



T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

ŞİZOFRENİDE SUİSİD GİRİŞİMİNİN DEPRESYON, İÇGÖRÜ,  
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Merve BİLGİN KOÇAK

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN

SAMSUN-2017

## TEŞEKKÜR

Tez danıőmanım olarak çalışmanın gerçekleőmesi için gerekli őartların hazırlanmasında, çalışmanın oluőum aőaması ile sonrasında ayrıca uzmanlık eğitimim boyunca emeğini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Ahmet Rifat şAHİN'e,

Uzmanlık eğitimim suresince bilgi, deneyim ve yardımlarını her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Ali Cezmi ARIK, Prof. Dr. Hatice GÜZ, Prof. Dr. Ömer BÖKE, Doç. Dr. Gökhan SARISOY, Yrd. Doç. Dr. Aytül KARABEKİROğLU'na,

ocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı öğretim üyesi hocalarım Prof. Dr. M. Z. Koray KARABEKİROğLU, Yrd. Doç. Dr. Gökçe Nur SAY ve Yrd. Doç. Dr. Yusuf Yasin GÜMÜŐ'e,

Rotasyon eğitimim sırasında katkılarından dolayı Nöroloji ve Acil Tıp Anabilim Dalı öğretim üyesi hocalarıma,

Asistanlık eğitimim boyunca her zaman desteklerini yanımda hissettiğim sevgili asistan arkadaşlarım ve tüm psikiyatri kliniği ekibine,

Çalıőmama katılmayı kabul eden değerli hastalarım,

Sadece uzmanlık eğitimi sürecinde değil, hayatımın her anında yanımda olan aileme ve arkadaşlarıma,

Hayatıma girdiği andan itibaren her zaman yanımda olan ve desteğini esirgemeyen sevgili eőime sonsuz sevgi, saygı ve teőekkürlerimi sunarım.

Dr. Merve BİLGİN KOÇAK

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	iv
TABLO LİSTESİ .....	v
ŞEKİL LİSTESİ .....	vi
ÖZET .....	vii
ABSTRACT .....	viii
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. Şizofreni .....	2
2.1.1. Tanım ve tarihçe .....	2
2.1.2. Gidiş ve Sonlanım .....	2
2.2. Şizofreni ve İntihar .....	3
2.2.1. Şizofrenide İntihar İçin Risk Faktörleri .....	4
3. AMAÇ VE HİPOTEZLER .....	11
4. GEREÇ VE YÖNTEM .....	12
4.1. Uygulama ve Yöntem .....	12
4.1.1. Hasta Grubu Seçimi .....	12
4.2. Veri Toplama Araçları .....	13
4.2.2. Sosyodemografik Veri Formu .....	13
4.2.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) .....	13
4.2.4. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ) .....	13
4.2.5. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ) .....	14
4.2.6. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (SHIYNÖ) .....	14
4.2.7. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) .....	14
4.2.8. İntihar Düşüncesi Ölçeği .....	14
4.3. İstatistiksel Değerlendirme .....	15
5. BULGULAR .....	16
6. TARTIŞMA .....	27
7. SONUÇLAR .....	35
KAYNAKLAR .....	36
EK 1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU .....	49
EK 2: PANSS .....	50
EK 3: CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ .....	51
EK 4: İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ .....	53

<b>EK 5: ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ .....</b>	<b>54</b>
<b>EK 6: RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ.....</b>	<b>55</b>
<b>EK 7: İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ.....</b>	<b>58</b>
<b>EK 8: ETİK KURUL ONAM FORMU .....</b>	<b>59</b>
<b>.....</b>	<b>59</b>



## KISALTMALAR

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>APA</b>	: American Psychiatric Association (Amerika Psikiyatri Birliği)
<b>CŞDÖ</b>	: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
<b>DSM</b>	: Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (Psikiyatride hastalıkların tanımlaması ve sınıflandırılması el kitabı)
<b>İDÖ</b>	: İntihar Düşüncesi Ölçeği
<b>İÜBDÖ</b>	: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği
<b>PANSS</b>	: Positive and Negative Syndrome Scale (Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği)
<b>RHİDÖ</b>	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
<b>SHİYNÖ</b>	: Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği
<b>WHO</b>	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

## TABLO LİSTESİ

- Tablo 1** : Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik verileri
- Tablo 2** : Hastaların yaş, hastalık başlangıç yaşı ve eğitim süresi ortalaması ve standart sapmaları
- Tablo 3** : Hastaların intihar düşüncesi, intihar girişimi öyküsü, intihar sayısı ve intihar şekline göre dağılımı
- Tablo 4** : İntihar girişimi olan ve olmayan şizofreni hastalarının demografik özelliklerinin karşılaştırılması
- Tablo 5** : İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan hastaların hastaneye yatış, hastalık başlama yaşı, hastaneye yatış sayısı, hastalık süresi, aile öyküsü ve alkol-madde kullanımı açısından karşılaştırılması
- Tablo 6** : İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların klinik ölçek değerlendirmelerinin karşılaştırılması
- Tablo 7** : İntihar girişimi varlığına göre lojistik regresyon analizi
- Tablo 8** : İntihar düşüncesi olan ve olmayan hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması
- Tablo 9** : İntihar düşüncesi olan ve olmayan hastaların hastaneye yatış, hastalık başlama yaşı, hastaneye yatış sayısı, hastalık süresi, aile öyküsü ve alkol-madde kullanımı açısından karşılaştırılması
- Tablo 10** : İntihar düşüncesi olan ve olmayan hastaların klinik ölçek değerlendirmelerinin karşılaştırılması
- Tablo 11** : İntihar düşüncesi ölçeği ile diğer ölçeklerin korelasyonu
- Tablo 12** : İntihar düşüncesi ölçeğine göre multipl regresyon analizi
- Tablo 13** : İntihar düşüncesi varlığına göre lojistik regresyon analizi
- Tablo 14** : İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların intihar düşüncesine göre dağılımı

## ŞEKİL LİSTESİ

**Şekil 1** : CSDÖ ve İDÖ arasındaki korelasyon grafiği ve regresyon doğrusu



## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı şizofreni hastalarında intihar girişiminin ve düşüncesinin depresyon, içgörü, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi ile arasındaki ilişkiyi incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış intihar girişiminde bulunmuş 36 hasta ile intihar girişiminde bulunmamış 52 hasta çalışmaya alındı. Hastalar daha sonra Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CSDÖ) 8. maddesinden aldıkları puana göre intihar düşüncesi olmayan (0 puan alan) ve intihar düşüncesi olan (1, 2 ya da 3 puan alan) diye iki gruba ayrıldı. Çalışmaya katılan tüm hastalara sosyodemografik bilgi formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CSDÖ), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ), Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (SHİYNÖ), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ) uygulandı.

**Bulgular:** İntihar girişimi olan hastalarda olmayanlara göre bekar olma oranı daha fazla, yaşam kalitesi daha düşük ve içselleştirilmiş damgalanma seviyeleri daha yüksek saptandı. İntihar düşüncesi olan hastalarda ise intihar düşüncesi olmayanlara göre PANSS toplam puanları daha yüksek, depresif belirti şiddeti daha fazla, yaşam kalitesi daha düşük ve içselleştirilmiş damgalanma seviyeleri daha yüksek saptandı. İçgörü düzeyleri açısından gruplar arasında farklılık saptanmadı. İDÖ ile CSDÖ arasında pozitif yönde güçlü korelasyon olduğu gözlemlendi. İDÖ ile PANSS ve RHİDÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon olduğu saptandı. İDÖ ile SHİYNÖ arasında ise negatif yönde orta düzeyde korelasyon olduğu tespit edildi. Yapılan regresyon analizi sonrası depresyonun intihar düşüncesini yordayan faktör olduğu saptandı.

**Sonuç:** Depresyon şizofrenide intihar için risk faktörüdür. Şizofrenide intiharı önlemek için depresyona neden olabilecek faktörlerin dikkatlice değerlendirilmesi gereklidir.

**Anahtar Sözcükler:** Şizofreni, suisid, depresyon, içgörü, yaşam kalitesi, içselleştirilmiş damgalanma

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study is to examine the relationship between suicide attempts and ideation with depression, insight, internalized stigmatization and quality of life in schizophrenic patients.

**Materials and Methods:** Thirty-six suicide attempters and 52 not suicide attempters who were admitted to the psychiatry outpatient clinic of Ondokuz Mayıs University and diagnosed with schizophrenia according to DSM-5 diagnostic criteria were included in the study. Patients were then divided into two groups according to the score they obtained from the 8th item of the Calgary Schizophrenia Depression Scale (CSDS), which were not suicidal ideations (0 points) and suicidal ideations (1, 2 or 3 points). All of the patients who participated in the study were included in the study, sociodemographic information form, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Calgary Schizophrenia Depression Scale (CDSS), Schedule for Assessing the Three Component of Insight (SAI), The Quality of Life Scala for Schizophrenia Patients (QLSS), The Internalized Stigma of Mental Illness Scala (ISMIS) and the The Suicide Thought Scale (STS).

**Results:** Patients with suicide attempts were more likely to be single, with lower quality of life and higher levels of internalized stigmatization. Patients with suicidal ideation had higher PANSS total scores, higher depressive symptom severity, lower quality of life and higher internalized stigmatization scores than those without suicidal ideation. There was no difference between the groups in terms of insight levels. There was a strong, positive correlation between STS and CSDS. There was a moderate, positive correlation between STS and PANSS, ISMI. It was determined that there was a moderate, negative correlation between STS and QLSS. After the regression analysis, depression was found to be a predictor of suicidal ideation.

**Conclusion:** Depression is a risk factor for suicide of schizophrenia. Factors that may cause depression to prevent suicide in schizophrenia need to be carefully assessed.

