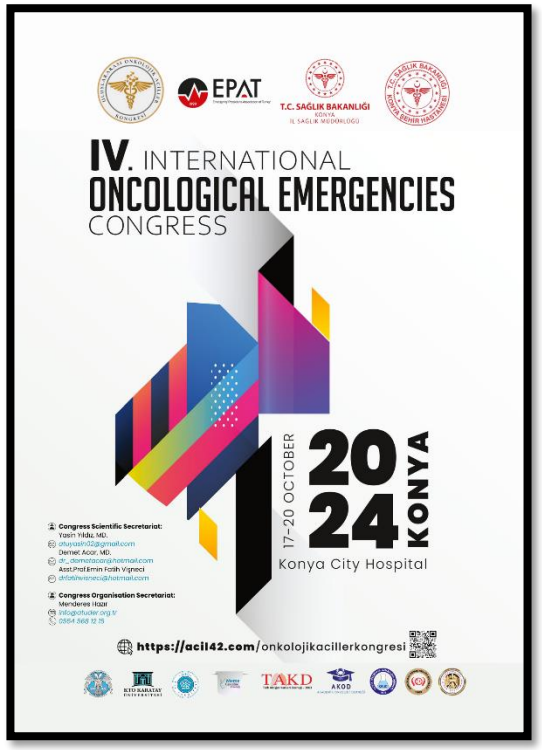


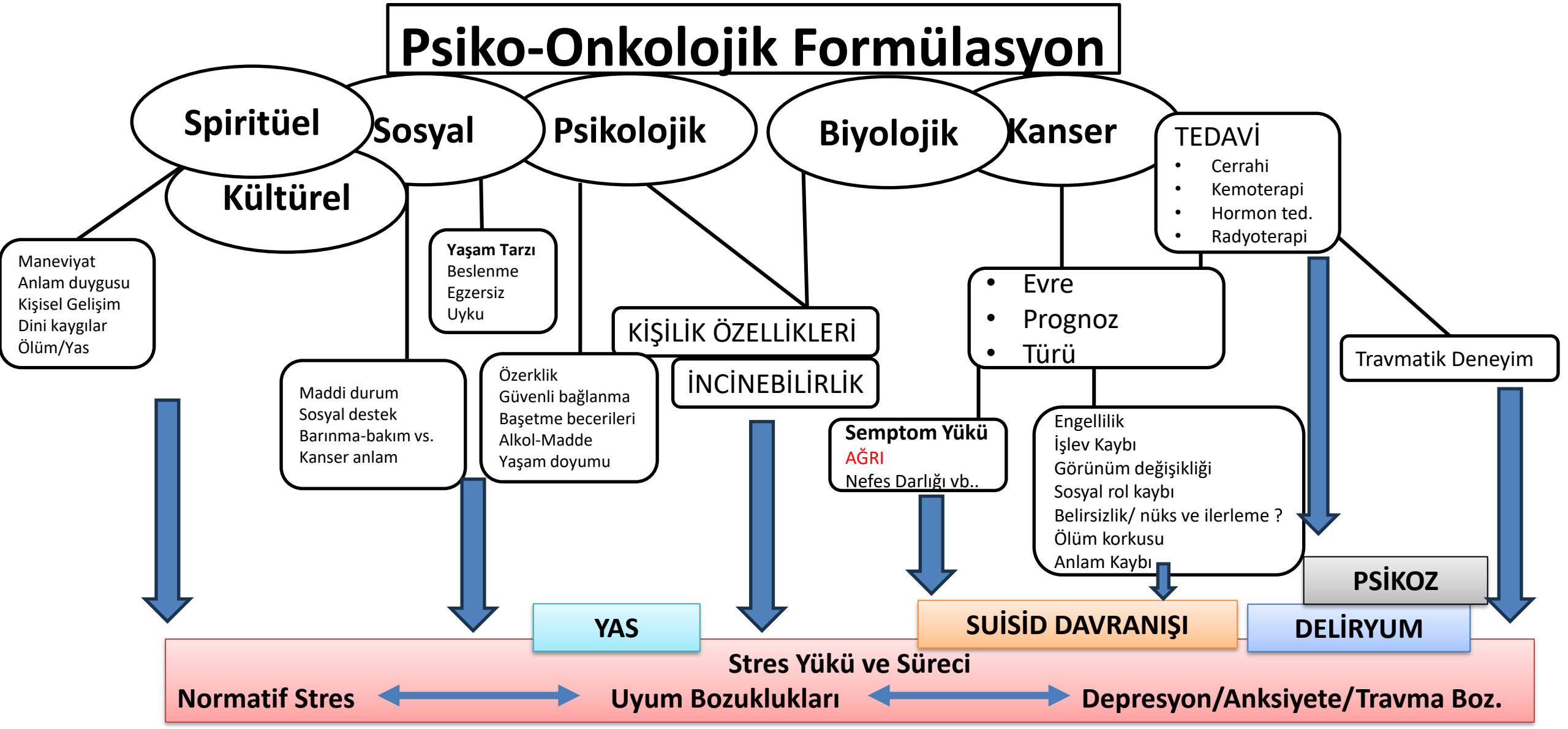
Onkoloji Hastalarında Yaşama Dair Destek:

Psikiyatrik Durumlar, İntihar Davranışı ve Krize Müdahale

Dr. Öğr. Üyesi Fatih EKİCİ

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı


SUNUM AKIŞI
1
Giriş
2
Psikiyatrik Durumlar – Bozukluklar
3
İntihar Davranışı – Krize Müdahale
4
Özet


Psiko-Onkolojik Formülasyon
Spiritüel
Sosyal
Psikolojik
Biyolojik
Kanser
Kültürel
Maneviyat
Anlam duygusu
Kişisel Gelişim
Dini kaygılar
Ölüm/Yas
Yaşam Tarzı
Beslenme
Egzersiz
Uyku
Maddi durum
Sosyal destek
Barınma-bakım vs.
Kanser anlam
Özerklik
Güvenli bağlanma
Başetme becerileri
Alkol-Madde
Yaşam doyumu
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ
İNCİNEBİLİRLİK
TEDAVİ
Cerrahi
Kemoterapi
Hormon ted.
Radyoterapi
Evre
Prognoz
Türü
Travmatik Deneyim
Semptom Yükü
AĞRI
Nefes Darlığı vb..
Engellilik
İşlev Kaybı
Görünüm değişikliği
Sosyal rol kaybı
Belirsizlik/ nüks ve ilerleme ?
Ölüm korkusu
Anlam Kaybı
YAS
SUİSİD DAVRANIŞI
PSİKOZ
DELİRYUM
Stres Yükü ve Süreci
Normatif Stres
Uyum Bozuklukları
Depresyon/Anksiyete/Travma Boz.

Psikiyatrik Durumlar-Bozukluklar

Süreğen Stres

Normatif Tepkiler ⟷ **Uyum Bozuklukları** ⟷ **Depresif/Anksiyete/Travma boz.**

ESNEKLİK FAKTÖRLERİ

Sosyal Destek
Sağlıklı başa çıkma
Stres yönetimi
Sosyoekonomik durum
Özerklik duygusu
Güvenli bağlanma
Anlam
Maneviyat

Uyum Bozukluğu

- Stres etkenine uyumsuz yanıt
- Anks. Depr. Davranış sempt.
- Sıkıntı ve işlev boz.
- Ted. Uyumunu bozabilir
- İntihar risk artışı
- Yas tepkisi mi?

- Stres etkeni? Şiddeti azaltmak
- Aile desteği? Bakım
- Baş etme becerileri
- Destekleyici görüşmeler
- Farmakoterapi

Anksiyete Bozukluğu

- Potansiyel tehlike ve tehditlere karşı savunma hazırlığının ötesi
- Tedavi ve destek aramaya motive edici etkinin ötesi
- Belirsizlik?
- Süreğen tetkikler-süreç-beklenti?
- Çoğu vakada geçmiş öykü
- Bir kısmı kanserin varlığı, semptomları ve tedavi süreciyle..
- Kaçınmalar..

STRESÖRLER

Tümör Yükü
Tedavi Morbiditesi
Allostatik yük
Hastalık evresi
Engellilik
Kimlik ve rol değişikliği
Belirsizlik



Strain JJ. The psychobiology of stress, depression, adjust ment disorders and resilience. World J Biol Psychiatry. 2018;19(sup1):S14–S20.

