilir etkisini göstermesini sağlayabilir. Diğer taraftan metodoloji kadar, müdahale içeriklerinin nasıl oluşturulduğu da önem taşımaktadır. Yapılan nicel ve nitel çalışmalar klinik/sahaya özgü risk yönetim stratejilerinin önemini ortaya koymaktadır (56,199). Klinisyenler intiharı önleme eğitimlerinin risk yönetiminde kendilerine yardımcı olduğunu ancak riski belirleseler bile, riski nasıl sınıflandıracakları ve uygun şekilde nasıl müdahale edileceği konusunda daha fazla rehberliğe ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (56,202). Dillon ve arkadaşları (2020) ise sağlık çalışanlarının intihar riski farkındalıklarını değerlendirdikleri sistematik derleme çalışmalarında eğitim müdahalelerinin belirli profesyonellere ve hasta gruplarına göre uyarlanması gerektiğini ve müdahalelerin her grubun ihtiyacına göre oluşturulması gerektiğini vurgulamışlardır (199). Bunun yanında eğitim

çalışmalarında bazı temel becerilerin ölçülmesi de eğitim programlarının etkilerini değerlendirmeyi ve diğer eğitimlerle karşılaştırabilmeyi kolaylaştırabilmektedir. Hawgood ve arkadaşları (2022) bilgi, beceri, tutum ve öz yeterliliğin eğitimin etkisini değerlendirmede ana yeterlilik başlıkları olduğunu belirtmişlerdir (181). Eğitim çalışmalarında bu minimum yeterliliklerin değerlendirilmesi yetersizliklerin belirlenebilmesi ve böylelikle iyileştirilmesini sağlayabilir.

2.6.4. Onkoloji Hemşirelerine Yönelik İntihar Önleme Programlarının Geliştirilmesinin Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) Hemşireliği Açısından Önemi

Kanser hastalarında intiharın önlenmesi konusunda KLP hemşirelerinin önemli rolleri mevcuttur. KLP hemşireliği psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık alanı olup, KLP hemşiresi mevcut ya da potansiyel fiziksel hastalık nedeniyle sağlık hizmeti alan bireyin tedavi ve bakım sürecinde psikososyal gereksinimlerini ve sorunlarını değerlendirip, bireye psikososyal bakım sağlar (49,203). Bununla birlikte KLP hemşiresi eğitim ve danışmanlık rolleri kapsamında, hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına hasta ile iletişim, öfke, tedavi reddi gibi özel durumlarda yaklaşım, hastalığa uyum ve patolojik yanıtları değerlendirme gibi psikososyal bakım konularında eğitimler planlar ve verdiği eğitimin etkisini değerlendirir (203,204). 19 Nisan 2011 tarihinde yayınlanan 27910 sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik de KLP hemşirelerinin görev, yetki ve sorumluluklarına ilişkin benzer tanımlamalar içermektedir (49). Onkoloji hemşirelerinin intihar riskini yönetme konusundaki bilgi ve beceri eksiklikleri olduğu düşünüldüğünde KLP hemşireleri bu alanda onkoloji hemşirelerine eğitim ve danışmanlık sunabilir ve intiharın önlenmesinde iş birliği yapabilirler. KLP hemşirelerinin onkoloji hastalarına psikososyal bakım sunma konusundaki uzmanlıkları riskin değerlendirilmesinde ve riskin yönetilmesinde onkoloji hemşirelerine rehberlik yapmalarını sağlayabilir. Diğer taraftan KLP hemşireleri onkoloji hemşirelerinin intihar riski olan hastayla çalışırken gereksinimlerini, işin doğasıyla ilgili zorlukları saptayabilir ve riskin yönetilmesinde çözüm önerileri sunabilir. Böylelikle KLP hemşireleri hem hastaların psikososyal destek ihtiyaçlarını hem de hemşirelerin intihar riskini yönetme konusundaki gereksinimlerini göz

önünde bulundurarak, onkoloji alanına özgü intihar önleme eğitimlerinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynayabilir. Bununla birlikte intihar önleme eğitimlerinin hemşirelerin bilgi, beceri ve tutumlarına etkisini değerlendirebilir, dolaylı olarak ise bu eğitimin hastaların bakımı üzerindeki etkisini değerlendirebilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma “*Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının*” onkoloji hemşirelerinin intihara yönelik bilgi, damgalama ve etkililik algısı düzeylerine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiş, randomize kontrollü ön test, son test, izlem desenli bir müdahale çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji yataklı kliniği (tıbbi onkoloji, medikal onkoloji, gastroenteroloji onkolojisi, nefroloji onkolojisi, üroonkoloji, jinekolojik onkoloji, hematolojik onkoloji yataklı klinikleri), kemoterapi ünitesi/birimi, kemik iliği transplantasyon ünitesi/birimi ve onkoloji polikliniklerinde çalışan hemşirelerle Mayıs-Kasım 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı kurumlarda hemşireler gününbirlik hizmet sunulan servislerde (poliklinikler ve kemoterapi üniteleri) 08:00-17:00 saatleri arası, hafta içi her gün olacak şekilde sadece gündüz vardiyasında çalışmaktadırlar. Yataklı servislerdeki hemşireler ise, gece-gündüz vardiyalı çalışmaktadırlar. Yataklı servislerde çalışan hemşirelerin günlük çalışma saati gece ve gündüz vardiyasında 8, 16 ya da toplamda 24 saat olmaktadır. Araştırmanın yapıldığı süre içerisinde ilgili hastanelerde ve kliniklerde intiharı önlemeye yönelik herhangi bir eğitim çalışması yürütülmemiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Ankara Büyükşehir Belediyesi ili sınırları içinde onkoloji yataklı klinikleri (tıbbi onkoloji, medikal onkoloji, gastroenteroloji onkolojisi, nefroloji onkolojisi, üroonkoloji, jinekolojik onkoloji, hematolojik onkoloji yataklı klinikleri), kemoterapi ünitesi/birimi, kemik iliği transplantasyon ünitesi/birimi ve

onkoloji polikliniği olan onkoloji hastanelerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Evren kapsamında yer alan hastanelerden sadece ikisi çalışmaya izin vermiştir. Bu hastaneler; Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'dir.

Çalışmanın örnekleminin belirlenmesinde G-Power paket programı kullanılarak güç hesaplaması yapılmıştır. Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin bir arada kullanıldığı ve ölçekler arası ilişkilerin ortaya konulduğu çalışmaların mevcut olmaması nedeniyle literatürde referans alınan bir çalışma olmamıştır. Priori güç analizlerine dayanarak uygulanan güç analizi sonucunda gruplar arasında ölçümler bakımından farklılığın tespiti için tip 1 hata:0,05, tip 2 hata:0,20 ($1-\beta=0.80$ güç düzeyi) ve 0,25 etki değerine göre, iki grup ve üç ölçüm için örneklem büyüklüğü hesaplanmış olup, Tekrarlı Ölçümlerle İki Yönlü Varyans Analizi için alınması gereken kişi sayısı 78 olarak belirlenmiştir (205). Çalışmadan ayrılma ihtimali olabilecek kişiler de göz önüne alınarak %10'luk bir kayıp oranı belirlenmiş ve buna dayalı olarak toplam örneklem büyüklüğü 86 olarak hesaplanmıştır. Bu doğrultuda, deney grubu için 43, kontrol grubu için 43 hemşirenin çalışmaya alınması planlanmıştır (**Ek-1**).

Çalışmanın örneklemini için çalışmaya dahil edilme kriterlerini şunlar oluşturmuştur:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Onkoloji yataklı klinikleri (tıbbi onkoloji, medikal onkoloji, gastroenteroloji onkolojisi, nefroloji onkolojisi, üroonkoloji, jinekolojik onkoloji, hematolojik onkoloji yataklı klinikleri), kemik iliği transplantasyon ünitesi, ayaktan kemoterapi ünitesi veya onkoloji polikliniğinde çalışan hemşire olmak,
- Akıllı cep telefonu ya da bilgisayar kullanmayı bilmektir.

Çalışmadan dışlama kriterleri şunlardır:

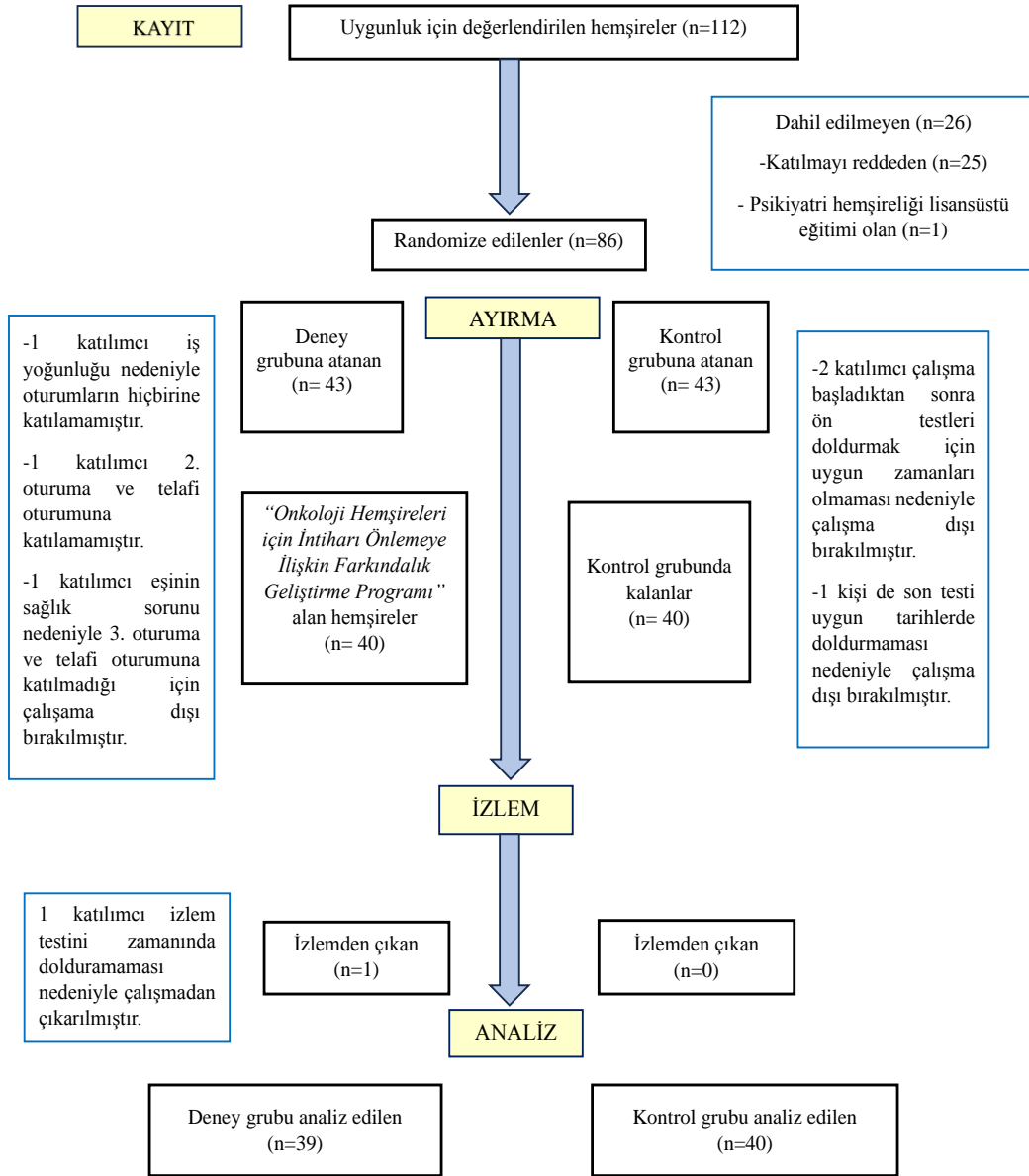
- İntiharı önlemeye yönelik mesleki eğitim dışında eğitim almış olmak,
- Pediyatrik onkoloji kliniğinde çalışıyor olmak,
- Psikiyatri kliniğinde çalışmış ya da psikiyatri hemşireliği alanında lisansüstü eğitim alıyor/almış olmasıdır.

Çalışmadan çıkarılma kriterleri ise şunlardır:

- Çalışma içinde kullanılan çevrimiçi görüşme uygulamasına yönelik bilgilendirme ve pilot uygulama sonunda çevrimiçi eğitime katılabilecek beceriyi gösterememiş olmak,
- Eğitim programı sırasında üç oturumdan ikisine katılmamak,
- Veri toplama formlarının doldurulması için kendisine verilen süre içinde formları doldurmamaktır.

Çalışma için izin veren hastanelerde katılma kriterlerini karşılayan hemşireler çalışma kapsamına alınmış ve bir katılımcı havuzu oluşturulmuştur. Çalışma kapsamında 112 hemşireye ulaşılmıştır. 112 hemşire içerisinde katılma kriterlerini karşılayan 86 hemşire çalışma örneklemini oluşturmuştur. Hemşirelerin çalışma gruplarına seçilmesinde çalışma yıllarına göre tabakalandırılmış blok randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Literatürdeki intihara yönelik tutum çalışmaları göz önünde bulundurulduğunda, çalışma deneyimleri daha çok olan hemşirelerin intihara yönelik olumsuz tutumlarının daha az olduğu görülmüştür (206–208). Bu nedenle deney ve kontrol gruplarının benzerliklerini sağlamak amacıyla çalışma deneyimine göre tabakalar oluşturulmuştur. Tabakalar, literatürde hemşirelerin mesleklerindeki genel yetkinliklerinin dönüm noktaları olarak belirlenmiş olan <1 yıl, 1-3 yıl, 4-9 yıl, 10-15 yıl, 15 yıl üzeri çalışma deneyimlerinden oluşmuştur (209,210). Randomizasyondan önce katılımcılara numara verilmiş ve bu numaralar tabakalara göre farklı renklerde kartonlara yazılıp katlanmıştır. Randomizasyona hangi tabakadan başlanacağı ve devam edileceği yazı tura yöntemi ile belirlenmiştir. İlk tabakadan yapılan ilk seçim deney grubuna atanmıştır. Rastgele (random) seçimleri çalışma grubundan olmayan bir hemşirenin yapması sağlanmıştır. Böylelikle 43 hemşire deney grubuna 43 hemşire kontrol grubuna atanmıştır. Süreç içindeki kayıplarla çalışma sonunda deney

grubunda 39 hemşire, kontrol grubunda 40 hemşire ile çalışma sonlandırılmış ve analizler gerçekleştirilmiştir. Şekil 3.1’de deney ve kontrol grubunun CONSORT akış şeması sunulmaktadır.



Şekil 3.1. Consort Akış Şeması

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada verilerin toplanması amacıyla Tanıtıcı Bilgi Formu, İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ), İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) ve araştırmacıların geliştirdiği İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeği (İRYİEAÖ) kullanılmıştır. Veri toplama araçlarının ayrıntılı açıklamaları aşağıda sunulmaktadır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-2)

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu formda hemşirenin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çalıştığı onkoloji kliniği ve meslekte ve onkolojide çalışma süresine ilişkin bilgiler sorgulanmıştır. Bu sorulardan elde edilen veriler, deney ve kontrol grubundaki hemşirelerin çeşitliliğini ortaya koymak amacıyla kullanılmıştır.

3.4.2. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ) (Ek-3)

Calear ve arkadaşları (2014) tarafından intihara ilişkin bilgi düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilen İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeğinin (211) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Öztürk ve Akın (2016) tarafından yapılmıştır (212). Toplamda 27 maddelik bir ölçek olan İBDÖ' deki her madde "Doğru", "Yanlış" veya "Bilmiyorum" şeklinde 3'lü likert olarak değerlendirilmektedir. Ölçekteki "1, 2, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 23, 25, 27" numaralı maddeleri "Yanlış", "3, 6, 8, 10, 12, 15, 17, 18, 22, 24, 26" numaralı maddeleri "Doğru" olarak işaretleyenler 1 puan almaktadır. Ölçeğin sadece toplam ölçek puanı hesaplanmakta olup, alt ölçeği bulunmamaktadır. Toplam puan, madde puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Ölçekten en az 0, en fazla 27 toplam puan alınabilmektedir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça, intihara ilişkin bilgi düzeyinin arttığı şeklinde yorum yapılır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında güvenilirlik Madde Tepki Kuramı Analizleri ile gerçekleştirilmiş ve İBDÖ'nün en çok bilgi verdiği yetenek düzeyi $\Theta=1,5$ için testin güvenirliliğinin 0,72 olduğu bildirilmiştir. Aritmetik ortalaması $\Theta=0$ olan normal dağılım özelliğine sahip bir grup için ise İBDÖ'nün güvenirliliği 0,68 olarak hesaplanmış ve kabul edilebilir bir güvenirlilikte olduğu gösterilmiştir (212).

3.4.3. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ) (Ek-4)

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ), Batterham ve arkadaşları (2013) tarafından intihara ve intihar girişimi öyküsü bulunan bireylere yönelik damgalama tutumlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir (213). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öztürk (2017) tarafından yapılmıştır (214). İYDÖ, 5’li Likert tipi bir ölçek olup intihara ilişkin bir veya iki kelimedenden oluşan maddeler kesinlikle katılmıyorum (1 puan), katılmıyorum (2 puan), kararsızım (3 puan), katılıyorum (4 puan), kesinlikle katılıyorum (5 puan) ifadeleriyle ölçeklendirilmektedir. Ölçekte toplamda 55 madde bulunmaktadır. Ölçeğin “damgalama”, “izolasyon/depresyon” ve “yüceleştirme/normalleştirme” olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekte toplam puan hesaplanmasına gidilmemektedir. Ölçeğin “damgalama” alt boyutundan alınan puanların artışı intihara yönelik damgalamanın artışı ifade eder. Ölçeğin “izolasyon/depresyon” alt boyutundan alınan puanların artışı intiharın daha çok depresyon ve izolasyon ile ilişkili bulunduğunu ifade ederken, “yüceleştirme/normalleştirme” alt boyutundan alınan puanların artışı ise bireylerin intihar eden kişileri damgalamaktan ziyade intiharı normalleştirdiklerini göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin ve ölçeğe ait üç boyutun Cronbach alfa değerleri güçlü bir iç tutarlılık göstermiştir. Bu değerler, toplam ölçek için 0.90; damgalama alt boyutu için 0.90; izolasyon/depresyon alt boyutu için 0.87 ve yüceleştirme/ normalleştirme alt boyutu için 0,79 olarak bulunmuştur (214).

3.4.4. İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeği (İRYİEAÖ) (Ek-5)

İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeği bu doktora tez çalışması kapsamında araştırmacılar tarafından oluşturulmuş ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması yürütülmüştür.

İRYİEAÖ’nün Kapsam Geçerliği

Öncelikle araştırmacılar tarafından intiharın önlenmesi ve yönetimine ilişkin literatür taranmış (7,45,50,51,166,173,215), İRYİEAÖ’nün madde havuzu

oluşturulmuştur. İRYİEAÖ'nün maddeleri oluşturulurken onkoloji hemşirelerinin intihar risk yönetme durumlarını ele alan literatürdeki mevcut çalışmalar değerlendirilmiş, literatürde bu konuda belirtilmiş gereksinimler göz önünde bulundurulmuştur (45,50,51). Bunun yanında madde havuzu oluşturulurken literatürdeki mevcut etkililik ölçeklerinin maddeleri de değerlendirilmiş ve fikir edinilmeye çalışılmıştır (216,217).

Ölçeğin 26 maddelik havuzunun oluşturmasının ardından maddeler psikiyatri alanından 10 uzmanın (Psikiyatri Hekimliği alanından 1 profesör ve 1 doçent; Psikiyatri Hemşireliği alanından 1 profesör, 4 doçent, 3 doktor öğretim üyesi) görüşlerine sunulmuştur. Uzmanlardan her maddeyi 3'lü olarak derecelendirmesi, 1 "gerekli", 2 "yararlı ancak yetersiz", 3 "gerekli değil" olmak üzere değerlendirmeleri istenmiştir. Bu derecelendirmelere göre her maddenin kapsam geçerlik oranı (KGO) hesaplanmıştır. Daha sonra KGO değeri pozitif maddeler, uzman sayısına göre hesaplanmış KGO değerleri ile karşılaştırılmıştır. 10 uzman sayısı için $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde KGO değeri 0,62'dir (218). Uzman değerlendirmelerine göre KGO değeri 0,62'den küçük olan ve uzmanların "gerekli ancak yetersiz" olarak derecelendirdikleri maddeler uzmanların açıklamaları dikkate alınarak revize edilmiştir. Ayrıca, maddelerin Kapsam Geçerlik İndeksleri (KGİ) hesaplanmıştır. KGİ değerlendirilirken 0,67'den büyük değerlerde, maddelerin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu kabul edilmiştir (219). Kapsam geçerlik çalışmaları sonunda ölçekten madde çıkarılmamış ve 26 madde ile diğer aşamalara devam edilmiştir.

İRYİEAÖ'nün Psikometrik Ölçüm Aşaması

Kapsam geçerliği aşaması tamamlanan İRYİEAÖ'nün psikometrik değerlendirme (yapı geçerliği, iç tutarlılık güvenilirliği ve test-tekrar test güvenilirliği) aşamasına geçilmiştir. İRYİEAÖ'nün psikometrik ölçümlerinde araştırma evreni Onkoloji Hemşireleri Derneği'ne kayıtlı olan ve Ankara Büyükşehir Belediyesi ili sınırları içinde onkoloji yataklı klinikleri (tıbbi onkoloji, medikal onkoloji, gastroenteroloji onkolojisi, nefroloji onkolojisi, üroonkoloji, jinekolojik onkoloji, hematolojik onkoloji yataklı klinikleri), kemoterapi ünitesi/birimi, kemik iliği transplantasyon ünitesi/birimi ve onkoloji polikliniği olan hastanelerde onkoloji alanında çalışan hemşirelerden oluşmuştur. Çalışmanın Etik Kurul izinlerinin

alınmasından sonra Onkoloji Hemşireleri Derneği Yönetim Kurulu'na ve Ankara'daki Onkoloji birimi olan hastanelere izin için başvurulmuştur. Araştırmanın evreni kapsamında Onkoloji Hemşireliği Derneği, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi, Gazi Üniversitesi Hastanesi, Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi çalışmanın yürütülmesine izin vermişlerdir.

İRYİEAÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik çalışması için dahil edilme kriterleri şunlardır:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Onkoloji yataklı klinikleri (tıbbi onkoloji, medikal onkoloji, gastroenteroloji onkolojisi, nefroloji onkolojisi, üroonkoloji, jinekolojik onkoloji, hematolojik onkoloji yataklı klinikleri), Kemik İliği Transplantasyon ünitesi, ayaktan kemoterapi ünitesi ve onkoloji polikliniğinde çalışan hemşire olmak.

Dışlama kriterleri ise:

- Daha önce psikiyatri servisinde çalışmış olmak,
- Psikiyatri hemşireliği alanında lisansüstü eğitim alıyor olmak,
- Pedyatrik onkoloji servisinde çalışıyor olmaktır.

Çalışmanın psikometrik ölçümleri için gereken katılımcı sayısını belirlemede, ölçek maddeleri göz önünde bulundurulmuştur. 200 üstü katılımcının çalışmaya katılmasının verilerin değerlendirilmesinde analizlerin doğruluğunu destekleyeceği düşünülmüştür. Comrey ve Lee (1992) geçerlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünün yeterliliğinin kabaca şöyle değerlendirilmesini önermektedirler: 50-çok zayıf, 100-zayıf, 200-orta/kabul edilebilir, 300-iyi, 500-çok iyi (220). Bununla birlikte, örneklem sayısı ölçek maddeleri oranının 5:1 olması minimum standart olarak kabul edilmektedir (221). Bu rehberler göz önünde bulundurularak geçerlik ve güvenilirlik aşaması 234 katılımcıya ulaşıldığında tamamlanmıştır. Bu bağlamda çalışmanın minimum standardın üstünde yeterli bir örnekleme olduğu söylenebilir (Minimum standart= 26 ölçek maddesi x 5=130 hemşire).

Veriler çevrimiçi ve yüz-yüze olmak üzere iki yol ile toplanmıştır. Veri toplama formlarının elektronik hali Onkoloji Hemşireleri Derneği'nin sosyal medya hesapları ve üyelerin e-posta gruplarında paylaşılmıştır. Çalışma için izin veren hastanelerin onkoloji kliniklerinde ise hemşirelerle yüz-yüze iletişime geçilmiş basılı veri toplama formu ile veri toplanmıştır. Çalışmaya katılanlara çalışmanın amacı ve kapsamı açıklanmış, ardından çalışmaya katılımı ilgili onamları alınmıştır. Çalışmaya katılan ilk 15 kişi ile e-posta adresleri üzerinden iletişime geçilmiş çalışma sorularının (ölçek maddelerinin) anlaşılır olup olmadığı sorulmuş ve anket formlarını ne kadar sürede cevapladıkları öğrenilmiştir. Veri toplama formunu dolduran herkesten tekrar test için onam istenmiş, onam verdikleri takdirde 15 gün sonra test tekrarlanmak için anketin tekrar gönderileceği açıklanmıştır. Tekrar testler hem çalışmaya çevrimiçi katılanlara hem de yüz yüze katılanlara e-posta adresi üzerinden gönderilmiştir. Tekrar test toplamda 58 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının veri toplama süreci Ağustos 2021- Nisan 2022 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

İRYİEAÖ'nün Psikometrik Ölçüm Analizleri

İRYİEAÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının analizlerinde SPSS ve SPSS AMOS version 20.0 programları kullanılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmede açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri kullanılmıştır. İncelenen örneklemin faktör analizine uygunluğu Keiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçüsü ile değerlendirilmiştir. İyi bir faktör analizi için KMO ölçüsünün 0,60'den fazla olması beklenmektedir (222). Korelasyon matrisinin faktör analizine uygunluğu Bartlett'in küresellik testi ile değerlendirilmiş, verinin faktörleşme için uygun yapıda olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Ölçeğin anlamlı bileşim maddelerinin saptanması ve kaç faktör seçileceğine karar vermek için temel bileşenler analizi yapılmış, Eigenvalue ve scree plot testleri değerlendirilmiştir. Özdeğeri (Eigenvalue değeri) 1'den büyük olan faktörler "önemli faktör" olarak dikkate alınırken Özdeğeri 1'den az olan faktörler "önemsiz faktör" olarak nitelendirilerek dikkate alınmamıştır (219). Açıklayıcı faktör analizi sonrası, faktör yüklerini değerlendirirken, 0,30 ve 0,40 üzerindeki faktör yükleri kabul edilebilir düzeyde değerlendirilmiştir (223). Bununla birlikte faktör yüklerini

değerlendirirken Comrey & Lee (1992)'nin belirttiği şekilde faktör yükleri 0.71 üzeri mükemmel, 0.63 ve üzeri çok iyi, 0.55 ve üzeri iyi, 0.45 ve üzeri yeterli, 0.32 zayıf olarak kabul edilmiştir (220). Doğrulayıcı faktör analizi sonrası CMIN/DF, GFI, NFI Delta1, RFI rho1, IFI Delta2, TLI rho2, CFI, RMSEA uyum indeksleri incelenmiştir.

Güvenirlik aşamasında iç tutarlılığı belirlemede Cronbach alfa, zamana göre sonuçların tutarlı olduğunu göstermek için sınıf içi güvenilirlik katsayısı kullanmıştır. Cronbach alfa ve sınıf içi güvenilirlik sayısı değerlendirilirken literatürdeki çalışmalarda yer alan değerler esas alınmıştır. Sınıf içi güvenilirlik sayısını değerlendirirken, 0,80 ve üzeri değerler iyi düzeyde güvenilir olarak kabul edilmiştir (224). 0,70-0,80 arasındaki Cronbach alfa değerleri kabul edilebilir bir iç tutarlılığı, 0,90-0,95 arasındaki Cronbach alfa değerler ise yüksek bir tutarlılığı gösteren değerler olarak dikkate alınmıştır (225).

İRYİEAÖ'nün Psikometrik Ölçümlerine İlişkin Bulgular

Örneklemin Tanımlayıcı Özellikleri

İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeğinin yapı geçerliği çalışmasına 234 onkoloji hemşiresi katılmıştır. Katılımcıların %91'i kadın ve %78,6'sı lisans mezunudur. Katılımcıların %47,4'ü yataklı kliniklerde, %65,8'i ise devlet hastanesinde hizmet vermektedir. Katılımcıların yaş ortancaları 29 yıl, çalışma süreleri ortancaları ise 30 aydır. Katılımcıların tanımlayıcı verileri Tablo 3.1'de sunulmaktadır.

Tablo 3.1. Onkoloji Hemşirelerinin Tanımlayıcı Bilgileri

Demografik Değişkenler	Sayı (Yüzde)	
Cinsiyet		
Kadın	214 (91)	
Erkek	20 (9)	
Eğitim		
Lise	4 (1,7)	
Ön Lisans	11 (4,7)	
Lisans	184 (78,6)	
Lisansüstü	35 (15)	
Onkoloji Kliniği		
Poliklinik	34 (14,5)	
Gündüz Tedavi/Kemoterapi	61 (26,0)	
Yataklı Klinik	111 (47,5)	
Kemik İliği Transplantasyon	28 (12,0)	
Hastane Türü		
Devlet	154 (65,8)	
Üniversite	76 (32,5)	
Özel	4 (1,7)	
	Median (IR)	Minimum ve Maksimum Değer
Yaş	29 (15)	22-63
Çalışma süresi (ay)	30 (65)	1-540

IR:Çeyrekler arası aralık

İRYİEAÖ'nün Madde İstatistikleri

Ölçeğin maddelerine ilişkin ortalamalar 2.89 ± 0.870 ile 3.94 ± 0.805 arasında değişmektedir (Tablo 3.2.).

Tablo 3.2. İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeğinin Madde İstatistikleri

Maddeler	Ortalama	Standart Sapma
m1	3,22	0,859
m2	3,29	0,919
m3	3,36	0,893
m4	3,41	0,876
m5	2,94	0,862
m6	3,05	0,937
m7	3,59	0,830
m8	3,41	0,886
m9	3,42	0,847
m10	3,73	0,813
m11	3,50	0,804
m12	3,65	0,821
m13	3,94	0,805
m14	3,46	0,850
m15	3,46	0,864
m16	2,93	0,843
m17	3,07	0,883
m18	2,89	0,870
m19	3,01	0,896
m20	3,42	0,831
m21	3,45	0,807
m22	3,55	0,813
m23	3,85	0,769
m24	3,46	0,981
m25	3,69	0,775
m26	3,68	0,788

İRYİEAÖ'nün Yapı Geçerliliği

Çalışmamızda KMO örneklem yeterliği ölçüsü değerinin 0,947 olduğu ve verinin faktörleşebilir olduğu görülmektedir. Çalışmamızda Bartlett'in küresellik testi p değeri 0,001'dir. Korelasyon matrisindeki çoğu değer 0,30 ile 0,90 arasındadır. Korelasyon matrisinde m1 ve m12, m13, m20 arasında, m5 ile m7, m9, m10, m12, m13, m20, m21, m22, m23, m24, m25, m26 arasında, m6 ve m10, m12,

m13, m22, m23, m18 arasında, m7 ve m20 arasında, m13 ve m16, m18 ve m23 arasında ve m16 ve m23 maddeleri arasında korelasyonlar 0,30'un altında olmakla birlikte 0,30'a yakın değerlerdedir. Ayrıca matriste korelasyonlar pozitifdir ve matrisin determinanı 0'a yakındır (Determinant = 4.31E-009).