**Key Word:** Schizophrenia, suicide, depression, insight, quality of life, internalized stigma

## 1. GİRİŞ

Şizofreni düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü, genellikle genç yaşta başlayan, kişinin kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı ağır bir ruhsal hastalıktır. Şizofreninin tipik bir başlangıcı yoktur, kronik bir gidiş gösterir. Sanrılar, varsanılar, düşünce bozukluğu gibi pozitif belirtilerle başlayabileceği gibi sinsi olarak da gelişebilir. Bazı hastalarda pozitif belirtiler yıllarca sürebilirken, bazılarında negatif belirtilerin baskın olduğu rezidüel şizofreni gelişebilir. Hastaların bir kısmında ise tam olmasa da kısmi iyilik hali görülebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Şizofreninin gidişi konusunda yapılan çalışmalar, uzun ve yeterli izlemin yapılamaması, üzerinde anlaşmaya varılmış yaygın iyileşme tanımının olmayışı gibi sebeplerden dolayı farklı sonuçlar vermektedir (Erol 2007).

İntihar kişinin kendi eliyle yaşamına son vermesidir. Şizofreni hastalarında intihar oranı normal popülasyondan yaklaşık 8 kat daha fazladır (Barraclough ve Harris, 1997). Şizofrenide intihar için risk oluşturan birçok faktör tanımlanmıştır. (Ceylan ve Çetin, 2009). Çoğunlukla birçok faktör aynı anda kişide zorlanmalara yol açar ve intihar düşüncesine sebep olur. İntihara sebep olacak faktörlerin araştırılması intiharı önlemede büyük önem taşır.

Şizofrenide intihar ve intihar düşüncesinin, sosyodemografik ve klinik faktörlerle ilişkisini araştıran çalışmalar mevcuttur. Şizofrenide görülen depresif bozukluğun, intihar davranışını tetikleyici rol oynadığı ileri sürülmektedir (Schennach ve ark., 2011). İçgörü ile intihar arasındaki ilişkiyi saptamaya yönelik yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir (Harvey ve ark., 2008; Barret ve ark., 2015). Şizofrenide yaşam kalitesi son dönemlerde önem kazanmıştır. Yaşam kalitesi ve intihar riski arasında yapılmış kısıtlı sayıda çalışma vardır. İçselleştirilmiş damaganmanın ise şizofrenide intihar için risk faktörü olabileceğini bildiren az sayıda çalışma vardır (Yoo ve ark., 2015).

Bu çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran şizofreni hastalarındaki intihar girişimini ve intihar düşüncesini belirleyen çeşitli faktörlerin araştırılması amaçlandı.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Şizofreni

#### 2.1.1. Tanım ve tarihçe

Şizofreni düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü, genellikle genç yaşta başlayan, kişinin kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı ağır bir ruhsal hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Belirtileri ve gidişi hastadan hastaya ve süreç içinde değişkenlik gösterir, fakat hastalık her zaman ağırdır (Buchanan ve Carpenter, 2007).

İlk olarak Morel 1856'da yayımladığı, 14 yaşında bir erkek hastasındaki bilişsel yıkımı anlattığı kitabında 'demence precoce' terimini kullanmıştır. Ewald Hecker 1871'de 'hebephrenie' kelimesini kullanmıştır. Karl Kahlbaum ise 1874'te 'katatoni'yi tanımlamıştır. Emil Kraepelin 1896'da bu iki klinik tabloya paranoid ve basit tipleri de eklemiş ve bunları 'dementia praecox' başlığı adı altında toplamıştır. (Soygür ve Erkoç, 2007)

Eugen Bleuler 1911'de yayımladığı kitabında 'dementia praecox' yerine zihin yarılmaması anlamına gelen 'schizo-phrenia' kelimesinin kullanılmasını önermiştir. Bleuler ayrıca hastalığın mutlaka yıkımla sonlanması gerekmediğini belirtmiş ve şizofreninin dört temel belirtisi olduğunu ileri sürmüştür. Bunlar otizm, ambivalans, çağrışımlarda çözülme ve anormal duygulanımdır. Kurt Schneider 1930'larda şizofreni için tanısız değeri olduğunu ileri sürdüğü birinci sıra belirtileri tanımlamıştır. (Kültür ve ark., 2007)

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1952'de yayımlanan DSM-I'de şizofreni, şizofrenik reaksiyon olarak tanımlanmıştır. 1968'de yayımlanan DSM-II'de şizofrenik reaksiyon terimi kaldırılmış 'şizofreni' terimi kullanılmıştır. DSM-III'te şizofrenik bozukluk terimi kullanılmış olup pozitif belirtilerin yanında negatif belirtilere de yer verilmiştir. DSM-IIIR'de yeniden, şizofreni terimi kullanılmıştır. DSM-IV ve DSM-IV TR'de de şizofreni terimi kullanılmış olup, günümüzde DSM-5 tanı ölçütleri kullanılmaktadır.

#### 2.1.2. Gidiş ve Sonlanım

Şizofreni hastalığı olan kişiler hastalık öncesinde genellikle içe dönük, sessiz ve yalnız vakit geçirmek isteyen kişilerdir. Erişkinlikte şizofreni hastası olan çocukların sağlıklı kontrollere oranla bazı bilişsel yetilerinin (işlem belleği, dikkat, sorun çözme) daha yavaş geliştiği bildirilmiştir (Agnev-Blais ve Seidman, 2013).

Şizofreninin tipik bir başlangıcı yoktur, kronik bir gidiş gösterir. Sanrılar, varsanılar, düşünce bozukluğu gibi pozitif belirtilerle başlayabileceği gibi sinsi olarak da gelişebilir. Prodromal dönemde işlevsellikte, öz bakımda ve çevreye ilgide azalma görülür. Prodromal dönemin ardından pozitif belirtilerin baskın olduğu tablo ortaya çıkar. Hastalık, başlangıcından sonraki 5-10 yıl içinde pozitif belirtilerin görüldüğü alevlenme dönemleri ve negatif belirtilerin artarak devam ettiği remisyon dönemleri ile seyreder. Alevlenme dönemleri tedavi ile veya kendiliğinden yatıştır. Bazı hastalarda pozitif belirtiler yıllarca sürebilirken, bazılarında negatif belirtilerin baskın olduğu rezidüel şizofreni gelişebilir. Hastaların bir kısmında ise tam olmasa da kısmi iyilik hali görülebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). İyileşmenin % 10-60 arasında olduğu bildirilmektedir. Hastaların % 20-30'unun kısmen normal bir yaşam sürdürebildiği, % 45'inde ise belirgin yıkım olduğu düşünülmektedir. Şizofreninin gidişi konusunda yapılan çalışmalar, uzun ve yeterli izlemin yapılamaması, üzerinde anlaşmaya varılmış yaygın iyileşme tanımının olmayışı gibi sebeplerden dolayı farklı sonuçlar vermektedir. Genellikle 5-10 yıl sonrasında alevlenme görülmez ve işlevsellik pek değişmez. Bu yüzden ilk beş yıl içerisindeki hastalık biçimi genellikle hastalığın gidişinin nasıl olacağı hakkında bilgi verir (Erol, 2007).

## **2.2. Şizofreni ve İntihar**

İntihar bir kimsenin, ruhsal ve toplumsal nedenlerle, yaşamına kendi eliyle son vermesi, kendini öldürmesi olarak tanımlanmaktadır. Arapçada 'kurban' demek olan 'nahr' sözcüğünden köken almıştır. Latince'de 'sui' (kendi) ve 'cedere' (öldürmek) köklerinden türetilmiş olan 'suicide' sözcüğü ile ifade edilmektedir (Doruk ve Özşahin, 2007).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Akıl Sağlığı Enstitüsü intiharı; tamamlanmış intihar, intihar girişimi ve intihar düşüncesi olarak sınıflandırmıştır. Tamamlanmış intihar; eylemin ölümle sonuçlandığı davranış, intihar girişimi; kişinin kendisini öldürmek amacıyla yaptığı ancak hayatta kaldığı girişimler, intihar düşüncesi ise kişinin aklında kendisini öldürmekle ilgili düşünce veya plan olması olarak tanımlanmıştır (Eskin, 2003).

İntihar davranışı ağır ruhsal ve bedensel rahatsızlığı olanlarda görülebildiği gibi, hiçbir ruhsal hastalığı veya sorunu olmayan, zorlu yaşam koşullarına karşılık çaresizlik ve umutsuzluk tepkisi veren normal kişilerde de görülebilir. İntiharın tek bir özgül

nedeni olmamakla beraber birçok etken birlikte intihara sebep olmaktadır (Berber, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2012 yılında dünyada 804.000 kişinin intihar nedeniyle öldüğünü, intihar oranının ortalama 100.000'de 11.4 (erkeklerde 15, kadınlarda 8) olduğunu ve intiharın 15-29 yaş arası ölümlerin en sık ikinci sebebi olduğunu bildirmiştir (WHO, 2014). Ruhsal hastalığı olan kişilerde intihar riskinin ruhsal hastalığı olmayanlara kıyasla 3-12 kat yüksek olduğu bildirilmiştir (İpek, 2016). Holmstrand ve arkadaşları (2015) uzun vadede intihar riskini araştırdığı çalışmalarında hiçbir ruhsal hastalığı olmayanlarda intihar riskini % 0,3, bir ruhsal hastalığı olanlarda % 3,4, birden fazla ruhsal hastalığı olanlarda % 6,2 olarak bulmuşlardır. İntihar açısından en riskli grupları depresif bozukluk, şizofreni ve alkol kullanım bozukluğu olan kişiler olarak bildirmişlerdir. Ek tanı olmadan depresif bozuklukta intihar riskinin % 6, alkol kullanım bozukluğu olanlarda % 4.7 ve psikotik bozuklukta % 3.1 olduğunu, ek tanı olduğunda intihar riskinin arttığını belirtmişlerdir.

Şizofreni hastalarında intihar oranı normal popülasyondan yaklaşık 8 kat daha fazladır (Barraclough ve Harris, 1997). Şizofreni hastalarının yaşam boyu intihar riskinin % 5 olduğu (Palmer ve ark., 2005), hastaların % 40-50'sinde intihar düşüncesi olduğu, % 4-13'ünün ise intihar sonucu öldüğü saptanmıştır (Simms ve ark., 2007). Yıldız ve arkadaşları (2010) ülkemizde yaptığı çok merkezli çalışmalarında, 720 şizofreni hastasının % 52'sinde intihar girişimi ve düşüncesi olduğunu, % 28'inde de en az bir kez intihar girişimi bulunduğunu saptamışlardır. Psikiyatri servislerindeki intiharlarda en sık konulan tanının şizofreni olduğu bildirilmiştir (Moscicki, 1997).