Psikiyatrik Bozukluk Yaygınlığı

	Palliative-care settings			Oncological and haematological settings		
	Number of studies	Prevalence (95% CI)	Heterogeneity I^2 (95% CI)	Number of studies	Prevalence (95% CI)	Heterogeneity I^2 (95% CI)
Unitary diagnoses						
Depression (DSM major depression or ICD major depressive episode)	23	16·5% (13·1–20·3)	86·8% (81·7–89·9)	66	16·3% (13·4–19·5)	93·5% (92·6–94·2)
Depression (DSM major depression only)	18	14·3% (11·1–17·9)	83·9% (75·7–88·4)	52	14·9% (12·2–17·7)	89·8% (87·8–91·4)
Depression (DSM minor depression only)	6	9·6% (3·6–18·1)	92·8% (87·6–95·2)	4	19·2% (9·1–31·9)	89·4% (72·6–94·1)
Adjustment disorder	5	15·4% (10·1–21·6)	70·6% (0–86·4)	23	19·4% (14·5–24·8)	92·3% (90·2–93·8)
Anxiety disorders	6	9·8% (6·8–13·2)	75·3% (25·2–87·3)	16	10·3% (5·1–17·0)	96·4% (95·5–97)
Dysthymia	2	Insufficient sample	Insufficient sample	11	2·7% (1·7–4·0)	51·1% (0–73·8)
Combination diagnoses*						
Any depression (Major or minor or dysthymia)	7	24·6% (17·5–32·4)	89·2% (80·1–93·1)	12	20·7% (12·9–29·8)	95·5% (94·1–96·4)
Depression (DSM or ICD) or adjustment disorder	5	24·7% (20·8–28·8)	20·4% (0–70·9)	22	31·6% (25·0–38·7)	93·3% (91·5–94·5)
Depression (DSM or ICD) or adjustment disorder or anxiety	4	29·0% (10·1–52·9)	97·4% (96·2–98·2)	17	38·2% (28·4–48·6)	97·4% (96·8–97·8)

Heterogeneity interpretation I^2 greater than 80%=moderate, I^2 greater than 90%=high. DSM=diagnostic and statistical manual of mental health. ICD=international classification of diseases. *Primary studies where combination diagnoses were measured.

Table 2: **Summary of depression prevalence and heterogeneity findings**

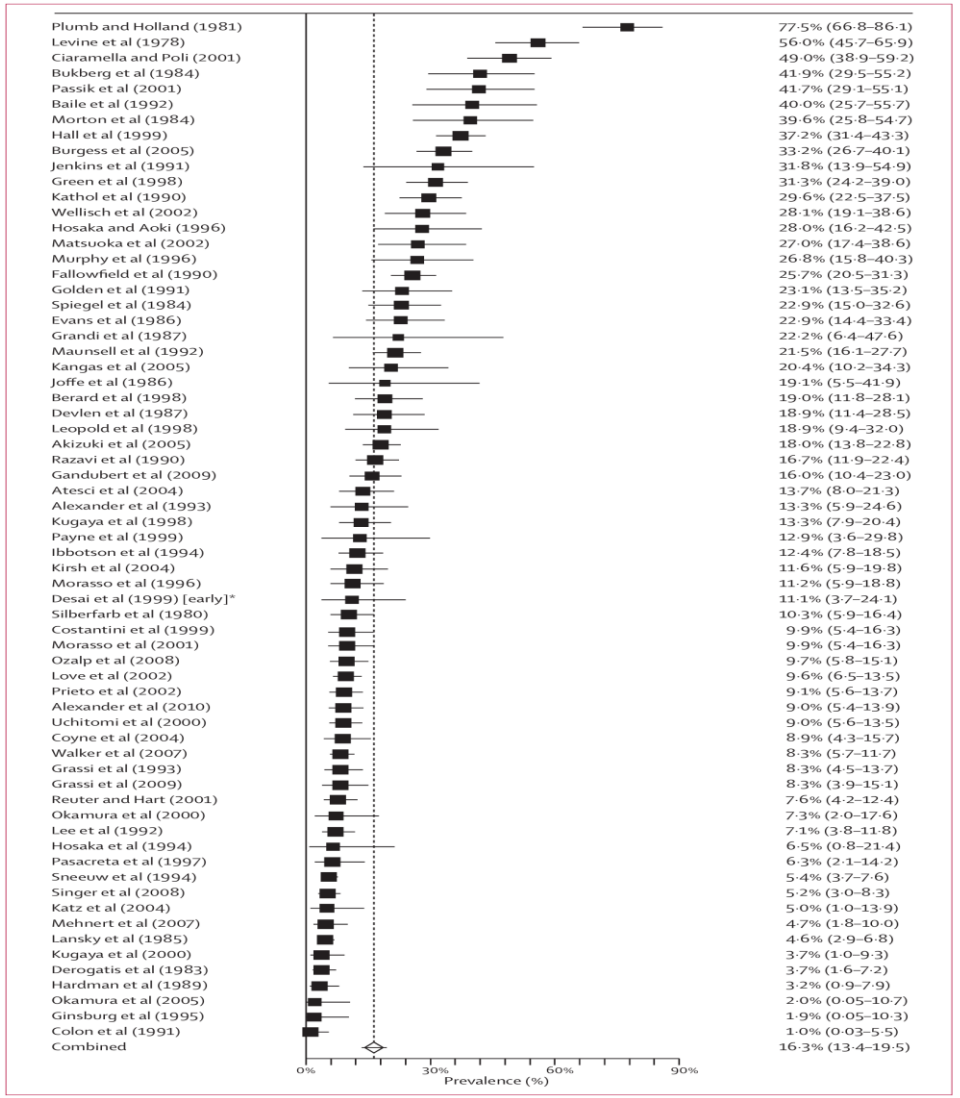


Figure 3: **Prevalence of depression in oncological and haematological settings**
Pooled prevalence of syndromal depression in oncological and haematological settings by random effects meta-analysis. *Sample of patients with late stage of cancer.

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology*, *12*(2), 160-174.

Depresyon

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK TANI KRİTERLERİ (DSM V)

A. Aşağıdakilerden en az 5'inin en az 15 gün süre ile gün boyu bulunması (1.veya 2. kriter mutlaka bulunmalı)

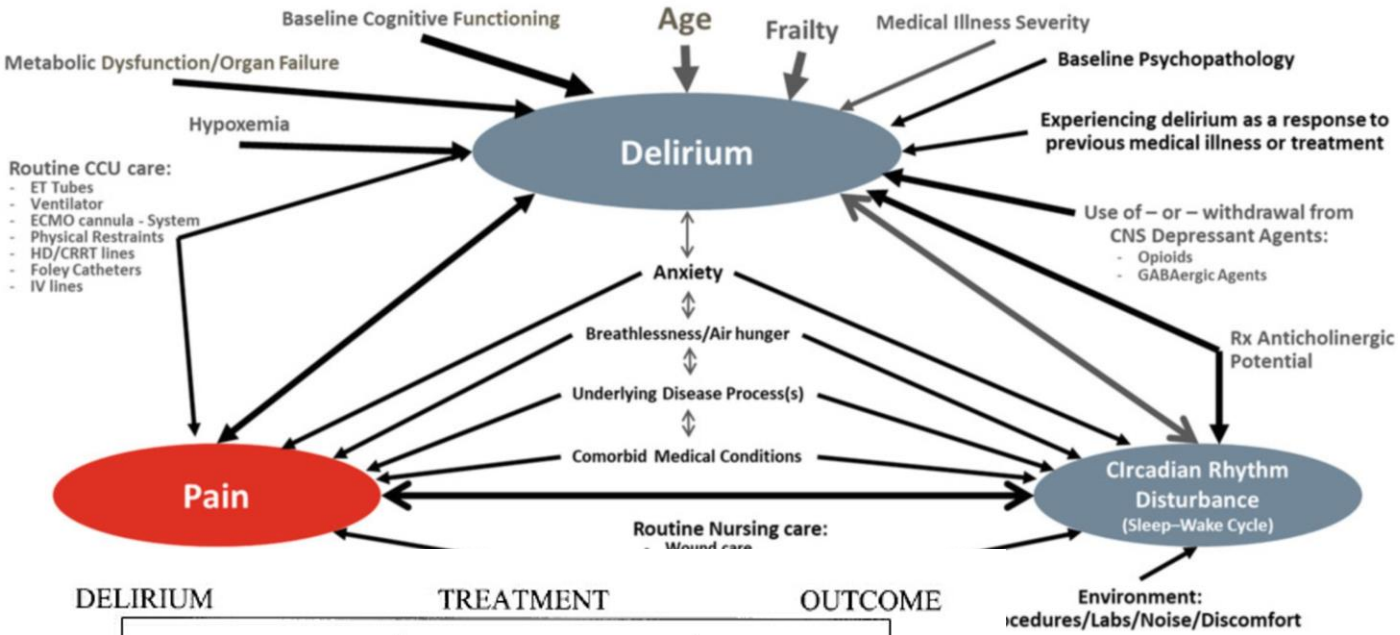
1.Depresif duygudurum
2.Anhedoni, ilgi-istek azalması
3.İştah azalması ya da artması
4.Uyku azalması ya da artması
5.Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon
6.Enerji azalması, yorgunluk
7.Suçluluk, değersizlik hissi
8.Konsantrasyon güçlüğü
9.İntihar eğilimi