Temel bileşenler analizi sonuçlarına göre ölçeğin 1, 2, 3 ve 4 faktörlü yapılarında özdeğerinin 1'den büyük olduğu görülmektedir. 1,2,3 ve 4 faktörlü yapıların modelleri test edildiğinde doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre maddelerin tek faktör altında toplandığı ve tek faktörlü yapının açıklayıcılık katsayısının 48,35 olduğu görülmektedir. Özdeğer ve Varyans Açıklama Oranları Tablo 3.3'te sunulmaktadır.

Tablo 3.3. Özdeğer ve Varyans Açıklama Oranı

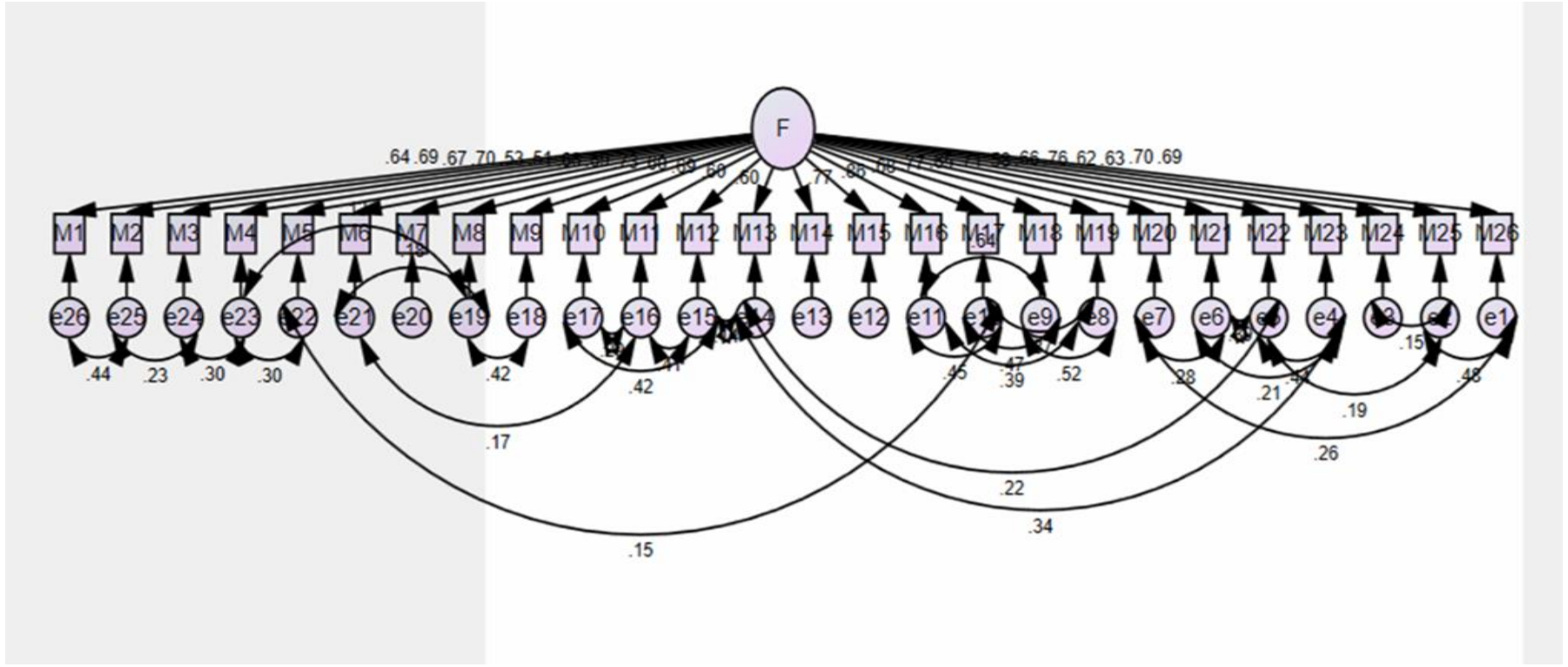
Faktör	Başlangıç Özdeğerler			Yüklenen Faktörlerin Kareleri Toplamları		
	Özdeğer	Oransal Varyans	Birikimli Varyans	Özdeğer	Oransal Varyans	Birikimli Varyans
1	12,572	48,353	48,353	12,572	48,353	48,353
2	2,168	8,337	56,690	2,168	8,337	56,690
3	1,259	4,841	61,531	1,259	4,841	61,531
4	1,063	4,088	65,619	1,063	4,088	65,619
5	0,900	3,460	69,079			
6	0,827	3,182	72,261			
7	0,767	2,952	75,213			

Doğrulayıcı faktör analizinin sonuçlarına göre tek faktörlü yapıdaki uyum göstergeleri (CMIN/DF, GFI, NFI Delta1, RFI rho1, IFI Delta2, TLI rho2, CFI, RMSEA) kabul edilebilir ve iyi uyumu göstermektedir. Tek faktörlü yapının uyum göstergeleri ve uyum durumu Tablo 3.4.'de sunulmuştur.

Tablo 3.4. Uyum Göstergeleri ve Tek Faktörlü Yapı İçin Uyum Durumu

Uyum Ölçütleri	Uyum Kriterleri	Modelin Sonuçları	Uyum Durumu
CMIN/DF	3'ten küçük olması istenir (226).	1,927	İyi Uyum
GFI	0,85 ve üzerinde olması istenir (227,228), 0,90 ve üzerindeki değerler iyi model uyumunu gösterir (229).	0,844	Kabul Edilebilir Uyum
NFI Delta1	0,90 ve üzerindeki değerler uyumu gösterir. Katı bir çerçeve ve sınır olmasa da 0,95 ve üzerindeki değerlerin olması istenir (230).	0,884	Kabul Edilebilir Uyum
RFI rho1	0.90 ve üzeri iyi uyumu gösterir (231).	0,86	Kabul Edilebilir Uyum
IFI Delta2	0,90'dan büyük olması iyi uyumu gösterir (229).	0,941	İyi Uyum
TLI rho2	0,95'e yakınlığı ya da 0,95 üzerinde olması iyim uyum göstergesi olarak kabul edilir (230).	0,928	İyi Uyum
CFI	0,95'e yakınlığı ya da 0,95 üzerinde olması iyim uyum göstergesi olarak kabul edilir (230). 0.90 ve üzerinde olması iyi uyum göstergesi olarak kabul edilir (229).	0,94	İyi Uyum
RMSEA	0,06'ya yakın ve 0,06'nın altındaki değerler iyi uyum göstergesidir (230).	0,063	İyi Uyum

Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucu ulaşılan modele Şekil-3.2.'de yer verilmiştir. Temel bileşenler analizi sonuçlarına göre tek faktörlü yapıdaki faktör yüklerinin 0,534- 0,843 arasında olduğu görülmektedir. Faktör yükleri Tablo 3.5.'de sunulmaktadır.



Şekil 3.2. Doğrulayıcı faktör analizi sonucu ulaşılan model

Tablo 3.5. Tek Faktörlü Yapıdaki Faktör Yükleri

1. İntihar riski olan hastaya doğru yaklaşımı gösterme konusunda kendimi yeterli bulurum.	0,657
2.Hastada intihar riski olduğunda ne yapmam gerektiğini bilirim.	0,711
3. İntihar riskinin uyarıcı işaretlerini tanıyabilirim.	0,690
4. İntihar için risk faktörlerini belirleyebilirim.	0,719
5. İntihar riskini belirlemek için objektif ölçme araçlarını kullanmada kendimi yeterli hissederim.	0,561
6. İntihar riski olduğunu düşündüğüm hastaya intihar düşüncesi olup olmadığını sorabilirim.	0,534
7. İntiharı düşündüğünü bildiğim hastanın bakımında güvenli çevreyi sağlayabilirim.	0,661
8. İntihar riski olduğunu düşündüğüm hastayla iletişimde nelere dikkat edeceğimi bilirim.	0,718
9. İntihar riski olduğunu düşündüğüm hastanın ailesiyle iletişimde nelere dikkat edeceğimi bilirim.	0,744
10. İntihar düşüncesi olan hastayı, sunduğumuzdan daha ileri yardım alması için uygun zamanda ve doğru psikososyal birimlere/kurumlara/kaynaklara yönlendirebilirim.	0,629
11. İntihar düşüncesi olan hastanın intiharını önleyebilecek kaynakları (kurum, tedavi, önlem, bilgilendirme vb.) nasıl araştırabileceğimi / sorgulayabileceğimi bilirim.	0,721
12. İntiharı düşünen hastayı intiharı önleyebilecek kurum içi ya da kurum dışı psikososyal kaynaklara (tedavi, destek, bilgilendirme, sosyal hizmetler vb.) yönlendirebilirim.	0,644
13. Hastada intihar riski olduğunu düşündüğümde, birlikte çalıştığım ekiple (bakım ve tedavide yer alan sağlık çalışanları) bunu nasıl paylaşacağımı bilirim.	0,624
14. Hastadaki intihar riskini yönetirken ekiple ortaya çıkabilecek olası çatışmaları çözebilecek yeterlilikteyim.	0,767
15. Hastanın intihar riskinin yönetiminde sorumluluklarımı bilirim.	0,843
16. İntihar riskini değerlendirme konusunda gerekli bilimsel birikime sahibim.	0,724
17. İntihar riskini değerlendirme konusunda gerekli beceriye sahibim.	0,791
18. İntihar riskini yönetme konusunda gerekli bilimsel birikime sahibim.	0,708
19. Hastanın intihar riskini yönetebilirim.	0,749
20. Hastanın intihar riskini yönetirken kaygımı kontrol edebilirim.	0,610
21. İntihar riski olan hastayla intiharı önleme konusunda iş birliği yapabilirim.	0,684
22. İntihar riski olan hastanın yakını ile intiharı önleme konusunda iş birliği yapabilirim.	0,765
23. İntihar riski olan hastayla ilgili olarak ekiple iş birliği yapabilirim.	0,643
24. Bakımım altındaki hasta intiharı düşünürse kendi mesleki yeterliliğim konusunda şüphe duymam.	0,650
25. İntihar riski olan hastaya bakım verirken, intihara yönelik kendi duygu ve düşüncelerimin, hasta ve hasta yakınlarının duygu ve düşüncelerinin farkında olarak iletişim kurarım.	0,725
26. İntihar riski olan hastaya bakım verirken, kontrol edebileceğim ve edemeyeceğim durumları ayırt edebilirim.	0,720

İRYİEAÖ'nün Güvenirlik Sonuçları

Ölçekteki 26 maddenin iç tutarlılık katsayısı 0,956, test-retest ölçümleri arasındaki sınıf içi güvenirlik katsayısı ise 0,928'dir.

İRYİEAÖ'nün Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Sonucu Nihai Hali

26 maddeden oluşan İRYİEAÖ'nün geçerlik ve güvenirlik çalışması sonucunda oluşan son hali Ek-5'de sunulmuştur. İRYİEAÖ, hemşirelerin intihar riskini tanıma ve yönetme bilgi ve becerileri konusundaki etkililik algılarını ölçmeyi amaçlayan 5'li likert tipinde bir ölçektir. Ölçeğin maddeleri kesinlikle katılmıyorum= 1 puan, katılmıyorum= 2 puan, kararsızım= 3 puan, katılıyorum=4 puan, kesinlikle katılıyorum= 5 puan ifadeleriyle derecelendirilmiştir. Ölçekte ters kodlu madde bulunmamaktadır. Tek boyutlu olan bu ölçekten alınabilecek en düşük puan 26 en yüksek puan 130 olup, ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanın artışı, hemşirelerin intihar riskinin tanınması ve yönetimindeki bilgi ve becerileriyle ilişkili olarak kendilerini algılamalarının daha olumluya doğru ilerlediğine işaret etmektedir (232).

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanması için çalışmaya izin veren onkoloji hastanelerindeki yönetici hemşirelerle görüşülmüş, çalışmanın amacı ve kapsamı konusunda bilgi verilmiştir. Klinik yönetici hemşireleri ile iş birliği yapılarak klinik ziyaretler kliniğin iş akışını bozmayacak şekilde planlanmıştır. Kliniklerdeki hemşirelerle görüşülerek çalışmanın amacı ve kapsamı konusunda bilgi verilmiştir. Bu kapsamda toplamda 112 hemşireye ulaşılabilmektedir. Bu hemşirelerden 25'i çalışmaya katılmayı kabul etmemiş, 1'i de psikiyatri hemşireliği lisansüstü öğrencisi olduğu ve eğitiminin bir parçası olarak intihar ve önleme alanında ders aldığı için çalışmadan dışlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil etme kriterlerini karşılayan 86 hemşireden telefon numaraları ve çalışma yılları öğrenilmiştir. Deney ve kontrol gruplarının hemşirelerin çalışma yılları bakımından benzer olması için tabakalı randomizasyon

kullanılmıştır. Çalışmaya katılan hemşireler çalışma yıllarına göre tabakalandırılmış deney ve kontrol gruplarına atanmıştır. Böylelikle 43 kişi deney grubuna 43 kişi kontrol grubuna atanmıştır. Deney grubundaki bireylerle iletişime geçilmiş eğitim oturumlarına katılımları için uygun gün ve zamanlar belirlenmiştir. Ayrıca, deney ve kontrol grubu üyelerine ön test, son test ve izlem testlerinin doldurulması gereken zamanlar konusunda bilgi verilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcılara müdahale programına başlamadan bir gün önceden Tanıtıcı Bilgi Formu, İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği, İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği ve İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeği çevrimiçi uygulama ile ulaştırılmış ve doldurmaları sağlanmıştır.

Grupla yürütülen programlarda grup üyelerinin amaçlarına ulaşabilmesi, grupta öğrenme, deneyimlerin paylaşımı, amaç edinme gibi program hedeflerine ulaşmayı kolaylaştıran faktörlerin sağlanabilmesi için üye sayısının belirli sayıda tutulması önerilmektedir. Bu bağlamda programın üç oturumdan oluşan her bir oturumuna en az 8 kişi en fazla 12 kişinin katılımı sağlanacak şekilde gruplar oluşturulmuştur (233,234). Deney grubundaki katılımcılar dört gruba ayrılmış, grupların biri 9, biri 10, ikisi 12 katılımcı içerecek şekilde oluşturulmuştur. Deney grubundaki dört gruba 25 Mayıs-2 Ağustos 2023 tarihleri arasında “Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programı” uygulanmıştır. Her oturum 90-120 dakika sürmüş çevrimiçi toplantı programı olan Zoom adlı platformda yürütülmüştür. Program oturumlarının arasında 5-8 gün olacak biçimde uygulanmış olup katılımcılar için programdaki farkındalık ve bilgilerin kalıcılığı sağlanmaya çalışılmıştır. Oturumlar sırasında 10-15 dakika ara verilmiştir. Her oturum öncesinde katılımcılara WhatsApp uygulaması yoluyla hatırlatma yapılmış ve oturum linki gönderilmiştir Her gruba müdahale programı uygulandıktan hemen sonra son testler (İBDÖ, İYDÖ, İRYİEAÖ), son testlerin uygulanmasından 3 ay sonra ise izlem ölçümleri uygulanmıştır. Kontrol grubundaki kişiler de deney grubundaki kişilerle eşleştirilmiş ve uygulama günleri aynı haftada (deney ve kontrol grubu uygulama günleri arasındaki fark 3 günü aşmamıştır) olacak şekilde ön test, son test ve izlem testleri uygulanmıştır.

“Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programı'nın” ilk iki oturumuna katılmayan katılımcılar çalışmadan dışlanmış, son oturuma katılmayan hemşireler için katıldıkları son oturumdan sonraki 8 gün içerisinde telafi oturumu gerçekleştirilmiştir. Ara oturuma (2. oturum) katılmayan hemşireler için grubun 3. oturumundan önce bir oturum gerçekleştirilmiştir.

Deney grubundan 1 katılımcı iş yoğunluğu nedeniyle hiçbir gruba katılım gösterememiş, 1 katılımcı ise 2. oturuma ve telafi oturumuna katılmamış, 1 katılımcı ise eşinin sağlık problemi nedeniyle 3. oturuma ve telafi oturumuna katılmamıştır. Deney grubundan 40 kişinin katılımı ile program tamamlanmıştır. Deney grubundan 1 kişi izlemde ölçek formunu uygun tarihlerde dolduramamış, izlem ölçümleri 39 kişi ile tamamlanmıştır. Kontrol grubundan 2 kişi çalışma başladıktan sonra doldurmaları gereken sürede ön testleri doldurmak için uygun zamanı olmaması nedeniyle, 1 kişi de son testi uygun tarihlerde doldurmaması nedeniyle çalışmadan çıkarılmıştır. Kontrol grubunun izlem ölçümleri 40 katılımcı ile tamamlanmıştır.

Deney grubundaki hemşirelere uygulanan “*Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programı*” oluşturulurken, intihara ve intiharın önlenmesine ilişkin genel yaklaşımlarla birlikte onkoloji perspektifinden intihar önleme yaklaşımlarına yer verilmiştir. Bu bağlamda eğitim içeriğinde hemşirelerin hizmet verdiği onkoloji hastalarının fiziksel ve psikososyal sorunları göz önünde bulundurulmuş ve psikososyal sorunların intihar riskine ne şekilde zemin hazırladığı ele alınmıştır. Ayrıca intihara ilişkin genel stigmaların yanı sıra onkoloji hastalarına ilişkin stigmaların etkileri tartışılmış ve farkındalık oluşturulmaya çalışılmıştır. Programda intihar riskinin değerlendirilmesine ilişkin genel bilgilerin yanında onkoloji hastasında intihar riskinin nasıl değerlendirileceğine ilişkin bilgilere ve becerilere yer verilmiştir. İntihar riskini değerlendirirken ve yönetirken hasta, aile ve ekip üyeleriyle etkili ve empatik iletişim kurma teknikleri ele alınmıştır. Bununla birlikte hizmet verilen kliniklerin doğası ve Türkiye'deki sağlık sisteminin işleyişi kapsamında onkolojide çalışan hemşirelerin intihar önleme konusunda rol ve sorumluluklarının sınırları tartışılmıştır. Eğitim programının içeriğinde yer verilen bu bilgi ve beceriler, intihara ilişkin literatür ve onkolojideki intihar riskine ilişkin

literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Ayrıntılı kaynakçaya her oturum başlığı altından ulaşılabilir) (6,33,37,45,50,51,173,215). Bununla birlikte eğitim programında didaktik bir öğretim tarzı yerine oyun, vaka analizi, rol-oyun, yaşantı paylaşımı, soru-cevap, tartışma gibi öğretim teknikleri kullanılarak eğitimde verilen bilgi ve becerilerin kalıcılığı sağlanmaya çalışılmıştır.

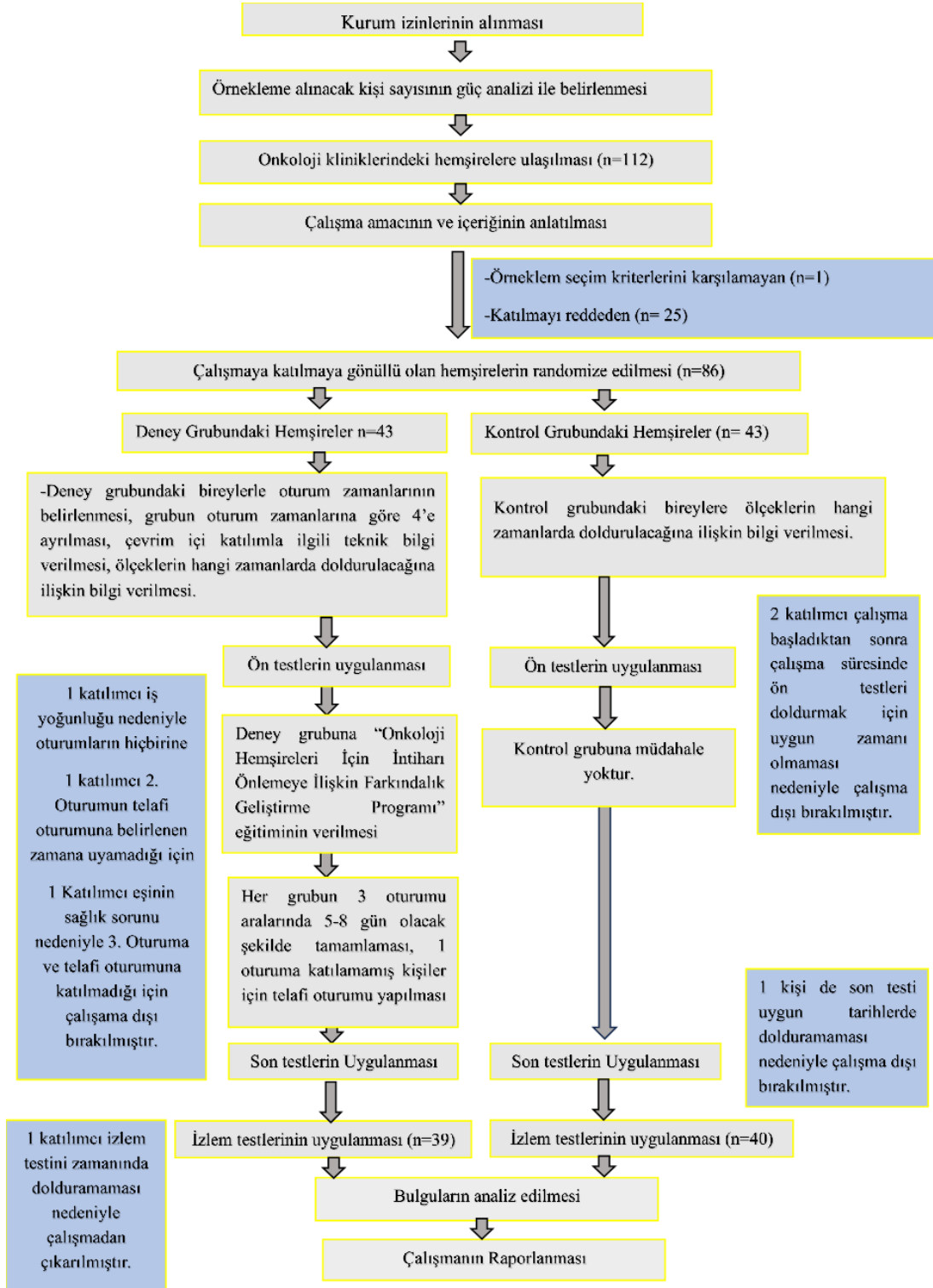
“Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programı” 3 oturumdan oluşmakta olup, oturumların başlıkları şöyledir:

1. Oturum: İntiharı Anlamaya Giriş “Farkındalık ve Gelişim”
2. Oturum: İntihar Riskini Değerlendirme
3. Oturum: İntihar Riskinin Yönetimi “İletişim ve Yönlendirme”

Geliştirilen farkındalık programı çalışmaya başlamadan önce beş uzmanın görüşüne sunulmuş ve geri bildirimler sonunda programa son hali verilmiştir (Ek-6). Programın genel işleyişine Tablo 3.6.’da yer verilmektedir. Araştırmanın Uygulama Akış Şeması ise Şekil 3.3’de sunulmaktadır.

Tablo 3.6. “Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharını Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programı” İşleyiş Planı

Oturum Adı	Oturum Süresi	Yöntem	Oturumun Amacı
<i>İntiharın Anlamaya Giriş “ Farkındalık ve Gelişim”</i>	90-120 dakika	Anlatım, oyun, soru-yanıt, tartışma	Hemşirelerin intihar olgusunu tanımasını sağlayarak, onkoloji hastalarındaki intiharla ilgili süreçleri tanıyabilmelerini, intiharla ilgili toplumsal damgalamaların farkında olabilmelerini sağlamak, intihara ilişkin kayıp, suçluluk, anksiyete, yalnızlık, damgalama gibi kavramlara yönelik fikir sahibi olmalarını sağlamak.
<i>İntihar Riskini Değerlendirme</i>	90-120 dakika	Anlatım, soru-yanıt, tartışma, rol-oynama, video.	Hemşirenin intihar riskini değerlendirebilmekle ilgili duygularını ve düşüncelerini fark edebilmesini, intiharda risk faktörlerini tanımlayabilmesini, kanseri olan bireydeki intihar riskini değerlendirebilmesini, bu değerlendirmede uygun iletişim biçimlerini benimseyebilmesini ve risk değerlendirmedeki engellerle mücadele edebilmesini sağlamak.
<i>İntihar Riskinin Yönetimi “ İletişim ve Yönlendirme”</i>	90-120 dakika	Anlatım, tartışma.	Hemşirenin bir önceki oturumda riski değerlendirmesinin ardı sıra, hasta ile iş birliği yapmasını sağlamak, müdahale basamakları konusunda bilgi sahibi olmasını sağlamak, intihar riskini ekiple ve hasta yakınıyla paylaşırken terapötik iletişim becerisi göstermesini sağlamak, fiziksel güvenliği sağlayabilecek değerlendirme becerisine sahip olmasını sağlamak, bu yönde terapötik ortamı oluşturmak, psikiyatri konsültasyonu sonrası değerlendirmenin önemini kavramasını sağlamak, intihar riski değerlendirmesi yapmaya devam etmesini sağlamak ve psikiyatrik ilaçların kullanımına yönelik bilgi sahibi olmasını sağlamak, taburculukta hasta ve hasta yakınlarının yardım alması gereken kaynakları bilmesini sağlamak.



Şekil 3.3. Uygulama Akış Şeması

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 23 istatistik programı kullanılmış olup, istatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir. Müdahale öncesi tanıtıcı bilgilerin gruplar arasında farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla nominal değişkenler için ki-kare testi, ordinal değişkenler için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunu belirlemede Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Deney ve kontrol grupları arasındaki farkı belirlemek amacıyla normallik varsayımını sağlamayan değişkenler için Mann-Whitney U testi, normallik varsayımını sağlayan sayısal değişkenler için iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (Independent sample t testi) kullanılmıştır. Deney ve kontrol gruplarında zamana göre değişimlerin incelenmesinde (ön test-son test-izlem testi) Friedman testi kullanılmıştır. Deney ve kontrol gruplarının içinde farklılığın nereden kaynaklandığını incelemek amacıyla için Post- Hoc analizleri yapılmış, Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanması için öncelikle Hacettepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'una başvuru yapılmış, 2021/07-12 (KA-21003) karar numaralı etik izinler alınmıştır (Ek-7). Ardından çalışmanın gerçekleştirileceği Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesinden kurum izinleri alınmıştır (Ek-8). Çalışma boyunca tüm katılımcılardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır (Ek-9). Ayrıca araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını gerçekleştiren araştırmacılardan e-posta yoluyla ölçeklerin kullanım izni alınmıştır (Ek-10). Çalışmanın NCT06282263 numarası ile ClinicalTrials.gov kaydı yapılmıştır. Çalışmanın bitiminde deney grubunda çalışmaya devam edemeyen katılımcılara ve kontrol grubundaki bireylere de istedikleri takdirde Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programına katılabilecekleri belirtilmiştir.

3.8. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

“Onkoloji Hemşireleri İçin İntihar Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programı” onkoloji hemşireleri ile yürütülen randomize kontrollü olarak test edilmiş ilk intihar önleme farkındalık programı olarak literatüre katkı sağlayabilir. Çalışmanın katılımcılarının onkoloji hemşirelerinden oluşması ve programın onkolojiye özgü intihar önleme yaklaşımlarından oluşan kapsamlı bir niteliğe sahip olması ve üç aylık izlem sonuçlarının değerlendirilmesi çalışmanın güçlü yönlerini oluşturmaktadır. Diğer taraftan programın çevrimiçi ortamda uygulanması, katılımcıların ve araştırmacının körlenmemesi çalışmanın sınırlılıklarındandır.

4. BULGULAR

4.1. Onkoloji Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Onkoloji hemşirelerinin tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1.'de sunulmaktadır. Onkoloji hemşirelerinin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde deney grubundaki hemşirelerin %90'ı kadın olup, %72,5'i lisans düzeyinde eğitime sahiptir ve %72,5'i yataklı klinikte çalışmaktadır. Kontrol grubundaki hemşirelerin ise %85'i kadın olup, %95'i lisans düzeyinde eğitime sahiptir ve %80'i yataklı klinikte çalışmaktadır. Deney grubundaki onkoloji hemşirelerinin yaş ortancası 29 yıl, meslekte çalışma süresi ortancası 60 ay, onkolojideki çalışma süresi ortancası 54 ay iken; kontrol grubundaki hemşirelerin yaş ortancası 28 yıl, meslekte çalışma süresi ortancası 48 ay, onkolojideki çalışma süresi ortancası 45 aydır. Deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında yaş, meslekte çalışma süresi, onkolojide çalışma süresi, cinsiyet ve çalışılan birim bakımından grupların benzer olduğu, eğitim düzeyi bakımından grupların benzer olmadığı görülmektedir.

Tablo 4.1. Onkoloji Hemşirelerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		İstatistiksel Değerlendirme	
	M [IQR]	Min-Max	M [IQR]	Min-Max	Test	p
Yaş	29[10]	24-48	28[12]	23-52	U=868.500	.509
Meslekte çalışma süresi (ay)	60[126]	12-348	48[147]	14-300	U=858.000	.576
Onkolojideki çalışma süresi (ay)	54[65]	2-288	45[78]	3-216	U=857.000	.583
	N	%	N	%		
Cinsiyet						
Kadın	36	90	34	85	$\chi^2=0.457$.735
Erkek	4	10	6	15		
Eğitim Durumu						
Lisans	29	72.5	38	95	$\chi^2=7.440$.015
Lisansüstü	11	27.5	2	5		
Çalışılan birim						
Yataklı klinik	29	72.5	32	80	$\chi^2=0.621$.599
Poliklinik	11	27.5	8	20		

̄X: Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, %: Yüzde, Min.: Minimum değer, Max.: Maksimum değer, U: Mann Whitney U test, χ^2 Pearson ki-kare testi

4.2. Onkoloji Hemşirelerinin Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının bilgi, damgalama ve etkililik algısı düzeylerine etkisine ilişkin deney ve kontrol grubu bulguları Tablo 4.2.'de sunulmaktadır.

Tablo 4.2. Onkoloji Hemşirelerinin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi, İntihara Yönelik Damgalama ve İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Puanları

Ölçekler	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test İstatistiği; p
İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi	M [IQR] X̄±SS	M [IQR] X̄±SS	
Ön test	12 [4]	12 [4]	U=823.000; p=.824
Son test	19± 3	11 ±4	t=-9.625; p=.001
İzlem testi	18 [5]	12 [6]	U=1315.500; p=.001
Test İstatistiği; p	F=55.342; p=.001 (3>1, 2>1)	F=1348; p=.510	
İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı	X̄±SS	X̄±SS	
Ön test	80 ± 16	83 ±19	t= 0.816; p=.417
Son test	111±10	89±17	t= -6.957; p=.001
İzlem testi	105±12	85±20	t=-5.190; p=.001
Test İstatistiği	F=51.487; p=.001 (3>1, 2>1)	F=3.315; p=.191	

X̄: Ortalama, SS: Standart sapma, M: Ortanca, IQR: Çeyrekler arası açıklık F: Friedman testi t: İki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi, U: Mann Whitney U test. Zaman karşılaştırmalarında ön test 1, son test 2, izlem testi 3 olarak gösterilmiştir.

Tablo 4.2. (Devam) Onkoloji Hemşirelerinin İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi, İntihara Yönelik Damgalama ve İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Puanları

Ölçekler	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test İstatistiği; p
İntihara Yönelik Damgalama			
Damgalama	M [IQR]	M [IQR]	
Ön test	56 [29]	66 [36]	U= 713.500; p=.405
Son test	45 [26]	71 [36]	U=407.500; p=.000
İzlem testi	44 [31]	65 [40]	U=497.000; p=.005
Test İstatistiği	F= 8.265; p=.016 (1>2, 1>3)	F= 2.808; p=.246	
İzolasyon	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	
Ön test	57±13	55 ±9	t= -.019; p=.538
Son test	53±15	56±10	t= 1.093; p=.278
İzolasyon İzlem testi	52±14	55±11	t= .871; p= .386
Test İstatistiği	F=9.882; p=.007 (1>2)	F=0.160; p=.923	
Yüceleştirme	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	
Ön test	25± 6	25 ±7	t=0,462; p=.646
Son test	23±8	27±9	t= 2.117; p=.037
İzlem testi	24±8	25±8	t=.707; p=.482
Test İstatistiği	F=0.746; p=.454	F=1.393; p=.254	

\bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, M: Ortanca, IQR: Çeyrekler arası açıklık F: Friedman testi t: İki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi, U: Mann Whitney U test. Zaman karşılaştırmalarında ön test 1, son test 2, izlem testi 3 olarak gösterilmiştir.