Şizofrenide intihar için risk oluşturan birçok faktör tanımlanmıştır. Bu etkenlerin düzenli izlenmesi şizofreni tedavisinin bir parçasıdır (Ceylan ve Çetin, 2009).

### **2.2.1. Şizofrenide İntihar İçin Risk Faktörleri**

#### **Demografik Veriler**

Genel popülasyonda erkeklerde intihar oranı kadınlardan 3-4 kat fazladır (Carlborg ve ark, 2010). Şizofrenide intihar oranında cinsiyet farkı daha az dikkat çekicidir. Ancak yine de şizofreni hastası olan erkeklerde intihar oranı kadınlara oranla daha yüksektir (Hawton ve ark., 2005b; Lopez-Morinigo ve ark., 2016).

Hastalığın başlangıç yaşının intihar riskine olan etkisi kesin olmamakla birlikte, erken başlangıç yaşının intihar için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Gupta ve ark., 1998; Müller ve ark., 2005). Ancak geç başlangıç yaşının risk faktörü olduğunu bildiren

çalışmalar da mevcuttur (Kuo ve ark 2005; Reutfors ve ark., 2009).

Yüksek zeka düzeyi, eğitim seviyesinin yüksek olması (Hawton ve ark., 2005b; Pluck ve ark 2013), beyaz ırk, evlenmemiş olmak, yalnız yaşamak, yetersiz sosyal destek ve işsiz olmak (Pompili ve ark., 2007) intiharla ilişkili bulunmuştur. Sinirlilik ve dürtüsellik gibi kişilik özellikleri de intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur (Mann ve ark., 1999).

### **Klinik Veriler**

İntihar riski hastalığın ilk yıllarında çok yüksektir (Ösby ve ark., 2000; Esen Danacı, 2007; Dutta ve ark., 2010; Melle ve Barrett, 2012). Özellikle yatarak tedaviyi gerektirecek şiddetteki olgularda risk ilk altı ayda çok fazladır (Rossau ve Mortensen, 1997). Şizofreninin başlangıcındaki intiharların çoğunluğu psikotik belirtilerin yatıştığı dönemde görülmektedir. Bu dönem genellikle hastanede yatışın son günlerine ya da hemen taburculuk sonrasına denk gelmektedir. Ancak Shrivastava ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada başlangıçta % 83 hastanın intihar düşüncesi ve girişimi olduğunu, on yıl sonra ise hastaların % 100'ünün intihar düşüncesi ve girişimi olduğunu bildirmişlerdir. Şizofrenide intihar riskinin yaşam boyu devam ettiğinin unutulmaması gerekir (Kırpınar ve Aydın 2001).

Hastanede yatış sayısı arttıkça intihar riski artmaktadır (Rossau ve Montensen, 1997; Pompili ve ark., 2007). Bu da klinik pratikte yatıştan hemen sonra intihar riskinin değerlendirilmesi ve takip edilmesi gerekliliğini doğurur.

İntihar girişimi öyküsü olması şizofrenide intihar için risk faktörlerinin başında yer almaktadır (Popovic ve ark., 2014). Potkin ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada daha önceki intihar girişim sayısının intihar riski ile anlamlı ilişkili olduğunu saptamışlardır. İntiharı ölümlle sonuçlanan hastaların yaklaşık % 50'si daha önceden intihar girişiminde bulunmuş olanlardır (Esen-Danacı, 2007).

Ailede ruhsal hastalık olması veya intihar girişimi öyküsü olması şizofrenide intihar için risk faktörü olarak gösterilmektedir (Mauri ve ark., 2013; Sağlam-Aykut ve ark., 2016).

Madde kullanım bozukluğu şizofreni hastalarında normal popülasyona oranla 3 kat daha fazla görülür. Şizofreni hastalarının yaklaşık % 50'sinde hastalıkları süresince alkol ya da madde kullanımı görülür (Carlborg ve ark., 2010). Şizofreni ve eş zamanlı madde kullanımı tedaviye uyumsuzluk, kontrol kaybı, şiddet eğilimine yol açabilir (Miller ve ark., 2009). Alkol ve madde kullanımı, herhangi bir ruhsal hastalığı

olmayanlarda bile intihar girişimi için risk faktörüdür. Şizofreni hastalarında ise alkol madde kullanımı mevcutsa bu risk daha da artar (Pompili ve ark., 2004; Altamura ve ark., 2003; Hawton ve ark., 2005b).

### **Depresyon**

Erken dönemlerde, şizofrenide depresif belirtilerin sadece psikotik bulguların yatıştığı (postpsikotik) dönemde görüldüğü düşünülmüştür. Daha sonra ise depresif belirtilerin, farkedilmesi ile ilgili sorunlar olduğu için yalnızca postpsikotik döneme özgü olmadığı belirtilmiştir (Shanfield ve ark., 1970). Depresyonun şizofreninin her evresinde görülebileceği bildirilmiştir ( Birchwood ve ark., 2005)

Şizofreninin seyri sırasında depresif belirtilere sık rastlanmaktadır. Şizofrenide depresyon yaygınlık oranları % 7'den % 70'e kadar farklı değerlerde bulunmuştur. Bu farklılık depresif belirti ya da sendrom tanımlamalarının farklılığı nedeniyle olabilir (Siris 1991). Siris ve arkadaşları (2001) şizofrenide depresyon oranını, yeni tanı konulan şizofreni hastalarında % 33, akut alevlenme gösteren hastalarda % 38, kronik stabil hastalarda % 29 olarak bildirmişlerdir. Balcı ve arkadaşlarının (2016) ülkemizde yaptıkları çalışmada şizofrenide depresyon görülme oranını % 42,5 olarak saptamışlardır.

Şizofreni olan hastaların yarısından fazlasının yaşam boyu en az bir kez major depresyon epizodu geçirecekleri öngörülmüştür (Harkavy-Friedman ve ark., 2004). ABD'de yapılan Ulusal Komorbidite Çalışmasında şizofreni hastalarının yaşamlarının bir döneminde, % 81'inde duygudurum bozukluğu, % 59'unda yineleyici depresif bozukluk, yineleyici depresif bozukluğu olanların ise % 10'unda yaşam boyu intihar girişimi görüldüğü bildirilmiştir (Kessler ve Gonoye, 1994).

Depresif belirtileri olan şizofreni hastalarında hastalık seyrinin daha olumsuz, erken psikotik alevlenmenin daha sık, psikotik alevlenme ve hastaneye yatış sayısının daha fazla olduğu (Glazer ve ark., 1981; Evensen ve ark., 2012), yaşam kalitesinin daha düşük olduğu (Reine ve ark., 2003; Aki ve ark., 2008) gösterilmiştir. Bununla birlikte şizofreniye eşlik eden depresyonun intihar riskini ciddi oranda artırdığı birçok çalışmada gösterilmiştir (Siris, 2001; Palmer ve ark., 2005; Hawton ve ark., 2005b; Pompili ve ark., 2007; Sağlam-Aykut ve ark., 2016). Şizofrenide görülen depresif bozukluğun, intihar davranışını tetikleyici rol oynadığı ileri sürülmektedir (Schennach ve ark., 2011). İntihar girişiminde bulunan şizofreni hastalarının büyük bir kısmında geçmişte depresyon öyküsü olduğu gösterilmiştir (Roy, 1982; Harkavy-Friedman ve ark., 2004; Mauri ve ark., 2013). Evren ve arkadaşları da (2002) ülkemizde yaptıkları çalışmalarında depresyonun

intihar düşüncesi olan şizofreni hastalarında daha fazla görüldüğünü saptamışlardır.

Şizofrenide depresyon görülme oranı fazla olsa da her depresyon öyküsü olan şizofreni hastası intihar etmemektedir. Bu yüzden diğer faktörlerin de araştırılması ve uygun tedavi edilmesi önemlidir.

Beck, depresif hastaların yaşam olayları için herhangi bir çözüm yolu olmadığını düşündüklerinde, intiharı bir çözüm yolu olarak gördüklerini belirtmiştir. Beck'in bu formulasyonuna göre umutsuzluk, depresyon ve intihar arasında rol oynayan faktör olarak tanımlanmıştır. Beck ve arkadaşları (1985) çalışmalarında depresyonun ve umutsuzluğun intihar eğilimi ile ilişkili olduğunu ancak umutsuzluk kontrol edildiğinde depresyon ve intihar eğilimi arasındaki ilişkinin kaybolduğunu bildirmişlerdir. Dyer ve Kreitman da (1984) benzer şekilde depresyon ve intihar eğilimi arasındaki ilişkinin doğrudan umutsuzluk ile intihar eğilimi arasındaki ilişkiye bağlı olduğunu bildirmişlerdir.

Drake ve Cotton (1986) şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmalarında intihar edenlerin etmeyenlere oranla daha umutsuz olduğunu ancak depresyon açısından farklı olmadıklarını, depresyonla intihar arasındaki ilişkinin umutsuzluğa bağlı olduğunu göstermişlerdir. Nordentoft ve arkadaşları (2006) ise ilk epizod şizofreni hastaları ile yaptıkları bir yıllık izlem çalışmasında intihar düşüncelerinin umutsuzluk skorlarıyla, intihar davranışının ise umutsuzluk ve depresyon skorlarıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Sonuç olarak umutsuzluğun şizofrenide intihar davranışı açısından önemli bir risk faktörü olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Pompili ve ark., 2007; Melle ve Barret, 2012; Pluck ve ark., 2013).