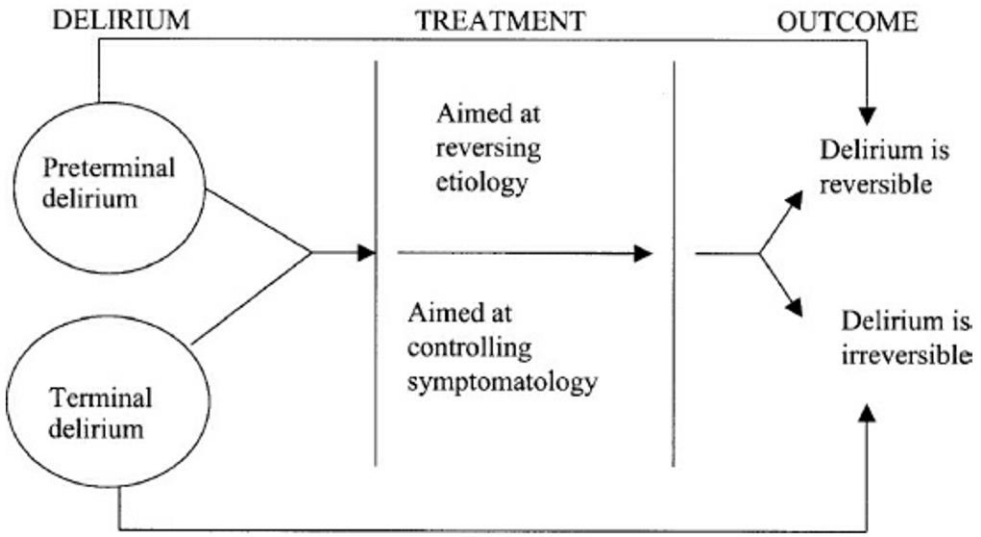
- Düşük yaşam kalitesi
- Uzun hastanede kalış süresi
- Artan fiziksel sıkıntı
- Zayıf tedavi uyumu
- Artmış mortalite
- Artmış ölüm arzusu
- İntihar girişimleri ve ölüm

- Evre ve Hastalık yükü,
- Risk Faktörleri (Genç, az sosyal destek vb)
- Kanser türü (pankreas,orofarenks,akciğer)
- Fiziksel Semptomlar (Ağrı! Nefes darlığı vb)
- Kanser Tedavisi (Kortikosteroid, interferon vb)
- Tıbbi ortamlarda tanınma oranı?
  - * Rekabet eden klinik talepler,
  - *Acil servis zaman baskısı
- Somatik semptomlar? Dışla? Dahil et?
- Suisid riski!
- Psikoterapiler - Antidepresanlar

1. Carey M, Noble N, Sanson- Fisher R, MacKenzie L. Identifying psychological morbidity among people with cancer using the Hospital Anxiety and Depression Scale: time to revisit first princi ples? Psycho-Oncology 2012;21(3):229–238.
2. Gilbody S, Lewis H, Adamson J, et al. Effect of collaborative care vs usual care on depressive symptoms in older adults with subthreshold depression: the CASPER randomized clinical trial. JAMA 2017;317(7):728–737.
3. Kawashima Y, Yonemoto N, Inagaki M, Inoue K, Kawanishi C, Yamada M. Interventions to prevent suicidal behavior and ide ation for patients with cancer: a systematic review. Gen Hosp Psychiatry 2019;60:98–110.

DELİRYUM





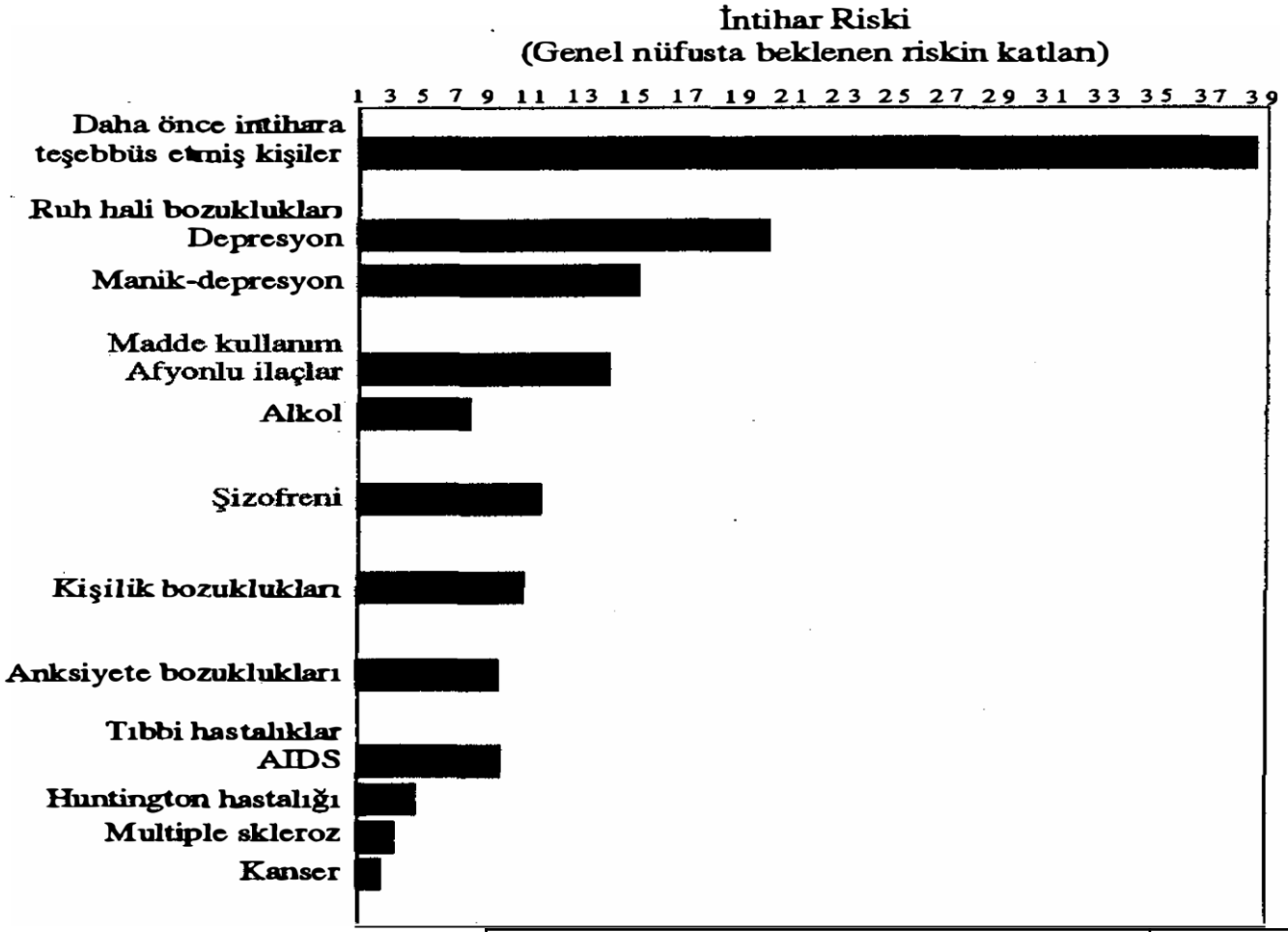
1. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet. Mar 8 2014;383(9920):911– 922.
2. Martinez F, Tobar C, Hill N. Preventing delirium: should non- pharmacological, multicomponent interventions be used? A sys tematic review and meta- analysis of the literature. Age and ageing. 2015;44(2):196–204.