Tablo 4.2. incelendiğinde deney ve kontrol grubu arasında İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği, İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeği ön test puanları ve İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği damgalama, izolasyon ve yüceleştirme alt boyutları ön test puanları açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubu İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği son test ($t=-9.625$, $p<0.05$) ve izlem ($U=1315.50$, $p<0.05$) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır. Deney grubunun İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği son test ve izlem testi puanı, kontrol grubu son test ve izlem testi puanından daha yüksektir. Deney ve kontrol grubunun İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeği son test ($t=-6.957$; $p<0.05$) ve izlem testi ($t=-5.190$, $p<0.05$) puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır. Deney grubunun İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeği son test ve izlem testi puanı, kontrol grubunun İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeği son test ve izlem testi puanından yüksektir. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği damgalama alt boyutu son test puanları ($U=407.500$; $p<0.05$) ile izlem testi ($U=497.000$, $p<0.05$) puanları açısından deney ve kontrol grubu ölçümleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır. Deney grubunun İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği damgalama alt boyutu son test ve izlem testi puanlarının kontrol grubunun damgalama alt boyutu son test ve izlem testi puanlarına göre düşük olduğu görülmektedir. Deney ve kontrol grubu arasında İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği izolasyon alt boyutu ön test, son test ve izlem testi ile İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği yüceleştirme alt boyutu ön test ve izlem testi puanları bakımından anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p>0,05$). Bununla birlikte, deney grubu İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği yüceleştirme alt boyutu son test puanı ile kontrol grubu son test puanı arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($t= 2.117$, $p<0.05$). Deney grubunun İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği yüceleştirme alt boyutu son test puanının, kontrol grubunun son test yüceleştirme puanından daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2’de ayrıca, deney ve kontrol grubunun kendi içinde ön test, son test ve izlem ölçümleri değerlendirilmiştir. Kontrol grubunda İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği, İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeği ve İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği damgalama, izolasyon, yüceleştirme alt boyutları ön

test, son test ve izlem testi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Deney grubunda ise İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği ön test, son test ve izlem testi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($F=55.342$; $p<0.05$). Farklılığın nereden kaynaklandığı Bonferroni düzeltmesi ile incelenmiş olup İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi ölçümlerinde ön test-izlem testi ($p= .001$) ve ön test- son test arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p= .001$) belirlenirken, son test-izlem testi arasında istatistiksel olarak bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p=.109$). Üç ölçüm arasındaki bu farklılığın ön testten kaynaklandığı söylenebilir. Bu bağlamda deney grubunda İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği ön test puanı, son test ve izlem puanından daha düşüktür.

Deney grubunda İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeği ön test, son test ve izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($F=51.487$ $p<0.05$). Farklılığın nereden kaynaklandığı Bonferroni düzeltmesi ile incelenmiş olup İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı ölçümlerinde ön test-son test ($p= .001$) ve ön test-izlem testi ($p= .001$) arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu, son test-izlem testi arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmektedir ($p=.579$). Üç ölçüm arasındaki bu farklılığın ön testten kaynaklandığı belirlenmiştir. Deney grubunda İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeği ön test puanı, son test ve izlem puanından anlamlı olarak daha düşüktür.

Deney grubunda İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği damgalama alt boyutu ön test, son test ve izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($F= 8.265$; $p<0.05$). Farklılığın nereden kaynaklandığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Bonferroni düzeltmesi sonucunda İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği damgalama alt boyutu ön test- son test arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p= .020$), son test- izlem testi arasındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmektedir ($p=1.000$). Deney grubunda İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği damgalama alt boyutu son test ve izlem testi puanları ön test puanından daha düşüktür.

Deney grubu İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği izolasyon alt boyutu ön test, son test ve izlem testi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($F=9.882$, $p<0.05$). Bonferonni düzeltmesi ile bu farklılığın İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği izolasyon alt boyutu ön test- izlem testi puanları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p=.010$). İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği izolasyon alt boyutu izlem testi puanının ön test puanından daha düşük olduğu görülmektedir.

Deney grubu İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği yüceleştirme alt boyutu ön test, son test ve izlem testi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

4.3. Ölçekler Arası İlişkilerle İlgili Bulgular

Tablo 4.3’de deney grubundaki katılımcıların İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi, İntihara Yönelik Damgalama ve İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı ölçek puanları arasında ön test-son test ve ön test-izlem testi arasındaki değişime ilişkin korelasyon tablosu sunulmaktadır.

Tablo 4.3. Deney grubunda İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi, İntihara Yönelik Damgalama ve İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçek Puanları arasındaki değişim ilişkileri

Ölçekler	Ön Test-Son Test					Ön Test- İzlem Testi				
	İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi	İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı	İntihara Yönelik Damgalama			İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi	İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı	İntihara Yönelik Damgalama		
Damgalama			İzolasyon	Yüceleştirme	Damgalama			İzolasyon	Yüceleştirme	
İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi	r p	392 0.012						-385 0.016		-455 0.004
İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı	r p									
İntihara Yönelik Damgalama										
Damgalama	r p									
İzolasyon	r p			419 0.007						
Yüceleştirme	r p		595 0.001							

r: Spearman'ın sıralama katsayısı

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi ile İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı ön test-son test puanlarındaki değişim açısından orta düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.392$, $p=0.012$). Ön-test-son test puanları değişimi bağlamında, İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi arttıkça İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı da artmaktadır. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği damgalama alt boyutu ile İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği yüceleştirme alt boyutu ön test-son test puanlarındaki değişim açısından orta düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.595$, $p=0.001$). Ön-test-son test puanları değişimi bağlamında, İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği damgalama alt boyutu puanı azaldıkça İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği yüceleştirme alt boyutu puanı da azalmaktadır. İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği yüceleştirme alt boyutu ile İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği izolasyon alt boyutu ön test-son test puanlarındaki değişim açısından orta düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.419$, $p=0.007$). Ön test-son test puanları değişimi bağlamında, İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği yüceleştirme alt boyutu puanı azaldıkça İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği izolasyon alt boyutu puanı azalmaktadır.

Ölçeklerin ön test- izlem testi puanları arasındaki değişim ilişkileri incelendiğinde ise İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi ile İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği damgalama alt boyutu arasında düşük düzeyde ve negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.385$, $p=0.016$). Ön test-izlem testi puanları değişimi bağlamında, İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi puanı arttıkça İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği damgalama alt boyutu puanı azalmaktadır. İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi ile İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği yüceleştirme alt boyutu ön test-izlem testi puanlarının değişimleri arasında orta düzeyde negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.455$, $p=0.004$). Ön test-izlem testi puanları değişimi bağlamında, İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi puanı arttıkça İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği yüceleştirme alt boyutu puanı azalmaktadır.

5. TARTIŞMA

Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının intihara yönelik bilgi, etkililik algısı ve damgalamaya etkisinin araştırıldığı bu çalışmanın sonuçları, bu programın hemşirelerin intihara ilişkin bilgi düzeyi ile intihar riskinin yönetimine ilişkin etkililik algısını arttırdığını, intihara yönelik damgalamalarını ise azalttığını göstermektedir. Çalışmada deney grubundaki bireylerin intihara ilişkin bilgi düzeylerinin program sonu ve izlemde program öncesi ve kontrol grubuna göre arttığı belirlenmiştir. Program sonunda ve üç aylık izlemde intihara ilişkin bilgi düzeyindeki bu artış, İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının onkoloji hemşirelerine bilgi kazandırmada oldukça etkili bir program olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda programın içeriği onkoloji alanına özgü hazırlanmış olup, literatürün işaret ettiği intihar önlemeye ilişkin gereksinimler (onkolojiye özgü intihar risk faktörlerinin ve stigmaların ele alınması, intihar riskinin yönetiminde rollerin ve sorumlulukların aydınlatılması, intihar riski olan bireyle ve ailesi ile iletişim) göz önünde bulundurularak oluşturulmuştur (45,50,173). Ayrıca program içeriğinde intihar, kanser hastalarında görülen psikososyal sorunların (distress, sosyal izolasyon, yük algısı, kayba verilen uyumsuz yanıtlar) bir parçası olarak ele alınmış ve kanser hastalarının mevcut sorunları ile intihar ilişkisi bütüncül bir perspektifle gösterilmiştir. Öğrenme, bireyin daha önce kazandığı bilgilerin yeni edindiği bilgilerle ilişkilendirilme ve anlamlandırma sürecini tarif eder (235). Bu bağlamda program içeriğinin onkoloji alanındaki gereksinimlere dayalı oluşturulması, intihara ilişkin bilginin onkoloji alanındaki diğer bilgilerle ilişkilendirilmesini sağlamış olabilir. Bu da intihara ilişkin bilgi düzeyinin program sonrasında ve izlemde artışını sağlamış olabilir. Literatür incelendiğinde bilgi düzeyindeki bu artışın karşılaştırılabileceği onkoloji alanında yapılmış herhangi bir intihar önleme çalışmasına rastlanmamaktadır. Ancak, farklı popülasyonlardaki intihar önleme çalışmalarının sonuçları, çalışma bulguları ile benzer olup, uygulanan eğitim ve farkındalık programları sonunda hedef popülasyonun bilgi seviyesinde artış olduğunu göstermektedir (12,54,236,237).

Bandura (1978) 'ya göre algılanan etkililik, bireyin kendisiyle ilgili bir beklenti yaratarak ya da beklentiyi güçlendirerek, bir davranışın seçimini etkiler.

Dolayısıyla bir konuda etkililik algısı artan bireylerin mevcut başa çıkma örüntüleri değişir, istedik davranışı ortaya koyma eğilimleri artar (238). Yapılan çalışmalarda intihar riskini yönetmeye ilişkin etkililik algısının intihar önleme davranışlarını (intiharı konuşmak, yardıma açık olmak, riski değerlendirmek vb.) göstermede en önemli yordayıcılardan ya da araçlardan biri olduğu vurgulanmaktadır (239,240). Çalışmamızda deney grubundaki bireylerin intihar riskini yönetmeye ilişkin etkililik algısı düzeylerinin eğitim sonunda ve izlemde kontrol grubuna ve program öncesine göre arttığı belirlenmiştir. Bu bulgumuza göre İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının onkoloji hemşirelerinin intihar önleme konusunda kendilerinden beklentilerini yükselterek intihar riskini yönetme konusunda etkililiklerini arttırdığı görülmektedir. Bu sonuç özellikle program içeriğinin aktarılması ve uygulanışı ile ilgili olabilir. Grup atmosferi bireylerde öğrenme, davranış değişimi, kişisel ve mesleki gelişimi destekleyen birçok psikolojik süreci başlatır. Gruplarda gruba bağlılıkla birlikte, grupça bir amaca ulaşma duygusu, grup üyelerinin deneyimlerden öğrenme, rol-model olma ya da rol-modelleme, yeni bir davranışı gösterme motivasyonun ortaya çıkması gibi tutum ve davranışlar gelişebilmektedir (241,242). Sözü edilen bu grup süreçleri çalışmamızda sunduğumuz bu program içerisinde aktarılan intiharı önlemeye ilişkin bilgi ve becerilerin içselleştirilmesini ve böylelikle hemşirelerin intihar riskinin yönetilmesinde kendilerini daha etkili görmelerini sağlamış olabilir. Bununla birlikte, programda intiharı önlemeye ilişkin bilgi ve becerilerin oyun, rol-oyun, yaşantı paylaşımı, tartışma gibi birçok öğretim yöntemi ile aktarılması ve iletişime hazırlayıcı pratiklere yer verilmesi bireylerde etkililiğin artışı kolaylaştırmış olabilir. Literatürdeki etkililik ölçeklerinin yapısı ve içeriğinin farklı olması karşılaştırmayı zorlaştırırsa da, bulgularımızla örtüşen bazı araştırma sonuçları mevcuttur. Solin ve arkadaşları (2021) birinci basamakta hizmet veren hekimler, hemşireler ve sosyal hizmet uzmanlarına verdikleri eğitimde katılımcıların intihar önleme eğitimi sonrası en fazla “endişelerini dile getirme” ve “intihar riski olan hastalarla yüzleşme” alanlarında olmak üzere tüm yeterlik alanlarında gelişme gösterdiklerini bildirmişlerdir (158). Muehlenkamp ve arkadaşları (2023) ise acil hemşireleri ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında intihar önleme eğitimi sonrası

intihar riski olan hastaya bakım verme güvenlerinde artış olduğunu raporlamışlardır (243).

Bireylerde intiharı anlama ve önleme konusunda artan olumlu tutum, intihar önlemeye yönelik davranışların sergilenmesiyle doğrudan ilişkilidir (240). Bu nedenle stigmanın azaltılması intihar önleme faaliyetlerinin etkinliğinin gösterilmesinde temel amaçlardan biri olmaktadır (6,181). Farkındalık programı sonunda ve izlemde deney grubunun damgalama puanlarının program öncesine göre azalmış olması bu programın onkoloji hemşirelerinin intihara ilişkin damgalama tutumlarında iyileşmeyi sağladığını göstermektedir. Ayrıca, damgalamadaki azalmanın eğitimden sonraki üç ay boyunca devam etmesi programın hemşirelerin tutumlarında kalıcı değişikliklere yol açmış olabileceğini düşündürmektedir. Holmes ve arkadaşları (2021) intihar önleme çalışmalarını sistematik derledikleri araştırmalarında intiharı önleme eğitim ve farkındalık programlarının en dayanıklı etkisinin bilgi ve öz etkililik üzerinde olduğunu, çalışmaların %57'sinde izlemde intihara yönelik tutumların başlangıç seviyelerine geri döndüğünü bildirmişlerdir (93). Stigmanın eğitime karşı bu dayanıksızlığı, köklü ve dirençli sosyo-kültürel inançların varlığı ile açıklanabilir (242). Bu bağlamda çalışmamızdaki damgalamadaki etkili azalış ve azalışın sürmesi, program kapsamında stigmaların sosyal ve kültürel bağlamının iyi analiz edilmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada deney grubunda damgalamanın alt boyutu olan izolasyon düzeyinin izlemde program öncesine göre azaldığı görülmektedir. Sosyal izolasyonu baskın ve depresif özellikleri belirgin olan bireylerde intihar riskinin, daha yüksek olacağı düşüncesi bir intihar mitidir (6). Klinik alanlarda majör depresyonun ve intiharla olan pozitif yönde ilişkisinin daha çok gözlemleniyor olması, hemşirelerde bu bireylerin daha fazla izole olacağı algısının güçlenmesine yol açıyor olabilir. Öztürk ve Hiçdurmaz'ın (2023) onkoloji hemşireleri ile yaptıkları çalışmada onkoloji hemşireleri yataklı servisteki hastaların intihar riskinin, ayaktan kemoterapi alan hastalardan daha yüksek olduğuna inandıklarını bildirmişlerdir (50). Bu bağlamda çalışmamızın bu sonucu intiharda izolasyonla ilişkili atıfların oldukça güçlü bir damgalama argümanı olduğunu ve programın damgalamanın bu boyutunu azaltmada sınırlı etkisi olduğunu gösteriyor olabilir. Bu çalışmada uygulanan farkındalık

programının yüceleştirme üzerinde kısmen bir etkisi olduğu görülmektedir. Deney grubunda program sonunda yüceleştirme düzeyi kontrol grubundan daha düşük düzeydedir. Ancak, deney grubunun kendi içerisinde program öncesi, program sonu ve üç aylık izlem yüceleştirme düzeylerinde bir değişim olmadığı görülmektedir. Sadece program sonundaki yüceleştirme düzeyinde değişim görülmesi ve diğer ölçümlerde fark olmaması nedeniyle bulgu net olmamakla birlikte, intiharı yüceltmeyen sosyal ve kültürel çevre ve değerler bu bulgunun ortaya çıkmasında rol oynamış olabilir. Sümer (2014)'in ortaya koyduğu gibi içinde yaşadığımız toplumun kültürel kapsamı intiharı normalleştiren ya da yücelten özelliklere sahip değildir, aksine intihar sakınılması gereken bir durum gibi gösterilmektedir (244). Bu nedenle onkoloji hemşirelerinin yüceleştirme puanlarında kontrol grubuna göre ve izlemde de devam eden bir azalma ortaya çıkmamış olabilir.

Çalışma bulgularına göre program öncesi ve program sonu puanlardaki değişim dikkate alındığında onkoloji hemşirelerinin bilgi düzeyi arttıkça intiharı önlemeye yönelik etkililik algısında orta düzeyde artış ortaya çıkmıştır. Bu bulgu, intihar konusunda edinilen bilginin intiharı önlemeye yönelik etkililik algısı üzerinde kısmi bir etkisinin olduğunu düşündürmektedir. Edinilen bilgi, kazanılan etkililik için gerekli bir bileşen olmakla birlikte, etkililik algısı aynı zamanda tutum ve davranışı sergileme gibi birçok değişkenle de ilişkilidir (240,245). Buna bağlı olarak, çalışma sonucunda ortaya çıkan bilgideki değişim etkililik algısını sınırlı biçimde etkilemiş olabilir.

Çalışma kapsamında program öncesi ve izlem puanlarındaki değişim doğrultusunda intihara ilişkin bilgi düzeyi ile damgalama arasında negatif yönde ve düşük ilişki olduğu görülmüştür. İntihar önleme konusunda daha fazla bilgi daha olumlu tutumla ilişkilidir (91). Bu bağlamda eğitim sonrası bilgi düzeyindeki ve damgalama arasındaki değişimlerin ilişkisinin negatif yönde olması eğitim sonrası beklenen ve istenen bir gelişmedir. Literatürdeki çalışmalarda da bilgi ve damgalamanın bu ilişkisi gösterilmiştir. Ludwig ve arkadaşları (2022) genel popülasyonda yaptıkları çalışmada intihara ilişkin bilginin, damgalayıcı tutumlar, intihar düşüncesinin normalleştirilmesi veya yüceltilmesi ve depresyon ve izolasyona atıf ile olumsuz yönde ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (92). Aldalaykeh ve

arkadaşları (2021) ise hemşirelerin intihara ilişkin bilgisini ve tutumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında intihara ilişkin bilginin damgalama ile anlamlı ve negatif ilişki gösterdiğini bildirmiştir (195).

Program öncesi ve izlem puanlarındaki değişimler göz önüne alındığında, çalışmada damgalamanın bir boyutu olan izolasyon ile bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Daha evvel dile getirildiği gibi, bu sonuç izolasyonun eğitime dayanıklı bir damgalama türü olmasıyla ilişkili olabilir. İntihara ilişkin daha yüksek seviyede bilgi, daha az damgalama ve daha fazla izolasyona atıfla ilişkilidir (88). Tıp öğrencileri ile yapılan bir çalışmada intihara ilişkin bilgisi daha yüksek olan tıp öğrencilerinin, intiharı depresyon ve izolasyona atfetme eğiliminde olduğu görülmüştür (83).

Çalışma sonuçlarına göre, program öncesi ve izlem puanlarının değişimi dikkate alındığında deney grubunda intihara ilişkin bilgi düzeyi arttıkça yüceleştirme düzeyinin azaldığı görülmüştür. İntihara ilişkin bilgi sahibi olan bireylerin, intiharı romantize etmemesi ya da yüceltmemesi, bunun yerine bireyleri ve süreci damgalamadan baş edilmesi gereken bir kriz olarak görmesi beklenir (6). Çalışma kapsamında geliştirilen intiharı önlemeye yönelik farkındalık programının sözü edilen bu amaca hizmet ederek, onkoloji hemşirelerinde bilgi düzeyini ve farkındalığı arttırarak yüceleştirmeyi azaltmış olabileceği düşünülebilir.

Damgalama, izolasyon ve yüceleştirme intihara yönelik olumsuz tutum ve davranışların farklı boyutlarını temsil eden birbirleri ile ilişkili yapılarıdır (88,214). Çalışma bulgularımız program öncesi ve sonrası puanlardaki değişim göz önüne alındığında, yüceleştirme ile izolasyon ve damgalama arasında orta seviyede pozitif yönde bir ilişki varlığını göstermektedir. Bulgularımıza benzer şekilde hemşirelerle yapılan başka bir çalışma da bu üçlü yapının birbirleri ile pozitif bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (195). Bununla birlikte Batterham ve arkadaşları (2013) damgalama ve izolasyona daha güçlü atfın, intiharın daha az yüceltilmesiyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermişlerdir (88). Williams ve arkadaşları (2018) ise damgalama ve izolasyonun birbirleri ile pozitif ilişkili olduğunu, izolasyon ve yüceleştirmenin negatif ilişkili yapılar olduğunu bildirmişlerdir (246). Sözü edilen bu çalışmalarda farklı sonuçlar farklı kültürlerdeki intihara ilişkin tutumların bir sonucu olabilir.

Bununla birlikte bu çalışmalar genel popülasyonlar üzerinde yapılmış olup çalışmamızdaki gibi bir program sonrası değerlendirmeyi içermemektedir. Bu nedenle çalışmamızda yüceleştirme ile izolasyon ve damgalama değişkenleri arasındaki bu pozitif ilişki çalışma örnekleme kapsamında dikkate alınmalıdır.

Çalışmamızda kontrol ve deney gruplarının tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde eğitim düzeyi bakımından grupların benzer olmadığı görülmektedir. Literatürde hemşirelerin intihara ilişkin bilgi düzeyini ve intihara yönelik damgalama düzeyini değerlendiren çalışmaların kısıtlı olmasının yanında bu çalışmaların sonuçları bakımından hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgularında da kısmi bir ortaklık söz konusudur. Yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda hemşirelerin çalışma deneyimi ve yaşı arttıkça intihara yönelik damgalama düzeylerinin azaldığı gösterilmektedir (206–208,247,248). Bununla birlikte literatürdeki çalışmalarda hemşirelerin intihara ilişkin bilgi düzeyini ve intihara yönelik damgalama düzeylerini etkileyen en önemli değişkenlerden birinin psikiyatri kliniğinde çalışma deneyimine sahip olmak olduğu belirtilmektedir (7,168,206,249). Bununla birlikte hemşirelerin eğitim seviyesinin intihara ilişkin bilgi ve intihara yönelik damgalama düzeyini ne ölçüde etkilediği henüz yeterince aydınlatılabilmemiş değildir. Türkiye’deki hemşirelerle yapılan bir çalışmada lisansüstü eğitime sahip hemşirelerle lisans düzeyindeki hemşireler arasında intihara ilişkin bilgi düzeyi arasında fark olmadığı bildirilmiştir (168). Sözü edilen bu mevcut çalışmalar ışığında düşünüldüğünde, çalışmamızda deney ve kontrol grubunun eğitim düzeyi bakımından farklılığının çalışmamızın sonuçlarını etkileyecek potansiyeli taşımadığı yönünde bir kanaate varılmaktadır. Bu bağlamda çalışmamızda psikiyatri kliniğinde çalışmış olmanın ve psikiyatri hemşireliği alanında lisansüstü eğitime sahip olmanın dışlama kriteri olarak belirlenmesinin ve grupların çalışma yılına göre tabakalanmasının programın etkisinin objektif değerlendirilmesi adına yeterli koşulları sağladığı söylenebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının intihara ilişkin bilgi, damgalama ve etkililik algısı düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu randomize kontrollü çalışmanın bulgularına göre aşağıda yer alan sonuçlara ulaşılmıştır:

- Müdahale sonunda ve üç aylık izlemde, program öncesine ve kontrol grubuna göre deney grubundaki hemşirelerin intihara ilişkin bilgi düzeyleri artmıştır (Bkz. Tablo 4.2.).
- Müdahale sonunda ve üç aylık izlemde, program öncesine ve kontrol grubuna göre deney grubundaki hemşirelerin intihar riskini yönetmeye ilişkin etkililik algısı düzeyleri artmıştır (Bkz. Tablo 4.2.).
- Müdahale sonunda ve üç aylık izlemde, program öncesine ve kontrol grubuna göre deney grubundaki hemşirelerin intihara yönelik damgalama düzeyleri azalmıştır (Bkz. Tablo 4.2.).
- Müdahale sonunda kontrol grubuna göre deney grubundaki hemşirelerin intiharı yüceleştirme düzeyi azalmıştır (Bkz. Tablo 4.2.)
- Üç aylık izlemde deney grubundaki hemşirelerin intihara yönelik izolasyon düzeyi eğitim öncesine göre azalmıştır (Bkz. Tablo 4.2.)
- Ön-test-son test puanları değişimi bağlamında, İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi arttıkça İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı artmakta; İntihara Yönelik Damgalamanın alt boyutu olan Damgalama azaldıkça Yüceleştirme azalmakta ve Yüceleştirme azaldıkça İzolasyon azalmaktadır (Bkz. Tablo 4.3.).
- Ön test-izlem testi puanları değişimi bağlamında, İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi arttıkça İntihara Yönelik Damgalamanın alt boyutu olan Damgalama ve Yüceleştirme azalmaktadır (Bkz. Tablo 4.3.).

6.2. Öneriler

Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının hemşirelerin intihara ilişkin bilgilerini ve etkililiklerini arttırmada ve intihara yönelik damgalamalarını azaltmada etkili olması nedeniyle onkoloji hemşirelerinin intiharı önlemeye yönelik farkındalıklarını arttırmada yaygınlaştırılarak kullanılması önerilmektedir. Ayrıca, geliştirilen bu programın ulusal ve uluslararası intihar önleme stratejilerine bütünleştirilmesi de sistematik olarak onkoloji hemşirelerinin bu konuda farkındalık kazanması ve programın etkisinin yaygınlaştırılması açısından yararlı olabilir.

Programın son izlem ölçümünün üçüncü ayda sonlandırılmış olması nedeniyle, bu programın altı aylık, bir yıllık ve iki yıllık izlemler sonucunda etkinliğinin devam edip etmediğinin belirlenmesi programa ilişkin güçlendirme çalışmalarının ne zaman yenilenmesi gerektiğine ilişkin önemli bilgi sağlayabilir.

Programın çevrimiçi biçimde uygulanmış olması nedeniyle aynı programın yüz yüze ve çevrimiçi biçimde uygulanıp sonuçlarının karşılaştırılması programın etkin kullanımı açısından yararlı bilgiler sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 9 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>
2. Van Spijker BAJ, Van Straten A, Kerkhof AJFM, Hoeymans N, Smit F. Disability weights for suicidal thoughts and non-fatal suicide attempts. *J Affect Disord.* 2011;134(1–3):341–7.
3. Erlangsen A, Runeson B, Bolton JM, Wilcox HC, Forman JL, Krogh J, et al. Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes a longitudinal and nationwide register-based study. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(5):456–64.
4. Cerel J, Brown MM, Maple M, Singleton M, van de Venne J, Moore M, et al. How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2019;49(2):529–34.
5. World Health Organization. National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators [Internet] 2018 [Erişim Tarihi 9 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf?ua=1>
6. Joiner T. *Why People Die By Suicide.* Cambridge: Harvard University Press.; 2007.
7. Osafo J, Knizek BL, Akotia CS, Hjelmeland H. Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(6):691–700
8. National Centre for Suicide Research and Prevention. National action programme for suicide prevention in Sweden [Internet]. 2008 [Erişim Tarihi 19 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://ki.se/en/nasp/national-action-programme-for-suicide-prevention-in-sweden>
9. United Nations. Sustainable Goal Development [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 19 Ocak 2024]. Erişim adresi: <https://sdgs.un.org/goals>
10. Holmes G, Clacy A, Hermens DF, Lagopoulos J. Evaluating the Longitudinal Efficacy of SafeTALK Suicide Prevention Gatekeeper Training in a General Community Sample. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2021;51(5):844–53.
11. Coleman D, Black N, Ng J, Blumenthal E. Kognito’s Avatar-Based Suicide Prevention Training for College Students: Results of a Randomized Controlled Trial and a Naturalistic Evaluation. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2019;49(6):1735–45.
12. Demesmaeker A, Baelde N, Amad A, Roche J, Playe M, Vaiva G, et al. Assessment of a Suicide Prevention Gatekeeper Training Program for Nursing Home Staff. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2023;36(4):309–15.
13. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry.* 2016;3(7):646–59.

14. Overholser JC, Braden A, Dieter L. Understanding suicide risk: Identification of high-risk groups during high-risk times. *J Clin Psychol.* 2012;68(3):349–61.
15. Nie J, O’Neil A, Liao B, Lu C, Aune D, Wang Y. Risk factors for completed suicide in the general population: A prospective cohort study of 242, 952 people. *J Affect Disord.* 2021;282:707–11.
16. Joiner TE, Rudd MD. Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(5):909–16.
17. Erlangsen A, Stenager E, Conwell Y. Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(9):1427–39.
18. Ayano G, Tsegay L, Abraha M, Yohannes K. Suicidal Ideation and Attempt among Homeless People: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Q.* 2019;90(4):829–42.
19. Brokke SS, Bertelsen TB, Landrø NI, Haaland VØ. The effect of sexual abuse and dissociation on suicide attempt. *BMC Psychiatry .* 2022;22(1):1–8.
20. World Health Organization. Cancer [Internet]. 2024 [Erişim Tarihi 1Aralık 2023]. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
21. de Martel C, Georges D, Bray F, Ferlay J, Clifford GM. Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. *Lancet Glob Heal.* 2020;8(2):e180–90.
22. Malhotra C, Harding R, Teo I, Ozdemir S, Koh GCH, Neo P, et al. Financial difficulties are associated with greater total pain and suffering among patients with advanced cancer: results from the COMPASS study. *Support Care Cancer.* 2020;28(8):3781–9.
23. Iskandar AC, Rochmawati E, Wiechula R. Experiences and perspectives of suffering in cancer: A qualitative systematic review. *Eur J Oncol Nurs.* 2021;54:102041
24. Martin ML, Halling K, Eek D, Reaney M. “Lower abdominal pains, as if I was being squeezed...in a clamp”: A Qualitative Analysis of Symptoms, Patient-Perceived Side Effects and Impacts of Ovarian Cancer. *Patient.* 2020;13(2):189–200.
25. Yang X, Li Y, Lin J, Zheng J, Xiao H, Chen W, et al. Fear of recurrence in postoperative lung cancer patients: Trajectories, influencing factors and impacts on quality of life. *J Clin Nurs.* 2024;33(4):1409–20.
26. Vindrola-Padros C, Fern LA, Gerrand C, Hulbert-Williams NJ, Lawal M, Storey L, et al. Experiences of fear of recurrence in patients with sarcoma. *J Psychosoc Oncol Res Pract.* 2023;5(4).
27. Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M, Vehling S, Brähler E, Härter M, et al. One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psychooncology.* 2018;27(1):75–82.