### **Semptomlar**

Siris ve arkadaşları (2001) psikotik semptomların birkaç yolla intihar girişimine sebep olabileceğini bildirmişlerdir. Gerçekdışı düşüncelere bağlı olarak, psikotik davranışların beklenmeyen sonuçları olarak, psikotik sebeplerle kasıtlı olarak veya psikotik semptomların sıkıntıya ve depresyona yol açması sonucunda ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir. Heila ve arkadaşları (1997) intiharların dörtte üçünün hastalığın aktif evresinde meydana geldiğini, hastaların onda birinde intihar emri veren işitsel halüsinasyon olduğunu bildirmişlerdir. Kjelby ve arkadaşları da (2015) yakın zamanda yaptıkları çalışmalarında halüsinasyonların artmış intihar düşüncesiyle ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir.

Yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan şizofreni hastalarının büyük bir

kısımında düşünce sokulması, çağrışımlarda kopukluk ve fikir uçuşması saptanmıştır (Kelly ve ark., 2004).

Fenton ve arkadaşları (1997) negatif belirtisi olmayan hastaların, negatif belirtisi olan hastalara kıyasla intihar oranının altı kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca paranoid tip şizofrenisi olanların da olmayanlara oranla intihar riskinin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Özcüler (2004) de intihar düşüncesi olan hastalarda daha fazla negatif belirti olduğunu bildirmiştir.

Akatizi ve parkinsonizm semptomlarının şizofrenide artmış intihar riski ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (Potkin ve ark 2003; Pompili ve ark 2007).

### **İçgörü**

İçgörü genel olarak kişinin sorunlarının farkında olma kapasitesi olarak tanımlanabilir. Jaspers içgörüyü tanımlayan ilk araştırmacılardandır. Jaspers içgörüyü bir bütün olarak hastalığının farkında olma, hastalığının belirtilerinin farkında olma olarak tanımlamıştır. Jaspers, hastaların içgörüsünün ya olduğunu ya da olmadığını öne sürmüştür. İçgörünün olmamasını ise psikoz için olmazsa olmaz olarak kabul etmiştir. David ise içgörünün var ya da yok şeklinde değerlendirilemeyeceğini, içgörünün üç alt boyuttan oluştuğunu öne sürmüştür. İçgörünün üç alt boyutunu; hastalığın farkında olma, tedavi gereksiniminin farkında olma ve psikotik yaşantıları anormal olarak değerlendirebilme olarak tanımlamıştır (David, 1990). İçgörü kısmi olabilir; örneğin hasta hezeyan ve halüsinasyonlarının bir hastalık belirtisi olduğunun farkında olabilir ancak bunların tedaviyle geçeceğine inanmayabilir.

Şizofreni hastalarının % 50-80'inin içgörüsünün olmadığı bildirilmiştir (Lincoln ve ark., 2007). Şizofreni hastalarında içgörünün kısmi olmasının ya da hiç olmamasının tedaviye uyumu bozduğu (Lysaker ve ark., 1994; Lincoln ve ark., 2007; Beck ve ark., 2011) ve hastalığın gidişinin daha kötü seyretmesine (Drake ve ark 2007; Saravanan ve ark 2010) sebep olduğu gösterilmiştir. Şizofrenide yüksek içgörü seviyesinin ise umutsuzluk (Lysaker ve ark 2007; Misdrahi ve ark 2014), demoralizasyon (Cavelti ve ark 2012), benlik saygısında azalma (Staring ve ark., 2009) ve depresyon (Murri ve ark., 2015) ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Şizofrenide içgörü ve intihar arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalar içgörü seviyesinin artmasının intihar için risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir (Bourgeois ve ark., 2004; Crumlish ve ark., 2005; Harvey ve ark., 2008). İçgörü birçok alanı içeren geniş bir

yelpazeyi tanımlar. İçgörünün bütün bileşenleri değil hastalığın kötü sonuçlarının farkında olma, yani hastalık içgörüsünün bu riski arttırdığı öne sürülmektedir. Hastalık içgörüsü umutsuzluk, demoralizasyon, depresyon ve intihara neden olabilmektedir (Chan-Hyung ve ark., 2003). Barret ve arkadaşları (2015) ise ilk epizod psikoz hastaları ile yaptıkları bir yıllık izlem çalışması sonunda içgörünün arttığını ve içgörünün artmasının intihar riskini azalttığını bildirmişlerdir.

### **İçselleştirilmiş Damgalanma**

Damgalama, bir kişinin diğer insanlardan ayıracak şekilde gözden düşürülmesi, aşağı görülmesi, genel anlamda kötülenmesidir (Corrigan ve ark., 2001). Damgalamanın en fazla etkilediği gruplardan birisi de ruhsal bozukluğu olan hastalardır. Ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanması, tedaviye uyum göstermelerinde ve sosyal ilişkilerinde sorunlara yol açmaktadır (Link ve ark., 1997).

Ruhsal hastalığı olan kişiler dış çevrenin olumsuz tutum ve dışlayıcı yaklaşımlarıyla kendilerini damgalanmış hissedebilirler. Bu durum damgalanma algısı olarak adlandırılır (Taşkın, 2007). Kişiyne ruhsal hastalık tanısı konduktan sonra, kişinin toplumun ruhsal hastalığı olanları nasıl gördüğü ile ilgili fikirleri aktifleşir. İçselleştirilmiş damgalanma, kişinin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla toplumdan uzaklaşmasıdır (Corrigan, 1998). Damgalanma algısı kişinin damgalandığını hissetmesi iken, içselleştirilmiş damgalanma kişinin kendisini damgalamasıdır. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyleri yüksek olan hastalarda psikiyatrik semptom şiddetlerinin daha yoğun olduğu, tedaviye uyumun daha az olduğu ve benlik saygısının daha düşük olduğu bulunmuştur (Livingston ve Boyd, 2010).

Şizofreni hastalarında yüksek içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin umutsuzluk ve benlik saygısında azalmaya yol açarak depresif semptomları artırdığı ve sosyal kaçınmaya sebep olduğu bildirilmiştir (Yanos ve ark., 2008). Lysaker ve arkadaşları (2009) şizofrenide yüksek içgörü seviyesinin yol açtığı umutsuzluk ve benlik saygısında azalmayı, içgörü ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arasındaki ilişki sonucu ortaya çıktığını öne sürmüşlerdir. Staring ve arkadaşları (2009) ise şizofreni hastalarında içgörü ve depresyon arasındaki ilişkinin, içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Murri ve arkadaşları da (2015) yaptıkları çalışmalarında yüksek içgörü seviyesinin depresyona yol açmasının birçok etkene bağlı olduğunu, bu etkenlerden bir tanesinin de içselleştirilmiş damgalanma seviyesinin yüksek

olması olduğunu bildirmişlerdir.

### **Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi, kişinin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan faydalanması olarak tanımlanmaktadır. Bireyin “kendini iyi hissetmesi”, “yaşamdan doyum sağlaması” gibi ifadeler yaşam kalitesinin öznel boyutunu oluşturur. “Bağımsız yaşayabilme”, “ kişiler arası iyi ilişkiler”, “üretken olma” gibi özellikler ise yaşam kalitesinin nesnel boyutunu oluşturur. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bir tıbbi durum veya tedaviden etkilenen bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal olarak iyi olma durumudur. Bireyin günlük olağan yaşamını ve işlevlerini yerine getirmesini esas alır (Soygür ve ark., 2007).

Şizofrenide yaşam kalitesi çalışması 1960’lı yıllarda “kurumlarda tedavi” anlayışından “toplum içinde tedavi” anlayışına geçişle başlamıştır. Ancak şizofreninin tedavi ve rehabilitasyonunda uygulanacak olan psikososyal programların çok ciddi çabalar gerektirmesi, hekimler arasında önyargıların varlığı çalışmaları sekteye uğratmıştır (Meltzer ve Bond, 1994). 1990’lı yıllarda atipik antipsikotiklerin kullanıma girmesi ile yaşam kalitesi yeniden önem kazanmıştır. Şizofrenide yaşam kalitesi, rehabilitasyon programlarında ve ilaç tedavisi başarısının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.

Şizofreni hastalarında sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, iş) ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (Browne ve ark., 1996). Hastalık belirtilerinin şiddeti, negatif semptomların varlığı, yüksek anksiyete ve depresyon seviyeleri yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Huppert ve ark., 2001). Renwick ve arkadaşları (2012) da ilk epizod psikoz hastalarını izledikleri çalışmalarında yaşam kalitesinin depresif semptomlarla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Şizofrenide daha düşük depresyon seviyesinin ve daha yüksek yaşam kalitesinin erken iyileşmenin belirleyicisi olabileceği gösterilmiştir (Naber ve ark., 2013).

### 3. AMAÇ VE HİPOTEZLER

#### **Amaç**

Bu çalışmanın amacı şizofreni hastalarında intihar girişiminin içgörü, depresyon, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi düzeyleri ile olası ilişkisini araştırmaktır.

#### **Hipotezler**

İntihar girişiminde bulunan şizofreni hastalarının intihar girişiminde bulunmayan şizofreni hastalarına göre ve intihar düşüncesi olan şizofreni hastalarının intihar düşüncesi olmayan şizofreni hastalarına göre;

1. İçgörü düzeyleri daha yüksektir.
2. Depresif belirti şiddeti daha ağırdır.
3. İçselleştirilmiş damgalanma skorları daha yüksektir.
4. Yaşam kalitesi skorları daha düşüktür.

## 4. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmanın örneklemini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne 01.07.2016-01.01.2017 tarihleri arasında başvuran, çalışma kriterlerini karşılayan, intihar girişiminde bulunmuş 36 şizofreni hastası ile intihar girişiminde bulunmamış 52 şizofreni hastası olmak üzere toplam 88 hastadan oluşmaktadır. Araştırma projesi Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

### 4.1. Uygulama ve Yöntem

#### 4.1.1. Hasta Grubu Seçimi

Çalışma dönemi boyunca Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne muayene için başvuran bütün hastalar dahil edilme ve dışlanma kriterleri açısından değerlendirilmiştir.