- Oldukça yaygın %25-40 / %85
- Artmış mortalite ve morbidite göstergesi
- Düşük Tanınma ve teşhis oranları?
- Hipoaktif deliryum..
- Ajitasyon ve Saldırgan davranışlar
- Ani intiharlar

- **Ağrı? → Opiyat → Deliryum**

- Altta yatan nedenin tedavisi
- Hidrasyon, beslenme, erken mobilizasyon
- Görme ve işitme cihazı
- Aşinalık duygusu için düzenleme, hatırlatma
- Uyku düzeni, sirkadyen düzenleme
- Fiziksel kısıtlamalardan kaçınmak

İntihar Davranışı



- Genel popülasyona ve diğer tıbbi hastalıklara göre yüksek intihar düşünce ve davranışı riski
- Şiddet ve potansiyel risk açsından büyük farklılıklar
- Çeşitli bağlamlarda ve şekillerde ortaya çıkar
- Geçici ölüm arzusu ve hafif intihar düşünceleri

İntihar düşüncesi	Hastalığın her aşamasında kanser hastalarında genellikle normal olan geçici bir pasif ölme isteğinden, kendine zarar verme düşünceleriyle daha şiddetli meşguliyete kadar değişebilir.
İntihar niyeti veya planı	Bu düşüncelere göre hareket etme arzusu ifade edilir ve potansiyel bir yöntem tarif edilir.
Hızlandırılmış ölüm arzusu	**Doğal hastalık ilerlemesi ile ortaya çıkabileceğinden daha erken ölme isteği ve değişen şiddet derecelerinde hastalar arasında ortaya çıkabilir:** • Aktif bir plan olmadan ölüm için pasif bir dilek (geçici veya kalıcı) • Tıbbi bakımın temel yönlerinin geri çekilmesi yoluyla ölümün hızlandırılması için yardım talebi • İntihar etmek için aktif bir istek ve plan

Aboumrad M, Shiner B, Riblet N, Mills PD, Watts BV. Factors con tributing to cancer- related suicide: a study of root-cause analysis reports. Psychooncology. 2018;27(9):2237–2244.

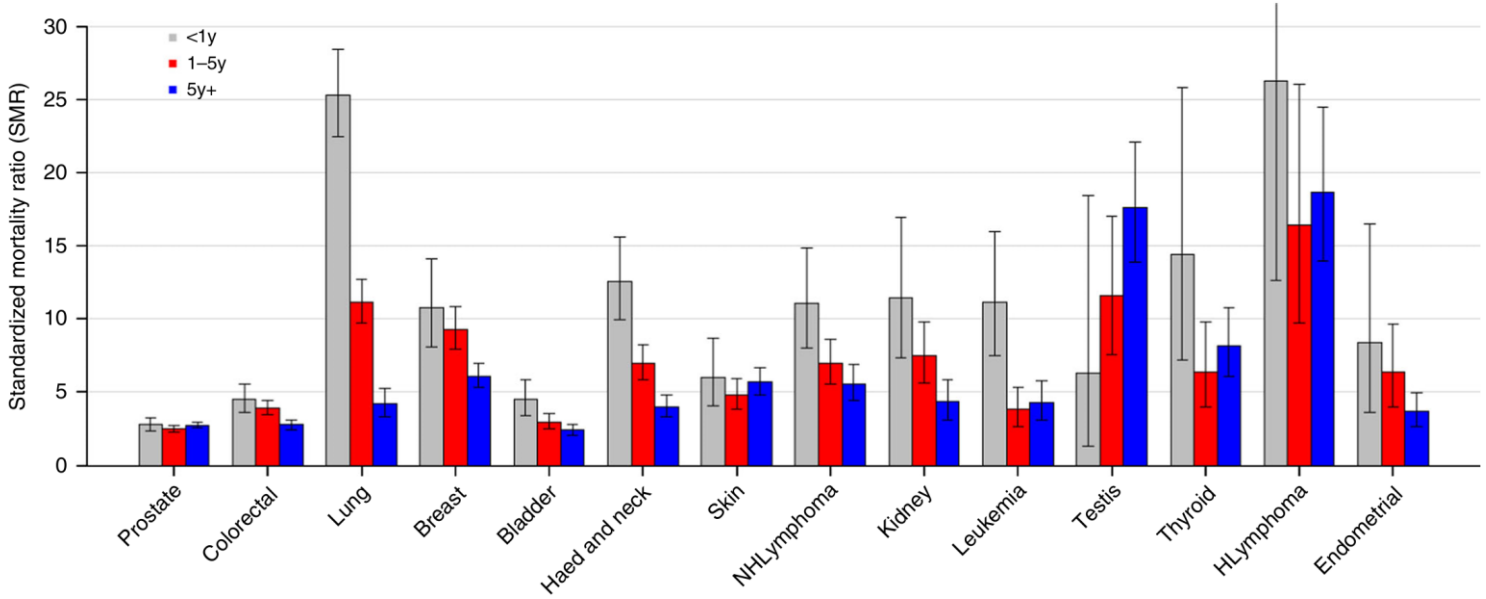
İntihar İçin Risk Faktörleri

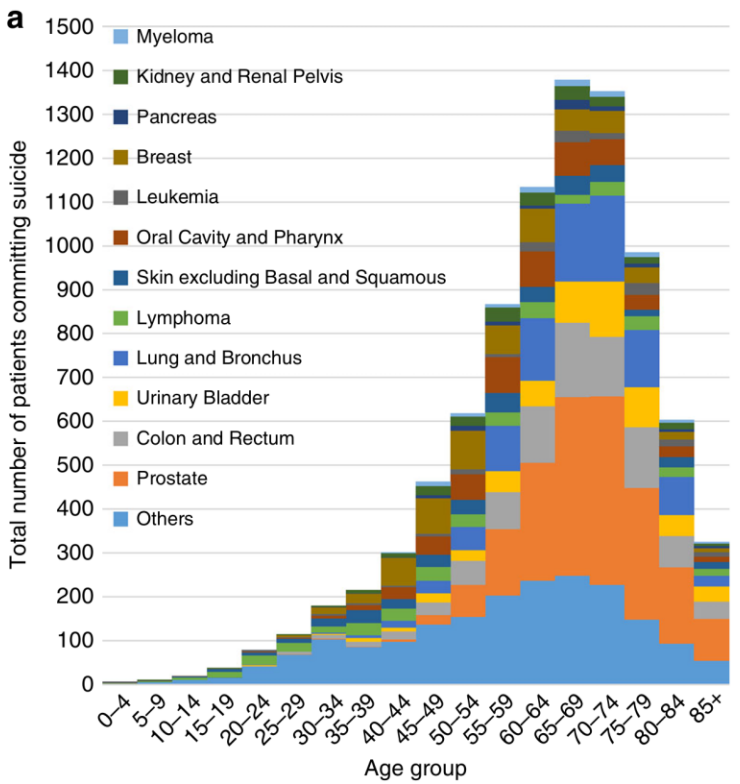
İNTİHAR RİSKİNİ ARTTIRAN RUHSAL BELİRTİLER	KANSER HASTALARINDA İNTİHAR RİSK FAKTÖRLERİ	KANSERE ÖZGÜ İNTİHAR RİSK FAKTÖRLERİ	ARTMIŞ RİSKLE İLİŞKİLİ GEÇMİŞ GİRİŞİM	PSİKOSOSYAL RİSK FAKTÖRLERİ
• Depresif duygudurum • Ağır anksiyete (CR) • Panik atak (CR) • Umutsuzluk (CR) • Emir veren varsanılar • Dürtüsellik • Saldırganlık (CR) • Anhedoni DİĞER BELİRTİLER • Utanç veya küçük düşme • Düşük benlik saygısı • Aşırı tedirginlik • Akatizi • Öfke • Uykusuzluk	• Depresyon • Umutsuzluk • Kontrolsüz ağrı • Aşırı Bitkinlik • Kaygı • Deliryum • Madde bağımlılığı veya ihtiyacı • Yalnızlık hissi • Sosyal destek azlığı • Stresli aile ilişkileri • Kontrol kaybına, bağımlılığa ve itibar kaybına tahammülsüzlük • Ciddi finansal sorunlar • Şiddetli travma öyküsü • Aktif ifadelerin ve planların varlığı • Kişilik bozukluğu • Geçmişte depresyon ve intihar girişimi öyküsü	• Fiziksel zayıflık ve yetersizlik • Kanser tanısı (1 yıldan az) • Kanser evresi ve prognoz • Kanser tipi (baş-boyun, gastrik, pankreas, akciğer) • Tedavi ilişkili morbiditeler • Anlam kaybı, itibar ve statü kaybı, • Semptom yükü • Çocukluk çağı kanser öyküsü	• Çoklu girişimleri • Kurtarılma şansının düşük olması • Güçlü niyet • Öldürücü yöntem kullanımı • Öldürücü silahların ulaşılabilirliği • Ciddi tıbbi sonuçlar • İntiharın farkedilmesini önlemek için tedbir almış olması • Planlı olması (ayrıntı arttıkça risk artar) • İntihar düşüncesi : sık, yoğun ve uzun süreli	• Sosyal destek azlığı • İşsizlik • Sosyoekonomik durumun kaybı • Parçalanmış aile • Ev içi şiddet • Çocukluk çağı cinsel/fiziksel kötüye kullanım • Boşanmış veya dul olmak • Çatışmalı ilişkiler • Düşük kişisel başarı • Sosyal içe çekilme **KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ** • Saldırganlık – Dürtüsellik • Öfke ve Düşmanlık • Nörotizm • Sorun çözme becerilerinde zayıflık • Mükemmelliyetçilik • Aşırı Riskli davranışlar • Cinsel yönelim