28. McFarland DC, Shaffer KM, Tiersten A, Holland J. Physical Symptom Burden and Its Association With Distress, Anxiety, and Depression in Breast Cancer. *Psychosomatics*. 2018;59(5):464–71.
29. Brown LF, Kroenke K, Theobald DE, Wu J, Tu W. The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psychooncology*. 2010;19(7):734–41.
30. Matheson L, Nayoan J, Rivas C, Brett J, Wright P, Butcher H, et al. A qualitative exploration of prostate cancer survivors experiencing psychological distress: Loss of self, function, connection, and control. *Oncol Nurs Forum*. 2020;47(3):318–30.
31. Zhang XK, Procter NG, Xu Q, Chen XY, Lou FL. Factors influencing suicidal ideation among Chinese patients with stomach cancer: qualitative study. *Int Nurs Rev*. 2017;64(3):413–20.
32. Fadoir NA, Marie L, Basu N, Schuler K, Granato S, Smith PN. Exploring interpersonal theory of suicide typologies in patients with cancer: A latent profile analysis. *Death Stud*. 2023;47(1):84–93.
33. Ahn MH, Park S, Lee HB, Ramsey CM, Na R, Kim SO, et al. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psychooncology*. 2015;24(5):601–7.
34. Anderson C, Park EM, Rosenstein DL, Nichols HB. Suicide rates among patients with cancers of the digestive system. *Psychooncology*. 2018;27(9):2274–80.
35. Vyssoki B, Gleiss A, Rockett IRH, Hackl M, Leitner B, Sonneck G, et al. Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: Who is at risk? *J Affect Disord*. 2015;175:287–91.
36. Du L, Shi HY, Yu HR, Liu XM, Jin XH, Yan-Qian, et al. Incidence of suicide death in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;276:711–9.
37. Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A. Risk of Suicide after Cancer Diagnosis in England. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(1):51–60.
38. Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M, Yueh B. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol*. 2008;26(29):4731–8.
39. Robinson D, Renshaw C, Okello C, Møller H, Davies EA. Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: a population-based study. *Br J Cancer*. 2009;101(1):198–201.
40. Kim JM, Jang JE, Stewart R, Kim SY, Kim SW, Kang HJ, et al. Determinants of suicidal ideation in patients with breast cancer. *Psychooncology*. 2013;22(12):2848–56.
41. Akechi T, Okamura H, Nakano T, Akizuki N, Okamura M, Shimizu K, et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology*. 2010;19(4):384–9.

42. Leung, Y. W., Li, M., Devins, G., Zimmermann, C., Rydall, A., Lo, C., & Rodin G. Routine screening for suicidal intention in patients with cancer. *Psychooncology*. 2013;2545(22):2537–45.
43. Men VY, Emery CR, Lam TC, Yip PSF. Suicidal/self-harm behaviors among cancer patients: A population-based competing risk analysis. *Psychol Med*. 2022;52(12):2342–51.
44. Vehling S, Kissane DW, Lo C, Glaesmer H, Hartung TJ, Rodin G, et al. The association of demoralization with mental disorders and suicidal ideation in patients with cancer. *Cancer*. 2017;123(17):3394–401.
45. Granek L, Nakash O, Ben-David M, Shapira S, Ariad S. Oncologists', nurses', and social workers' strategies and barriers to identifying suicide risk in cancer patients. *Psychooncology*. 2018;27(1):148–54.
46. De Leo D, Draper BM, Snowdon J, Kölves K. Contacts with health professionals before suicide: Missed opportunities for prevention? *Compr Psychiatry*. 2013;54(7):1117–23.
47. Lin HC, Wu CH, Lee HC. Risk factors for suicide following hospital discharge among cancer patients. *Psychooncology*. 2009;18(10):1038–44.
48. Hemşirelik Yönetmeliği. Resmi Gazete [Internet]. 2010 [Erişim Tarihi 1 Aralık 2023].
Erişim adresi:
<https://www.resmigazete.gov.tr/Eskiler/2010/03/20100308-4.Htm>
49. Hemşirelik Yönetmeliği. Resmi Gazete [Internet]. 2011 [Erişim Tarihi 9 Mart 2024].
Erişim adresi:
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
50. Öztürk S, Hiçdurmaz D. A qualitative study on the perspectives and needs of oncology nurses about recognition and management of suicide risk in cancer patients. *J Clin Nurs*. 2023;32(5–6):749–63.
51. Valente S, Saunders JM. Barriers to suicide risk management in clinical practice: A national survey of oncology nurses. *Issues Ment Health Nurs*. 2004;25(6):629–48.
52. Valente SM. Oncology nurses' teaching and support for suicidal patients. *J Psychosoc Oncol*. 2007;25(1):121–37.
53. Chan SW chi, Chien W tong, Tso S. Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. *Nurse Educ Today*. 2009;29(7):763–9.
54. Tsai WP, Lin LY, Chang HC, Yu LS, Chou MC. The Effects of the Gatekeeper Suicide-Awareness Program for Nursing Personnel. *Perspect Psychiatr Care*. 2011;47(3):117–25.
55. Wu CY, Lin YY, Yeh MC, Huang LH, Chen SJ, Liao SC, et al. Effectiveness of interactive discussion group in suicide risk assessment among general nurses in Taiwan: A randomized controlled trial. *Nurse Educ Today*. 2014;34(11):1388–94.

56. Davis M, Siegel J, Becker-Haimes EM, Jager-Hyman S, Beidas RS, Young JF, et al. Identifying Common and Unique Barriers and Facilitators to Implementing Evidence-Based Practices for Suicide Prevention across Primary Care and Specialty Mental Health Settings. *Arch Suicide Res.* 2021;27(2):192–214.
57. Dillon CB, Saab MM, Meehan E, Goodwin MJ, Murphy M, Heffernan MS, et al. Staff awareness of suicide and self-harm risk in healthcare settings: A mixed-methods systematic review. *J Affect Disord.* 2020;276:898–906.
58. Türk Dil Kurumu. Sözlük [Internet]. [Erişim Tarihi 19 Ocak 2024]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
59. Türkiye İstatistik Kurumu. [Internet]. 2023 [Erişim Tarihi 19 Ocak 2024]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar>
60. World Health Organization. Age-standardized suicide rates (per 100 000 population) [Internet]. 2019. Erişim adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-(per-100-000-population))
61. Øien-Ødegaard C, Hauge LJ, Reneflot A. Marital status, educational attainment, and suicide risk: a Norwegian register-based population study. *Popul Health Metr.* 2021;19(1):1–11.
62. Okşak Y, Koyuncu C, Yilmaz R. The long-run analysis of the association between macroeconomic variables and suicide: the case of Turkic-speaking countries in Central Asia. *Centr Asian Surv.* 2023;42(3):597–616.
63. Milner A, Page A, Lamontagne AD. Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: A meta-analytic and conceptual review. *Psychol Med.* 2014;44(5):909–17.
64. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Soc Sci Med.* 2011;72(4):608–16.
65. Gili M, Castellví P, Vives M, de la Torre-Luque A, Almenara J, Blasco MJ, et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *J Affect Disord.* 2019;245:152–62.
66. Han MA, Kim KS, Ryu SY, Kang MG, Park J. Associations between smoking and alcohol drinking and suicidal behavior in Korean adolescents: Korea Youth Behavioral Risk Factor Surveillance, 2006. *Prev Med (Baltim).* 2009;49(2–3):248–52.
67. Eaton DK, Foti K, Brener ND, Crosby AE, Flores G, Kann L. Associations between risk behaviors and suicidal ideation and suicide attempts: Do racial/ethnic variations in associations account for increased risk of suicidal behaviors among Hispanic/Latina 9th- to 12th-grade female students? *Arch Suicide Res.* 2011;15(2):113–26.

68. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *Am J Psychiatry*. 2016;173(11):1094–100.
69. Grimland M, Benatov J, Yeshayahu H, Izmaylov D, Segal A, Gal K, et al. Predicting suicide risk in real-time crisis hotline chats integrating machine learning with psychological factors: Exploring the black box. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2024;1–9.
70. Duarte D, El-Hagrassy MM, Couto TCE, Gurgel W, Fregni F, Correa H. Male and Female Physician Suicidality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(6):587–97.
71. Davidson JE, Proudfoot J, Lee K, Terterian G, Zisook S. A Longitudinal Analysis of Nurse Suicide in the United States (2005–2016) With Recommendations for Action. *Worldviews Evidence-Based Nurs*. 2020;17(1):6–15.
72. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2017;27(4):418–21.
73. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and schuster; 1963.
74. Townsend M, Morgan K. *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. 9th ed. Philadelphia: FA Davis.; 2017.
75. Rüsçh N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005;20(8):529–39.
76. Patrick W, Corrigan, Jonathon E, Larson, Nicolas Rüsçh. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009;8(2):75–81.
77. Reynders A, Kerkhof AJFM, Molenberghs G, Van Audenhove C. Help-seeking, stigma and attitudes of people with and without a suicidal past. A comparison between a low and a high suicide rate country. *J Affect Disord*. 2015;178:5–11.
78. Rimkeviciene J, Hawgood J, O’Gorman J, De Leo D. Personal Stigma in Suicide Attempters. *Death Stud*. 2015;39(10):592–9.
79. Ünsal E, Şengün İnan F. ‘I live it all together...sadness, desperation’: A qualitative exploration of psychosocial challenges and needs of young people after suicide attempt. *Arch Psychiatr Nurs*. 2024;49(July 2023):1–9.
80. Hanschmidt F, Lehnig F, Riedel-Heller SG, Kersting A. The stigma of suicide survivorship and related consequences - A systematic review. *PLoS One*. 2016;11(9):1–16.
81. Pitman AL, Osborn DPJ, Rantell K, King MB. The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *J Psychosom Res*. 2016;87:22–9.

82. Callear AL, Batterham PJ, Christensen H. Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: Risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry Res.* 2014;219(3):525–30.
83. Chan WI, Batterham P, Christensen H, Galletly C. Suicide literacy, suicide stigma and help-seeking intentions in Australian medical students. *Australas Psychiatry.* 2014;22(2):132–9.
84. Eskin M, Kujan O, Voracek M, Shaheen A, Carta MG, Sun JM, et al. Cross-national comparisons of attitudes towards suicide and suicidal persons in university students from 12 countries. *Scand J Psychol.* 2016;57(6):554–63.
85. Oexle N, Valacchi D, Grübel P, Becker T, Rüsç N. Two sides of the same coin the association between suicide stigma and suicide normalisation. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2022;31.
86. Phillips JA, Luth EA. Beliefs about Suicide Acceptability in the United States: How Do They Affect Suicide Mortality? *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci.* 2020;75(2):414–25.
87. Batterham PJ, Han J, Callear AL, Anderson J, Christensen H. Suicide Stigma and Suicide Literacy in a Clinical Sample. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2019;49(4):1136–47.
88. Batterham PJ, Callear AL, Christensen H. Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2013;43(4):406–17.
89. Duman N. İntihar ve Medya. *Ekev Akad Derg.* 2019;77(77):323–32.
90. Türkiye Psikiyatri Derneği. İntiharla İlgili Haberler ve Paylaşılması[İnternet]. 2019 2010 [Erişim Tarihi 1 Aralık 2023]. Erişim adresi: <https://psikiyatri.org.tr/2090/intiharla-iligili-haberler-ve-paylasilmasi>
91. Osteen PJ, Jacobson JM, Sharpe TL. Suicide prevention in social work education: How prepared are social work students? *J Soc Work Educ.* 2014;50(2):349–64.
92. Ludwig J, Dreier M, Liebherz S, Härter M, von dem Knesebeck O. Suicide literacy and suicide stigma—results of a population survey from Germany. *J Ment Heal.* 2022;31(4):517–23.
93. Holmes G, Clacy A, Hermens DF, Lagopoulos J. The Long-Term Efficacy of Suicide Prevention Gatekeeper Training: A Systematic Review. *Arch Suicide Res.* 2021;25(2):177–207.
94. Özkan Y. Dinlerde intihar, şehitlik ve ötanazi. *Siirt Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 3(2), 191-197.
95. Boyd JE, Katz EP, Link BG, Phelan JC. The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(11):1063–70.

96. Maunder RD, Day SC, White FA. The benefit of contact for prejudice-prone individuals: The type of stigmatized outgroup matters. *J Soc Psychol.* 2020;160(1):92–104.
97. Freud S. Mourning and Melancholia. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 14(1914-1916), 237-258. 1917.
98. Klein M. Love, guilt and reparation and other works 1921–1945. New York, The Free Press; 1975.
99. Yakeley J, Burbridge-James W. Psychodynamic approaches to suicide and self-harm. *BJPsych Adv.* 2018;24(1):37–45.
100. Rudd MD. The Suicidal Mode: A Cognitive- Behavioral Model of Suicidality. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2000;30(1):18–33.
101. Rudd MD. Fluid Vulnerability Theory: A Cognitive Approach to Understanding the Process of Acute and Chronic Suicide Risk. *Cogn suicide Theory, Res Ther.* 2007;355–68.
102. Moscardini EH, Aboussouan AB, Bryan CJ, Tucker RP. Suicide-Specific Cognitions, Attentional Fixation, and Worst-Point Suicidal Ideation. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2020;50(4):899–908.
103. Shneidman ES. The suicidal mind. Oxford University Press; 1998.
104. Patterson AA, Holden RR. Psychache and suicide ideation among men who are homeless: A test of shneidman’s model. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2012;42(2):147–56.
105. Montemarano V, Troister T, Lambert CE, Holden RR. A four-year longitudinal study examining psychache and suicide ideation in elevated-risk undergraduates: A test of Shneidman’s model of suicidal behavior. *J Clin Psychol.* 2018;74(10):1820–32.
106. Troister T, Holden RR. Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality. *Meas Eval Couns Dev.* 2013;46(1):50–63.
107. Rogers ML, Joiner TE, Shahar G. Suicidality in Chronic Illness: An Overview of Cognitive–Affective and Interpersonal Factors. *J Clin Psychol Med Settings.* 2021;28(1):137–48.
108. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg Ø. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol.* 2004;22(20):4209–16.
109. Dormer NRC, McCaul KA, Kristjanson LJ. Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002. *Med J Aust.* 2008;188(3):140–3.
110. Nishiura M, Tamura A, Nagai H, Matsushima E. Assessment of sleep disturbance in lung cancer patients: Relationship between sleep disturbance and pain, fatigue, quality of life, and psychological distress. *Palliat Support Care.* 2013;13(3):575–81.
111. Carlson LE, Zelinski EL, Toivonen KI, Sundstrom L, Chad T, Damaskos P, et al. Prevalence of psychosocial distress in cancer patients across 55 North American cancer centers. *J Psychosoc Oncol.* 2019;37(1):5–21.

112. Calvo-Schimmel A, Paul SM, Cooper BA, Harris C, Shin J, Oppegaard K, et al. Oncology outpatients with worse depression and sleep disturbance profiles are at increased risk for a higher symptom burden and poorer quality of life outcomes. *Sleep Med.* 2022;95:91–104.
113. Masako Okamura, M.D., PH.D.1, Maiko Fujimori PD., , Shinichi Goto PD., Kyoko Obama, PH.D.1, Midori Kadowaki, PH.D.1, Ayako Sato, M.A.1, Takatoshi Hirayama, M.D.2 and Yosuke Uchitomi, M.D. PD. Prevalence and associated factors of psychological distress among young adult cancer patients in Japan. *J Epidemiol.* 2023;33(6):294–302.
114. Herschbach P, Britzelmeir I, Dinkel A, Giesler JM, Herkommer K, Nest A, et al. Distress in cancer patients: Who are the main groups at risk? *Psychooncology.* 2020;29(4):703–10.
115. Cohee AA, Kroenke K, Vachon E, Wu J, Tu W, Johns SA. Predictors of depression outcomes in adults with cancer: A 12 month longitudinal study. *J Psychosom Res* [Internet]. 2020;136(June):110169. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110169>
116. Dean LT, Moss SL, Ransome Y, Frasso-jaramillo L, Zhang Y, Visvanathan K, et al. B It still affects our economic situation ^ : long-term economic burden of breast cancer and lymphedema. 2019;1697–708.
117. Choi YJ, Lee WY. Unemployment risk of all employed working - age cancer survivors after cancer diagnosis in South Korea : a retrospective cohort analysis of population - based administrative data. *Support Care Cancer.* 2023;1–7.
118. Çakir H, Küçükakça Çelik G, Çirpan R. Correlation between social support and psychological resilience levels in patients undergoing colorectal cancer surgery: a descriptive study. *Psychol Heal Med.* 2021;26(7):899–910.
119. Okati-Aliabad H, Ansari-Moghadam A, Mohammadi M, Kargar S, Shahraki-Sanavi F. The prevalence of anxiety and depression and its association with coping strategies, supportive care needs, and social support among women with breast cancer. *Support Care Cancer.* 2022;30(1):703–10.
120. Jones SBW, Whitford HS, Bond MJ, Jones SBW, Whitford HS, Bond MJ, et al. Burden on Informal Caregivers of Elderly Cancer Survivors : Risk Versus Resilience Burden on Informal Caregivers of Elderly Cancer Survivors : Risk Versus Resilience. 2015;7332.
121. Pan Y, Lin Y. Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence of Depression Among Caregivers of Cancer Patients. 2022;13(May):1–12.
122. Şengül MCB, Kaya V, Şen CA, Kaya K. Association between suicidal ideation and behavior, and depression, anxiety, and perceived social support in cancer patients. *Med Sci Monit.* 2014;20:329–36.
123. Liu B, Lee K, Sun C, Wu D, Ying P. Systematic review on factors associated with self - perceived burden among cancer patients. 2022;8417–28.
124. McPherson CJ, Wilson KG, Murray MA. Feeling like a burden: Exploring the perspectives of patients at the end of life. *Soc Sci Med.* 2007;64(2):417–27.

125. Saarnio L, Arman M, Ekstrand P. Power relations in patient's experiences of suffering during treatment for cancer. *J Adv Nurs*. 2012;68(2):271–9.
126. Mendonça AB, Pereira ER, Magnago C, Medeiros AYBBV, Silva RMCRA, Martins A de O, et al. Suffering experiences of people with cancer undergoing chemotherapy: A meta-ethnographic study. *Nurs Heal Sci*. 2021;23(3):586–610.
127. Fujisawa D, Umezawa S, Fujimori M, Miyashita M. Prevalence and associated factors of perceived cancer-related stigma in Japanese cancer survivors. *Jpn J Clin Oncol*. 2021;50(11):1325–9.
128. Fujisawa D, Hagiwara N. Cancer Stigma and its Health Consequences. *Curr Breast Cancer Rep*. 2015;7(3):143–50.
129. Tang PL, Mayer DK, Chou FH, Hsiao KY. The Experience of Cancer Stigma in Taiwan: A Qualitative Study of Female Cancer Patients. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(2):204–9.
130. Pham NT, Lee JJ, Pham NH, Phan TDQ, Tran K, Dang HB, et al. The prevalence of perceived stigma and self-blame and their associations with depression, emotional well-being and social well-being among advanced cancer patients: evidence from the APPROACH cross-sectional study in Vietnam. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):1–9.
131. Amini-Tehrani M, Zamanian H, Daryaafzoon M, Andikolaei S, Mohebbi M, Imani A, et al. Body image, internalized stigma and enacted stigma predict psychological distress in women with breast cancer: A serial mediation model. *J Adv Nurs*. 2021;77(8):3412–23.
132. Sedigheh P, Sara T, Ehsan Kazemnejad L. Determination of the Association between Perceived Stigma and Delay in Help-Seeking Behavior of Women with Breast Cancer. *Maedica - A J Clin Med*. 2021;16(3):463–72.
133. Heß V, Meng K, Schulte T, Neuderth S, Bengel J, Jentschke E, et al. Unexpressed psychosocial needs in cancer patients at the beginning of inpatient rehabilitation: a qualitative analysis. *J Psychosoc Oncol*. 2021;39(2):173–88.
134. Huda N, Shaw MK, Chang HJ. Psychological Distress among Patients with Advanced Cancer: A Conceptual Analysis. *Cancer Nurs*. 2022;45(2):E487–503.
135. Abdel-Rahman O. Socioeconomic predictors of suicide risk among cancer patients in the United States: A population-based study. *Cancer Epidemiol*. 2019;63(September):101601.
136. Senf B, Bender B, Fettel J. Suicidal ideation, distress, and related factors in a population of cancer patients treated in a general acute hospital. *Support Care Cancer*. 2022;30(1):487–96.
137. Vehling S, Mehnert-Theuerkauf A, Glaesmer H, Bokemeyer C, Oechsle K, Härter M, et al. Thoughts of death and suicidality among patients with cancer: Examining subtypes and their association with mental disorders. *Psychooncology*. 2021;30(12):2023–31.

138. Zaorsky NG, Zhang Y, Tuanquin L, Bluethmann SM, Park HS, Chinchilli VM. Suicide among cancer patients. *Nat Commun.* 2019;10(1):1–7.
139. Hu X, Ma J, Jemal A, Zhao J, Nogueira L, Ji X, et al. Suicide Risk among Individuals Diagnosed with Cancer in the US, 2000-2016. *JAMA Netw Open.* 2023;6(1):E2251863.
140. Rafiei S, Pashazadeh Kan F, Raofi S, Shafiee F, Masoumi M, Bagheribayati F, et al. Global Prevalence of Suicide in Patients With Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Suicide Res.* 2023;0(0):1–14.
141. Ravaioli A, Crocetti E, Mancini S, Baldacchini F, Giuliani O, Vattiato R, et al. Suicide death among cancer patients: new data from northern Italy, systematic review of the last 22 years and meta-analysis. *Eur J Cancer.* 2020;125:104–13.
142. Kolva E, Hoffecker L, Cox-Martin E. Suicidal ideation in patients with cancer: A systematic review of prevalence, risk factors, intervention and assessment. *Palliat Support Care.* 2020;18(2):206–19.
143. Ding X, Wu M, Zhang Y, Liu Y, Han Y, Wang G, et al. The prevalence of depression and suicidal ideation among cancer patients in mainland China and its provinces, 1994–2021: A systematic review and meta-analysis of 201 cross-sectional studies. *J Affect Disord.* 2023;323:482–9.
144. Avci D, Selcuk KT, Dogan S. Suicide Risk in the Hospitalized Elderly in Turkey and Affecting Factors. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;31(1):55–61.
145. Liu FH, Huang JY, Lin C, Kuo TJ. Suicide risk after head and neck cancer diagnosis in Taiwan: A retrospective cohort study. *J Affect Disord.* 2023;320(October 2022):610–5.
146. Turaga KK, Malafa MP, Jacobsen PB, Schell MJ, Sarr MG. Suicide in patients with pancreatic cancer. *Cancer.* 2011;117(3):642–7.
147. Heynemann S, Thompson K, Moncur D, Silva S, Jayawardana M, Lewin J. Risk factors associated with suicide in adolescents and young adults (AYA) with cancer. *Cancer Med.* 2021;10(20):7339–46.
148. Crump C, Stattin P, Brooks JD, Sundquist J, Bill-Axelsson A, Edwards AC, et al. Long-term Risks of Depression and Suicide Among Men with Prostate Cancer: A National Cohort Study. *Eur Urol.* 2023;84(3):263–72.
149. Walker J, Waters RA, Murray G, Swanson H, Hibberd CJ, Rush RW, et al. Better off dead: Suicidal thoughts in cancer patients. *J Clin Oncol.* 2008;26(29):4725–30.
150. Osazuwa-Peters N, Simpson MC, Zhao L, Boakye EA, Olomukoro SI, Deshields T, et al. Suicide risk among cancer survivors: Head and neck versus other cancers. *Cancer.* 2018;124(20):4072–9.
151. Miller M, Mogun H, Azrael D, Hempstead K, Solomon DH. Cancer and the risk of suicide in older Americans. *J Clin Oncol.* 2008;26(29):4720–4.
152. Du L, Shi HY, Qian Y, Jin XH, Yu HR, Fu XL, et al. Development and validation of a model for predicting the risk of suicide in patients with cancer. *Arch Suicide Res.* 2023;27(2):644–59.

153. Du L, Shi HY, Qian Y, Jin XH, Yu HR, Fu XL, et al. Insurance status and risk of suicide mortality among patients with cancer: a retrospective study based on the SEER database. *Public Health*. 2021;194:89–95.
154. Hyer JM, Kelly EP, Paredes AZ, Tsilimigras DI, Diaz A, Pawlik TM. Mental illness is associated with increased risk of suicidal ideation among cancer surgical patients. *Am J Surg*. 2021;222(1):126–32.
155. Choi JW, Park EC, Kim TH, Han E. Mental Disorders and Suicide Risk among Cancer Patients: A Nationwide Cohort Study. *Arch Suicide Res*. 2022;26(1):44–55.
156. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev*. 2010;117(2):575–600.
157. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scand J Public Health*. 2019;47(1):9–17.
158. Solin P, Tamminen N, Partonen T. Suicide prevention training: self-perceived competence among primary healthcare professionals. *Scand J Prim Health Care*. 2021;39(3):332–8.
159. Wee LH, Ibrahim N, Wahab S, Visvalingam U, Yeoh SH, Siau CS. Health-Care Workers' Perception of Patients' Suicide Intention and Factors Leading to It: A Qualitative Study. *Omega (United States)*. 2020;82(2):323–45.
160. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012;27(2):129–41.
161. Boukouvalas E, El-Den S, Murphy AL, Salvador-Carulla L, O'Reilly CL. Exploring Health Care Professionals' Knowledge of, Attitudes Towards, and Confidence in Caring for People at Risk of Suicide: a Systematic Review. *Arch Suicide Res*. 2020;24:S1–31.
162. Tanaka K, Ikeuchi S. Difficulties in suicide prevention facing primary healthcare workers based on the characteristics of people with suicide risk and healthcare systems. *J Adv Nurs*. 2023;79(8):2911–23.
163. Giacchero Vedana KG, Magrini DF, Zanetti ACG, Miasso AI, Borges TL, dos Santos MA. Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: A quantitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017;24(9–10):651–9.
164. Siau CS, Wee LH, Yacob S, Yeoh SH, Binti Adnan TH, Haniff J, et al. The Attitude of Psychiatric and Non-psychiatric Health-care Workers Toward Suicide in Malaysian Hospitals and Its Implications for Training. *Acad Psychiatry*. 2017;41(4):503–9.
165. Güner P, Hiçdurmaz D, Kocaman Yıldırım N, İnci F. Psychosocial care from the perspective of nurses working in oncology: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs*. 2018;34(4):68–75.

166. Wang S, Ding X, Hu D, Zhang K, Huang D. A qualitative study on nurses' reactions to inpatient suicide in a general hospital. *Int J Nurs Sci.* 2016;3(4):354–61.
167. Barnfield J, Cross W, McCauley K. Therapeutic optimism and attitudes among medical and surgical nurses towards attempted suicide. *Int J Ment Health Nurs.* 2018;27(6):1826–33.
168. Karakaya D, Özparlak A, Önder M. Suicide literacy in nurses: A cross-sectional study. *J Clin Nurs.* 2023;32(1–2):115–25.
169. Fry M, Abrahamse K, Kay S, Elliott RM. Suicide in older people, attitudes and knowledge of emergency nurses: A multi-centre study. *Int Emerg Nurs.* 2019;43(October 2018):113–8.
170. Jones S, Krishna M, Rajendra RG, Keenan P. Nurses attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India. *J Ment Heal.* 2015;24(6):423–9.
171. Østervang C, Geisler Johansen L, Friis-Brixen A, Myhre Jensen C. Experiences of nursing care for patients who self-harm and suggestions for future practices: The perspectives of emergency care nurses. *Int J Ment Health Nurs.* 2021;31(1):70-82.
172. Ribeiro Coimbra LR, Noakes A. A systematic review into healthcare professionals' attitudes towards self-harm in children and young people and its impact on care provision. *J Child Heal Care.* 2022;26(2):290–306.
173. Valente SM. Oncology nurses' knowledge of suicide evaluation and prevention. *Cancer Nurs.* 2010;33(4):290–5.
174. Blades CA, Stritzke WGK, Page AC, Brown JD. The benefits and risks of asking research participants about suicide: A meta-analysis of the impact of exposure to suicide-related content. *Clin Psychol Rev.* 2018;64:1–12.
175. Crawford MJ, Thana L, Methuen C, Ghosh P, Stanley S V., Ross J, et al. Impact of screening for risk of suicide: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2011;198(5):379–84.
176. Harris KM, Goh MTT. Is suicide assessment harmful to participants? Findings from a randomized controlled trial. *Int J Ment Health Nurs.* 2017;26(2):181–90.
177. Chen CS, Chan SWC, Chan MF, Yap SF, Wang W, Kowitlawakul Y. Nurses' perceptions of psychosocial care and barriers to its provision: A Qualitative Study. *J Nurs Res.* 2017;25(6):411–8.
178. Reynders A, Kerkhof AJFM, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49(2):231–9.
179. Ludwig J, Liebherz S, Dreier M, Härter M, von dem Knesebeck O. Public Stigma Toward Persons with Suicidal Thoughts—Do Age, Sex, and Medical Condition of Affected Persons Matter? *Suicide Life-Threatening Behav.* 2020;50(3):631–42.

180. Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik SL, Deane FP, Enns MW, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *Can J Psychiatry*. 2009;54(4):260–8.
181. Hawgood J, Woodward A, Quinnett P, De Leo D. Gatekeeper Training and Minimum Standards of Competency: Essentials for the Suicide Prevention Workforce. *Crisis*. 2022;43(6):516–22.
182. Singh-Weldon J, Tsianakas V, Murrells T, Grealish A. Preparing children’s nurses for working with children and adolescents who self-harm: Evaluating the ‘our care through our eyes’ e-learning training package. *Int J Ment Health Nurs*. 2022;31(6):1427–37.
183. Stallman HM. Online needs-based and strengths-focused suicide prevention training: Evaluation of Care · Collaborate · Connect. *Aust Psychol*. 2020;55(3):220–9.
184. Siau CS, Wee LH, Ibrahim N, Visvalingam U, Yeap LLL, Wahab S. Gatekeeper suicide training’s effectiveness among Malaysian hospital health professionals: A control group study with a three-month follow-up. *J Contin Educ Health Prof*. 2018;38(4):227–34.
185. Cross WF, West JC, Crean HF, Rosenberg E, LaVigne T, Caine ED. Measurement of primary care providers’ suicide prevention skills following didactic education. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2022;52(3):373–82.
186. Teo AR, Hooker ER, Call AA, Dobscha SK, Gamble S, Cross WF, et al. Brief video training for suicide prevention in veterans: A randomized controlled trial of VA S.A.V.E. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2024;54(1):154–66.
187. Nakagami Y, Kubo H, Katsuki R, Sakai T, Sugihara G, Naito C, et al. Development of a 2-h suicide prevention program for medical staff including nurses and medical residents: A two-center pilot trial. *J Affect Disord*. 2018;225:569–76.
188. Wasserman D, Iosue M, Wuestefeld A, Carli V. Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*. 2020;19(3):294–306.
189. Schmeckenbecher J, Lentner S, Emilian CA, Plener PL, Baran A, Kapusta ND. E-learning as a tool of suicide prevention training: A meta-analysis and systematic review. *Death Stud*. 2023;0(0):1–13.
190. Lancaster PG, Moore JT, Putter SE, Chen PY, Cigularov KP, Baker A, et al. Feasibility of a web-based gatekeeper training: Implications for suicide prevention. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2014;44(5):510–23.
191. Wakai S, Schilling EA, Aseltine RH, Blair EW, Bourbeau J, Duarte A, et al. Suicide prevention skills, confidence and training: Results from the Zero Suicide Workforce Survey of behavioral health care professionals. *SAGE Open Med*. 2020;8.
192. Shannonhouse L, Lin YWD, Shaw K, Wanna R, Porter M. Suicide intervention training for college staff: Program evaluation and intervention skill measurement. *J Am Coll Heal*. 2017;65(7):450–6.