#### Hasta Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 18-65 yaşları arasında olması
2. DSM V ölçütlerine göre Şizofreni tanısı almış olması,
3. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmesi,
4. Çalışmada uygulanacak ölçekler, yapılacak değerlendirme ve klinik görüşmelere katılım konusunda istekli ve yeterli olması,
5. Okuma yazma biliyor olması

#### Hasta Grubunun Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. Ağır kronik komorbid hastalığı olanlar (kanser gibi) ve doğru bilgi veremeyecek durumda olanlar (deliryum, demans, mental retardasyon)

#### Prosedür

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne muayene için gelen hastalar çalışmaya alınma ve dışlanma kriterleri açısından değerlendirilmiştir.
2. Uygun hastalar araştırma hakkında bilgilendirilmiş, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden onam alınmıştır.

3. Hastanın sosyodemografik bilgileri sosyodemografik veri formuna kaydedilmiştir.
4. Hastalarla klinik görüşme yapılarak görüşmeci tarafından PANSS, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği, Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği doldurulmuştur.
5. Hastalara kendilerinin doldurduğu Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve İntihar Düşüncesi Ölçeği verilmiştir.

## **4.2. Veri Toplama Araçları**

### **4.2.2. Sosyodemografik Veri Formu**

Hastanın sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin bilgilerinin kaydedilmesi amacıyla form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Ek 1).

### **4.2.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)**

Şizofreni ya da diğer psikotik bozukluğu olan kişilerde pozitif belirtileri, negatif belirtileri ve genel psikopatolojiyi değerlendirmek üzere Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş olan ölçektir. Ölçek 30 parametreden oluşmaktadır. 30 parametreden 7 tanesi pozitif sendrom alt ölçeğine, 7 tanesi negatif sendrom alt ölçeğine ve geri kalan 16 tanesi genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Her bir maddeye 1-7 arası puan verilir. Pozitif ve negatif sendrom alt ölçekleri için puan aralığı 7-49, genel psikopatoloji alt ölçeği için 16-112'dir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Anıl Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (Ek 2).

### **4.2.4. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ)**

Şizofreni hastalarını depresyon yönünden değerlendirmek ve hastaların depresif belirtilerinin şiddetini ölçmek için Addington ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir. Görüşmeci tarafından değerlendirilen bir ölçektir. Dörtlü Likert tipte değerlendirilen 9 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0-3 puan arasında değerlendirilmektedir ve toplam puan bu maddelerin toplanmasıyla elde edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Aydemir ve arkadaşları tarafından (2000) yapılmıştır. Ölçeğin kesme puanı 11'dir (Ek 3).

#### **4.2.5. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)**

David (1990), içgörünün var ya da yok şeklinde değerlendirilemeyeceğini öne sürerek, tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanımadan oluşan üç bileşenden yola çıkarak İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği'ni (İÜBDÖ) geliştirmiştir. Klinisyen tarafından uygulanan, 8 sorudan oluşan, yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İlk 7 sorunun en yüksek puanı 14 olup, sekizinci sorunun sorulması klinisyene bırakılmıştır. Sekizinci soruyla birlikte en yüksek puan 18'dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aslan ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır (Ek 4).

#### **4.2.6. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (SHİYNÖ)**

Şizofreni hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek üzere Heinrichs ve arkadaşları (1984) tarafından geliştirilen ve yarı yapılandırılmış bir görüşmeyle görüşmeci tarafından değerlendirilen bir ölçektir. Kişiler arası ilişkiler, mesleki rol, ruhsal bulgular, günlük eşya kullanımı ve etkinlikler şeklinde 4 alt boyut ve toplam 21 sorudan oluşmaktadır. Yüksek puanlar iyi işlevselliği göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Soygür ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır (Ek 5).

#### **4.2.7. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)**

Ritsher ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen, 29 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç olarak adlandırılan beş alt ölçek çerçevesinde kişilerin öznel damgalama yaşantılarını değerlendiren dördümlü Likert tipi ölçektir. Damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğinin maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Toplam puan beş alt ölçeğin puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Yüksek puanlar kişinin damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Ersoy ve arkadaşları (2007) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Ek 6).

#### **4.2.8. İntihar Düşüncesi Ölçeği**

Levine ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir. 17 maddeden oluşmaktadır. Evet-hayır şeklinde yanıtlanan öz-bildirim ölçeğidir. Puan aralığı 0-17'dir. Yüksek puan intihar düşüncelerinin yoğunluğunu gösterir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği Dilbaz ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır (Ek 7).

### 4.3. İstatistiksel Değerlendirme

Katılımcılardan elde edilen verinin analizi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) istatistik paket programı (Sürüm 22.0; SPSS, Inc., Chicago, IL, ABD) kullanılarak yapılmıştır. Ölçümle elde edilen veri ortalama  $\pm$  standart sapma olarak, gruplandırılmış veri ise sayı (yüzde) olarak ifade edilmiştir. Ölçümle elde edilen verinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Smirnov testi ile sınıanmıştır. Normal dağılım göstermeyen sürekli veriye logaritmik dönüşüm uygulanmıştır. İkili gruplarda ölçümle elde edilen verinin karşılaştırılmasında Student t testi, gruplandırılmış verinin karşılaştırılmasında ise Ki Kare testi kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen iki verinin birbirleri ile bağıntısının değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi testi kullanılmıştır. Demografik veriler ve ölçek değerlerinin şizofreni hastalarında intihar girişimi üzerine etkisi lojistik regresyon analizi (Enter yöntemi) ile, intihar düşüncesi üzerine etkisi ise İDÖ'ye göre multipl regresyon analizi ile belirlenmiştir. İntihar düşüncesi varlığı Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği 8. madde ile değerlendirilmiştir. Ayrıca hastaların intihar düşüncesi düzeyleri İntihar Düşüncesi Ölçeği ile değerlendirilmiştir. İstatistik anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

## 5. BULGULAR

Çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikiyatri Polikliniği tarafından takip edilen DSM 5'e göre Şizofreni tanısı konmuş 88 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 51'i (%58) erkekti, 37'si (% 42) kadındı, 55'i bekar (% 63), 37'si (% 42) üniversite mezunuydu, 24'ü (% 27) çalışıyordu ve 57'si (% 65) anne babasıyla yaşıyordu. Hastaların sosyodemografik bulguları Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1:** Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik verileri

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	37	42
Erkek	51	58
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	55	63
Evli	22	25
Boşanmış	11	12
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlkokul	16	18
Ortaokul	9	10
Lise	26	30
Üniversite	37	42
<b>Yaşam Şekli</b>		
Yalnız	1	1
Anne-baba	57	65
Eş ve çocuklar	23	26
Diğer yakını	7	8
<b>Çalışma Durumu</b>		
Öğrenci	9	10
Çalışıyor	24	27
İşsiz	30	34
Ev hanımı	9	10
Emekli	16	19

Hastaların ortalama yaşları  $35,07 \pm 9,55$  yıl ve hastalığın başlangıç yaşı ortalama  $23,66 \pm 5,72$  yıldır. Eğitim süreleri ise ortalama  $11,17 \pm 3,91$  yıldır (Tablo 2).

**Tablo 2:** Hastaların yaş, hastalık başlangıç yaşı ve eğitim süresi ortalaması ve standart sapmaları

	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma (SS)</b>
Yaş(yıl)	35.07	9.55
Hastalık başlangıç yaşı	23.66	5.72
Hastalık süresi(yıl)	11.53	7.83
Eğitim süresi(yıl)	11.17	3.91

Hastaların 36'sında (% 41) en az bir kez intihar girişimi olmuştu ve 20'si (% 56) ilaçla, 16'sı (% 44) ilaç dışı yöntemlerle intihar girişiminde bulunmuştur. Hastaların şu anki intihar düşüncesi Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği 8. madde ile değerlendirilmiştir. Buna göre bu maddeden 0 puan alan 67 (% 76) hasta intihar düşüncesi olmayan, 1-2-3 puan alan 21 hasta (% 24) intihar düşüncesi olan grup şeklinde değerlendirilmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3:** Hastaların intihar düşüncesi, intihar girişimi öyküsü, intihar sayısı ve intihar şekline göre dağılımı

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>İntihar düşüncesi</b>		
Var	21	24
Yok	67	76
<b>İntihar girişimi</b>		
Var	36	41
Yok	52	59
<b>İntihar girişimi sayısı</b>		
1 kez	28	78
>1 kez	8	22
<b>İntihar Şekli</b>		
İlaç	20	56
İlaç dışı	16	44

İntihar girişimi olan ve olmayan gruplar sosyodemografik açıdan karşılaştırıldığında cinsiyet, yaş, yaşadığı yer, ekonomik durum ve çalışma durumu açısından gruplar açısından bir fark saptanmamıştır. İntihar girişimi olmayan bir hasta yalnız yaşıyordu. İntihar girişimi olmayan grup ile intihar girişimi olan grup medeni durum açısından çok gözlü düzende ki kare testi ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=6,31$ ,  $p=0,042$ ). Farkın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan dört gözlü ki kare analizinde evli olmanın intihar girişiminde bulunmayanlarda daha fazla olduğu ve durumun farka neden olduğu

saptanmıştır. İntihar girişimi olan ve olmayan grup yaşam şekli açısından çok gözlü düzende ki kare testi ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=9,63$ ,  $p=0,022$ ). Farkın nereden kaynaklandığını saptamak için yapılan dört gözlü ki kare analizinde, eş ve çocuklar ile yaşamının intihar girişiminde bulunmayanlarda daha fazla olduğu ve durumun farka neden olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 4:** İntihar girişimi olan ve olmayan şizofreni hastalarının demografik özelliklerinin karşılaştırılması