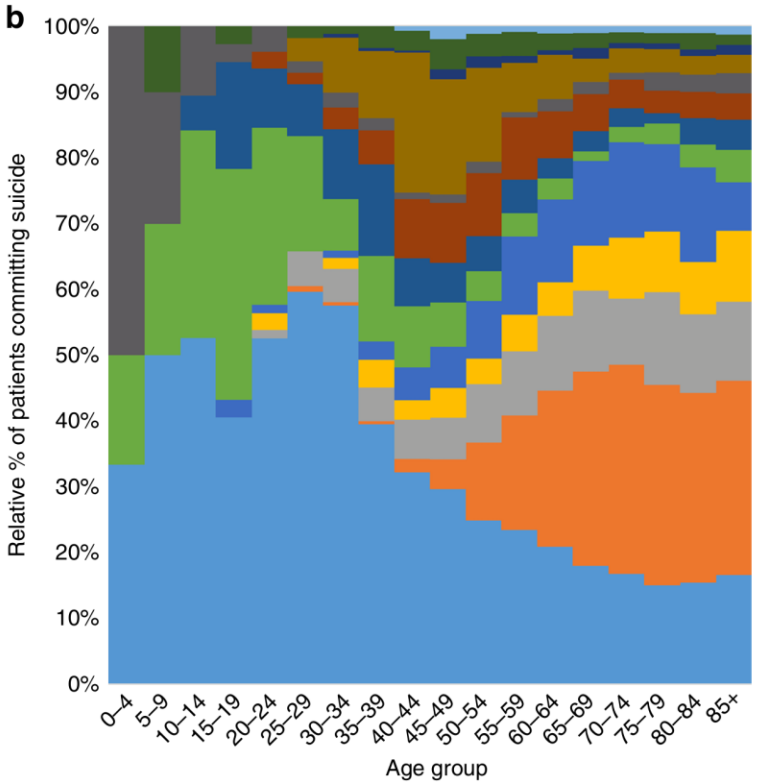
1. Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of sui cide in cancer patients: a review of the literature. Psychooncology. 2010;19(12):1250–1258.
2. Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A. Risk of suicide after cancer diagnosis in England. JAMA Psychiatry. 2019;76(1):51–60.
3. Mcfarland, Daniel C., et al. Suicide in patients with cancer: identifying the risk factors. *Oncology (08909091)*, 2019, 33.6.



1. 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.
2. Mcfarland, Daniel C., et al. Suicide in patients with cancer: identifying the risk factors. *Oncology (08909091)*, 2019, 33.6.





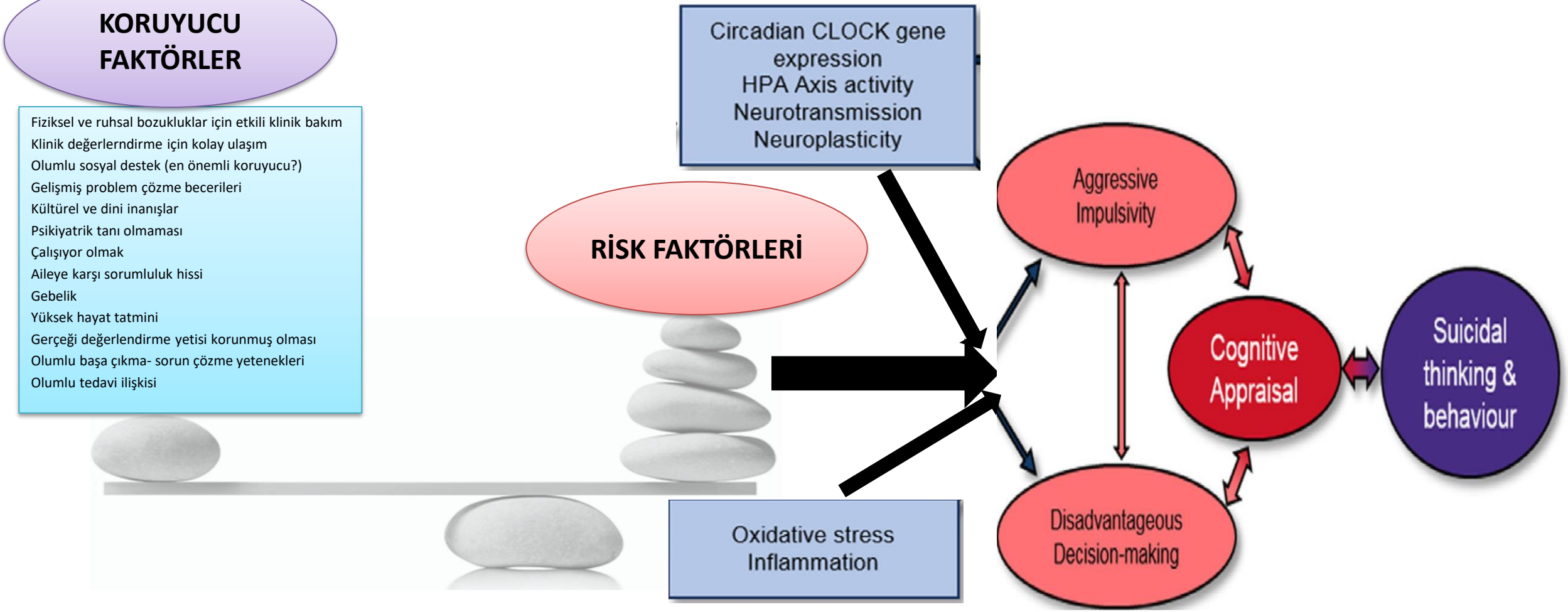


Zaorsky, N. G., Zhang, Y., Tuanquin, L., Bluethmann, S. M., Park, H. S., & Chinchilli, V. M. (2019). Suicide among cancer patients. *Nature communications*, *10*(1), 207.