193. Fakhari A, Doshmangir L, Farahbakhsh M, Shalchi B, Shafiee-Kandjani AR, Alikhah F, et al. Developing inpatient suicide prevention strategies in medical settings: Integrating literature review with expert testimony. *Asian J Psychiatr*. 2022;78:103266.
194. Ferrara P, Terzoni S, Ruta F, Poggi AD, Destrebecq A, Gambini O, et al. Nursing students' attitudes towards suicide and suicidal patients: A multicentre cross-sectional survey. *Nurse Educ Today*. 2022;109:105258.
195. Aldalaykeh M, Al-Hammouri MM, Rababah J, Al-Shannaq Y, Al-Dwaikat T. Knowledge of Jordanian nurses and attitudes toward patients with suicidal attempt. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021;35(6):664–8.
196. Heyman I, Webster BJ, Tee S. Curriculum development through understanding the student nurse experience of suicide intervention education - A phenomenographic study. *Nurse Educ Pract*. 2015;15(6):498–506.
197. Taur FM, Chai S, Chen MB, Hou JL, Lin S, Tsai SL. 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*. 2012;21(3–4):398–407.
198. Xue C, Yang Y, Xu K, Shi X, Liu H. Health personnel-targeted education interventions on inpatient suicide prevention in general hospitals: A scoping review. *Int J Nurs Sci*. 2020;7(4):477–83.
199. Dillon CB, Saab MM, Meehan E, Goodwin MJ, Murphy M, Heffernan MS, et al. Staff awareness of suicide and self-harm risk in healthcare settings: A mixed-methods systematic review. *J Affect Disord*. 2020;276:898–906.
200. Kawashima D, Koga Y, Yoshioka M. Feasibility of brief online gatekeeper training for Japanese university students: A randomized controlled trial. *Death Stud*. 2023;47(5):531–40.
201. Yonemoto N, Kawashima Y, Endo K, Yamada M. Gatekeeper training for suicidal behaviors: A systematic review. *J Affect Disord*. 2019;246:506–14.
202. Lanzillo EC, Horowitz LM, Wharff EA, Sheftall AH, Pao M, Bridge JA. The importance of screening preteens for suicide risk in the emergency department. *Hosp Pediatr*. 2019;9(4):305–7.
203. Robinson L. Psychiatric consultation liaison nursing. *Handbook Of Studies On General Hospital Psychiatry*. Judd, Burrows, Lipsitt, editors. Oxford: Elsevier Science Publishers B.V.; 1991.
204. Sharrock J, Happell B. The role of the psychiatric consultation-liaison nurse in the improved care of patients experiencing mental health problems receiving care within a general hospital environment. *Contemp nurse a J Aust Nurs Prof*. 2001;11(2–3):260–70.
205. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. New York: Routledge; 1988.
206. Siau CS, Wee LH, Adnan TH, Yeoh SH, Perialathan K, Wahab S. Malaysian nurses' attitudes toward suicide and suicidal patients: A multisite study. *J Nurses Prof Dev*. 2019;35(2):98–103.

207. Perboell PW, Hammer NM, Oestergaard B, Konradsen H. Danish emergency nurses' attitudes towards self-harm - a cross-sectional study. *Int Emerg Nurs* . 2015;23(2):144–9.
208. Conlon M, O'Tuathail C. Measuring emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm using the Self-Harm Antipathy Scale. *Int Emerg Nurs*. 2012;20(1):3–13.
209. Salonen AH, Kaunonen M, Meretoja R, Tarkka MT. Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *J Nurs Manag*. 2007;15(8):792–800.
210. Numminen O, Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. Professional competence of practising nurses. *J Clin Nurs*. 2013;22(9–10):1411–23.
211. Caelear, A. L., Batterham, P. J., & Christensen, H. (2014). The literacy of suicide scale: Psychometric properties and correlates of suicide literacy [Unpublished manuscript]. College of Health & Medicine, Australian National University.
212. Öztürk A, Akın S. The Turkish Version of Literacy of Suicide Scale (Loss): Validity and Reliability on a Sample of Turkish University Students. *Int J Psychiatry Psychol Res*. 2016;(7):20–20.
213. Batterham, P. J., Caelear, A. L., & Christensen H. The stigma of suicide scale. *Crisis*. 2013;
214. Ozturk A. Psychometric Properties of Turkish Version of Stigma of Suicide Scale (SOSS) in a Sample of University Students. *J Psychiatr Nurs*. 2017;102–9.
215. Muñoz-Sánchez JL, Sánchez-Gómez MC, Martín-Cilleros MV, Parra-Vidales E, de Leo D, Franco-Martín MA. Addressing suicide risk according to different healthcare professionals in Spain: A qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(10):1–17.
216. Oordt MS, Jobes DA, Fonseca VP, Schmidt SM. Training Mental Health Professionals to Assess and Manage Suicidal Behavior: Can Provider Confidence and Practice Behaviors be Altered? *Suicide Life-Threatening Behav*. 2009;39(1):21–32.
217. Wyman PA, Brown CH, Inman J, Cross W, Schmeelk-Cone K, Guo J, et al. Randomized Trial of a Gatekeeper Program for Suicide Prevention: 1-Year Impact on Secondary School Staff. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(1):104–15.
218. Lawshe CH. A Quantitative Approach To Content Validity. *Pers Psychol*. 1975;28(4):563–75.
219. Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. 3rd ed. Ankara: Detay Yayıncılık; 2014.
220. Comrey LA, Lee BH. A first course in factor analysis. In: 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1992.
221. Carpenter S. Ten Steps in Scale Development and Reporting: A Guide for Researchers. *Commun Methods Meas*. 2018;12(1):25–44.

222. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics / Barbara G. Tabachnick, Linda S. Fidell. Vol. 6, Pearson. 2014.
223. Polit D, Beck CT. Nursing Research Principles and Methods. In: 7th ed. Philadelphia PA.: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
224. De Vet, H. C., Terwee, C. B., Mokkink, L. B., & Knol DL. Measurement in Medicine A Practical Guide. De Vet, H. C., Terwee, C. B., Mokkink, L. B., & Knol DL, editor. Cambridge university press.; 2011.
225. Bland, J. M., & Altman DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. *Bmj*. 1997;314(780):572.
226. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing and health research: Fourth edition. 2010.
227. Anderson JC, Gerbing DW. The effect of sampling error on convergence, improper solutions, and goodness-of-fit indices for maximum likelihood confirmatory factor analysis. *Psychometrika*. 1984;49(2):155–73.
228. Marsh HW, Balla JR, Mcdonald RP. Podpis Wnioskującego O Udzielenie Zamówienia. *Psychol Bull*. 1988;103(3):391–410.
229. Whittaker, T. A., Schumacker RE. A Beginner's Guide To Structural Equation Modeling. 5th ed. Applied Psychological Measurement. New York: Routledge; 2022.
230. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model*. 1999;6(1):1–55.
231. Marsh HW, Hau KT. Assessing goodness of fit: Is parsimony always desirable? *J Exp Educ*. 1996;64(4):364–90.
232. Öztürk S, Hiçdurmaz D. Development And Psychometric Testing Of The "Efficiency Perception Scale For Suicide Risk Management " For Oncology Nurses. [Short Oral Communication] In: World Congress of Psychiatry. Wien; 2023.
233. Yalom İD. Grup psikoterapisinin teori ve pratiği. İstanbul: Kabalıcı Yayınevi; 2002.
234. Voltan, Acar N. Grupla Psikolojik Danışma İlke ve Teknikleri. Ankara: Nobel; 2001.
235. Ausubel DP. The psychology of meaningful verbal learning. New York: Stratton, Inc.; 1968.
236. Coppens E, Van Audenhove C, Iddi S, Arensman E, Gottlebe K, Koburger N, et al. Effectiveness of community facilitator training in improving knowledge, attitudes, and confidence in relation to depression and suicidal behavior: Results of the OSPI-Europe intervention in four European countries. *J Affect Disord*. 2014;165:142–50.
237. Cai C, Qu D, Liu D, Liu B, Zhang X, Chen P, et al. Effectiveness of a localised and systematically developed gatekeeper training program in preventing suicide among Chinese adolescents. *Asian J Psychiatr*. 2023;89:103755.

238. Bandura A. Reflections on self-efficacy. *Adv Behav Res Ther.* 1978;1(4):237–69.
239. Labouliere CD, Green KL, Vasan P, Cummings A, Layman D, Kammer J, et al. Is the outpatient mental health workforce ready to save lives? Suicide prevention training, knowledge, self-efficacy, and clinical practices prior to the implementation of a statewide suicide prevention initiative. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2021;51(2):325–33.
240. Osteen P, Frey JM, Woods MKN, Ko J, Shipe S. Modeling the Longitudinal Direct and Indirect Effects of Attitudes, Self-Efficacy, and Behavioral Intentions on Practice Behavior Outcomes of Suicide Intervention Training. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2017;47(4):410–20.
241. Kağıtçıbaşı Ç, Çemalcılar Z. *Dünden bugüne insan ve insanlar.* İstanbul: Evrim; 2014.
242. Hogg MA, Vaughan GM. *Sosyal psikoloji.* 7th ed. Ankara: Ütopya Yayınevi; 2014.
243. Muehlenkamp JJ, Grande N, Talbott M. Evidence-Based vs Informal Suicide Training: Nurse Confidence and Comfort With Suicidal Patient Care. *J Emerg Nurs.* 2023;49(2):266–74.
244. Sümer N. Antik ve İlkel Toplumlarda İntihar Olgusu. *Siirt Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi .* 2014;1(1):83–116.
245. Lee SJ, Osteen PJ, Frey JJ. Predicting changes in behavioral health professionals' clinical practice skills for recognizing and responding to suicide risk. *J Soc Social Work Res.* 2015;7(1):23–41.
246. L. Williams C, Cero I, Gauthier JM, K. Witte T. Examination of the latent factor structure and construct validity of the stigma of suicide scale-short form. *Death Stud [Internet].* 2018;42(10):616–26.
247. Mc Laughlin C. Casualty nurses' attitudes to attempted suicide. *J Adv Nurs.* 1994;20(6):1111–8.
248. Anderson M. Nurses' attitudes towards suicidal behaviour - A comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department. *J Adv Nurs.* 1997;25(6):1283–91.
249. Carmen Carmona-Navarro M, Carmen Pichardo-Martínez M. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: Influência da inteligência emocional. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012;20(6):1161–8.

8. EKLER

EK-1: Güç Analizi

F tests - ANOVA: Repeated measures, between factors

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:	Effect size f	= 0.25
	α err prob	= 0.05
	Power (1- β err prob)	= 0.80
	Number of groups	= 2
	Number of measurements	= 3
	Corr among rep measures	= 0.4
Output:	Noncentrality parameter λ	= 8.1250000
	Critical F	= 3.9667598
	Numerator df	= 1.0000000
	Denominator df	= 76.0000000
	Total sample size	= 78
	Actual power	= 0.8035267

Repeated measures two way anova analizi için alınması gereken kişi sayısı 78 olarak belirlenmiştir. Ancak çalışmadan ayrılma ihtimali olan kişiler de göz önüne alınarak Dropout oranı %10 olarak belirlendiğinde örneklem büyüklüğü 86 olarak elde edilmiştir. Vaka grubundan 43, kontrol grubundan 43 kişi çalışmaya alınmıştır.

EK-2: Tanıtıcı Bilgi Formu**1.Yaşınız:****2. Cinsiyetiniz:**

Kadın

Erkek

3.Eğitiminiz:

Lise

Lisans

Lisansüstü

4.Çalışılan onkoloji birimi:

Yataklı Klinik

Kemoterapi

Poliklinik

Kemik İliği

Transplantasyon

5.Onkoloji kliniğinde ne kadar süredir çalışmaktasınız?

.....

6. Hemşire olarak ne kadar süredir çalışmaktasınız?

.....

EK-3: İntihara İlişkin Bilgi Düzeyi Ölçeği (İBDÖ)

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyun ve doğru veya yanlış şeklinde işaretleyin:

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Kendilerini öldürmeyi bir kere kafalarına koyduktan sonra insanların intihara teşebbüs etmesine engel olmak için hiçbir şey yapılamaz.			
2. Eğer bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmiş olsalardı, intihar eden herkese depresyon teşhisi konulurdu.			
3. Bir psikiyatrist veya psikolog ile görüşmesi kişinin intihar etmesini önlemeye yardımcı olabilir.			
4. İntihar eden insanların çoğunun psikolojik bir rahatsızlığı vardır.			
5. İntihar etmek isteyen kişilere yalnızca uzmanlar yardım edebilir.			
6. Alkol bağımlılığı ve intihar arasında güçlü bir ilişki vardır.			
7. İntihar etmekten bahseden insanlar nadiren intihar ederler.			
8. İntihara teşebbüs etmek isteyen insanlar, hızlıca fikirlerini değiştirebilirler.			
9. İntihardan bahsetmek daima intihar riskini artırır.			
10. Geçmişte intihara teşebbüs eden birinin hiç intihara teşebbüs etmemiş birine göre tekrar intihar etme olasılığı daha yüksektir.			
11. İntiharın medyada yer alması, kaçınılmaz olarak diğer insanları da intihar etmeye teşvik edecektir.			
12. İntihar girişiminde bulunan kişiler bu girişimlerini önceden planlamazlar.			
13. İntihar etmeyi düşünen insanlar başkalarına bundan bahsetmemelidir.			
14. Çok az insanın intihar düşüncesi vardır.			
15. Kaygılı ya da sinirli insanların intihar etme riski daha yüksektir.			
16. İntihar eden insanların çoğu 30 yaşın altındadır.			
17. Erkeklerin intihar etme olasılığı kadınlara göre daha yüksektir.			
18. İlişki sorunları ya da mali (parasal) sorunları olan insanların intihar etme riski daha yüksektir.			
19. İntihara teşebbüs eden çoğu insan gelecek planları yapmaz.			

20. Eğer birine doğrudan “kendini öldürmeyi düşünüyor musun?” diye sorarsanız, bu o kişinin intihara teşebbüs etmesine yol açabilir.			
21. İntihara meyilli bir kişinin her zaman intihara eğilimi olabilir ve intihar düşüncesinden hoşlanır.			
22. İntihar nadiren uyarısız/uyarı vermeksizin meydana gelir.			
23. İntihar eden bir kişi akıl hastasıdır.			
24. Depresyondaki bir kişinin iyileşme göstermeye başladığı zaman, intihar riskinin en yüksek olduğu zamandır.			
25. İntihara yol açan dürtü ve sebepler daha öncesinden bilinmektedir.			
26. İntihara teşebbüs eden insanların çoğu kendilerini öldürmeyi başaramaz.			
27. İntihara teşebbüs eden kişiler bunu yalnızca başkalarını kendi amaçları doğrultusunda yönlendirmek (başkalarını manipüle etmek) ve dikkatleri üzerlerine çekmek için yaparlar.			

EK-4: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği (İYDÖ)

Lütfen kendi yaşamlarına son veren (intihar ederek ölen) kişilerle ilgili tanımlamalara ne ölçüde katıldığınızı aşağıdaki ölçeği kullanarak puanlayınız.

Genelde, intihar ederek ölen insanlar:

MADDELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Kendisine ve çevresine Yabancılaşmıştır.					
2. Kibirlidir					
3. İlgi çekme Arayışındadır.					
4. Barbardır / kabadır.					
5. Cesurdur.					
6. Kırılmıştır					
7. Kendini (bir davaya) adamıştır					
8. Korkaktır					
9. Zalimdir					
10. Dünyadan elini eteğini çekmiştir					
11. Kararlıdır					
12. Depresyondadır					
13. Dış dünyadan kopmuştur					
14. Ruhsal olarak Rahatsızdır.					
15. Bir utançtır					
16. Günahkardır					
17. Başarısızlıktır					
18. Korkusuzdur/ gözü pektir					
19. İncinmiştir					
20. İncitcidir					
21. Cahildir					
22. Ahlaksızdır					
23. Acı çekmektedir					
24. Sorumsuzdur					
25. Toplumdan Soyutlanmıştır.					
26. Tembeldir					
27. Yalnızdır					
28. Kaybolmuştur					

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
29. Perişandır / Zavallıdır					
30. Motive olmuştur /Güdülenmiştir					
31. Asildir					
32. Acınası haldedir.					
33. Güçlüdür					
34. Mantıklıdır / akılcıdır					
35. Gerçekçidir					
36. Umursamazdır					
37. Üzgündür					
38. Bencildir					
39. Duygusuzdur					
40. Yüzeyseldir/sığdır					
41. Utanç vericidir/rezildir					
42. Tuhaftır					
43. Sağlamdır /dayanıklıdır					
44. Aptaldır					
45. Kapana kısılmıştır					
46. Mazereti kabul edilebilir/ anlaşılırdır					
47. Adil değildir					
48. Affedilemezdir					
49. Mutsuzdur					
50. Haklı görülemez /onaylanamaz					
51. Doğal değildir					
52. İşe yaramazdır					
53. Kindardır / intikam peşindedir.					
54. Öfkeli / şiddete Meyillidir.					
55. İçine kapanıktır /çekingendir					

EK-5: İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Ölçeği (İRYİEAÖ)

İntihara İlişkin Etkililik Algısı Formu - Aşağıda yer alan bu soru formu intihara yönelik farkındalık ve önleme konusunda etkililiğinize ilişkin algınızı ölçmektedir. Soruları içtenlikle cevaplamamız çalışma açısından büyük önem taşımaktadır ve değerli katkılar sunacaktır. 1 " Kesinlikle Katılmıyorum", 2 " Katılmıyorum", 3 " Kararsızım", 4 "Katılıyorum" ve 5 ise " Kesinlikle Katılıyorum" cevaplarınızı temsil etmektedir.

Maddeler	1 Kesinlikle Katılmıyorum	2 Katılmıyorum	3 Kararsızım	4 Katılıyorum	5 Kesinlikle Katılıyorum
1. İntihar riski olan hastaya doğru yaklaşımı gösterme konusunda kendimi yeterli bulurum.					
2. Hastada intihar riski olduğunda ne yapmam gerektiğini bilirim.					
3. İntihar riskinin uyarıcı işaretlerini tanıyabilirim.					
4. İntihar için risk faktörlerini belirleyebilirim.					
5. İntihar riskini belirlemek için objektif ölçme araçlarını kullanmada kendimi yeterli hissederim.					
6. İntihar riski olduğunu düşündüğüm hastaya intihar düşüncesi olup olmadığını sorabilirim.					
7. İntiharı düşündüğünü bildiğim hastanın bakımında güvenli çevreyi sağlayabilirim.					

8. İntihar riski olduğunu düşündüğüm hastayla iletişimde nelere dikkat edeceğimi bilirim.					
9. İntihar riski olduğunu düşündüğüm hastanın ailesiyle iletişimde nelere dikkat edeceğimi bilirim.					
10. İntihar düşüncesi olan hastayı, sunduğumuzdan daha ileri yardım alması için uygun zamanda ve doğru psikososyal birimlere/kurumlara/kaynaklara yönlendirebilirim.					
11. İntihar düşüncesi olan hastanın intiharını önleyebilecek kaynakları (kurum, tedavi, önlem, bilgilendirme vb.) nasıl araştırabileceğimi/sorgulayabileceğimi bilirim.					
12. İntiharı düşünen hastayı intiharı önleyebilecek kurum içi ya da kurum dışı psikososyal kaynaklara (tedavi, destek, bilgilendirme, sosyal hizmetler vb.) yönlendirebilirim.					
13. Hastada intihar riski olduğunu düşündüğümde, birlikte çalıştığım ekiple (bakım ve tedavide yer alan sağlık çalışanları) bunu nasıl paylaşacağımı bilirim.					
14. Hastadaki intihar riskini yönetirken ekiple ortaya çıkabilecek olası çatışmaları çözebilecek yeterlilikteyim.					
15. Hastanın intihar riskinin yönetiminde sorumluluklarımı bilirim.					
16. İntihar riskini değerlendirme konusunda gerekli bilimsel birikime sahibim.					
17. İntihar riskini değerlendirme konusunda gerekli beceriye sahibim.					

18. İntihar riskini yönetme konusunda gerekli bilimsel birikime sahibim.					
19. Hastanın intihar riskini yönetebilirim.					
20. Hastanın intihar riskini yönetirken kaygımı kontrol edebilirim.					
21. İntihar riski olan hastayla intiharı önleme konusunda iş birliği yapabilirim.					
22. İntihar riski olan hastanın yakını ile intiharı önleme konusunda iş birliği yapabilirim.					
23. İntihar riski olan hastayla ilgili olarak ekiple iş birliği yapabilirim.					
24. Bakımım altındaki hasta intiharı düşünürse kendi mesleki yeterliliğim konusunda şüphe duymam.					
25. İntihar riski olan hastaya bakım verirken, intihara yönelik kendi duygu ve düşüncelerimin, hasta ve hasta yakınlarının duygu ve düşüncelerinin farkında olarak iletişim kurarım.					
26. İntihar riski olan hastaya bakım verirken, kontrol edebileceğim ve edemeyeceğim durumları ayırt edebilirim.					

EK-6: Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programı

Oturum 1: İntiharı Anlamaya Giriş ‘‘ Farkındalık ve Gelişim’’

Amacı: Hemşirelerin intihar olgusunu tanınmasını sağlayarak, onkoloji hastalarındaki intiharla ilgili süreçleri tanıyabilmelerini, intiharla ilgili toplumsal damgalamaların farkında olabilmelerini sağlamak, intihara ilişkin kayıp, suçluluk, anksiyete, yalnızlık, damgalama gibi kavramlara yönelik fikir sahibi olmalarını sağlamak.

Öğrenim Hedefleri:

- Hemşire ‘‘intihar’’ kelimesinin kendisinde çağrıştırdığı duygu ve düşüncelerini ifade edecek.
- Hemşire intihara yönelik duygu ve düşüncelerini tanımlayabilecek.
- Hemşire intihar riski olan hasta ile karşılaşmasının olumlu ve olumsuz etkilerini ifade edebilecek.
- Onkoloji hastalarının yaşadığı stresörlerle intihar riski arasındaki ilişkiyi tanımlayabilecek.
- İntiharla ilgili mitlerini ifade edebilecek.
- İntihara ilişkin damgalamalarını ifade edebilecek.
- İntihara yönelik damgalamalarının bakıma etkisini tartışabilecek.
- İntihara yönelik damgalamaları değiştirmede istekli olacak.
- İntihar riski yönetimini kendi sorumluluğu olduğunu ifade edecek.
- İntihar riskini yönetme konusunda isteklilik tarifleyecek.

Süre: 90-120 dk.

Yöntem: Anlatım, oyun, soru-yanıt, tartışma

Oturumun İşleyişi:

- Öncelikle grubun ısınması sağlanır. (Bkz. Grubun Isınmasını Sağlama)
- Grubun ısınması sağlandıktan sonra grubun amacı, yapısı, işleyişi ve kuralları konusunda bilgi verilir ve sorular cevaplanır.
- Birinci oturumun amaç ve içeriği açıklanır. (Bkz. Grubun Amacı, Yapısı ve İşleyişine Yönelik Bilgi Verilmesi)
- Bu eğitim içeriğine başlamadan neler hissettikleri sorulur. (Bkz. Duyguları, Düşünceleri, Deneyimleri Konuşmak)

- “İntihar” kelimesinde akıllarına ilk gelen 3 sahneyi çizmeleri ve onları anlatmaları istenir. Bu anlatım sonrasında gruptaki bireylerin birbirilerinin çağrışımlarını nasıl algıladıkları tartışılır.
- İntihar olgusuna yönelik deneyimlerini paylaşmaları istenir. Bu paylaşımlar takip ettikleri hastalardan, medyadan takip ettikleri olgulara kadar geniş olabileceği açıklanır (Bkz. Duyguları, Düşünceleri, Deneyimleri Konuşmak).
- İntihar olgusuna ilişkin nitel ve nicel araştırma bulgularının sonuçları sunulur. Bu bilgilerin kendi bilgi ve deneyimleri ile benzer ve farklı yönleri tartışılır (Bkz. Çalışma Bulgularından Derlenen Bilgilerin Verilmesi).
- İntiharla ilgili gazete haberlerine yer verilir. Bu haberler intihar farkındalığı ve intihar stigmatası bağlamında tartışılır (Bkz. Stigmaya Bakış).
- Kanserli bireyin intihar düşüncesi ile ilişkili deneyimleyebileceği kavramlar olan, kayıp, yalnızlık, anksiyete, ağrı, suçlulukla ilişkili bilgi verilir. Bu bilgilerin ardından kendi hastalarının deneyimlerini bu bilgiler dahilinde yeniden gözden geçirmeleri istenir. (Bkz. Kanser, İntihar ve İlişkili Kavramlar).
- Bu oturumun sonunda klinik deneyimde bu oturumdaki bilgilere sahip olsaydı neyi değiştirmek istediği sorulur. Bakım deneyiminden verdiği örnekte hangi düşünce ya da duygularını bırakmak istediği sorulur. Bu duygu ve düşüncelerini neyle değiştirmek istediği sorulur.
- Oturum araştırmacı tarafından özetlenir.

Oturum İçin Yararlanılan Kaynaklar:

1. Aboumrad M, Shiner B, Riblet N, Mills PD, Watts BV. Factors contributing to cancer- related suicide: a study of root- cause analysis reports. *Psychooncology*. 2018; 27:2237-2244.
2. Ahn MH, Park S, Lee HB, Ramsey CM, Na R, Kim SO et al. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psychooncology*, 2015; 24:601-607.
3. Banyasz A, Gregorio SWD (2018) Cancer- related suicide: a biopsychosocial- existential approach to risk management. *Psychooncology*, 27:2661-2664.
4. 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.

5. 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. *Psycho- Oncology*, 27(1), 148-154.
6. Joint Commisison-National Patient Safety Goal for Suicide Prevention (2018) https://www.jointcommission.org/assets/1/18/R3_18_Suicide_prevention_HAP_BHC_11_27_18_FINAL.pdf (8 Haziran 2019'da ulaşıldı).
7. 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.
8. Lin HC, Wu CH, Lee HC. Risk factors for suicide following hospital discharge among cancer patients. *Psycho- Oncology: Journal of The Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2009; 18:1038-1044.
9. 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. In *Oncology Nursing Forum*, 42:319
10. 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. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15:2117.
11. Osafo J, Knizek BL, Akotia CS, Hjelmeland H. Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 2012;49: 691-700.
12. Sun FK, Long A, Boore J (2007) The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 16: 255-263.
13. Valente SM (2007) Oncology nurses' teaching and support for suicidal patients. *J Psychosoc Oncol*, 25:121-137.
14. 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.
15. Karaffa, K. M., & Hancock, T. S. (2019). Mental health stigma and veterinary medical students' attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of veterinary medical education*, 46(4), 459-469.
16. American Cancer Society (2015) <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/emotional-side-effects/distress/what-is-distress.html> (1 Mart 2019'da ulaşıldı).

17. Birol L, Akdemir N, Bedük T (2005) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara, Sistem Ofset Basım Yayın San. Tic. Ltd. Şti., Eylül.
18. 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.
19. 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.
20. Troy JD, Locke SC, Samsa GP, Feliciano J, Richhariya A, Leblanc TW (2018) Patient-reported distress in hodgkin lymphoma across the survivorship continuum. *Support Care Cancer*. Available from: URL: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-018-4523-4> Accessed date: 06.04.2019.
21. 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.
22. Banyasz A, Gregorio SWD (2018) Cancer-related suicide: a biopsychosocial- existential approach to risk management. *Psychooncology*, 27:2661-2664.
23. Mosleh SM, Alja'afreh M, Alnajar 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.
24. 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. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15:2117.
25. Oh PJ, Cho JR (2018) Changes in fatigue, psychological distress, and quality of life after chemotherapy in women with breast cancer: a prospective study. *Cancer Nurs*. Available from: URL: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00002820-900000000-990711>. Accessed date: 06.04.2018.
26. Shim EJ, Hahm BJ (2011) Anxiety, helplessness/hopelessness and 'desire for hastened death' in Korean cancer patients. *Eur J Cancer Care*, 20:395-402.
27. Tang GX, Yan PP, Yan CL, Fu B, Zhu SJ, Zhou LQ et al. Determinants of suicidal ideation in gynecological cancer patients. *Psychooncology*, 2016;25:97-103.

28. Zhang XK, Procter NG, Xu Q, Chen XY, Lou FL. Factors influencing suicidal ideation among Chinese patients with stomach cancer: qualitative study. *International Nursing Review*, 2017; 64:413-420.
29. Kübler-Ross, Elisabeth. *Questions and Answers on Death and Dying: a companion volume to On death and dying*. Simon and Schuster, 2011.
30. Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, Gilboa- Schechtman E (2003) Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life- Threatening Behavior*, 33: 219-230.
31. Stuart GW, Laraia MT (2001) *Principles and Practise Of Psychiatric Nursing*, 7th ed. USA, A Harcourt Health Sciences Company.
32. 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.
33. Anderson C, Park EM, Rosenstein DL, Nichols HB (2018) Suicide rates among patients with cancers of the digestive system. *Psychooncology*, 27:2274-2280.
34. Dormer NR, Mccauley KA, Kristjanson LJ (2008) Risk of suicide in cancer patients in western australia, 1981–2002. *Med J Aust*, 188:140-143.
35. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg Ø (2004) Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol*, 22:4209-4216.
36. Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M, Yueh B (2008) Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol*, 26: 4731.
37. Robinson D, Renshaw C, Okello C, Möller 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.
38. Türkiye İstatistik Kurumu (2018) http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083 (20 Haziran 2019' da ulaşıldı).
39. 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.
40. World Health Organization (2018) Suicide. (10 Kasım 2018'de ulaşıldı). <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
41. Joiner T. *Why people die by suicide*. Harvard University Press; 2005.
42. Öztürk, S., & Hiçdurmaz, D. (2020). A Neglected Field in Cancer Care: Identification and Management of Suicide Risk. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 12(2), 243-257.

43. Öztürk, S., & Hiçdurmaz, D. (2023). A qualitative study on the perspectives and needs of oncology nurses about recognition and management of suicide risk in cancer patients. *Journal of clinical nursing*, 32(5-6), 749-763.

Oturum 2: İntihar Riskini Değerlendirme

Amacı: Hemşirenin intihar riskini değerlendirebilmekle ilgili duygularını ve düşüncelerini fark edebilmesini, intiharda risk faktörlerini tanımlayabilmesini, kanseri olan bireydeki intihar riskini değerlendirebilmesini, bu değerlendirmede uygun iletişim biçimlerini benimseyebilmesini ve risk değerlendirmedeki engellerle mücadele edebilmesini sağlamak.

Öğrenim Hedefleri:

- İntiharda risk faktörlerini tanımlayabilecek.
- Örnek vaka üzerinde intiharda risk faktörlerini değerlendirebilecek.
- İntihar riskinin değerlendirilmesinde literatür bilgileri eşliğinde klinik yargıyı kullanabilecek.
- Risk değerlendirmesinde sağlık ekibine ilişkin engellere ilişkin çözümlerini ve yaklaşımlarını ifade edebilecek.
- Risk değerlendirmesinde hasta yakınlarına ilişkin engellere ilişkin çözümlerini ve yaklaşımlarını ifade edebilecek.
- Risk değerlendirmede kaygılarını tartışmada istekli olacak.
- Risk değerlendirme yapabilme becerisi gösterebilecek.
- Kendisini ve grubun risk değerlendirme deneyimlerinin geliştirilmesi gereken yönlerini tartışabilecek.

Süre: 90-120 dk.

Yöntem: Anlatım, Soru-yanıt, tartışma, rol-oyunama, video.