	İntihar Girişimi Olan		İntihar girişimi Olmayan		t / Kikare	p
	n	%	n	%		
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek	20	%55,6	31	%59,6	0,14	0,704
Kadın	16	%44,4	21	%40,4		
<b>Yaşadığı yer</b>						
İl merkezi	25	%69,4	28	%53,8	2,33	0,311
İlçe	9	%25,0	18	%34,6		
Köy	2	%5,6	6	%11,5		
<b>Yaşam şekli</b>						
Anne-baba ile yaşıyor	27	%75,0	30	%57,7	<b>9,63</b>	<b>0,022</b>
Eş-çocuklar ile yaşıyor	4	%11,1	19	%36,5		
Yakını ile yaşıyor	5	%13,9	2	%3,8		
<b>Medeni durum</b>						
Evli	4	%11,6	18	%34,6	<b>6,31</b>	<b>0,042</b>
Bekar	27	%75,1	28	%53,8		
Boşanmış	5	%13,9	6	%11,6		
<b>Çalışma durumu</b>						
Öğrenci	4	%11,1	5	%9,6	7,25	0,123
Çalışıyor	5	%13,9	19	%36,5		
İşsiz	13	%36,1	17	%32,7		
Ev hanımı	4	%11,1	5	%9,6		
Emekli-Malulen emekli	10	%27,8	6	%11,5		
<b>Ekonomik durum</b>						
Zayıf	12	%33,3	22	%42,3	0,91	0,634
Orta	21	%58,3	25	%48,1		
İyi	3	%8,3	5	%9,6		
<b>Yaş (yıl)</b> (ortalama±SS)	35,36 ± 9,64		34,86 ± 9,59		2,23	0,813
<b>Eğitim durumu (yıl)</b> (ortalama±SS)	11,05 ± 4,01		11,25 ± 3,88		0,22	0,820

İntihar girişimi olan hastalar ve intihar girişimi olmayan hastalar arasında hastalığın başlama yaşı, hastaneye yatış öyküsü, hastalık süresi, ailede ruhsal hastalık

öyküsü, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak hastaneye yatış sayısı, intihar girişimi bulunan hastalarda  $4,33\pm 3,58$  iken, intihar girişimi olmayan grupta  $2,81\pm 2,41$  olarak saptanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,041$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5:** İntihar girişimi olan ve intihar girişimi olmayan hastaların hastaneye yatış, hastalık başlama yaşı, hastaneye yatış sayısı, hastalık süresi, aile öyküsü ve alkol-madde kullanımı açısından karşılaştırılması

	İntihar Girişimi Olan		İntihar Girişimi Olmayan		t /Kikare	p
	n	%	n	%		
<b>Hastaneye yatış</b>						
Var	33	%91,7	43	%82,7	1,45	0,228
Yok	3	%8,3	9	%17,3		
<b>Aile öyküsü</b>						
Var	17	%47,2	24	%47,1	0,00	0,988
Yok	19	%52,8	27	%52,9		
<b>Sigara kullanımı öyküsü</b>						
Var	18	%50,0	26	%50,0	0,00	1,000
Yok	18	%50,0	26	%50,0		
<b>Alkol kullanımı öyküsü</b>						
Var	3	%8,3	7	%13,5	0,55	0,456
Yok	33	%91,7	45	%86,5		
<b>Madde kullanımı öyküsü</b>						
Var	2	%5,6	1	%1,9	0,85	0,356
Yok	34	%94,4	51	%98,1		
<b>Hastalık başlama yaşı (yıl)</b> (ortalama±SS)	23,18 ± 5,79		24,05 ± 5,86		0,78	0,436
<b>Hastaneye yatış sayısı(kez)</b> (ortalama±SS)	4,33 ± 3,58		2,81 ± 2,41		<b>2,09</b>	<b>0,041</b>
<b>Hastalık süresi</b> (ortalama±SS)	12,28±7,68		11,02±7,97		0,74	0,462

İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların klinik ölçek puanları karşılaştırıldığında her iki grup arasında PANSS pozitif, PANSS negatif, PANSS genel, PANSS toplam, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği ve İntihar Düşüncesi Ölçeği açısından anlamlı farklılık saptanamamıştır ( $p>0,05$ ). İntihar girişimi olan grubun intihar girişimi olmayan gruba kıyasla Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği ölçeği toplam puanı ve kişilerarası ilişki, mesleki rol alt ölçekleri puanları anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

İntihar girişimi olan grubun, intihar girişimi olmayan gruba kıyasla Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği toplam puanı ve yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme alt ölçek puanları anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6:** İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların klinik ölçek değerlendirmelerinin karşılaştırılması

	İntihar Girişimi Olan	İntihar Girişimi Olmayan	t	p
	Ort±SS	Ort±SS		
<b>PANSS</b>				
Pozitif	8,80±3,21	8,55±2,39	0,41	0,680
Negatif	12,16±3,98	11,17±3,65	1,21	0,230
Genel	21,30±5,58	20,15±5,72	0,93	0,351
Toplam	42,27±10,70	40,80±9,91	0,66	0,510
<b>Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği</b>	4,27±3,85	3,08±3,14	1,54	0,112
<b>Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği</b>				
Kişilerarası ilişki	20,11±5,90	23,63±6,91	<b>2,49</b>	<b>0,015</b>
Mesleki rol	10,94±4,02	12,76±3,89	<b>2,13</b>	<b>0,036</b>
Ruhsal bulgular	22,11±5,84	24,34±6,48	1,65	0,102
Kişisel eşya / Faaliyet	8,00±1,77	8,50±1,59	1,38	0,170
Toplam	61,16±14,55	69,63±15,72	<b>2,56</b>	<b>0,012</b>
<b>İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği</b>				
İçgörü 0	3,11±0,85	3,25±0,81	0,77	0,443
İçgörü 1	2,75±1,64	3,01±1,79	0,71	0,477
İçgörü 2	1,33±1,01	1,59±0,97	1,22	0,225
Toplam	7,19±2,71	7,92±2,55	1,28	0,203
<b>Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği</b>				
Yabancılaşma	14,22±3,53	11,46±3,62	<b>3,54</b>	<b>0,001</b>
Algılanan ayrımcılık	12,00±3,68	9,84±3,14	<b>2,94</b>	<b>0,004</b>
Kalıp yargıların onaylanması	14,94±3,59	13,17±3,54	<b>2,29</b>	<b>0,024</b>
Sosyal geri çekilme	13,91±3,41	12,17±3,54	<b>2,30</b>	<b>0,024</b>
Damgalanmaya direnç	11,50±2,38	10,59±2,18	1,84	0,069
Toplam	66,91±13,72	57,36±12,77	<b>3,34</b>	<b>0,001</b>
<b>İntihar Düşüncesi Ölçeği</b>	4,27±3,44	3,11±2,62	1,79	0,076

Yapılan lojistik regresyon analizi sonrası medeni durum (boşanmış olanlar bekarlar arasına dahil edilmiştir) ve RHİDÖ, intihar girişimi belirleyicileri olarak bulunmuştur (Tablo 7).

**Tablo 7:** İntihar girişimine göre lojistik regresyon analizi

<b>Bağımsız değişkenler</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>%95 Güven Aralığı</b>	
Medeni Durum <sup>a</sup>	<b>1,669</b>	<b>0,018</b>	<b>5,305</b>	<b>1,333</b>	<b>21,115</b>
RHİDÖ	<b>0,063</b>	<b>0,002</b>	<b>1,065</b>	<b>1,016</b>	<b>1,116</b>
SHİYNÖ	0,003	0,879	1,003	0,965	1,042

**-2 Log likelihood: 100,916 (p=0,000)**

**a:** evli-0, bekar-1

Çalışmaya katılan hastalar Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği 8. maddeye göre intihar düşüncesi olan (1,2 veya 3 puan alan) ve olmayan (0 puan alan) hastalar olarak ayrılmıştır. Hastaların 21'inde (% 24) intihar düşüncesi saptanmıştır. İntihar düşüncesi olan hastalar, intihar düşüncesi olmayan hastalarla kıyaslandığında sosyodemografik açıdan iki grup arasında herhangi bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 8).

**Tablo 8:** İntihar düşüncesi olan ve olmayan hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılması

	İntihar Düşüncesi				t / Kikare	p
	Var		Yok			
	n	%	n	%		
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek	13	%61,9	38	%56,7	0,17	0,674
Kadın	8	%38,1	29	%43,3		
<b>Yaşadığı yer</b>						
İl merkezi	13	%61,9	40	%59,7	3,01	0,222
İlçe	8	%38,1	19	%28,4		
Köy	-	-	8	%11,9		
<b>Yaşam şekli</b>						
Anne-baba ile yaşıyor	16	%76,2	41	%61,2	1,75	0,625
Eş-çocuklar ile yaşıyor	4	%19,0	19	%28,4		
Yakını ile yaşıyor	1	%4,8	6	%9,0		
<b>Medeni durum</b>						
Evli	14	%66,7	41	%61,2	0,53	0,764
Bekar	4	%19,0	18	%26,9		
Boşanmış	3	%14,3	8	%11,9		
<b>Çalışma durumu</b>						
Öğrenci	2	%9,5	7	%10,4	2,46	0,650
Çalışıyor	5	%23,8	19	%28,4		
İşsiz	7	%33,3	23	%34,3		
Ev hanımı	4	%19,0	5	%7,5		
Emekli -Malulen emekli	3	%14,3	3	%4,5		
<b>Ekonomik durum</b>						
Zayıf	10	%47,6	22	%35,8	1,04	0,592
Orta	9	%42,9	25	%55,2		
İyi	2	%9,5	5	%9,0		
<b>Yaş (yıl)</b> (ortalama±SS)	33,19 ± 6,23		35,65 ± 10,15		1,33	0,188
<b>Eğitim durumu (yıl)</b> (ortalama±SS)	12,47 ± 4,06		10,76 ± 3,79		1,77	0,080

İntihar düşüncesi olan hastalar ve intihar düşüncesi olmayan hastalar arasında hastalığın başlama yaşı, hastaneye yatış öyküsü, hastaneye yatış sayısı, ailede ruhsal hastalık öyküsü, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9:** İntihar düşüncesi olan ve olmayan hastaların hastaneye yatış, hastalık başlama yaşı, hastaneye yatış sayısı, hastalık süresi, aile öyküsü ve alkol-madde kullanımı açısından karşılaştırılması