Referans	Kanser türünü inceleyin	Sonuç
Oberaigner W. ve ark. (2014)	Tüm kanserler	1. Melanom dışı cilt kanserleri dışındaki tüm kanserler intihar için bir risk faktörüydü. 2. Depresyon ve kanserin ileri evresi intihar riskinin artmasıyla ilişkilendirildi. 3. Tanıdan sonraki ilk altı ay boyunca intihar daha yüksekti.
Ahn MH. ve ark. (2015)	Tüm kanserler	1. Safra pankreas kanseri, akciğer kanseri ve mide kanseri diğer kanser türlerine göre daha fazla intihar riskine sahiptir. 2. Tanının ilk yılında intihar riski ile ilişkili metastatik evre daha sıktı.
Klaassen Z. ve ark. (2015)	Erkek genitoüriner kanserler: prostat, mesane, böbrek, testis ve penis	1. İncelenen genitoüriner kanserler intihar için önemli bir istatistiksel riske sahipti. 2. Erkekler, 60 yaş üstü, bekar, beyaz, metastatik hastalık ve cerrahi yapmamak intihar için risk faktörleriydi. 3. Ağrı, penis sakatlaması ve erektil disfonksiyon kanserli bireylerde intihar için risk faktörleriydi.
Sugawara Ave ark. (2016)	Mide kanseri	1. Mide kanseri olan bireylerin intihar riski genel popülasyona göre dört kat daha yüksektir. 2. Tanıdan sonraki ilk üç ayda intihar riski daha yüksektir. 3. Erkek, beyaz, bekar ve metastatik hastalık, artmış intihar riski ile önemli ölçüde ilişkilidir.
Jayakrishnan TT, . ve ark. (2017)	Lösemi dışındaki tüm kanserler	1. İleri evre kanser cerrahisi geçiren bireyler, erkekler ve 65 yaş üstü intihar riski ile anlamlı olarak ilişkili faktörlerdi. 2. İntiharın en fazla yaşandığı dönem ilk aydı.
Siracuse BLve ark. (2018)	Yumuşak doku sarkomu	1. Kemik ve yumuşak doku kanseri, özellikle omurga ve pelvik kemikler olmak üzere intihar riski ile ilişkilidir. 2. Erkekler, beyaz ve 60 yaşından büyükler intihar için risk faktörleriydi. 3. Tanının ilk beş yılında intihar riski mevcuttu ve sakatlama ve işlevsellik kaybı intihar riskini artırdı.
Samawi HH. ve ark. (2017)	Kolorektal kanser	1. Kolon kanseri intihar için bir risk faktörüdür. 2. Erkek, 60 yaş üstü, beyaz, metastatik hastalık ve cerrahi işlem geçirmemiş olmak intiharın yordayıcısıydı.
Klaassen Zve ark. (2019)	Mesane kanseri	1. Mesane kanseri intihar için bir risk faktörüydü. 2. Erkek, beyaz, bekar, 60 yaşından büyük, metastatik olmayan ve cerrahi işleme başvurmamış olanlar intihar için risk faktörleriydi.
Gaitanidis A ve ark(2018)	Meme kanseri	1. Meme kanseri intihar için bir risk faktörüydü. 2. Erkekler, 60 yaşın altında, beyaz ve siyah ve bekar intihar için risk faktörleriydi. 3. Kanser teşhisinden sonraki ikinci yıla kadar intihar ile anlamlı bir ilişki vardı.
Walsh NJ. ve ark. (2018)	Tiroid kanseri	1. Erkekler ve beyazlar tiroid kanserinde intihar için risk faktörleriydi.
Zhou H. ve ark. (2018)	Akciğer kanseri	1. Akciğer kanseri olan bireyler intihar riski altındadır. 2. Erkekler, beyaz, bekar ve 60 yaş üstü intihar için risk faktörleriydi.
Yang Jve ark. (2019)	Erkekler için tüm kanserler	1. Kanser teşhisi, intihar riskinin artmasıyla ilişkilidir. 2. 60 yaş üstü, bekar, beyaz ve cerrahi işlem geçirmemiş olmak intihar riski oluşturuyordu. 3. Tanıdan sonraki ilk yıl intihar riski artar.
Guo C. ve ark. (2019)	Böbrek kanseri	1. Böbrek kanseri intihar için bir risk faktörüydü. 2. Erkek, bekar, beyaz renkli, hastalık ilerlemiş ve ameliyat olmamış olmak intihar için risk faktörleriydi. 3. Ağrı, böbrek kanserli bireylerde intihar riskini artırdı.
Zaorsky NG ve ark. (2019)	Tüm kanserler	1. Akciğer, baş boyun, testis, mesane ve lenfoma kanserleri diğer kanserlere göre daha yüksek intihar riski altındaydı. 2. Erkekler, beyaz, 60 yaş üstü ve yerel hastalık intihar için risk faktörleriydi.
Saad AM ve ark. (2019)	Tüm kanserler	1. Pankreas, akciğer ve kolorektal kanser intihar riski daha yüksekti. 2. Tanıdan sonraki ilk yıl intihar riski daha yüksekti.
Dulskas Ave ark. (2019)	Kolorektal kanser	1. Kolorektal kanser intihar için bir risk faktörüydü. 2. Kadınlar, 60 yaşından büyük ve kanserin ileri evresi intihar için risk faktörleriydi. 3. Kolostomi, kolorektal kanserli bireylerde intihar riskini artırdı.
Henson KE. ve ark. (2019)	Tüm kanserler	1. Kanser teşhisi psikolojik sıkıntı riski taşır. 2. Mezotelyomalı bireylerin intihar riski diğer kanserlere göre daha yüksektir. 3. Pankreas, yemek borusu, akciğer ve mide kanseri intihar riski oluşturuyordu. 4. Tanıdan sonraki ilk altı ay intihar riski daha yüksekti.

KORUYUCU FAKTÖRLER

Fiziksel ve ruhsal bozukluklar için etkili klinik bakım
Klinik değerlerndirme için kolay ulaşım
Olumlu sosyal destek (en önemli koruyucu?)
Gelişmiş problem çözme becerileri
Kültürel ve dini inanışlar
Psikiyatrik tanı olmaması
Çalışıyor olmak
Aileye karşı sorumluluk hissi
Gebelik
Yüksek hayat tatmini
Gerçeği değerlendirme yetisi korunmuş olması
Olumlu başa çıkma- sorun çözme yetenekleri
Olumlu tedavi ilişkisi



Malhi, G. S., Das, P., Outhred, T., Irwin, L., Morris, G., Hamilton, A., ... & Mannie, Z. (2018). Understanding suicide lens. *Journal of affective disorders*, *241*, 338-347

İNTİHAR EĞİLİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ/ TEMEL İLKELER

Sorabilmek...

- ❑ Hastalar kültürel ve dini nedenlerle konuşmayı doğru bulmayabilir
- ❑ Hekim görünmeyen yaraları kanatabilir
- ❑ Hekimde çaresizlik, öfke, hayal kırıklığı ve reddetme eğilimleri
- ❑ Umudu azaltma korkusu

- Çalışmalara göre intihar düşüncesini sorgulamanın intihar riskini artırmadığı ve hatta faydalı
- DSÖ 10 yaş üstü ruhsal boz. ve risk faktörü olan her bireye sormayı öneriyor.

İntihar Düşüncesi	**• Birçok hasta, "Ağrım yeterince kötü olsaydı, yapabilirdim. . . . Böyle düşünceleriniz oldu mu? • Kendinizi yaşamak istemediğinizi ya da ölmenin daha iyi olacağını düşünürken buldunuz mu?**
İntihar Planı	**• Kendinize bakmayı bıraktınız mı veya bırakmak istediniz mi? • Hayatınızı nasıl sonlandıracağınızı düşündünüz mü?**
İntihar Niyeti	**• Kendinize zarar vermeyi planlıyor musunuz? Ne yapardın? • Bu planları gerçekleştireceğinizi düşünüyor musunuz?**
Yaygın Düşüncelerin Sorulması	**• Yaşamak istemediğinize dair herhangi bir düşünceniz oldu mu? • Son birkaç gün içinde bu düşünceler aklınızdan geçti mi?**
Risk Seviyesinin Belirlenmesi	**• Hayatınızı sona erdirmek istemekle ilgili düşünceleriniz var mı? •Nasıl? Bir planın var mı? • Güçlü sosyal destekleriniz var mı? • Evde stoklanmış haplarınız var mı? • Bir silahınız var mı veya bir silaha erişiminiz var mı?**
Geçmiş Değerlendirme	**• Hiç psikiyatrik bir bozukluğunuz oldu mu, depresyon geçirdiniz mi veya intihar girişiminde bulundunuz mu? • Ailede intihar öyküsü var mı?**
Madde Bağımlılığını Değerlendirilmesi	**• Alkol veya uyuşturucu ile ilgili bir sorununuz oldu mu?**
Tıbbi Riskleri Belirleyin	**• Dinmeyen ağrılarınız mı var? • Hastalık hayatınızı nasıl etkiledi? • Hafızanız ve konsantrasyonunuz nasıl? • Umutsuz hissediyor musunuz? • Gelecek için ne planlıyorsunuz?**

İNTİHAR EĞİLİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ/ TEMEL İLKELER

Terapotik ilişki…	Klinisyenin açık, aktif dinleme, koşulsuz kabul, saygı, samimiyet ve empati içeren ilişki kurması
İletişim ve İşbirliği…	Hastanın değerlendirme sürecinin bir parçası olması
Belgeleme…	-Hastaya yapılan müdahaleler, intihar riskinin düzeyi, önceki intihar girişimleri, kullanılan ölçekler -Adli boyut
Mahremiyet…	Uygun koşulların sağlanması

1. Sall J, Brenner L, Millikan Bell AM, Colston MJ. Assessment and management of patients at risk for suicide: synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guidelines. Ann Intern Med. 2019;171(5):343–353.
2. Quick Reference for Oncology Clinicians: The Psychiatric and Psychological Dimensions of Cancer Symptom Management. Charlottesville, VA: American Psychosocial Oncology Society; 2006.