Oturumun İşleyişi:

- Bir önceki oturumdan itibaren neler hissettikleri sorulur.
- Bir önceki oturumda tartışılan konular özetlenir. Yeni gündemden beklentileri tartışılır. Ardından oturum başlıkları açıklanır.
- İntihar risk değerlendirmesinin genel ilkeleri, ne zaman yapılacağı, risk değerlendirmenin başlatılmasına ilişkin bilgiler ve rehber uygulamalar sunulur (Bkz. İntihar Riskini Değerlendirme İlkeleri, İntihar Riskini Değerlendirme Ne Zaman Yapılmalı? Risk Değerlendirmenin Başlatılması)

- Verilen vakalar üzerinden risk değerlendirmesini yapmaları istenir. Bu risk değerlendirmesini hangi risk faktörleri üzerinden yaptıklarını açıklamaları istenir (Bkz. Risk Değerlendirmenin Başlatılması VAKA 1)
-
- Risk faktörlerini değerlendirme kriterlerinde klinik yargı vurgusu yapılır. “Hastanızın literatürde belirtilen risk faktörlerinden birini taşıması riskinin az olduğunu göstermez. Bireylerin kendileri ile yük algıları ve yaşadıkları duruma ilişkin utanç duyma durumları bireylerin intihar riskini artıran faktörler olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle ölçeklerden düşük puan alınması riskin olmadığını göstermemelidir.” açıklaması yapılır (Bkz. Risk Değerlendirmenin Başlatılması).
- Ardından risk değerlendirmesinde acil değerlendirilmesi gereken durumların neler olduğu konusunda bilgi verilir (Bkz. Riskin Yüksek Olduğuna İşaret Eden Durumların Ayırıştırılması)
- Grup üyelerinden intihar düşüncesi, niyeti ve eylemini sorgulamakla ilgili ne düşündükleri ve ne hissettikleri sorulur.
- İntihar düşüncesi, niyeti ve eylemin içeriğinin sorgulanması aşamasına geçmeden bunu nasıl yapılacağına ilişkin rol- oynama yaptırılır. Bu aşamada bireylerden biri hasta diğeri hemşire olması istenir. Hasta rolündeki bireye sufle verilir: “ Bu ilaçları almasam ne zamana kadar ölürüm hemşire hanım”. Ardından hemşire rolündeki bireyin tepkisi beklenir. Bu rol- oynama sonrası bireylerin bu rollerde duygu ve düşüncelerini paylaşmaları istenir. Diğer grup üyelerinden geri bildirim istenir.
- İntiharı konuşmakla ilgili yanlış inançlar açıklanır.
- İntihar düşüncesi, niyeti ve eylemi nasıl sorgulanması gerektiğine ilişkin yöntemlerle ilgili bilgilendirme yapılır (Bkz. İntihar Düşüncesi, Niyeti ve Eylemin İçeriğinin Sorgulanması).
- Destek ağının, güvenliğinin, baş etme kaynaklarının nasıl sorgulanması gerektiği örnek cümlelerle açıklanır. (Bkz. İntihar Düşüncesi, Niyeti ve Eylemin İçeriğinin Sorgulanması).
- Bu bilgilendirmeden sonra hemşirelerin bu değerlendirmeye ilişkin kolaylaştırıcılarını ve engellerini bir kâğıda yazmaları istenir. Yazdıkları engeller tartışılır ve ekte yer alan engellerle ilgili bilgi verilir. Bunları nasıl çözümlenecekleri konusunda tartışılır ve çözüm önerileri sunulur.

- İntihar Riskini Değerlendirmeyi VAKA 2'nin bilgileri ile Rol-Oynama ile Göstermeleri istenir. Rol geri bildirimleri alınır. (Bkz. İntihar Riskini Değerlendirmeyi Rol-Oynama ile Gösterme).
- Oturum Özetlenir.

Oturum için yararlanan kaynaklar:

1. Aboumrad 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.
2. 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.
3. Banyasz A, Gregorio SWD (2018) Cancer- related suicide: a biopsychosocial- existential approach to risk management. *Psychooncology*, 27:2661-2664.
4. American Cancer Society (2015) <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/emotional-side-effects/distress/what-is-distress.html> (1 Mart 2019'da ulaşıldı).
5. 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.
6. 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. *Psycho- Oncology*, 27(1), 148-154.
7. Joint Commisison-National Patient Safety Goal for Suicide Prevention (2018) https://www.jointcommission.org/assets/1/18/R3_18_Suicide_prevention_HAP_BHC_11_27_18_FINAL.pdf (8 Haziran 2019'da ulaşıldı).
8. 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.
9. 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. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23: 479-488.

10. Santa Mina E (2009) Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour. Registered Nurses Association of Ontario, L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
11. 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.
12. 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. *European psychiatry*, 27:129-141.
13. Joiner T. Why people die by suicide. Harvard University Press; 2005.
14. Öztürk, S., & Hiçdurmaz, D. (2020). A Neglected Field in Cancer Care: Identification and Management of Suicide Risk. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 12(2), 243-257.
15. Öztürk, S., & Hiçdurmaz, D. (2023). A qualitative study on the perspectives and needs of oncology nurses about recognition and management of suicide risk in cancer patients. *Journal of clinical nursing*, 32(5-6), 749-763.

Oturum 3: İntihar Riskinin Yönetimi “ İletişim ve Yönlendirme”

Amacı: Hemşirenin bir önceki oturumda riski değerlendirmesinin ardı sıra, hasta ile iş birliği yapmasını sağlamak, müdahale basamakları konusunda bilgi sahibi olmasını sağlamak, intihar riskini ekiple ve hasta yakınıyla paylaşırken terapötik iletişim becerisi göstermesini sağlamak, fiziksel güvenliği sağlayabilecek değerlendirme becerisine sahip olmasını sağlamak, bu yönde terapötik ortamı oluşturmak, psikiyatri konsültasyonu sonrası değerlendirmenin önemini kavramasını sağlamak, intihar riski değerlendirmesi yapmaya devam etmesini sağlamak ve psikiyatrik ilaçların kullanımına yönelik bilgi sahibi olmasını sağlamak, taburculukta hasta ve hasta yakınlarının yardım alması gereken kaynakları bilmesini sağlamak.

Öğrenim Hedefleri:

- Hastayla iş birliği yapma konusunda duygu ve düşüncelerini tanımlayabilecek.
- Hastanın intihar riskini aile ve ekiple paylaşmaya ilişkin duygu ve düşüncelerini tanımlayabilecek.
- İntihar riskini belirledikten sonra müdahale basamaklarının neler olduğunu ifade edecek.

- İntihar riskinin yönetiminde hasta ile iş birliği yapmaya istekli olduğunu ifade edebilecek.
- İntihar riski olduğunu belirlediği hasta ile terapötik iletişim kurma yaklaşımlarını ifade edebilecek.
- İntihar riskini aileyle paylaşma biçimine ilişkin ilkeleri ifade edebilecek.
- İntihar riskini ekiple paylaşma biçimine ilişkin ilkeleri ifade edebilecek.
- İntihar riski olan hastanın bakımında fiziksel ortamı planlayabilecek.
- Psikiyatri konsültasyonu çağırılmadığı durumlarda hemşire rolünde yapabileceklerini sıralayabilecek.
- Devamlı risk değerlendirmesinin önemini açıklayabilecek.
- Psikiyatrik ilaçlarının kullanımına ilişkin bilgi sahibi olduğunu ifade edecek.
- Hasta ve hasta yakınlarını risk konusunda bilgilendirmede terapötik iletişim kurabilecek.
- Taburculukta hasta ve hasta yakınlarının destek alabileceği kaynakları sayabilecek.

Süre: 90-120 dakika

Yöntem: Anlatım, tartışma

Oturumun İşleyişi:

- İntihar riskine müdahalenin ilk riskin farkında olmakla başladığı hatırlatıldıktan sonra, intihar riski ve niyeti sorgulanan hastanın intihar riski olduğu düşünüldüğünde neler yapılabileceği konusu gruba tartışılır.
- Hasta ile nasıl iş birliği yapabileceği konuşulur. İş birliğindeki yaklaşımlara yönelik bilgi verilir (Bkz. Hastayla İle İş Birliği)
- Ardından intihar riskinin aile ve ekiple paylaşımına ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri istenir. Olumsuz ve olumlu duygularını fark etmeleri konusunda desteklenir. Olumsuz duygularının bakıma potansiyel etkileri konuşulur. İntihar riskinin aile ve ekiple paylaşım ilkeleri, engeller ve öneriler konuşulur (Bkz. Ekiple İş Birliği).
- Riskin hasta yakını ile nasıl paylaşacağı sorulur. Bu paylaşımına ilişkin kaygıları konuşulur. Hasta yakınlarının olası cevapları karşısında hangi yaklaşımların benimsenebileceği konusunda bilgi verilir (Bkz. Aileyle İş Birliği).
- İntihar girişiminin engellenmesi ilişkin fiziksel ortamın planlanmasında neler yapılabileceği açıklanır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan kontrol listesini (checklist'i) incelemeleri istenir (Bkz. Fiziksel Güvenliğin Sağlanması).

- Psikiyatri konsültasyonu çağırılmadığı ama hemşirenin riskin devam ettiğini düşündüğü durumlarda neler yapılabileceği sorulur. Ardından bu gibi durumlarda hemşirenin bağımsız girişimlerinin neler olabileceği açıklanır (Bkz. Ekiple İş Birliği).
- Risk Değerlendirmesinin aralıklı olarak yapılması gerektiği, bunu yaparken hastanın güncel olarak maruz kaldığı stresörleri değerlendirmenin, hasta yakınları ve ekip ile iş birliği yapmanın önemi vurgulanır.
- Psikiyatri konsültasyonu sonrası psikiyatrik ilaç başlanabileceği bilgisi verilir. Psikiyatrik ilaçların kullanımına ilişkin bilgileri değerlendirilir. Psikiyatrik ilaçlara ilişkin mitleri öğrenilir. Psikiyatrik ilaçlarının kullanım ilkeleri konusunda bilgilendirilir. Psikiyatrik ilaçların kullanımı sırasında intihar riski ve düzenli kullanılmaması sonucu meydana gelebilecek olan riskler konusunda bilgilendirilir (Bkz. Psikofarmakolojik İlaçların Önemi).
- Taburculukta hasta ve hasta yakınlarına intihar riskini yönetebilmelerine yönelik bilgiler sunulacaktır. İntihar riski devam eden hastaların ilaçlarının devamlı almasının önemi, intihar düşüncelerini yönetebilmek için strateji oluşturulmasının önemi vurgulanacaktır. Hasta taburculuğunda hastaların takipli olduğu hastanenin psikiyatri polikliniği numaraları, taburculuktan sonra ulaşabilecekleri ruh sağlığı hizmetine ulaşabilecekleri merkezlere ilişkin bilgi verilir (Bkz. Taburculuk).
- Son oturum özetlenir, oturuma ilişkin alamadıkları ya da anlamakta zorlandıkları yerlerin neler olduğu sorulur. Anlaşılmayan konular açıklanır.
- Eğitime ilişkin duygu ve düşünceleri sorulur.
- Son testler Google Formlar üzerinden paylaşılır ve oturum içerisindeyken yapmaları istenir.
- Katılımcılara araştırmacılara ulaşabilecekleri iletişim numaraları verilir.

Oturum Kaynakları:

1. 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.
2. 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. *Psycho- Oncology*, 27(1), 148-154.

3. Joint Commisison-National Patient Safety Goal for Suicide Prevention (2018) https://www.jointcommission.org/assets/1/18/R3_18_Suicide_prevention_HAP_BHC_11_27_18_FINAL.pdf (8 Haziran 2019'da ulaşıldı).
4. 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. *European psychiatry*, 27:129-141.
5. Joiner T. Why people die by suicide. Harvard University Press; 2005.
6. Stahl, Stephen M., and Stephen M. Stahl. *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. Cambridge university press, 2013. Santa Mina E (2009) Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour. Registered Nurses Association of Ontario, L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
7. Öztürk, S., & Hiçdurmaz, D. (2020). A Neglected Field in Cancer Care: Identification and Management of Suicide Risk. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 12(2), 243-257.
8. Öztürk, S., & Hiçdurmaz, D. (2023). A qualitative study on the perspectives and needs of oncology nurses about recognition and management of suicide risk in cancer patients. *Journal of clinical nursing*, 32(5-6), 749-763.

OTURUM 1: İNTİHARI ANLAMAYA GİRİŞ ‘FARKINDALIK VE GELİŞİM’ OTURUMUNDAKİ İÇERİKLER

-Grubun Isınmasını Sağlama

Grupla tanışılır, ardında bir ısınma oyunu oynanır. Araştırmacı ekran paylaşımı yoluyla aile fotoğrafları gösterilir. Grup üyelerinden bu fotoğrafların birini seçmeleri istenir. Ardından fotoğrafları neden seçtiklerini ve bu seçim deneyimlerini anlatmaları istenir. Aynı fotoğrafı seçen kişilerin ortak ve farklı deneyimleri konuşulur. Böylelikle bireylerin grubun sağlıklı işleyişi için bilişsel hazırlığı yapılıp çalışılır.

-Grubun Amacı, Yapısı ve İşleyişine Yönelik Bilgi Verilmesi

“Bu eğitim programının amacı sizlerin hastalarınızda intihar riskinin farkına varmanız, intihar riskini değerlendirme konusunda ve klinik yapılanmada bu riskin yönetimi konusunda bilgi ve becerilere sahip olmanızdır. Bu program öncelikle intihar olgularına yönelik farkındalığınızı arttırmayı amaçlar. İntihar riski olan bireye yaklaşımlarınızın ve düşüncelerinizin farkında olmanız bu eğitim programının temel amaçlarından biridir.

Bununla birlikte hemşirenin güvenli bir bakım ortamı oluşturma sorumluluğunun rehberliğinde intihar riskini değerlendirme ve intihar riskinin yönetimi konusunda bilgi sahibi olmanız Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önleme Farkındalık ve Beceri Geliştirme Programı'nın amaçlarındandır”.

“Birinci oturumun amacı intihar olgusunu tanımasını sağlayarak, onkoloji hastalarındaki intiharla ilgili süreçleri tanıyabilmelerini, intiharla ilgili toplumsal damgalamaların farkında olabilmelerini sağlamak, intihara ilişkin kayıp, suçluluk, anksiyete, yalnızlık, damgalama gibi kavramlara yönelik fikir sahibi olmalarını sağlamaktır”.

“Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önleme Farkındalık ve Beceri Geliştirme Programı 3 oturumdan oluşmaktadır. Bu oturumlar 5-10 kişilik gruplarla yürütülecektir. Bu eğitimin etkililiği için 3 oturuma da katılmanız önemlidir. Oturum zamanları sizin ve diğer grup üyelerinin uygunluğu gözetilerek oluşturulmaktadır. Bu nedenle bir oturuma katılmamanız durumunda sizin için telafi oturumu oluşturulabilir ancak 2 oturuma katılmamanız durumunda eğitim programının diğer aşamalarına katılmanız mümkün olmayacaktır”.

“Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önleme Farkındalık ve Beceri Geliştirme Programı'nda sizin deneyimlerinizi paylaşmanızı eğitimin etkinliği için önemsiyoruz. Bu yolla sizin de hastalarla deneyimlerinizi zenginleştirmenizi ve eğitim amacın uygun olarak yaklaşımlar geliştirmenizi bekliyoruz. Deneyimlerinizi paylaşmanız yoluyla eğitimin diğer grup üyeleri üzerinde de destekleyici bir yönü olduğunu düşünüyoruz.”

- Duyguları, Düşünceleri, Deneyimleri Konuşmak

“İntihar konusunda neler hissettiğiniz merak ediyoruz.” denir. Hemşirelerin bu konudaki düşünceleri paylaşmaları desteklenir. Hemşirelerin ortak ve farklı algıları tartışılır.

“İntihar dendiğinde aklınıza gelen 3 sahneyi/simgelyi/şekli çizmenizi ve anlatmanızı istiyoruz”.

Hemşirelerin çizim süreçlerindeki tepkileri gözlemlenir. Çizimlerini anlatmaları istenir. Bu çizimlerin içeriğinin kendileri için anlamları sorulur. Çizimlerin içeriğinde intihara yönelik olarak algıları ve deneyimleri konuşulur.

- Çalışma Bulgularından Derlenen Bilgilerin Verilmesi

İntihar olgusuna ilişkin çalışma bulguları paylaşılır. Bu bilgilerin kendi bilgi ve deneyimleri ile benzer ve farklı yönleri tartışılır.

“Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ’nün raporlarına göre her yıl 800.000 kişi intihar nedeniyle ölmektedir.”

“İçinde Türkiye ’nin de bulunduğu Avrupa bölgesi ise dünyada en yüksek intihar oranına sahiptir (15.4/100.000) ”

“Türkiye için oranı 100.000’de 7.3, erkek intihar oranları 11.4/100.000, kadın intihar oranları 3.3/100.000’tür.”

“Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2018 yılında intiharların 2463 ’ünün ölümle sonuçlandığı bilinmektedir.”

İntihar bireylerin algılan stresörlerle baş edememeleri sonucu acı duyma, yaşama devam etmekte zorlanma, anlamsızlık, yaşam amacını kaybetme, yaşamdan mutluluk ve zevk alamama gibi sıkıntılarla karakterize akut bir kriz durumudur. Bununla birlikte intihar düşünceleri yaşanan stresörün özelliğiyle birlikte bu stresörlerin birey tarafından nasıl algılandığı ve bireye ait baş etmelerle sorunların nasıl çözüldüğüyle de ilişkilidir. Bu bağlamda belirli kişilik yapıları, belirli bilişler, savunma mekanizmaları ve baş etme örüntüleri, bireylerin intihar açısından riskli bir konumda olmalarına neden olabilir.”

“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 genel popülasyona oranla 2-5 kat daha fazla olduğunu göstermektedir”

“Herhangi bir ruhsal rahatsızlığa bakılmaksızın intihar eden bireylerin %90’ının intihar etmeden 3 ay önce bir sağlık profesyoneliyle teması var. Herhangi bir ruhsal rahatsızlığa bakılmaksızın intihar eden bireylerin %67’sinin intihar etmeden 1 hafta veya daha kısa süre içinde herhangi bir kurumdan sağlık hizmeti aldığı bilinmektedir.

İntihar hastalarımızı bu kadar etkileyebilir bir sorunken hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının bu konuda gereksinimleri ve sorunları şöyledir;

- Sağlık çalışanları böyle bir riskin farkında değil

- *Farkında olanlar olsa bile bu konuda bilgi sahibi değiller.*
- *İntihar riski olan bireylerle ilgili stigmalarla sahipler.*
- *Biri intiharı düşünse ne yapabilirler bunu bilmiyorlar*
- *Bu riski yönetmenin çok stres verici olduğunu düşünüyorlar.*
- *Bazen bu konuyu hiç açmamanın iyi olacağını düşünüyorlar.*
- *Onkoloji hastasının gerçekten intiharı düşünmeyebileceğine inanıyorlar.”*

-Stigmaya Bakış

Gazete haberleri araştırmacı tarafından paylaşılır ve değerlendirmeleri istenir. Sonrasında gazete başlıklarındaki stigmalar konuşulur ve intiharda stigmatizasyonla ilgili bilgiler verilir.

Bir yoksulluk intiharı daha! Manav sebze deposunda **intihar** etti

16 Kasım'da Kütahya merkez Okmeydanı Mahallesi'ndeki meyve sebze deposunda **intihar** eden Eruyar evli ve bir çocuk babasıydı. Mithatpaşa ...

Bir yoksulluk intiharı daha: Eşi 'Pazara gidelim' dedi, parası ...

25 Kas 2019
Eşinin "Pazara gidelim" dediği Ali Kabasakal, "Param yok" diyemedi, banyoya girerek tüfekle **intihar** etti. Siyanür cinayetlerinden sonra yürekleri ...

Eşine 'param yok' diyemedi, **intihar** ettil Cebinden 1,5 TL çıktı

25 Kas 2019

Yasak **aşk** ölümlerle bitti! Küçükçekmece'deki intiharlarda son ...

26 Kas 2019

Yasak **aşk** ölümlerle bitti! Küçükçekmece'deki intiharlarda son ... Aynı odaya kapatılan yasak aşklar **intihar** ettil! Ablanın son dakika iddiası ise.

“Gazete haberlerinde intihar tek nedenli olarak gösterilmektedir. Halbuki intihar tek nedenli değildir. Bununla birlikte kimi zaman aşk, sevgi içerikli haberlerde romantize edilmektedir.”

“Bazı yaklaşımlarda ise intihar ve intihar riskinin yönetimi önemsizleştirilebilmektedir.”

yaşayarak intihar etmeyi seçenlere yardım edilemez...bir stil meselesi.
(bkz: [kinyas ve kayra](#))'dan.

f t ^ v

10.08.2018 00:05 anangida ...

[identity](#) filminde bir sahne vardı. john cusack aşağı yukarı şöyle bir hikaye anlatıyor:

"polis memuru olduğum bir dönemde bir ihbar almıştık. bir köprüye çıkmış, intihar etmek üzere olan bir kadın vardı. onunla konuşmak için yanına gittim, o sırada kadın bana hayatının çok kötü olduğunu söyledi ve gözlerimin içine bakarak benden intihar etmemek için bir neden istedi. polisler bu durumlar için eğitilir, ben de intihar etmek üzere olan birine neler söylemem gerektiğini biliyordum. kadın bana soruyu sorduktan sonra yalnızca bir saniye durakladım. kadın bunu fark etti ve kendini aşağı bıraktı."

bu konuda söylenen herhangi bir neden işte tam olarak böyle bir şeydir. soğuk, yalan ve yapmacık. çünkü öyle bir neden yok.

f t ^ v

10.08.2018 17:52 - 19.05.2019 10:24 yoruichi ...

"Ya da bu konuyla ilgili olarak kişilerin içerisinde buldukları zor durumu anlamadan intiharı akıl yoksunluğu, mantıksızlık olarak değerlendirilebilmektedir. Bu gibi yaklaşımlar bireylerle empati kurmayı engellemekte, bireylere yardımı güçleştirebilmektedir. "

"İntihar etmeye teşebbüs eden kişi, bu kabahatten suçlu sayılacaktır" Ghana'daki kanun örnek verilir ve ne hissetikleri konuşulur.

" Görüldüğü gibi intihar bazen yazılı kanunlarda suç görüldüğü gibi yazılı olmayan kanunlarda da suç görülebilmektedir.

İntiharı düşünen kişi;

- *İntiharı düşünen ya da girişimi olan kişiler ahlaken eksik değildir. İntihar edeceğini söyleyen biri bizi tehdit etmiyordur.*
- *İntihar düşüncesinde ya da girişiminde ilgi çekme amacı yoktur.*
- *İntihar edeceğini söyleyen kimse bizi manipüle etmiyordur.*
- *İntihar düşüncesi korkaklıkla ilişkili değildir.*
- *İntiharı düşünen kişi; YARDIM ARIYORDUR!*

İntiharla ilgili damgalamalarımıza bakalım;

- *Korkaktır.*
- *Kindardır/intikam peşindedir.*
- *Doğal değildir.*
- *Öfkeli/şiddete meyillidir*

- *Umursamazdır.*
- *İlgi çekme arayışındadır.*
- *Affedilemezdir.*
- *İşe yaramazdır.*
- *Cahildir.*
- *İnciticidir.*
- *Adil değildir.*
- *Haklı görülemez/onaylanamaz.*
- *Barbardır/kabardır.*
- *Acınası haldedir.*
- *Tuhaftır.*
- *Başarısızlıktır.*
- *Günahkârdır.*
- *Kibirlidir.*

Bu gibi etiketler hastaların yardım almasını engelleyebilmektedir. Halbuki intiharı düşünen birey zorlu süreçleri deneyimliyor ve baş etmekte zorlanmaktadır.”

İntihar mitleri ve gerçekleri ise şöyledir;

MİTLER	GERÇEKLER
<i>İntiharı düşünen ya da intihar girişiminde bulunan kişiler ruhsal hastalık tanısına sahip kişilerdir.</i>	<i>İntiharı düşünen bireyler deneyimledikleri zorlu süreçlerle baş etmekte zorlanmaktadır.</i>
<i>İntiharla ilgili konuşmak bireyleri intihara teşvik eder.</i>	<i>İntihar düşüncelerinin olup olmadığını sormak bireyi intihara yönlendirmez aksine intihar riski olan hastayı uygun yönlendirme yapmasını sağlayabilir.</i>
<i>İntihar edeceğini söyleyen biri intiharı düşünmüyordur.</i>	<i>İntihar girişiminde bulunmuş bireylerin yaklaşık %80'i intihar edeceğini yakınlarına ya da çevresine iletmiştir.</i>

<i>İntiharı düşünen bireyler depresyon dönemleri hafiflediğinde intihardan vazgeçmiştir.</i>	<i>Birey iyi hissettiğini söylediğinde intihar riski ortadan kalkmamış olabilir. Aksi yönde birey intihar düşüncesini eylem haline getirmek için güçlenmiş olabilir.</i>
<i>İntiharı düşünen ya da intihar girişiminde bulunana kişiler zayıf karakterli güçsüz kişilerdir.</i>	<i>İntiharı düşünen ya da intihar girişiminde bulunan kişiler uzun süre sorunlarıyla kendi başlarına baş etmeye çalışan, yardım isteme/arama konusunda daha ketum kişiler olabilmektedir.</i>

-Kanser, İntihar ve İlişkili Kavramlar

Kayıp, yalnızlık, anksiyete, ağrı, suçluluk ve intiharın bu kavramlarla ilişkisine yönelik bilgi verilir. Sonrasında kendi hastalarının deneyimlerini bu bilgiler dahilinde yeniden gözden geçirmeleri ve deneyimlerini paylaşmaları istenir.

“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. 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 yaşamalarına neden olan problemlerdir. Bu problemlerin yanı sıra ağrı, hastaların distreslerini arttıran ve yaşam kalitelerini düşüren önemli bir sorun olarak tanımlanmaktadır. Kanser hastalarında sözü edilen distres yaşantıları ve ağrının intihar düşüncesinin önemli yordayıcıları olduğu bilinmektedir.”

“Kanser süreci belirsiz ve dalgalı seyretmektedir. Hasta durağan dönemlerden, girişimlerin arttığı bir döneme girdiğinde baş etmeye çalıştığı stresörler artmaktadır. Bu nedenle cerrahi bir girişim geçirme veya kemoterapi alıyor olma gibi tedavi süreçleri hastanın psikososyal yüklerini arttırmaktadır. Ek olarak, tedavi sürecinde beklenen yönde sonuçlarının olmaması ve tedavi ile ilgili hayal kırıklıkları, fizyolojik semptomların yönetilememesi hastaların yaşamı anlamsız bulmasına yol açabilir. Diğer taraftan, hastalık sürecinde ortaya çıkan otonomi ve rol kaybı, önceki işlevselliğin yerine getirilememesi, öz bakımı sürdürememe, bakım verene yük olma endişesi ve sorumluluğu

altındakilere bakım verememe gibi sorunlar hasta bireylerin kaygılarını kontrol edememelerine ve depresif belirtiler göstermelerine neden olabilir.”

“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. Kayba verilen bu tepkileri inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve uyum olarak 5 evrede sınıflanmıştır. İnkâr evresinde hasta kaybı reddeder. Bu evrede hastanın kaybı inkârı 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 spirüüel kaynaklarla bir uzlaşmaya gidilir. Hasta, öfkesini yatıştırması karşılığında tanrıdan ya da spirüüel 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. Ancak çarpıtılmış keder gibi kayba uyumsuz yanıtlar oluşmuşsa hastaların öfkesini benliğine yöneltmesi sonucu patolojik boyutta depresyon oluşabilir. 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. Ancak hastalar bu stresörlerle alışlageldikleri baş etme yollarıyla baş edemiyorsa ve psikolojik acılarını dindiremiyorlarsa kriz ortaya çıkabilmekte ve intiharla sonuçlanabilmektedir.”

Değişim Sağlamak İsteği Konular

- Klinik deneyimde bu oturumdaki bilgilere sahip olsaydı neyi değiştirmek “ diye sorulur. Bakım deneyiminden verdiği örnekte hangi düşünce ya da duygularını bırakmak istediği sorulur. Bu duygu ve düşüncelerini neyle değiştirmek istediği sorulur.

Oturum Özetlenir.

OTURUM 2: İNTİHAR RİSKİNİ DEĞERLENDİRME OTURUMU İÇERİKLERİ

1. İntihar Riskini Değerlendirme İlkeleri

- Hastalardan gelen sözlü ve sözsüz uyarılar dikkate alınmalıdır.
- Bu uyarıları gösteren hastalarda intihar riski değerlendirilmelidir. Tıbbi olarak stabil olmayanlar için, hasta stabilize edildikten sonra intihar riski değerlendirmesi düşünülmelidir. Sözel iletişimi olmayan hastalar için, resim destekli iletişim, bakıcı görüşmesi ve davranışsal gözlemler gibi alternatif yöntemler intihar riski değerlendirmesi için düşünülebilir.
- Depresyonda kullanılan ölçekler intihar riskini tanılamada yeterli değildir. Bunun yerine riski tanımlamaya yardımcı geçerli ve güvenilirliği yapılmış ölçekler kullanılmalıdır.
- Hastaların intihar riskinin değerlendirilmesinde hasta yakınları bilgilendirilmelidir.
- Eğer hastanın gözlemlenen davranışları sonucunda hemşirenin klinik yargısı intihar riskinin olduğu yönde ise daha ayrıntılı değerlendirme zaman kaybetmeden başlatılmalıdır.
- Hasta intihar edeceğini ifade ediyorsa hasta yakınlarına haber verilmelidir.
- Hastaya intihar düşüncesi olup olmadığını sormak, hastanın duygu durumunu etkilemez, intihar fikrini kişinin aklına sokmaz, intiharda artışa yol açmaz. Bu düşüncelerini sormak hastaya uygun bakım düzeyini sağlamada yardımcı ve zorunludur. Ayrıca daha açık iletişimi kolaylaştırmaya ve ruhsal sağlığın damgalanmasını azaltmaya yardımcı olur.

2. İntihar Riskini Değerlendirme Ne Zaman Yapılmalı?

- Yatan hasta üniteleri için, hastaya üniteye kabul sırasında ilk hemşirelik değerlendirmesi sırasında değerlendirmenin yapılması gerekebilir.
- Eğer hemşire hastanın risk faktörlerini değerlendirdiğinde hastanın riski olabileceği yönünde bir şüphesi olduysa hasta kliniğe kabulünde ya da klinik yatış sırasında herhangi bir vakit hastanın risk değerlendirmesini yapabilir.
- İntihar risk değerlendirmesinde hasta- hemşire bire bir olmalıdır. İntihar riskini değerlendirirken hemşire hasta yakınlarında dışarıda beklemeleri gerektiğini söylemelidir. Hasta yakınları olduğunda, hastanın açık cevap verme olasılığı daha düşüktür.
- Hemşire hasta yakınının odadan çıkması için uygun olup olmadığını sormamalı, bunun yerine hasta yakınlarından dışarı çıkmalarını istemek için standart bir uygulama

yapmalıdır. “Hastanızı daha iyi tanımaya ve anlamaya ihtiyaç duyuyorum, birebir görüşmek ve konuşmak istiyorum. Bu nedenle hastayla özel olarak görüşmem gerekiyor.”

- Reşit olamayan hastalarda Ebeveyn / vasi değerlendirmeyi kabul etmiyorsa risk değerlendirilmez.