	<b>İntihar Düşüncesi</b>				<b>t / Kikare</b>	<b>p</b>
	<b>Var</b>		<b>Yok</b>			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>Hastaneye yatış</b>						
Var	20	%95,2	56	%83,6	1,84	0,174
Yok	1	%4,8	11	%16,4		
<b>Aile öyküsü</b>						
Var	13	%61,9	28	%42,4	2,42	0,119
Yok	8	%38,1	38	%57,6		
<b>Sigara kullanımı öyküsü</b>						
Var	12	%57,1	32	%47,8	0,56	0,453
Yok	9	%42,9	35	%52,2		
<b>Alkol kullanımı öyküsü</b>						
Var	3	%14,3	7	%10,4	0,23	0,629
Yok	18	%85,7	60	%89,6		
<b>Madde kullanımı öyküsü</b>						
Var	1	%4,8	2	%3,0	0,15	0,695
Yok	20	%95,2	65	%97,0		
<b>Hastalık başlama yaşı (yıl)</b> (ortalama±SS)	23,42 ± 5,63		23,73 ± 5,91		0,21	0,834
<b>Hastalık Süresi</b> (ortalama±SS)	10,24±5,6		11,94±8,41		1,06	0,292
<b>Yatış sayısı (kez)</b> (ortalama±SS)	4,15 ± 3,32		3,23 ± 2,94		1,15	0,251

İntihar düşüncesi olan grup ile olmayan grubun klinik ölçek puanları kıyaslandığında PANSS pozitif, PANSS negatif, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği puanları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). İntihar düşüncesi olan grubun, olmayan gruba kıyasla PANSS genel, PANNS toplam, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, İntihar Düşüncesi Ölçeği, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği toplam puanı ve yabancılaşma, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç alt ölçek puanları anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ayrıca intihar düşüncesi olan grubun olmayan gruba kıyasla Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği toplam puanı ve mesleki rol alt ölçek puanı anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10:** İntihar düşüncesi olan ve olmayan hastaların klinik ölçek değerlendirmelerinin karşılaştırılması

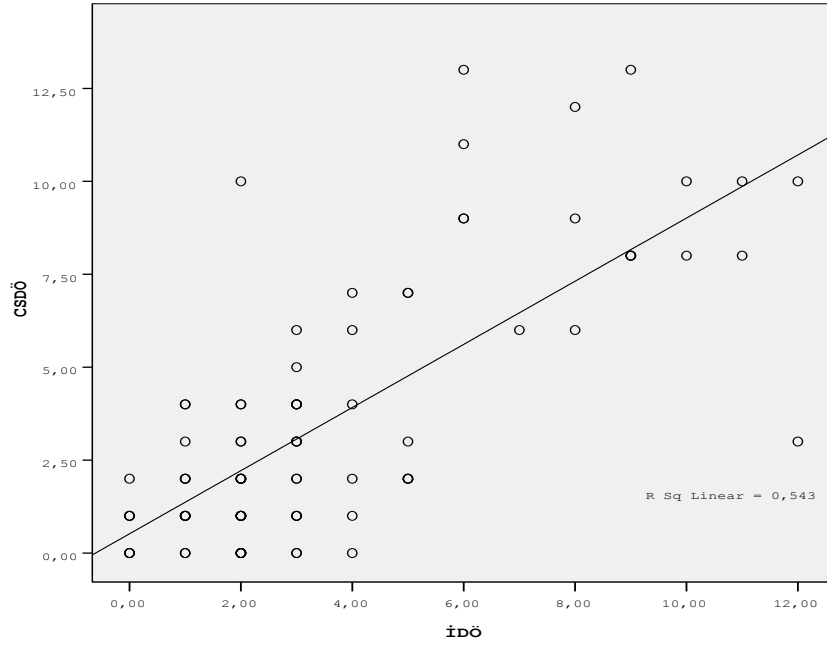
	İntihar Düşüncesi		t	p
	Var	Yok		
	Ort±SS	Ort±SS		
<b>PANSS</b>				
Pozitif	9,57±3,04	8,37±2,60	1,76	0,081
Negatif	12,61±3,20	11,25±3,93	1,44	0,152
Genel	23,66±4,63	19,67±5,65	<b>2,94</b>	<b>0,004</b>
Toplam	45,85±8,31	40,01±10,40	<b>2,34</b>	<b>0,021</b>
<b>Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CSDÖ)</b>				
<b>CSDÖ (8. madde hariç)</b>	7.62±2.39	1.95±1.74	<b>11.81</b>	<b>0.000</b>
<b>Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği</b>				
Kişilerarası ilişki	19,95±5,92	22,89±6,83	1,77	0,080
Mesleki rol	10,09±3,44	12,62±4,03	<b>2,59</b>	<b>0,011</b>
Ruhsal bulgular	21,66±4,58	23,98±6,67	1,48	0,142
Kişisel eşya / Faaliyet	8,23±1,67	8,31±1,69	0,17	0,859
Toplam	59,47±12,60	68,26±16,11	<b>2,28</b>	<b>0,025</b>
<b>İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği</b>				
İçgörü 1	3,14±0,65	3,20±0,88	0,77	0,443
İçgörü 2	3,47±1,43	2,73±1,78	0,71	0,477
İçgörü 3	1,71±0,95	1,41±1,00	1,22	0,225
Toplam	8,33±2,03	7,40±2,76	1,28	0,203
<b>Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği</b>				
Yabancılaşma	15,33±3,45	11,73±3,53	<b>4,09</b>	<b>0,000</b>
Algılanan ayrımcılık	12,04±3,13	10,31±3,55	<b>2,00</b>	<b>0,048</b>
Kalıp yargıların onaylanması	15,14±3,69	13,50±3,57	1,81	0,073
Sosyal geri çekilme	14,80±2,83	12,28±3,59	<b>2,94</b>	<b>0,004</b>
Damgalanmaya direnç	12,42±2,29	10,50±2,11	<b>3,56</b>	<b>0,001</b>
Toplam	70,33±13,26	58,43±12,95	<b>3,65</b>	<b>0,000</b>
<b>İntihar Düşüncesi Ölçeği</b>	7,38±2,80	2,40±1,91	<b>9,24</b>	<b>0,000</b>

Tablo 11’de İntihar Düşüncesi Ölçeğinin diğer ölçekler ile korelasyonuna bakılmıştır. İntihar Düşüncesi Ölçeği ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği arasında pozitif yönde güçlü korelasyon olduğu, İDÖ ile PANSS ve RHİDÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon olduğu saptanmıştır. İDÖ ile SHİYNÖ arasında ise negatif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır.

**Tablo 11:** İntihar düşüncesi ölçeği ile diğer ölçeklerin korelasyonu

	PANSS	SHİYNÖ	İÜBÖ	RHİDÖ	CSDÖ
İDÖ	<b>r=0,452</b> <b>p=0,000</b>	<b>r=-0,343</b> <b>p=0,001</b>	r=0,051 p=0,637	<b>r=0,442</b> <b>p=0,000</b>	<b>r=0,737</b> <b>p=0,000</b>

CSDÖ ve İDÖ arasındaki korelasyon grafiği ve regresyon doğrusu görseli Şekil 1’de gösterilmiştir.



**Şekil 1:** CSDÖ ve İDÖ arasındaki korelasyon grafiği ve regresyon doğrusu

İDÖ’ye göre yapılan regresyon analizi sonrası CSDÖ’nün intihar düşüncesi belirleyicisi olduğu saptanmıştır (Tablo 12).

**Tablo 12:** İntihar düşüncesi ölçeğine göre multipl regresyon analizi

	<b>Regresyon katsayısı(B)</b>	<b>Standartlaştırılmış regresyon katsayısı (β)</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>%95güven aralığı</b>
<b>CSDÖ</b>	<b>0,573</b>	<b>0,661</b>	<b>7,886</b>	<b>0,000</b>	<b>0,429/0,718</b>
<b>PANSS(total)</b>	0,043	0,145	1,720	0,089	-0,007/0,093
<b>RHİDÖ(total)</b>	0,003	0,014	0,150	0,881	-0,039/0,045
<b>SHİYNÖ(total)</b>	-0,014	-0,072	-0,772	0,443	-0,50/0,022

**a sabiti:0,492 Multipl R:0,760 Multipl R<sup>2</sup>:0,577 Durbin-Watson:1,984(p0,000)**

İntihar düşüncesi varlığına göre yapılan regresyon analizi sonrası CSDÖ intihar düşüncesi belirleyicisi olarak bulunmuştur (Tablo 13).

**Tablo 13:** İntihar düşüncesine göre lojistik regresyon analizi

<b>a sabiti:</b> - 0,713 (p=0,915)					
<b>Bağımsız değişkenler</b>	<b>β</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>%95 Güven Aralığı</b>	
CSDÖ	<b>1,227</b>	<b>0,000</b>	<b>3,410</b>	<b>1,770</b>	<b>6,571</b>
RHİDÖ	-0,039	0,533	0,962	0,851	1,087
PANSS	0,004	0,955	1,004	0,881	1,144
SHİYNÖ	-0,070	0,224	0,933	0,834	1,044
<b>-2 Log likelihood: 23,860 (p=0,000)</b>					

İntihar girişimi olan hastaların 12'sinde (% 33,3) intihar düşüncesi saptanırken, intihar girişimi olmayan hastaların 9'unda (% 17,3) intihar düşüncesi saptanmıştır. Ancak bu farklılık istatistik olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 14).

**Tablo 14:** İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların intihar düşüncesine göre dağılımı

	<b>İntihar girişimi olan</b>		<b>İntihar girişimi olmayan</b>		<b>Ki kare</b>	<b>p</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
<b>İntihar Düşüncesi</b>						
Var	12	33.3	9	17.3	2.19	0.083
Yok	24	66.7	43	82.7		

## 6. TARTIŞMA

Bu çalışmada şizofreni hastalarında intihar girişiminin ve intihar düşüncesinin sosyodemografik özellikler, depresyon, içgörü, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi ile ilişkisi araştırılmıştır.