İNTİHAR EĞİLİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ/ TARAMA ve DEĞERLENDİRME ARAÇLARI

Kanserli Hastalar için İntihar Tarama ve Değerlendirme Araçları	
Kanserde kullanılması önerilen intihar tarama ve değerlendirme araçları	• Kolombiya İntihar Şiddeti Derecelendirme Ölçeği (C-SSRS) • Sıkıntı Değerlendirme ve Müdahale Aracı (DART) • NIMH İntihar Tarama Soruları Sor (ASQ)
Tıbbi olarak hasta hastalarda doğrulanmış intihar Ölçümleri	• İntihar Düşüncesi için Beck Ölçeği (BSSI) • İntihar Düşüncesi için Değiştirilmiş Ölçek (MSSI)
İlerlemiş hastalıkta doğrulanmış ölüm arzusu ölçümleri	• Ölüm Arzusu Derecelendirme Ölçeği (DDRS) • Hızlandırılmış Ölüme Yönelik Tutum Programı (SAHD) • Moral Bozukluğu Ölçeği (DS)

Crawford MJ, Thana L, Methuen C, et al. Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2011;198(5):379–384.

İntihar riskinin değerlendirilmesinde 4 adım

İntihar eğiliminin değerlendirilmesi

↓

Risk etmenlerinin değerlendirilmesi

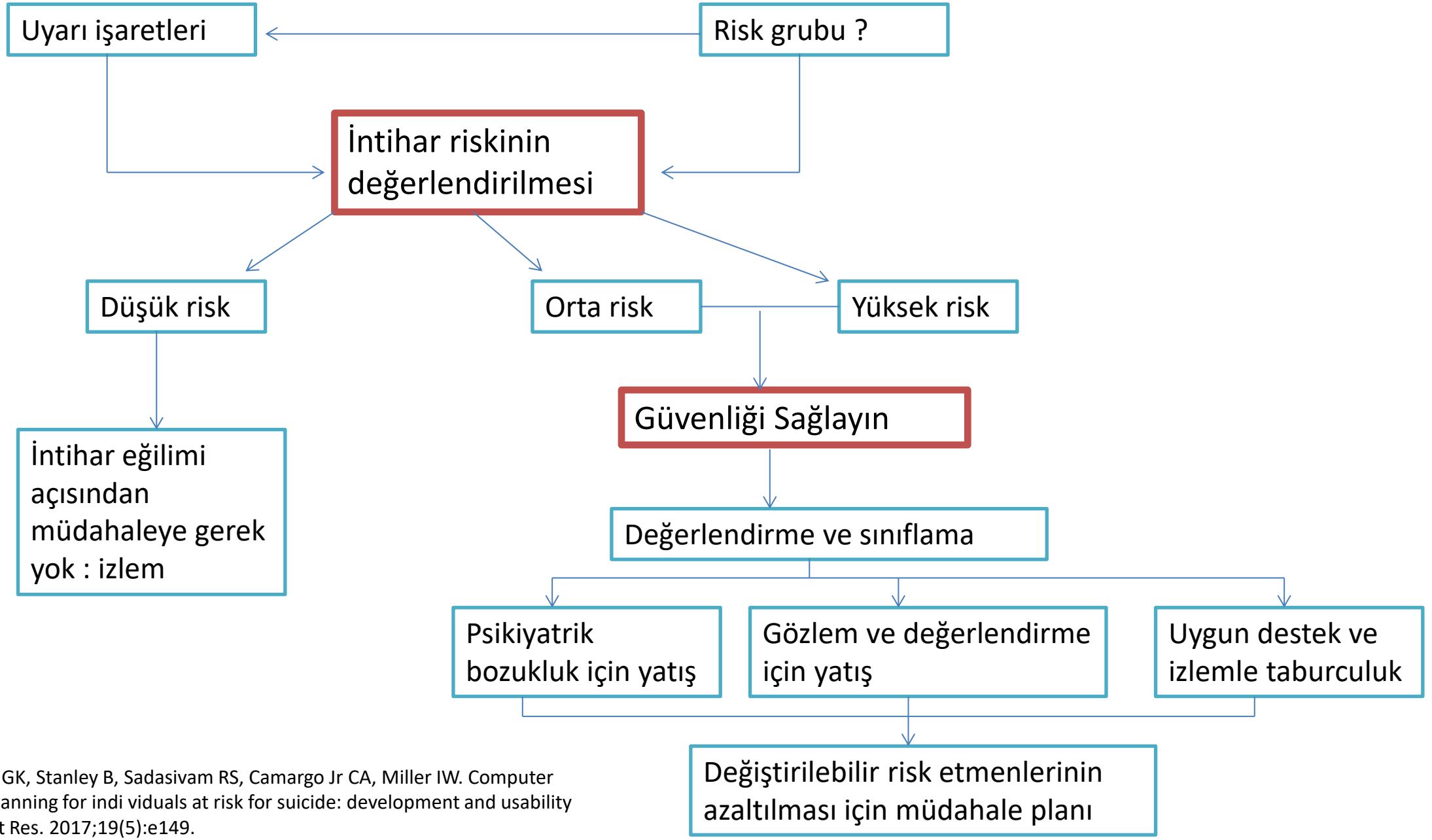
↓

Neler oluyor ?

↓

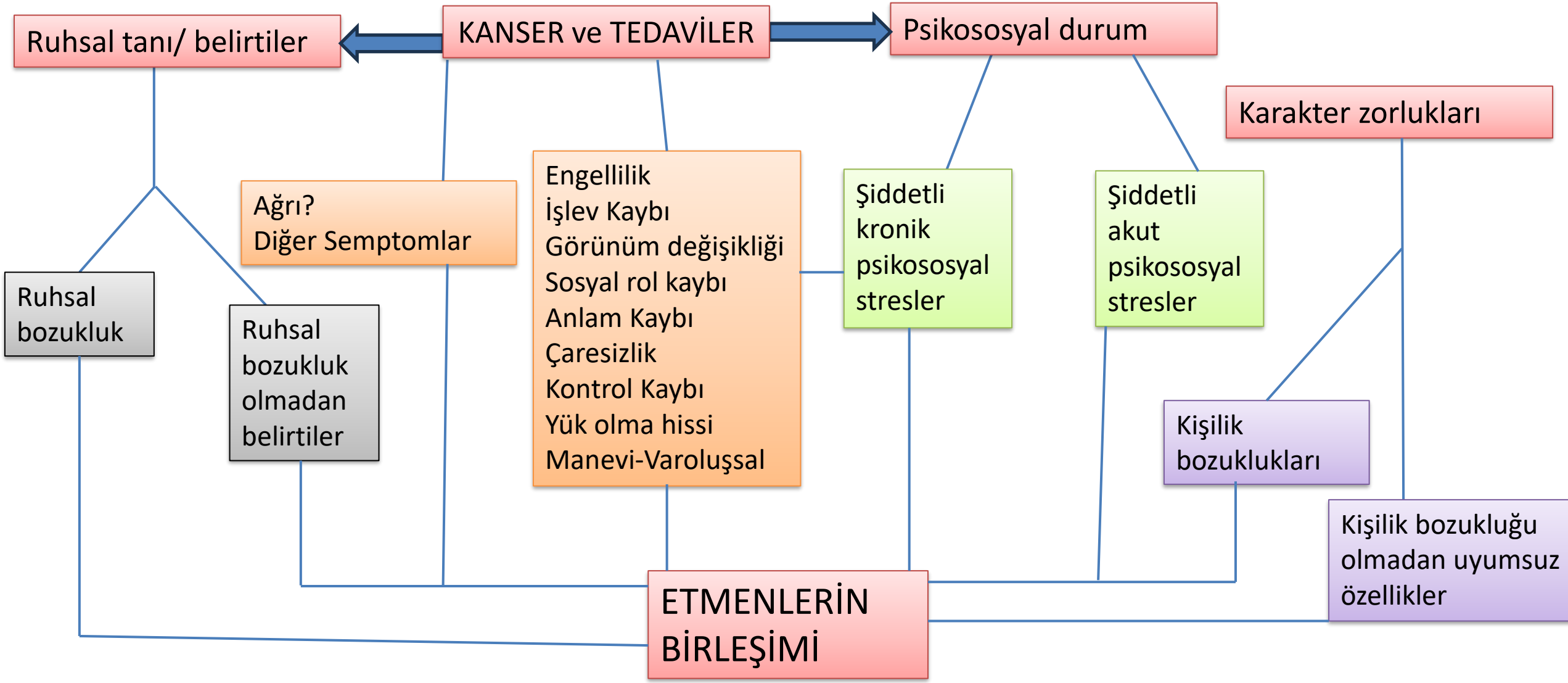
Müdahale hedeflerinin belirlenmesi

1. Sall J, Brenner L, Millikan Bell AM, Colston MJ. Assessment and management of patients at risk for suicide: synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guidelines. Ann Intern Med. 2019;171(5):343–353.
2. Quick Reference for Oncology Clinicians: The Psychiatric and Psychological Dimensions of Cancer Symptom Management. Charlottesville, VA: American Psychosocial Oncology Society; 2006.