3. Risk Değerlendirmenin Başlatılması

Risk Faktörlerini Değerlendirme

- İntihara ilişkin genel risk faktörleri
- Onkoloji hastalarına yönelik risk faktörleri

İntihara İlişkin Genel Risk Faktörleri	Onkoloji Hastalarına Yönelik Risk Faktörleri
<ul style="list-style-type: none"> • Uzun süreli strese maruz kalma • Sosyal ilişkilerde işlevsizlik • İşsizlik • Ekonomik kayıplar • Zorbalığa maruz kalma • Boşanma • Başka birinin intiharına maruz kalma • Ölümcül kaynaklara ulaşabilme • Çocukluk çağı ihmali ve istismarı • Travma öyküsü • Daha önce bir intihar girişiminin olması • Aile öyküsünde intihar girişiminin olması 	<ul style="list-style-type: none"> • Kanserin türü Pankreas, Akciğer, gastrointestinal sistem merkezi sinir sistemi ve prostat kanserleri • Evresi İleri evre kanserler (3. ve 4. Evre) • Tanı Alınan Zaman- İlk aylar ve ilk 1 yıl risk yüksek • Demografik Özellikler Erkek cinsiyet 65 yaş ve üzeri Evlili olmama, boşanmış olma, yalnız yaşama • Sosyal zorluklar Eş ve çocukları yerine diğer bakım vericiler tarafından bakım alma Maddi konularda zorlanma Hastalığını anlamada, tedavi kararlarını vermede zorlanma Sağlık ekibi ile iletişim kurmada zorlanma Stresli yaşam olaylarına maruz kalma • Psikopatoloji Anksiyete bozukluğu ve/veya depresyon

Verilen vakada belirlediğiniz risk faktörlerini belirtiniz. Ardından aşağıda verilen Hemşirelik Global İntihar Riski Değerlendirme Ölçeğini Kullanınız.

VAKA 1

Ahmet bey 55 yaşında 8 ay önce Akciğer CA tanısı almıştır. Kemoterapi kürlerini almasının ardından iki hafta sonra ateş, bulantı kusma ile acile başvurmış sonrasında klinik takibinin onkoloji kliniğinde yapılması önerilmiştir. Tıbbi Onkoloji yataklı kliniğini yatışı yapılan Ahmet beyin tanı aldıktan sonraki süreçte ikinci yatışıdır. 2 haftadır onkoloji kliniğinde enfeksiyon belirti bulguları nedeniyle takip edilmektedir. Hemşireler ve asistan hekimler Ahmet Bey’i tanımaktadırlar. Yatıştan sonra Ahmet Bey’in bulantı-kusmaları azalmış, ateşi de kontrol altına alınabilmiştir. Hemşiresi tedaviler için odaya girerken Ahmet Bey’in karısına “Yaşasam ne olacak ilaçların faydası olacak mı belli değil” şeklinde konuştuklarını duymuştur. Hemşire Ahmet Bey’in geçen yatışına göre karısı ve diğer hastalarla daha az iletişime geçtiğini, eski yatışında akşam haberlerini izleme konusunda motivasyonun yüksek olmasına rağmen şimdiki yatışında televizyonun açılmasına tahammülü olmadığını, öğünlerinin hepsini tüketemediğini gözlemlemektedir. Bunun yanında tedaviyle ilgili yan etkilerin de Ahmet Bey’in böyle görünmesine katkı sağladığını düşünmüştür. Başka bir bakım sırasında odasına girdiğinde Ahmet Bey’in karısının telefonda bir akrabasına tedavi bakım masraflarını karşılayabilmek için Ahmet Bey’in dükkanını sattığını ancak böyle baş edebildiklerini anlatır. Telefon konuşması bittiğinde hemşire bakımını yapmaya devam etmektedir. Eşi Ahmet Bey’e karşı telefondaki akrabasının selamı olduğunu söylemiş, ancak Ahmet Bey eşine sinirlenerek; “Burasının hastane olduğunu bilmiyor mu? Niye o kadar uzatıyor?!” diye sinirlenmiştir.

Hemşirelik Global İntihar Riski Değerlendirme Ölçeği

Vakada var olan değişkenleri işaretleyiniz. Vakada saptadığınız değişkenlerin puanlarını toplayıp toplam puan kutucuğuna yazınız.

Değişkenler	Puan
1. Umutsuzluğun Varlığı	3
2. Son zamanlarda yaşanan stresli yaşam olayları (örneğin, iş kaybı, ekonomik endişeler)	1
3. Perseküsyon sesleri ya da sanrıları	1
4. Depresyonun varlığı/ isteksizlik-zevk alamama	3
5. Sosyal izolasyon	1
6. İntihar niyetine ilişkin ifadeler	1
7. İntihar planının olması	3
8. Ailede psikiyatrik problemler ya da intihar öyküsünün olması	1
9. Yakın zamanda yaşanan yas ya da bir ilişkinin bozulması	3
10. Geçmişte psikotik yaşantının varlığı	1
11. Eşini kaybetme	1
12. Daha önce intihar girişiminin olması	3
13. Sosyoekonomik kayıp öyküsü	1
14. Alkol ya da madde kullanım öyküsü	1
15. Terminal bir hastalığın varlığı	1
16. Son bir yıl içinde çok sayıda psikiyatri kliniğine yatış	1
Toplam Puan	

Ölçekten alınan puanın yorumlaması şöyledir;

5 ya da daha az puan alındıysa intihar riskinin 4. Seviyede olduğu- hastanın düşük riskli olduğu söylenir.

6 ve 8 arasında puan alındıysa riskin 3. Seviyede- orta düzey olduğu söylenir.

9 ve 11 arasında puan alındıysa riskin 2. Seviye – yüksek risk olduğu söylenir.

12 puan ve üstü puan alındıysa riskin 1. Seviye- çok yüksek risk olduğu söylenir.

Önemli Not: Literatürdeki önemli ölçme ve değerlendirme araçlarını kullanmak riski objektif yollarla değerlendirmeyi sağlayabilmektedir. Bununla birlikte riskin

değerlendirilmesinde klinik yargıyı kullanmak daha doğru sonuçlar almamızı sağlayabilir. Örneğin yük algısının olması yüksek risk anlamına gelmektedir. Ancak ölçekleri kullandığınızda hastanın düşük riskli olduğunu düşünebilirsiniz. Bu bağlamda hastada yük algısı, katlanamama, devam edememe gibi düşünceler ve algılar olduğunda ölçümlerde hastanızın intihar riskinin düşük olduğunu ölçmüş olsanız bile hastayı yüksek riskli kabul etmelisiniz.

4. Riskin Yüksek Olduğuna İşaret Eden Durumların Ayırıştırılması

- Doğrudan intihar veya ölüm hakkında konuşmak (örneğin “Keşke ölseydim.”)
- İntihar veya ölüm hakkında dolaylı olarak, umutsuzluk ve değersizlik temaları dahil olmak üzere konuşmak “Herkes bensiz daha iyi olurdu.”
- İntiharla tehdit etmek, intihar yöntemlerini tanımlamak ya da internette intihar yöntemlerini araştırmak.
- İntihar planını oluşturması.
- İntihar düşüncesi yoğunluğunun artması.
- Veda ritüellerini yerine getirmek (örneğin, bir vasiyet vermek veya istemek, para veya mal vermek, organ bağışlamak, hoşça kal demek, intihar notları yazmak).
- İlaç, ateşli silah, jilet satın almak veya depolamak.
- Balkonları, köprüleri, çatıları keşfetmek.
- Riskli davranışlarda bulunmak (örneğin, alkol veya maddelerin kullanımı, dikkatsiz sürüş).
- Kendini ihmal etmek (örneğin, ağırlık ve iştahtaki değişiklikler dahil görünümdeki değişiklik).
- Kişilik değişikliğini düşündüren durumlar (karşı tarafın kişinin çok fazla değiştiğini düşünmesi)
- Ruh halindeki değişiklik (örneğin, depresyon, endişe, ajitasyon).
- Faaliyetlerden alınan zevklerin azalması ile birlikte sosyal geri çekilme ve izolasyon.

5. İntihar Düşüncesi, Niyeti ve Eylemin İçeriğinin Sorgulanması

- Rolün açıklanması “ Sizin güvenliğinizi ve iyi oluşluğunuzu önemsiyorum”
- Hasta ile gözlemlerin özetlenmesi- içerik tepkisinin verilmesi ve görüşmenin amacının söylenmesi “ Ahmet Bey, eskisi gibi akşam haberlerine bakmıyorsunuz. Yemeklerinizi de çok yemediğiniz görüyorum. Sizin neler yaşadığınızı önemsiyoruz ve bilmek istiyoruz”
- Hastayla göz teması kurulmalı, uygun bir beden diline sahip olunmalı

➤ İntihar düşüncesinin sorgulanması (Dikkat! İntiharı Konuşmak Hastayı intihara yöneltmez! İntihar riskini arttırmaz! Depresif duygu durumuna neden olmaz!)

➤ **İntiharı konuşurken normalleştirmeyi kullanma;**

“Ahmet Bey, eskisi gibi akşam haberlerine bakmıyorsunuz. Yemeklerinizi de çok yemediğiniz görüyorum. Daha az konuşuyorsunuz bizimle...” (Hastanın tepkisini bekleyin. Zor günler geçirdiğinden söz edebilir, bu konuşmanın devamı için hazırlayıcıdır).

Sizi geçiştirebilir. Her şeyin yolunda olduğunu söyleyebilir. Ancak riski değerlendirmek için devam etmelisiniz.

“Bu aralar nasıl hissediyorsunuz? Ne düşünüyorsunuz? ‘, ‘Sizin nasıl hissettiğinizi ne düşündüğünüzü önemsiyoruz” gibi ifadelerle rolünüzü söyleyin.

Yine geçiştirirse *“Sizin neler yaşıyor olduğunuzu bilmemiz önemli”* ifadelerini kullanın.

Hastanın tepkisini bekleyin, tepki gelmezse;

“Bazen hastalar zor dönemlerden geçtiklerinde yaşamın artık anlamsız olduğunu düşünebilirler ya da kendilerine zarar verme düşünceleri gelebilir. Sizin de böyle düşünceleriniz oluyor mu?” diye sorun.

İntihar düşüncesinin olmadığını söyleyebilir, ama zorlandığı alanları anlatabilir ya da tümünden intihar düşüncesinin olmadığını ifade edebilir. Böyle olduğunda sağlık ekibinden yardım alabileceğini belirtin, yardım ihtiyacını saptandığında nasıl yardım edebileceğinizle ilgili örnekler verin. Örneğin; *“Bu düşünceleriniz olduğunda bizden yardım isteyin, biz size yardım ederiz. Hastaların yardıma gereksinimi olduğunda psikiyatri servisinden hekimler geliyor ve sizle konuşuyor. Hastalarımız bu destekler sonrası daha iyi hissettiklerini söylüyorlar. Aynı zamanda çok sıkıldığınız zaman ve bu düşünceler geldiği zaman sizin yanınızda olup, sizi dinleriz. Bize ulaşmaktan lütfen çekinmeyin.”*

İntihar düşüncesinin olmadığını söylemesi riskin olmadığı anlamına gelmez. Risk faktörlerinin olması intihar riskinin olduğunu gösterebilir.

Hasta öfkelenmeye başlarsa duygu tepkisi verin ve sonra geleceğinizi söyleyin. *“Şimdi öfkeli/sıkılmış/ yorgun görünüyorsunuz, konuşmak için uygun görünmüyor. Siz kendinizi iyi hissettiğinizde tekrar geleceğim konuşmak için”*

Hastanız intiharı düşündüğünü söyleyebilir. Daha önce bir intihar girişiminin olup olmadığını sorgulayın.

İntiharla ilgili bir planı olup olmadığını sorgulayın.

Hasta kabul ederse, empatik olmaya devam edin. Destek ağını sorgulayın.

➤ Destek ağını sorgulama

“Bu yaşadığınız süreç sizi yormuş sizi anlayan size destek olan sizi anlayan biri var mı çevrenizde? ‘Daha önce hiç psikiyatri hekimine, psikolojik danışmana bu duygu ve düşüncelerinizle ilgili başvurduğunuz mu? Ne zaman başvurmuşunuz? Peki bu başvuruyla ilgili deneyimleriniz nasıldı?’

➤ Güvenliği sorgulama- Güvenlik stratejisi oluşturma

“Kendinize zarar verecekmiş gibi hissediyor musunuz? Kendinizi güvende tutmak için yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?” (“Hayır” yanıtı, hastanın güvende olduğunu göstermez, ancak “evet”, güvenliği sağlamak için hemen harekete geçmek için bir nedendir.)

“Kendinize zarar verecekmiş gibi hissettiğinizde, bu düşüncelerle baş edemediğinizde bize ulaşmanızı istiyoruz. Biz size yardım edebiliriz.” “Sizi dinleyerek, sizin yanınızda olarak, sizin için bir ruh sağlığı uzmanı çağırarak ya da sizi ve ailenizi bu konuda ruh sağlığı birimine ya da doğru uzmana yönlendirerek size yardım edebiliriz”

➤ Yaşama sebepleri- Baş etme kaynakları

İntiharda bireyin o zamana kadar baş etmesini sağlayan güçleri bilmek önemlidir. Hasta bu dönemde onu intihardan alıkoyan desteğini kaybedebilir. Bu bağlamda riski yükselten bir tablo oluşabilir. Bunun yanında aile kaynakları bireyi intihar fikrinden alıkoyuyorsa bu alandaki girişimler desteklenebilir (Aile ile sık iletişim, boş zaman aktivitesi vb. gibi).

“Geçmişte kendinize zarar vermeyeyle ilgili bu düşünceler geldiğinde nasıl baş ettiniz?”

Olumlu baş etmeleri varsa destekleyin.

➤ İntihar Düşüncelerini yönetmede iş birliği yapma/ intihar riskine müdahaleye giriş

Bu aşama hastanın intihar riski olduğunu belirledikten sonra hasta ile iş birliği yapmak hem bireye yalnız olmadığını hissettirmekte hem de bireyin sorumluluk almasını sağlamaktadır. Hastanın intihar riski olduğu düşünüldüğünde ekipten, hasta yakınından ve psikiyatrik hizmet veren kurumlardan yardım istemesi ve iş birliği yapması sağlanmalıdır.

İntihar riski olan bir hastada bu iş birliği için;

“Eğer bu intihar düşünceleri geldiğinde, kendinizi kontrol edemeyecek gibi hissederseniz. Bizden yardım isteyin. Biz size yardımcı oluruz” mesajını verin. Bu yardım mesajı hastanın yardım çağrısına cevap niteliğinde olup hastanın yardım kaynağına ulaşabileceğini bilmesi ile umutsuzluğu daha az deneyimlemesine neden olur. Bu sırada bireyin bu düşünceler geldiğinde yönetebilmek için neler yapabileceğini sorabilirsiniz. Daha önceki aşamada sorduğunuz baş etmeleri bu aşamayı destekleyebilir. Hastaya TV izlemesinin ya da kitap okumasının bu düşünceleri yönetmesine ne kadar destek olduğunu sorun. Eğer zaman zaman olduğunu söylerse tekrar denemesi için destekleyin.

Hastanız poliklinikte ise bulunduğunuz hastanenin Ruh Sağlığı Polikliniğinden randevu almasını sağlayın. Bunun yanında hastanızın hekimine ruh sağlığı desteğine gereksinim olduğuna ilişkin bilgi verin.

Hasta intihar risk değerlendirmesinden sonra verdiği bilgilerin kimseyle paylaşılmaması gerektiğini ifade edebilir. Bu bilginin sağlık hizmeti veren ekiple paylaşılacağı onun güvenliğine ilişkin bir bilgi olduğu anlatılmalıdır.

6. İntihar Riskini Değerlendirmeyi Rol-Oynama ile Gösterme

Isınma: Grubun kendi yakınlarında kendilerini tanımlayan bir obje seçmelerini ve bu obje üzerinden kendilerini anlatmalarını istenir.

Vakadaki rolleri oynaması için grup üyeleri seçilir.

Hasta ve hasta yakını için seçilen rollerin aşağıda verilen vakanın hikayesi doğrultusunda oynaması konusunda direktif verilir.

Vaka grup üyeleri tarafından vakanın okunması için 5 dakika süre tanınır.

VAKA 2

Ayşe Hanım 41 yaşında bir yıldır Meme Ca tanısıyla takip edilmektedir. Haftada bir polikliniğe gelip kan vermektedir. Hasta yakını sekreterlikte işlemlerini yaparken Ayşe Hanım öğretmen olduğundan, iki kızının bugün gösterisi olduğundan akşama oraya gideceğinden söz eder. Hemşire; “Allah başılsın” der ve Ayşe Hanım hemşire daha cümlesini bitirmeden “Ölsem de onlar da kurtulsa ben de kurtulsam, onların bana faydası var ama ben anne olamıyorum ki!” der. Eşi Ayşe Hanım’ın bu ifadelerinin bir kısmını duyar ve bu sırada sekreterlikte poliklinik odasına bakarak, eşiyle göz göze gelirler...

Ardından rollere geçilir. Hasta, hasta yakını ve hemşire rolünden etrafındaki materyalleri kullanabilecekleri mesajı verilir.

Rol oynama sırasında aldıkları bilgiler dahilinde oynamaları istenir. Oyun sırasında intihar riski olan hasta, eş ve hemşirenin ifadeleri gözlenir. İntihar riski değerlendirmesinin nasıl yapıldığı gözlenir. Rolden çıkarılmadan rollerin gereksinimleri tartışılır. Oyun sonlandırılır. Oyun sonrasında oyunculardan rol geri bildirimleri alınır. Oyuncu olmayan gruptan geri bildirimler alınır.

Hasta, hasta yakını ve hemşire rolünde olan hemşirelerin rollerine ilişkin duygu ve düşünceleri tartışılır. Etkili yönetebildikleri konular ve geliştirilebilir gördükleri konular grupta tartışılır.

Oturum özetlenir.

OTURUM 3: İNTİHAR RİSKİNİN YÖNETİMİ “İLETİŞİM VE YÖNLENDİRME” OTURUMUNDAKİ İÇERİKLER

Hastayla İle İş Birliği

Hastanın intihar riski olduğunu belirledikten sonra hasta ile iş birliği yapmak hem bireye yalnız olmadığını hissettirmekte hem de bireyin sorumluluk almasını sağlamaktadır. Hastanın intihar riski olduğu düşünüldüğünde ekipten, hasta yakınından ve psikiyatrik hizmet veren kurumlardan yardım istemesi ve iş birliği yapması sağlanmalıdır.

İntihar riski olan bir hasta ile bu iş birliği için eğer yataklı klinikteyseniz;

“Eğer bu intihar düşünceleri geldiğinde, kendinizi kontrol edemeyecek gibi hissederseniz. Bizden yardım isteyin. Biz sizi dinleyebiliriz, yanınızda oluruz ve sizin için bir ruh sağlığı uzmanını çağırabiliriz. Bu uzmanlardan yardım alan hastalarımız rahatlayabiliyor, sıkıntıları azalabiliyor.” İfadelerini kullanabilirsiniz.

İntihar riski olan bir hasta ile bu iş birliği için eğer hastaların ayaktan takip edildiği poliklinikte ya da kemoterapi birimindeyseniz;

“Biz sizi dinleyebiliriz, yanınızda oluruz ve size yardım edebilecek ruh sağlığı uzmanlarına yönlendirebiliriz” mesajını verin. Bu yardım mesajı hastanın yardım çağrısına cevap niteliğinde olup hastanın yardım kaynağına ulaşabileceğini bilmesi ile

umutsuzluğu daha az deneyimlemesine neden olur. Bu sırada bireyin bu düşünceler geldiğinde yönetebilmek için neler yapabileceğini sorabilirsiniz. Daha önceki aşamada sorduğunuz baş etmeler bu aşamayı destekleyebilir. Örneğin hasta televizyon izlediğinde, kitap okuduğunda bu düşünceleri kısmen de olsa yönetebildiğini iletebilir. Böyle bir durumda televizyon izlemesini ya da kitap okumasını siz de destekleyebilirsiniz. Bunu yanında bu baş etmeler işe yaramadığında yardım araması gerektiğini vurgulamalısınız.

Hemşirenin hangi klinikte karşılaştığına göre iş birliği yapma şekli değişmektedir.

Poliklinikte ve kemoterapiye gelen hastalar günü birlik ayaktan takip edilmekte ya da kontrole gelmektedir. Bu da kimi zaman hastanın dakikalar veya saatler içinde taburcu olması anlamına gelmektedir. Bu aşamada hemşirenin yardım mesajı hastanın ruh sağlığı hizmetine ulaşması yönünde olmaktadır. Bununla birlikte hastasında intihar riski olduğunu düşünen hemşire hızlı biçimde hastanın hekimine ulaşmalıdır. Psikiyatri konsültasyonu için hekimle iş birliği yapmalıdır. Eş zamanlı olarak hasta yakınını hastanın ruh sağlığı hizmeti alması yönünde desteklemelidir.

Poliklinikte ya da kemoterapide bu riski belirlediyseniz:

- Hastanın taburculuğunda mutlaka psikiyatri polikliniğine ulaşması gerektiğini belirtin.
- Ailesini hastayı evde yalnız bırakmaması konusunda destekleyin. Bunun hastanın güvenliği için önemli bir basamak olduğunu belirtin.
- Bunun zor zamanlardan geçen bireylerin yaşayabildiği bir süreç olduğunu vurgulayın.
- Hastaların zamanla intihar düşüncelerini yönetebildiklerinde ve psikiyatrik yardım aldıklarında kendilerini daha iyi hissedebildiklerini ifade edin.

Ekiple İş birliği

İntihar Riskini Ekiple Paylaşma

Ekiple Hastanın İntihar Düşüncesini Paylaşma İlgili Engeller

İntihar riskinin yönetilebilmesinde sağlık ekibi ile hareket etmek önem taşımaktadır. İntihar riskinin değerlendirilmesinde sağlık profesyonellerinin hepsinin sorumluluğu bulunmaktadır. Bunun yanında intihar riskini tanıma değerlendirme ve yönetimi konusunda sağlık çalışanlarının yeteri kadar bilgi sahibi olmadıkları, intihar riskine yönelik farkındalıklarının olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda risk faktörlerini değerlendirme girişimlerinde sağlık ekibinden bununla ilgili olumsuz geri bildirimler alınabileceği düşünülmektedir. Bu olumsuz geri bildirimlerin nedenleri şöyle sıralanabilir:

- İntihar düşüncesinin olabileceğine yönelik kanıtlara ilişkin bilgileri yoktur.
- Daha önce bulunduğunuz klinikte intihar riski olabileceği hiç düşünülüyordur.
- Ekip intihar riskini sorgulamanın hastaya kötü hissettirdiğini düşünebilir.
- Ekip arkadaşlarınız intihar riski sorgulandığında hastaya seçenek sunulduğunu düşünebilir.
- Hastanın ölmek istediğini ifade etmesi normal görülebilmekte, intihar düşüncesi olarak değerlendirilmemektedir.
- İntihar riski değerlendirildiğinde bu risk ortaya çıkarsa baş edemeyeceklerini düşünerek riski göz ardı edebilmektedirler.

Öneriler

- Sağlık ekibi ile empati kurun. Bilgi eksikliği ve olumsuz tutumun hemen ortadan kaldırılamayacağını göz önünde bulundurun.
- Kendinizi savunmaya geçmek yerine, bilimsel kanıtlarla yapmak istediklerinizin ilişkisini kurun.
- Riski değerlendirdiğinizde ve bunu ekibe açıkladığımızda dirençle karşılaşabilirsiniz. Buna hazırlıklı olun.
- Riski değerlendirmeniz sonucunda psikiyatri konsültasyonu gereksinimi olduğu konusunda sorumlu hemşireye ve sorumlu hekime haber verin.
- Poliklinik ve kemoterapi birimi gibi hastaların ayaktan takip edildikleri birimlerde hekime ulaşmak zor ve zaman alıcı olabilir. Bu durumda hasta ve ailesi doğrudan ruh sağlığı birimlerine/uzmanlarına yönlendirilebilir.
- Ekip psikiyatri konsültasyonu gereksinimi olduğunu reddederse bile, bunun görev tanımınızda olduğunu unutmayın. Çevresel güvenlik önlemlerinizi alın, hasta yakınlarını bu konuda bilgilendirin.
- Taburculuk sonrası için aynı güvenlik önlemlerini hasta ve hasta yakınlarının alması konusunda destekleyin. Hasta ve hasta yakınlarına taburculuk sonrası yardım alabilecekleri kurumlar konusunda bilgi verin. Taburculuk sonrasında hastanın ulaşabileceği telefon numaralarını bilmesini sağlayın. Bu girişimler hemşirenin bağımsız olarak gerçekleştirebileceği girişimlerdir. (Çalışma izin yazısı yazılan kurumlardan gelen izinler sonrasında kurumların ruh sağlığı birimleri ve telefonları bu kısma eklenecektir)

Ekiple paylaşımında dikkat edilmesi gereken noktalar

İntihar risk değerlendirmesinin ardından yapılacak ilk uygulamalardan biri, hemşirenin diğer ekip üyelerine intihar riski ile ilgili bilgi vermesidir. Bu anlamda hastanın intihar

riski ile birlikte psikiyatri konsültasyonu devreye girmektedir. Bunun için öncelikle hastanın sorumlu hekimine bu konuda bilgi verilmelidir. Bu bilgiyi verirken;

Hastanın riski olduğunu nasıl düşündüğünüzü

Sonrasında risk değerlendirmesini nasıl yaptığınızı

Hastanın bu değerlendirmede gösterdiği sözel ve sözel olamayan içerikleri kapsamalıdır.

Mahremiyet ihlal edilmemelidir.

Teslimlerde, toplu alanlarda, hastanın riskinin yönetiminde sorumlu olmayan kişilerle bu bilgiler paylaşılmamalıdır.

Ekibin damgalamalarının(stigmalarının) farkında olunmalıdır.

Suçluluk/güvensizlik yaratan ya da hastanın kişiliğine olumsuz atıf yapan açıklamalardan (*‘‘A bey çok zayıf karakterli biriydi zaten intiharı düşünüyormuş’’* gibi) kaçınılmalıdır.

Örnek açıklama olarak:

‘‘Doktor Ahmet Bey, B beyi bir haftadır umutsuz ve depresif olduğunu düşünüyordum. Yemek yemiyordu, bizimle iletişime geçmiyordu, eskiden hastanede yaptığı etkinlikleri yapmıyordu. Yaşamının anlamlı olmadığına dair mesajlar verdiği şahit oldum. Yakın zamanlarda bir mal kaybı da olmuş. İntihar riski olabileceğini düşündüm. Bu konuyu konuştuğumuzda zaman zaman intihar düşüncelerin aklına geldiğini söyledi. Yardıma ihtiyacı var. Ona yardım etmeliyiz’’

Hemşire çalıştığı ekip arkadaşlarına ve bakım verdiği hastalara yönelik sorumludur. Bu nedenle diğer ekip üyeleri ile paylaşımında hemşire bakımın sürekliliği için intihar riskini diğer ekip üyelerine bildirmelidir. Bu bildirim hastanın fiziksel ve ruhsal varlığını koruyabilmek ve sürdürülebilmek için önemlidir. Bu bildirim hemşirenin hastanın güvenliğine ilişkin önemleri alması ve gerekli olduğunda risk değerlendirmesinin tekrar yapabilmeleri için gerekli bir basamaktır. Hemşirenin yasal anlamda hastaların güvenliği ile ilgili önlemleri alması sorumluluğu vardır. Bu nedenle hastanın genel durumunu ilettiği gibi intihar riski ve ruhsal durumuna ilişkin bilgileri de iletmelidir.

Aileyle İş Birliği

Hasta Yakını ile ilgili Engeller

Hasta yakınları bireyin hastalık sürecini paylaşan ve hasta ile birlikte hastalık ve hastalığın getirdiğin yüklerle baş etmeye çalışan kişilerdir. Hastalığın fiziksel, sosyal, ekonomik yüklerini ve psikolojik süreçlerini hasta yakını da kendine özgü deneyimler. İntihar günümüzde kabul edilemez, günahla, utançla, sorumsuzlukla ilişkili bir kavram olarak kabul edilmektedir. Hasta yakını ile engeller literatürde belirtilmemiş olmasına karşın hasta yakınlarının toplumun bir parçası olarak kabul edildiğinde intihar düşüncesi olan hastaya yönelik hasta yakınlarının da olumsuz tutumları olduğu gözlenebilir. Hasta yakınlarının intiharı etiketlemesi intihar riskinin yönetiminde iş birliği yapılmasını engelleyen bir güç olarak karşımıza çıkar. İntihar konusunda hasta yakınları ile engeller şöyle sıralanabilir:

- Hastanın intihar riski olduğunu kabul etmeyebilir.
- İntihar riskinin değerlendirilmesinin hastasına zarar verdiğini düşünebilir.
- Bu riskin açıklanmasında hemşireye, sağlık çalışanlarına saldırganlık(agresyon) gösterebilir.
- Bu riskin olmadığını düşünerek riskli materyalleri yanında bulundurabilir.
- Taburculuk sürecinde önerilenleri yapmayabilir.
- Zamanında ruh sağlığı hizmetine olan gereksinimi değerlendirmeyebilir.
- İntihara yönelik günah, suçluluk, sorumsuzluk gibi atıflar intihar riski olan hastanın baş etme kaynaklarına zarar verebilir. Suçluluk duyguları artan hastalarda psikolojik acı artabilir. Bu da intihar riskinin artmasına neden olabilir.

Hasta Yakınına Bilgilendirme

Örnek Bilgilendirme:

“ Hastanız uzun süredir zor zamanlar geçiyor. Hastalığı, yan etkileri, hastalıkla baş etmek için maddi ve manevi sarf edilen kaynaklar hastaları çok yorabiliyor. Böyle durumlarda hastalar yaşama devam edecek gücü kendilerinde bulamayabiliyor. İntihar düşünceleri olabiliyor hastaların. Ahmet Bey’le konuştuğumuzda zaman zaman aklına böyle düşüncelerin geldiğini ilettili. “

Hasta yakını hemfikirse;

“Ahmet Bey’in güvenliği ve iyi olması bizim için önemli. Biz intihar riskinin olduğu durumlarda, yani hasta intiharı düşünüyorsa, bazı güvenlik önlemleri alıyoruz. Sizlerin de bu konuda bizimle iş birliği yapmanızı istiyoruz. Bu anlamda kesici delici aletleri yani cam, iğne, teneke kutu, uzun bağlar gibi hastanın odasında bırakmayacağız. Mesela banyoda tıraş yaparken gözlemlemek önemli olacak. Biz açık alanlarda ilaç bırakmayacağız, sizin de eğer çantanızda varsa bize teslim etmenizi istiyoruz. Hastalar hava almak için dışarıya çıktıklarında onlarla birlikte çıkmak bir önlem. Ancak tüm bunları yaparken hastanızın bir özel alanı olduğunu unutmamak gerekiyor. Sürekli odada kalmak, sürekli yaptıklarının üzerinde gözünüzün olduğunu hissetmesi stres verici ve biraz can sıkıcı olabilir. Gün içinde belli aralıklarla odadan çıkabilirsiniz, bize haber verirsiniz bir gözleme devam ederiz. Haberimizin olması gerekiyor.”

“ Ahmet Bey’e destek olacağını düşündüğümüz için, psikiyatriden hekim gelecek ve onunla görüşecek. Gerekse duyulursa bir ilaç başlanabilir. Böyle düşünceleri olup tedavi başlanan hastalarda faydasını gördüklerini söylüyorlar. Biz de olumlu bir tablo gözlemliyoruz hastalarda”

Günübirlik yatışı olan ya da poliklinikte kısa süreli konuştuğunuz ve intihar riskini değerlendirdiğiniz bir hastanın yakınıysa;

Ahmet Bey’in güvenliği ve iyi olması bizim için önemli. Bu yüzden en kısa sürede mümkünse buradan çıkışta Psikiyatri Polikliniğinden Randevu almalısınız. İntihar düşünceleri kişilere çok sıkıntı verebiliyor. Ama uygun tedavi başladığında kişiler sıkıntılarının azaldığını, daha iyi hissettiklerini söylüyorlar. Üstelik bu tedavi süreçlerine de olumlu yansıyor. Biz intihar riskinin olduğu durumlarda, yani hasta intiharı düşünüyorsa, bazı güvenlik önlemleri alıyoruz. Sizlerin de hastanın yanındayken, evde ve nerede olursanız dikkatli olmanız gerekiyor. Hastanın yanında tehlikeli eşya bırakmamak, hastayı sık gözlemlemek önemli. Bununla birlikte hastaya iyi gelen kişilerle konuşması stresini hafifletebilir.