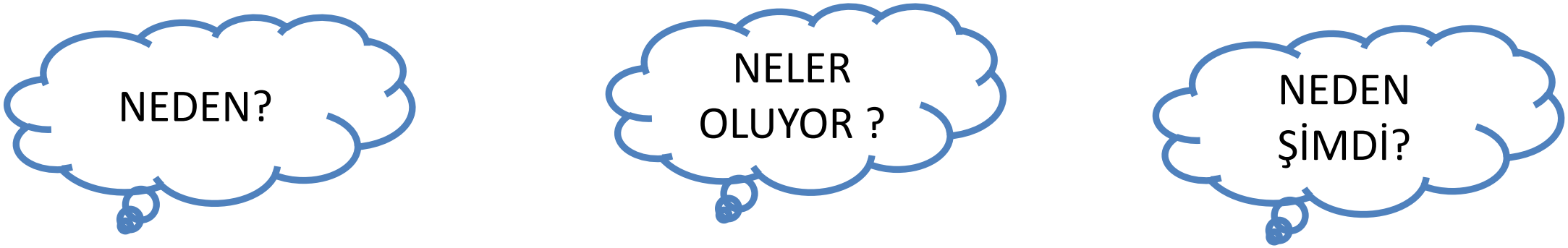
Boudreaux ED, Brown GK, Stanley B, Sadasivam RS, Camargo Jr CA, Miller IW. Computer administered safety planning for indi viduals at risk for suicide: development and usability testing. J Med Internet Res. 2017;19(5):e149.

Neler Oluyor ?



Stanley B, Brown GK, Brenner LA, et al. Comparison of the safety planning intervention with follow- up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. JAMA Psychiatry. 2018;75(9):894–900.

Müdahale Hedefleri



Müdahale için belirlenmiş hedefler

Ruhsal tanı ve belirtiler
Hastalığın tedavisi
Belirtilerin ortadan kaldırılması

Psikososyal durum
Değiştirilebilir tetikleyicileri / streslerinin gözden geçirilmesi

Karakter zorlukları
Uyum özellikleri ve başa çıkma yetenekleri ?

Stanley B, Brown GK, Brenner LA, et al. Comparison of the safety planning intervention with follow- up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. JAMA Psychiatry. 2018;75(9):894–900.

Müdahale Hedefleri

Sormak,
Empatik ve aktif dinlemek

İntihar güvenliği planlaması

RİSK FAKTÖRLERİNİN YÖNETİMİ

Sosyal temaslar-Sosyal ortamlar

Ağrının agresif yönetimi

Krizi çözmek için Aile Bireyleri ve arkadaşları tedaviye dahil etmek

Ruhsal Bozuklukların Tedavisi

Tedavi planı ve hedefe dönük müdahale hakkında bilgi vermek

Varoluşsal Kaygılar

Psikososyal durum
Değiştirilebilir tetikleyicileri /streslerinin gözden geçirilmesi

Manevi danışmanlık

Uyum özellikleri ve başa çıkma yetenekleri ?
Başa çıkma becerilerinin güçlendirilmesi

Quick Reference for Oncology Clinicians: The Psychiatric and Psychological Dimensions of Cancer Symptom Management. Charlottesville, VA: American Psychosocial Oncology Society; 2006.

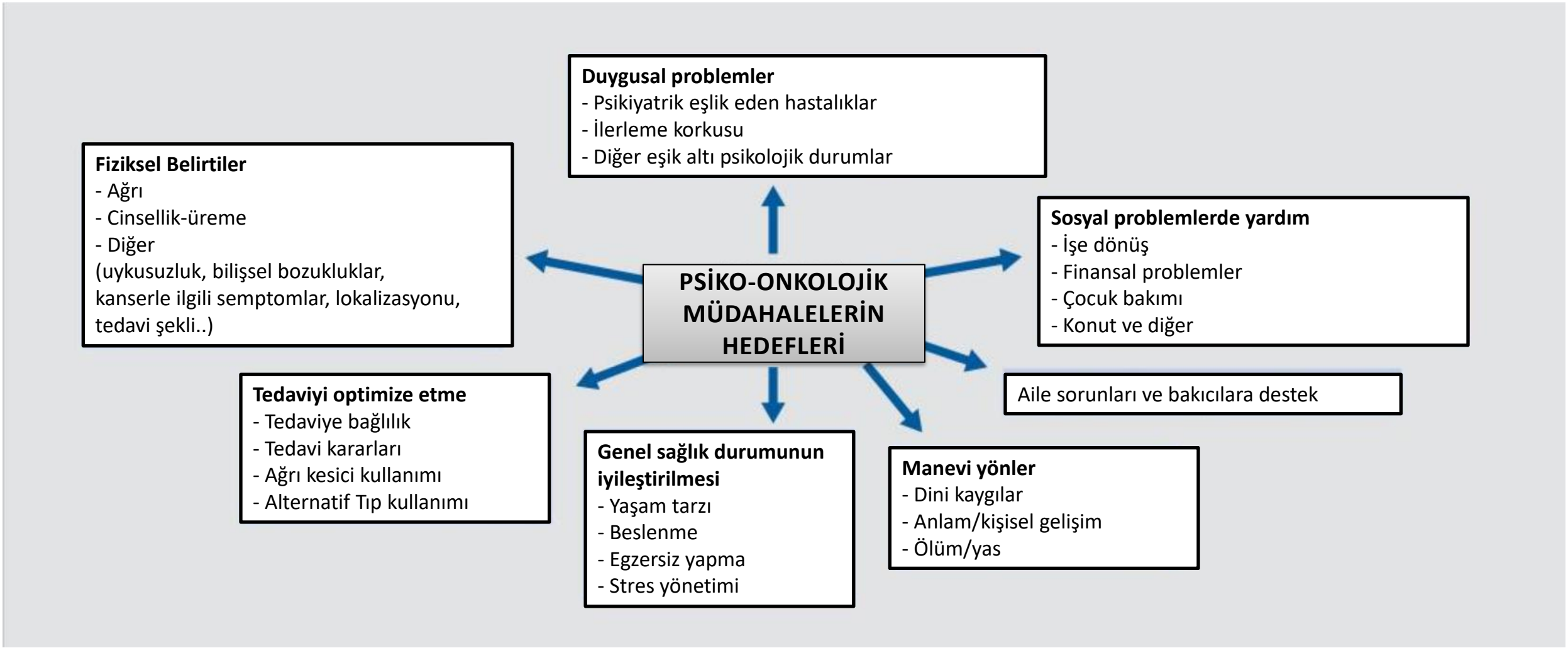
Müdahale Hedefleri/Ruh Sağlığı Uzmanları İle İletişim

- Ruhsal Bozukluklar için

  Farmakoterapi / Psikoterapi/ Nöromodülasyon tedavileri

- Destekleyici Psikoterapi
- Bilişsel-Davranışçı Terapiler
- Farkındalık Müdahaleleri
- Anlam Odaklı Terapi
- Onur Terapisi

1. Pessin H, Potash M, Breitbart W. Diagnosis, assessment, and treatment of depression in palliative care. In: Lloyd- Williams M, ed. Psychosocial Issues in Palliative Care. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2008:129– 159.
2. Moorey S, Greer S. Oxford Guide to CBT for People with Cancer. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2012.
3. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, et al. Pilot randomized con trolled trial of individual meaning- centered psychotherapy for pa tients with advanced cancer. J Clin Oncol. 2012;30(12):1304–1309.



Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in clinical neuroscience*, *20*(1), 13-22.

Sonuç Olarak…

- Kanser tanısı alan hastalarda ruhsal durumlar/bozukluklar ve intihar davranışı oldukça yaygın
- Ruhsal hastalıklar açısından tarama.. Hastane Anks depr. Ölçeği
- Ruhsal bozukluklar mortalite ve morbidite riskinde artışla ilişkili
- İntihar davranışının yönetiminde risk değerlendirmesi yaparak müdahale olanakları gündeme alınmalı ve tedavi planı oluşturulmalı
- Gerekli görüldüğünde ruh sağlığı uzmanlarıyla iletişim kurulmalı
- Hastaların ezici acı ve ağrılarına her türlü müdahalenin yapılacağı; bakımın sürekli, kapsamlı ve kordineli olacağı; hastalık süresince elimizden gelenin en iyisinin yapılacağı hastaya bildirilmeli ve hekimin aklında olmalı

SORU & KATKI