Hasta yakını kararsızsa, böyle bir şeyin yanlış anlaşılabileceğini ima ediyorsa, yeterince emin olmakla ilgili mesajlar veriyorsa;

“Bazen hasta yakınlarına hastalarının intiharı düşünmesi korkutucu gelebiliyor ya da benim hastam bunu düşünmez diye düşünülebilir. Onkoloji hastalarında bu risk fazla olabiliyor. Bununla ilgili yeterince emin olmanız pek söz konusu değil. Ama hastamız zaman zaman böyle düşünceleri aklından geçiriyorsa bu hasta için riskli bir durum

olarak kabul ediyor ve buna göre davranıyoruz. Onun güvenliği için dikkatli olmamız gerekiyor. Sizin de bu konuda bizimle iş birliği yapacağınızı umuyoruz”

Hemşire intihar riskini değerlendirmesinin ardından, hastanın risk düzeyine ilişkin bir çıkarımda bulunur. Bu çıkarım hemşirenin risk değerlendirmesinin ardından müdahale basamaklarını uygulaması anlamına gelmektedir.

Fiziksel Güvenliğin Sağlanması

Onkoloji kliniklerinde genel kliniklerde sağlanan ortam tamamen kontrol altına alınamasa bile daha güvenli hale getirilebilir. Hastanın intihar riski olduğu düşünülüyorsa bireylerin etrafından kendine zarar verme potansiyeli olan tüm materyaller uzaklaştırılmalıdır. Fiziksel güvenliğin sağlanması sırasında hastanın yanında IV setler olabilir, setlerin uzun bağlarının olması zarar verme potansiyelinin olduğunu göstermektedir. Bu sırada hastanın sık gözlenmesi ya da hasta yakınının refakatinde olması sağlanmalıdır. Tedavi odası genel kliniklerde açık olarak kullanılmaktadır. Bu da tedavi odasına ulaşımı kolaylaştırmaktadır. İntihar riski olduğu durumlarda mümkünse tedavi odalarının kilitlenmesi, mümkün değil ise ilaçların ulaşılabilir alanlarda olmaması sağlanmalıdır. Yapılan çalışmalarda hastane içi intiharlarda hastaların dışarıya açılan yüksek alan arayışına girdikleri bilinmektedir. Böyle bir arayışın sonuca ulaşması ölümcül olabilir. Aynı zamanda hastaların kullandığı banyo ve tuvaletler de yeterince güvenli sayılmayabilir.

İNTİHAR RİSKİNE YÖNELİK GÜVENLİK PLANI	
İlaçlar odadan uzaklaştırıldı mı?	✓
Tedavi odasının güvenliği sağlandı mı?	✓
Delici kesici aletler, bağlar (ayakkabı bağcıkları, uzun eşarplar) cam eşyalar, teneke kutular uzaklaştırıldı mı?	✓
IV tedavi verilirken yakını uyarıldı mı ya da sık gözlendi mi?	✓
Hastanın yakını güvenlik önlemleri konusunda bilgilendirildi mi?	✓
Pencereler, balkonlar ve dışarıya açılan alanların kilitleri kontrol edildi mi?	✓
Hastanenin diğer bölümlerine transferlerde diğer sağlık personeli bilgilendirildi mi?	✓
Mutfak ya da yemek taşıyan personel uyarıldı mı?	✓
Banyo gibi mekanların kullanımında sık gözetim sağlandı mı?	✓

Psikiyatri Konsültasyonu Sonrası Değerlendirmesi

Psikiyatri Konsültasyon Değerlendirmesi sonrasında psikiyatriden gelen profesyoneller ile iletişime geçmek ve iş birliği yapmak hastanın akut durumunun takibini kolaylaştırabilmektedir. Akut intihar riski olan bireyler baş edebildikçe ve psikofarmakolojik desteğe ulaştıkça bu risk azalabilmektedir. Bu nedenle hemşire psikiyatri konsültasyonu sonrası başlanan psikiyatrik ilaçların kullanımına ve takibine yönelik bilgi sahibi olmalıdır. Poliklinik ya da Kemoterapi biriminde çalışan hemşireler ise hastaları ilaçlarını bırakmamaları yönünde desteklemelidir.

Psikofarmakolojik İlaçların Önemi

Psikofarmakolojik ajanlar günümüzde bireylerin psikososyal durumlarını desteklemekte, biyolojik olarak bireylerin beyninde olumsuz duygu ve düşünce yoğunluğunu azaltarak başedebilmeleri için ihtiyaç duydukları gücü yeniden ortaya çıkarmakta, onların davranışlarını/tepkilerini olumlu yönde etkilemekte ve iyileşmeyi desteklemektedir. Bunun yanında bireylerin işlevselliklerini arttırmakta psikososyal desteklere ulaşmalarını da pekiştirmektedir. Bu bağlamda klinik içinde psikiyatrik ilaç kullanımı olan hastaların takibi de önem kazanmaktadır. İntihar riski belirlendiğinde ilk müdahalelerden biri olan psikiyatri konsültan hekimin önerileri psikofarmakolojik ajanları kullanması yönünde olabilir. Bu bağlamda psikiyatrik ilaçların etkisi, hasta üzerindeki etki ve yan etkilerinin takibi, ilaçla ilgili bilgilendirmeler önem taşımaktadır. Psikiyatrik ilaçların kullanımına ilişkin genel ilkeler şöyledir:

Psikiyatrik ilaçlar hekimin önerisi olmadan kesilemezler. Kesildiklerinde akut olarak yan etkiler görülebilirken, hastalık belirtilerinin geri geldiği de gözlenmektedir.

İyileşme belirtileri olsa bile dozun sürdürülmesi gerekebilir. İlaç azaltılabilmesi ve kesilebilmesi için uygun aralıklarla psikiyatrik muayene gerekmektedir. Bireyler kendi insiyatifleri ile ilaçlarını kesmemelidir.

Psikiyatrik ilacın devamlılığı iyileşmenin başlaması ve sürdürülmesi için gereklidir. Bu nedenle hastanın kullandığı ilaçları kontrol edilmeli, klinikte doz eksikliği yaşamaması için devamı sağlanmalıdır.

Psikiyatrik ilaçlardan antidepresan grubu, antipsikotik grubu ilaçlar bağımlılık yapmazlar. Hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların bu konuda bilgilendirmeye gereksinimi vardır.

İlaç etkileşimlerine dikkat edilmelidir.

Antidepresan ilaçlar onkoloji kliniklerinde hastaların en çok kullandığı ilaçlardır.

Hastalar antidepresan ilaç grubunu depresif belirtiler, anksiyete problemleri, ağrı problemleri, sigara problemleri, cinsel problemler gibi sorunları nedeniyle geniş bir skalada kullanabilmektedirler. Bununla birlikte bu ilaçların onkoloji kliniklerinde başlanmasında hastaların yaşadığı zorluklarla baş etmesine yardımcı olmak, hastada gelişen depresyonla ilişkili yemek yeme, uyku gibi sorunlarla baş edebilmek, anksiyete, duygusal problemlerin üstesinden gelinmesine yardımcı olmak amacıyla başlanmaktadır. Antidepresan ilaçlara yanıt tedaviye başladıktan sonra 2-3 hafta sonra başlar. Bu dönemlerde hastalar belirgin bir güçlenme hissedebilirler. Özellikle depresyon tanılı hastalarda ilaçların başlanmasından sonrası intihar riskinin azaldığı düşünülmemelidir. Ancak ilacın başlanmasının ardından bireylerin yemek içme, uyku ile belirtilerinde düzelme, enerjilerinin yerine gelmesiyle birlikte intihar riski artabilmektedir. Bu anlamda psikiyatrik ilaç kullanılsa bile hastanın intihar riskinin devam ettiği unutulmamalıdır.

Son zamanlarda medyada antidepresan ilaçların kullanımına ilişkin yanlış ve eksik bilgilendirmeler mevcuttur. Antidepresan ilaçlar bağımlılık yapmazlar. Hastalar, hasta yakınları ve sağlık çalışanları bu konuda eksik ve yanlış bilgilere sahip olabilirler. Bu nedenle hemşirelerin de bu alanda bilgi sahibi olması gereklidir.

Taburculuk

İntihar riskine sahip bireylerin taburculuklarının planlanmasında iki önemli nokta bulunmaktadır. Bunlardan biri hasta ve hasta yakınlarının intihar riskini hastane dışında yönetebilmesini desteklemektir. Bunu yaparken hasta ve hasta yakınıyla iş birliği içinde hareket edilmeli, hasta ve hasta yakınlarının yardım arama davranışları desteklenmelidir.

-Evde ve kontrol edilemeyen alanlarda güvenliği sürdürme

Hasta yakınına evde alabileceği güvenlik önlemleri konusunda bilgi verilmelidir. Hasta yalnız bırakılmamalıdır. Hastanın tuvalet banyoda uzun süre kaldığında güvende olup olmadığı kontrol edilmelidir. Evler delici kesici aletlerin, bağların fazlaca ve her yerde bulunduğu alanlardır. Bu nedenle kontrolleri zordur. Ancak hastanın bir süre yalnız bırakılmaması bu riski engelleyebilir. Hasta intihar düşünceleri ortadan kalkana dek bu güvenlik önlemleri sürdürülmelidir.

-Riskin devam edip etmediğini görme

Hastada riskin ne düzeyde devam ettiği aile tarafından takip edilebilir. Uyku ve beslenme düzenine ilişkin değişiklikler, dayanamadığına ve devam edemeyeceğine ilişkin

mesajların artması, son zamanlarda kayıpların artması, laboratuvar sonuçlarına ilişkin kötüye gidişle ilgili bir algıya sahip olması, maddi kayıplar gibi psikososyal zorlanmaya neden olabilecek durumlarda bireyin intihar riskinin artabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bunu yanında;

- Son zamanlarda değişen duygu durumu, depresif dönemler ve anksiyeteli durumlar varsa intihar riskinin arttığı düşünülebilir.
- Sessiz kalan üzgün bir hasta, aniden huzurlu bir hale gelebilir. Bu geçişlerin hızlı olduğu zamanlarda da dikkat edilmelidir. Bu huzurluluk durumu intihar planını oluşturmasına bağlı bir rahatlama olabilir.
- Sebepsiz teşekkürler ediyorsa, akrabalar ve sevdikleriyle vedalaşıyorsa, kendi eşyalarını dağıtıyorsa, hediye ediyorsa intihar riski yüksektir.
- Umutsuzlukla ilgili sözel uyarılar ve davranışlar söz konusu ise bu riskin devam ettiği söylenebilir.

Aile bu belirtiler konusunda bilgilendirilmeli, bu zamanlarda ruh sağlığı hizmetine zaman kaybetmeden ulaşmaları gerektiği belirtilmelidir. Örneğin laboratuvar sonuçlarını kötüye gidişle ilişkilendiren hastanın bu dönemde psikiyatri poliklinikliğine başvurması ya da psikolojik danışmanlık alabileceği psikolog/psikiyatri hemşiresi/psikiyatristten danışmanlık alması gerekmektedir.

-Bireyin öz kontrol mekanizmalarını oluşturmak

Hasta birey klinik süreç içinde kazandırılması gereken en önemli becerilerden biri yardım isteme becerisidir. İntihar riski olan hastada yardım isteme becerisi, bireylerin kendilerinin baş edemedikleri durumlarda hasta yakınından ya da sağlık profesyonellerinden yardım isteyebilmesidir. Bu beceri intiharın önlenmesinde önemli bir aşamayı oluşturmaktadır. Bireyin baş etme mekanizmaları intihar düşüncelerini yönetmeyi engelleyebilir. Ama birey baş edemediğine, kendini kontrol edemeyeceğini düşündüğünde nasıl ve nereden yardım alabileceğini bilmelidir. Bu nedenle taburculuk eğitimlerinde intihar riski sorgulanmalı ve bu riski hastane dışında nasıl yönetebileceği sorulmalıdır.

Yataklı kliniklerde yatış süresi uzun olabilmektedir. Bu nedenle bireyin baş etmelerini görmeye ve neler yapabileceğini konuşmaya zaman oluşabilir. Böyle bir durumda;

“Ayşe Hanım 2 hafta önce kendinize zarar verme düşüncelerinizin zaman zaman geldiğini söylemişsiniz. Hala devam ediyorlar mı?” diyerek düşüncelerinin devam edip etmediğini sorun.

Baş etmelerini araştırın. *“Burada bu düşüncelerle nasıl baş ettiniz?”*, *“Bu baş etmelerin hangisi size daha iyi geldi?”*, *“Ne yaparak bu düşüncelerinizle daha iyi baş edebildiğinizi düşündünüz?”*

Riskleri görün ve gösterin. *“Peki hastaneden çıktıktan sonra ne olur size göre?”*, *“Hastaneden çıktıktan sonra bu düşüncelerinizle nasıl baş etmeyi düşünüyorsunuz”* (Hastanın bir stratejisi varsa destekleyin). Hasta bunu daha önce düşünmediyse, *“Bu düşünceler geldiğinde neler yapabilirsiniz peki?”*. Her bir strateji için işe yaramazsa neler yapabileceğini sorun.

Hastanın baş etme stratejileri işe yaramazsa ailesini yakınlarını aramasını yardım istemesi gerektiğini ve zaman kaybetmeden psikiyatri kliniklerine başvurması gerektiğini vurgulayın. *“ Ayşe Hanım eğer arkadaşlarınızla konuşarak da bu düşüncelerin üstesinden gelemezseniz, mutlaka güvendiğiniz yakınızdan yardım isteyin ve mutlaka psikiyatri kliniğine en kısa sürede başvurun. Yakınlarınızın yanınızda kalması sizin kendinizi kontrol etmenize destek verebilir. Psikiyatrik yardıma ulaştığınızda ise psikiyatrist, psikolog veya ilaç desteği sizin bu düşüncelerinizi yönetmenizi destekleyebilir.”*

Poliklinikte ya da kemoterapide bu riski belirlediyseniz:

- Hastanın taburculuğunda mutlaka psikiyatri polikliniğine ulaşması gerektiğini belirtin.
- Ailesini evde hastayı yalnız bırakmaması ve güvenli alan oluşturması konusunda destekleyin. Bunun hastanın güvenliği için önemli bir basamak olduğunu belirtin.
- Bunun zor zamanlardan geçen bireylerin yaşayabildiği bir süreç olduğunu vurgulayın. Hastaların zamanla intihar düşüncelerini yönetebildiklerinde ve psikiyatrik yardım
- aldıklarında kendilerini daha iyi hissedebildiklerini ifade edin.

EK-7: Etik Kurul Onayı

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının İntihara Yönelik Bilgi, Damgalama ve Etkililik Algısı Düzeylerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR KURULU 06100 Altındağ / ANKARA
	TELEFON	0312 305 3498
	FAKS	0312 310 0580
	E-POSTA	kliniketik@hacettepe.edu.tr

BAŞYURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı				
	DESTEKLEYİCİ	-				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>			
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>			
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>			
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>				
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>				
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>				
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>				
DİĞER İSE BELİRTİNİZ						
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	27.01.2021	04	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	27.01.2021	02	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	27.01.2021	02	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Mutlu HAYRAN

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının İntihara Yönelik Bilgi, Damgalama ve Etkililik Algısı Düzeylerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama	
		SIGORTA	<input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	28.12.2020 tarihli
	BIYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/07-12 (KA-21003)	Toplantı Tarihi: 06.04.2021	
	Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Duygu HIÇDURMAZ'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, Arş. Gör. Sevdâ ÖZTÜRK'ün doktora tezi olan (KA-21003) kayıt numaralı ve "Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önleme Farkındalık ve Beceri Geliştirme Programının Hemşirelerin İntihara İlişkin Bilgi ve Etkililik Algısı ve İntihara Yönelik Damgalama Düzeylerine Etkisi" başlıklı proje önerisine ait yukarıda bilgileri verilen belge ve dokümanlar; araştırmının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve bilgi edinilmiş olup, tıbbi etik açıdan uygun bulunmuştur.		

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Mutlu HAYRAN						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi		Katılım*		İmzası:
Prof. Dr. Mutlu HAYRAN Başkan	Preventif Onkoloji	Hacettepe Ü. Kanser Enstitüsü	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkan ELDEN Başkan Yardımcısı	Farmasötik Biyoteknoloji	Hacettepe Ü. Ezc. F.	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Erdem KARABULUT (Bildirimlerden Sorumlu Üye)	Biyoistatistik	Hacettepe Ü. Tıp F.	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Murat YURDAKÖK	Çocuk Sağl. ve Hst. (Neonatoloji)	Hacettepe Ü. Tıp F.	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ayşe KÜÇÜKDEVECİ	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	Ankara Ü. Tıp F.	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet UĞUR	Biyofizik	Ankara Ü. Tıp Fakültesi.	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet Hakan ÖZSOY	Ortopedi ve Travmatoloji	Memorial Ankara Hastanesi	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Yıldırım SARA	Tıbbi Farmakoloji	Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Abdullah Cevdet AKMAN	Periodontoloji	Hacettepe Ü. Dış Hekimliği F.	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ömer DİZDAR	Medikal Onkoloji	Hacettepe Ü. Kanser Enstitüsü	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ali DÜZOVA	Çocuk Sağl. ve Hst. (Nefroloji)	Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nuket ÖRNEK BÜKEN	Tıp Tarihi ve Etik	Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Pınar GÜNER	Halk Sağlığı/Anestezi ve Reanimasyon	Hacettepe Ü. Kanser Enstitüsü	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Meltem ONURLU	Avukat	Hacettepe Ü. Hukuk Müşavirliği	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Tuğba YILMAZ	Sivil Üye	Hacettepe Üniversitesi	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Mutlu HAYRAN

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-8: Uygulama İzin Yazıları

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi

TIPTA UZMANLIK ve EĞİTİM KURULU TOPLANTI KARAR TUTANAĞI

Toplantı Sayısı : 138
Toplantı Tarihi :23.11.2021 Salı
Saat :14:00

KARARLAR

- Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Arş. Gör. Sevda ÖZTÜRK' ün Doç. Dr. Duygu HIÇDURMAZ danışmanlığında yürüteceği "Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının İntihara Yönelik Bilgi, Damgalama ve Etkililik Algısı Düzeylerine Etkisi" konulu tez çalışmasının hastanemizde Filiz BOZDEVECİ eşliğinde yürütülmesi hususunun uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Başkan
Prof. Dr. Fevzi ALTUNTAŞ
Başhekim

Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Halil BAŞAR
Eğitim Koordinatörü

Üye *Jok*
Prof. Dr. Samet ÖZLÜGEDİK

Üye
Doç. Dr. Özgür AYTES

Üye
Prof. Dr. Suat KUTUN

Sekreteryaya
Hem. Zeynep OKUR

Tarih: 30/11/2021
Sayı: E-68571210-000-00001894129



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAGLIK HİZMETLERİ BİRİMLERİ YÖNETİM KURULU BASKANLIĞI
Onkoloji Hastanesi Başhekimliği

Sayı: 63305009-

30.11.2021

Konu: Sevda ÖZTÜRK (Araştırma İzni)

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı'na

İlgi: H.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı' nın 10.11.2021 tarih ve E. 1859427 sayılı yazısı.

Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ' ın sorumlu araştırmacısı, Arş. Gör. Sevda ÖZTÜRK' ün yardımcı araştırmacısı olduğu "Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının İntihara Yönelik Bilgi, Damgalama ve Etkililik Algısı Düzeylerine Etkisi" başlıklı çalışmanın Hastanemizin ilgili bölümlerinde çalışan hemşirelerle Aralık 2021-Aralık 2023 tarihleri arasında yapılması tarafımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Zafer ARIK
Onkoloji Hastanesi Başhekimisi

Ek: 1 sayfa yazı

EK-9: Onam Formları

“ONKOLOJİ HEMŞİRELERİ İÇİN İNTİHARI ÖNLEMENE İLİŞKİN FARKINDALIK GELİŞTİRME PROGRAMININ İNTİHARA YÖNELİK BİLGİ, DAMGALAMA VE ETKİLİLİK ALGISI DÜZEYLERİNE ETKİSİ” ADLI ÇALIŞMANIN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(DENEY GRUBU İÇİN)

Sayın Katılımcı

“Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının İntihara Yönelik Bilgi, Damgalama ve Etkililik Algısı Düzeylerine Etkisi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ sorumluluğunda Arş. Gör. Sevda ÖZTÜRK tarafından yapılmaktadır. Bu araştırma kapsamında geliştirilmiş olan Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programı aracılığıyla onkoloji alanında çalışan hemşirelerin intihar riskinin tanınması ve yönetimi konusunda farkındalık, bilgi ve becerilerini geliştirmek amaçlanmaktadır. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde deney grubu içerisinde yer alacak ve 3 oturumluk eğitim programına katılmış olacaksınız. Bu eğitimler öncesinde ve sonrasında sizlerin bilgi ve becerilerinizi değerlendirmek amacıyla sizden çalışmadaki veri toplama formlarındaki bilgileri toplamda üç kez doldurmanız istenecektir. Oturumlar çevrimiçi(online) platformda 90-120 dakika süren yapıda olup, her bir gruba en az 8 en çok 12 hemşire katılacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu eğitim oturumundaki paylaşımlarınız ve veri toplama formları ile elde edilecek bilgilerde kimlik bilgileriniz saklı tutulacak ve elde edilen veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya oturumlar sırasında istemezseniz çalışmadan çekilmeye karar verebilirsiniz. Araştırmada kullanılan veri toplama formları sizlere çalışma öncesi ve sonrasında toplamda üç kez dağıtılacak ve cevaplamanız istenecektir. Çalışma sonuçlarının doğruluğu yansıtması adına veri toplama formlarındaki soruları dikkatle ve samimiyetle cevaplamanız önemlidir.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz.

Kabul ediyorum ()Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Arş. Gör. Sevda ÖZTÜRK

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

**“ONKOLOJİ HEMŞİRELERİ İÇİN İNTİHARI ÖNLEMeye İLİŞKİN FARKINDALIK
GELİŞTİRME PROGRAMININ İNTİHARA YÖNELİK BİLGİ, DAMGALAMA VE
ETKİLİLİK ALGISI DÜZEYLERİNE ETKİSİ”ADLI ÇALIŞMANIN AYDINLATILMIŞ
ONAM FORMU**

(KONTROL GRUBU İÇİN)

Sayın Katılımcı

“Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının İntihara Yönelik Bilgi, Damgalama ve Etkililik Algısı Düzeylerine Etkisi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ sorumluluğunda Arş. Gör. Sevda ÖZTÜRK tarafından yapılmaktadır. Bu araştırma kapsamında geliştirilmiş olan Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programı aracılığıyla onkoloji alanında çalışan hemşirelerin intihar riskinin tanınması ve yönetimi konusunda farkındalık, bilgi ve becerilerini geliştirmek amaçlanmaktadır. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde kontrol grubu içerisinde yer alacaksınız. Kontrol grubunda olmanız sizin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programında olmadığınız ve oturumlara katılmayacağınız anlamına gelmektedir. Bununla birlikte Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programına katılan hemşirelerle aynı veri toplama formlarını yaklaşık olarak aynı zaman dilimi içinde toplamda üç kez doldurmanız istenmektedir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu veri toplama formları ile elde edilecek bilgilerde kimlik bilgileriniz saklı tutulacak ve elde edilen veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Aynı zamanda eğer isterseniz bu çalışma bittiğinde sizi kontrol grubundaki hemşirelere vereceğimiz aynı İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme programına davet ediyoruz. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya çalışma sürecinde istemezseniz çalışmadan çekilmeye karar verebilirsiniz. Araştırmada kullanılan veri toplama formları sizlere toplamda üç kez dağıtılacak ve cevaplamamız istenecektir. Çalışma sonuçlarının doğruluğu yansıtması adına veri toplama formlarındaki soruları dikkatle ve samimiyetle cevaplamamız önemlidir. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz.

Kabul ediyorum ()

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Arş. Gör. Sevda ÖZTÜRK

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

**“ONKOLOJİ HEMŞİRELERİ İÇİN İNTİHARI ÖNLEMeye İLİŞKİN
FARKINDALIK GELİŞTİRME PROGRAMININ İNTİHARA YÖNELİK BİLGİ,
DAMGALAMA VE ETKİLİLİK ALGISI DÜZEYLERİNE ETKİSİ”ADLI
ÇALIŞMANIN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
(İNTİHAR RİSKİNİ YÖNETMEYE İLİŞKİN ETKİLİLİK ALGISI FORMUNUN
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI İÇİN)**

Sayın Katılımcı

“Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının İntihara Yönelik Bilgi, Damgalama ve Etkililik Algısı Düzeylerine Etkisi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ sorumluluğunda Arş. Gör. Sevdâ ÖZTÜRK tarafından yapılmaktadır. Bu araştırma kapsamında geliştirilmiş olan Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programı aracılığıyla onkoloji alanında çalışan hemşirelerin intihar riskinin tanınması ve yönetimi konusunda farkındalık, bilgi ve becerilerini geliştirmek amaçlanmaktadır. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde çalışmanın içinde kullanılacak olan İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına katılmış olacaksınız. Bu geçerlik güvenilirlik çalışması hemşirelerin intihar riskinin yönetimine ilişkin etkililik algılarını ortaya koyması planlanan bir ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçek olup olmadığını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Sizden beklenen İntihar Riskini Yönetmeye İlişkin Etkililik Algısı Formunu 2-3 hafta ara ile toplamda iki kez doldurmanızdır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Veri toplama formları ile elde edilecek bilgilerde kimlik bilgileriniz saklı tutulacak ve elde edilen veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Aynı zamanda eğer isterseniz bu çalışma bittiğinde sizi deney ve kontrol grubundaki hemşirelere vereceğimiz Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programına davet ediyoruz. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya çalışma sürecinde istemezseniz çalışmadan çekilmeye karar verebilirsiniz. Araştırmada kullanılan veri toplama formları sizlere çalışma başı ve sonunda toplamda iki kez dağıtılacak ve cevaplamanız istenecektir. Çalışma sonuçlarının doğruluğu yansıtması adına veri toplama formlarındaki soruları dikkatle ve samimiyetle cevaplamanız önemlidir. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz.

Kabul ediyorum () Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz.

Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Arş. Gör. Sevdâ ÖZTÜRK

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

EK-10: Ölçek Uygulama İzinleri

2.05.2024 15:05

Gmail - İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği- Uygulama İzni



SEVDA ÖZTÜRK

İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği- Uygulama İzni

Ayfer ÖZTÜRK
Alıcı: SEVDA ÖZTÜRK

17 Ocak 2022 11:19

Merhaba,
Ölçekler ve kullanım klavuzlarını ekte gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Dr. Öğr. Üyesi Ayfer ÖZTÜRK

Kimden: "SEVDA ÖZTÜRK"
Kime: "Dr. Ogr. Üyesi Ayfer ÖZTÜRK"
Gönderilenler: 6 Ocak Perşembe 2022 14:01:31
Konu: İntihara Yönelik Damgalama Ölçeği- Uygulama İzni

[Alıntılanan metin gizlendi]

2 eklenti

İYDÖ KLAVUZ (2).pdf
847K

İBDÖ.pdf
359K

EK-11: Turnitin Ekran Görüntüsü

Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalık Geliştirme Programının İntihara Yönelik Bilgi, Damgalama ve Etkililik Algısı Düzeylerine Etkisi

ORJİNALLİK RAPORU

%8

BENZERLİK ENDEKSİ

%7

İNTERNET KAYNAKLARI

%5

YAYINLAR

%3

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1**acikbilim.yok.gov.tr**

İnternet Kaynağı

%1**2****docplayer.biz.tr**

İnternet Kaynağı

%1**3****dergipark.org.tr**

İnternet Kaynağı

%1**4****Submitted to Ege Üniversitesi**

Öğrenci Ödevi

%1**5****www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080**

İnternet Kaynağı

<%1**6****Duran, Songul. "Zihinsel Engelli Bireylerin Ebeveynlerine Verilen psikoegitimin oznel İyi olus Ve oz duyarliga Etkisinin degerlendirilmesi.", Marmara Universitesi (Turkey), 2021**

Yayın

<%1**7****Submitted to Hacettepe University**

Öğrenci Ödevi

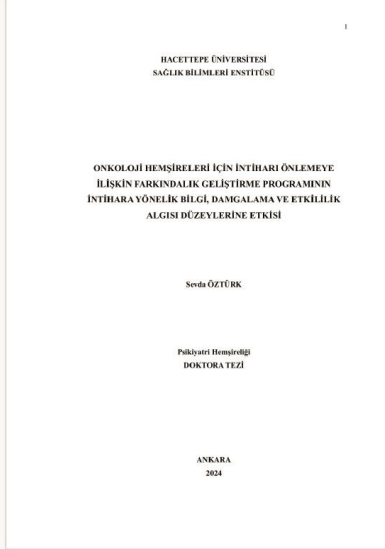
<%1

EK-12: Dijital Makbuz**Dijital Makbuz**

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: SEVDA ÖZTÜRK
Ödev başlığı: Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalı...
Gönderi Başlığı: Onkoloji Hemşireleri İçin İntiharı Önlemeye İlişkin Farkındalı...
Dosya adı: Sevda_zt_rk_Dr_Tezi_Turnitin.docx
Dosya boyutu: 707.92K
Sayfa sayısı: 80
Kelime sayısı: 18,975
Karakter sayısı: 139,230
Gönderim Tarihi: 12-Haz-2024 09:53ÖÖ (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2400954880



9. ÖZGEÇMİŞ

1. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Sevda ÖZTÜRK

Doğum Tarihi ve Yeri:

Mesleği -Görevi:

Yazışma Adresi:

Telefon:

E-posta:

2. EĞİTİM

YILI	DERECESİ	ÜNİVERSİTE	ÖĞRENİM ALANI
2011-2016	Lisans	Hacettepe Üniversitesi	Hemşirelik
2016-2018	Yüksek Lisans	Hacettepe Üniversitesi	Psikiyatri Hemşireliği
2018- 2024	Doktora	Hacettepe Üniversitesi	Psikiyatri Hemşireliği

3. AKADEMİK DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	BÖLÜM	ÜNİVERSİTE
2018- Devam etmekte	Arş. Gör.	Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	Hacettepe Üniversitesi

4. ÇALIŞMA DENEYİMİ

GÖREV DÖNEMİ	POZİSYON	BÖLÜM	KURUM
2017-2018	Servis Hemşiresi	Psikiyatri Kliniği	Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi

5. YAYINLAR

- Öztürk, S., & Hiçdurmaz, D. (2023). A qualitative study on the perspectives and needs of oncology nurses about recognition and management of suicide risk in cancer patients. *Journal of clinical nursing*, 32(5-6), 749-763.
- Öztürk, S., & Hiçdurmaz, D. (2020). Kanser Bakımında Gözden Kaçırılan Bir Alan: İntihar Riskinin Tanınması ve Yönetimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,12(2):243-257

6. BİLDİRİLER

- Öztürk, S., Hiçdurmaz, D. & Soileau, M.L. Managing The Risk Of Suicide In A Psychiatry Clinic: An Ethnographic Study On The Work Atmosphere Of Nurses During The Pandemic Period. [Short Oral Communication] In: World Congress of Psychiatry. Wien; 2023.
- Öztürk S, Hiçdurmaz D. Development And Psychometric Testing Of The "Efficiency Perception Scale For Suicide Risk Management " For Oncology Nurses. [Short Oral Communication] In: World Congress of Psychiatry. Wien; 2023.

7. TEZLER

- Öztürk, S. (2018). *Psikiyatri Kliniklerindeki Sağlık Çalışanlarının ve Hastaların Terapötik Ortam Alguları* Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2018.