Şizofreni hastalarında intihar girişiminin erkeklerde daha yüksek olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (De Hert ve ark., 2001; Hawton ve ark., 2005b; Lopez-Morinigo ve ark., 2016). Bunun yanında kadınlarda intihar girişiminin yüksek olduğunu bildiren çalışmalar (Philips ve ark., 2004) ve cinsiyet ile intihar riski arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da (Reutfors ve ark., 2009) mevcuttur. Bizim çalışmamızda da intihar girişiminde bulunan erkek hastaların oranı kadın hastalara oranla daha fazla olmasına rağmen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. İntihar düşüncesi olan ve olmayan hastalar arasında da cinsiyet yönünden anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Şizofrenide erken başlangıç yaşının intihar girişimi için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Ösby ve ark., 2000; Müller ve ark., 2005). Bu çalışmalar erken başlangıç yaşının daha ağır semptomlar ve hastalığın daha kötü seyretmesi ile ilişkili olabileceğini ve bu sebeple intihara yol açabileceğini öne sürmektedirler. Kuo ve arkadaşları (2005) çalışmalarında geç başlangıç yaşının intihar için daha riskli olduğunu öne sürmüşlerdir. Ran ve arkadaşları (2007) da geç başlangıç yaşının intihar için daha riskli olduğu sonucunu desteklemişlerdir. Geç başlangıç yaşı için artmış risk, hastaların erken erişkinlik dönemlerinde aile ve meslek sahibi olmaları ve bir anda hastalığın getirdiği işlevsellik kaybıyla yüzleşmeleri sonucu oluşan stresle açıklanabilir (Çetin ve Eker, 2011). Harkavy-Friedmann ve arkadaşları (1999) ise hastalığın başlangıç yaşının intihar riski ile ilişkili olmadığını saptamışlardır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da bu bulgu desteklenmiştir (Kocatürk, 2011). Bizim çalışmamızda intihar girişimi olan ve olmayan hastalar arasında hastalığın başlangıç yaşı açısından bir fark bulunmamıştır. İntihar düşüncesi olan ve olmayan hastalar arasında da hastalığın başlangıç yaşı yönünden anlamlı fark saptanmamıştır.

Birçok çalışmada evlenmemiş olmak intihar girişimi açısından risk faktörü olarak gösterilmiştir (Caldwell ve Gottesman, 1992; Pompili ve ark., 2007; Barrey ve ark., 2010). Medeni durum ile intihar riski arasında ilişki olmadığını öne süren çalışmalar da mevcuttur (Amador ve ark., 1996; Hawton ve ark., 2005b). Bizim çalışmamızda da intihar girişiminde bulunan hastalar arasında evli olanların oranı, intihar girişiminde bulunmayanlara oranla daha düşük saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum evli olmanın, ilgi ve destek gibi olumlu özellikleri sayesinde

intihar açısından koruyucu bir faktör olabileceğini düşündürmektedir. Güney ve Özden (1993) yalnız yaşamının istatistiksel olarak depresyonla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Eş ve çocuklar ile yaşamının da intihar girişimi olmayan grupta daha fazla olması evli olmanın intihar açısından koruyucu bir faktör olabileceği hipotezini güçlendirmektedir. İntihar düşüncesi olan ve olmayan hastalar arasında medeni durum yönünden anlamlı fark saptanmamıştır.

Şizofrenide eğitim seviyesinin yüksek olmasının intihar girişimi açısından risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Hawton ve ark., 2005b; Reutfors ve ark., 2009). Montross ve arkadaşları (2005) da yüksek eğitim seviyesinin, hastalığa bağlı olarak daha fazla kayıp hissine yol açtığını ve bu şekilde intihar riskini artırdığını bildirmişlerdir. Evren ve arkadaşları (2002) ise yaptıkları çalışmalarında eğitim seviyesi ile intihar düşüncesi arasında herhangi bir ilişki bulamamışlardır. Pompili ve arkadaşları (2009) intihar girişiminde bulunmuş 20 hasta ile intihar girişiminde bulunmamış 20 hastayı karşılaştırdıkları çalışmalarında eğitim seviyeleri arasında herhangi bir fark saptamamışlardır. Bizim çalışmamızda intihar girişimi olan hastaların intihar girişimi olmayan hastalara oranla ve intihar düşüncesi olan hastaların intihar düşüncesi olmayan hastalara oranla eğitim seviyeleri daha yüksektir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Polikliniğimize başvuran hastaların tüm örneklemini temsil etmediği, hastalarımızın büyük çoğunluğunun üniversite mezunu (eğitim süresi>11 yıl) oluşturmasının bu sonuca yol açtığı düşünülmektedir.

Şizofreni hastalarında işsiz olmanın intihar girişimi riskiyle ilişkili olduğuna dair bulgular mevcuttur (Sharaf ve ark., 2012; Massons ve ark., 2017). Montross ve arkadaşları (2005) işsizliğin, hastalık öncesi sosyal işlevsellikte azalmaya neden olan etkenlerden birisi olduğunu ve bu yüzden intihar girişimi açısından risk faktörü olabileceğini belirtmişlerdir. Pompili ve arkadaşları (2009) ise intihar girişimi olan ve olmayan hastalar arasında işsizlik açısından herhangi bir fark bulamamışlardır. Sağlam-Aykut ve arkadaşlarının (2016) ülkemizde yaptıkları çalışmada da işsizlik oranları, intihar girişimi olan ve olmayan hastalar arasında farklı bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda da iki grup arasında işsizlik oranları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hastalık öncesi işlevselliğin iyi olmasının şizofrenide intihar açısından risk faktörü olduğu bilinmektedir (Pompili ve ark., 2007). Bu durum da göz önüne alındığında, hastalık sonrası çalışma durumunun değişmesinin şu anki çalışma durumundan daha fazla intihar riski ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Hastaneye yatış sayısının şizofrenide intihar girişimi için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (De Hert ve ark., 2001; Pompili ve ark., 2007). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak intihar girişiminde bulunan hastalarda, bulunmayanlara oranla hastaneye yatış sayısı anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Hastaneye yatış, mevcut psikopatolojinin ağırlığını gösterir. Sık hastaneye yatış ise genellikle tedavinin bırakılmasıyla bağlantılıdır. İntihar girişiminde bulunan şizofreni hastalarında hastaneye yatış sayısının fazla olması, tedavi uyumsuzluğu veya hastalığın şiddetinden kaynaklanıyor olabilir. Bu durum intihar girişiminde bulunan hastalarda prognozun daha kötü olduğunu düşündürmektedir.

Pawlak ve arkadaşları (2013) ruhsal hastalığı olan ebeveyn varlığının, ya ruhsal hastalık ile ilişkili yatkınlığın genetik geçişi yoluyla ya da çocuğun bakımında azalma gibi aile hayatını olumsuz etkileme yoluyla intihar riskinde artışa yol açabileceğini öne sürmüşlerdir. Ailede ruhsal hastalık öyküsü bulunmasının veya intihar girişimi öyküsü bulunmasının, şizofrenide intihar girişimi için risk faktörü olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur (Umut ve ark., 2013; Mauri ve ark., 2013). Yakın zamanda yapılmış çalışmada (Massons ve ark., 2017) ailede ruhsal hastalık öyküsü ile intihar girişimi arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda da intihar girişimi olan ve olmayan hastalar arasında ve intihar düşüncesi olan ve olmayan hastalar arasında ailede ruhsal hastalık olması açısından herhangi bir fark saptanmamıştır. Hawton ve arkadaşları (2005b) ise ailede depresyon öyküsünün olmasının intihar girişimi için risk faktörü olduğunu, ailede başka bir ruhsal hastalık bulunmasıyla intihar riski arasında böyle bir ilişki saptanmadığını bildirmişlerdir.

Alkol ya da madde kullanımının şizofrenide intihar girişimi için risk faktörü olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Heila ve ark., 1997; Altamura ve ark., 2003; Hawton ve ark., 2005b). Bunun yanında Reutfors ve arkadaşları (2009) çalışmalarında intihar girişimi ve alkol-madde kullanımı arasında bir ilişki saptamadıklarını belirtmişlerdir. Evren ve arkadaşları (2002), Umut ve arkadaşları (2013) ülkemizde yaptığı çalışmalarında intihar riski ile alkol-madde kullanımı arasında herhangi bir ilişki saptamamışlardır. Bizim çalışmamızda da intihar girişimi olan ve olmayan grup arasında ve intihar düşüncesi olan ve olmayan grup arasında sigara, alkol, madde kullanımı açısından herhangi bir fark saptanmamıştır. Bu durum alkol veya madde kullanan hastalarımızın az sayıda olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Pozitif ve negatif semptomların intihar ile ilişkisini araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Rogers ve arkadaşları (2002) şizofreni tanısına bakmaksızın,

emir veren işitsel halüsinasyonu olan 56 hasta ile emir veren işitsel halüsinasyonu olmayan 54 hastayı karşılaştırmışlardır. Çalışma sonucunda kendini yaralama ile ilgili işitsel halüsinasyonun, kendine zarar verme davranışında en önemli belirleyici olduğunu saptamışlardır. Wong ve arkadaşları (2013) psikotik bozukluğu olan hastalarda aktif intihar düşüncesini, emir veren işitsel halüsinasyonlar ile anlamlı olarak ilişkili bulmuşlardır. Nordentoft ve arkadaşları (2002) şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmalarında, intihar girişimi açısından en önemli iki faktörden birinin halüsinasyonlar olduğunu bildirmişlerdir. Hor ve Taylor da (2010) hem halüsinasyonların hem de sanrılarının intihar girişimi ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Altamura ve arkadaşları (2003) sanrılarının varlığını, psikotik bozukluğu olan hastalarda intihar için risk faktörü olarak bildirmişlerdir. Ancak emir veren işitsel halüsinasyonu olan ve olmayan hastalar arasında intihar girişimi açısından fark olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (Zisook ve ark., 1995; Harkavy-Friedman ve ark., 2003). Hellerstein ve arkadaşları da (1987) emir veren işitsel halüsinasyonu olan ve olmayan hastalar arasında intihar riski açısından fark olmadığını saptamışlardır. Ayrıca halüsinasyonu olan ve olmayan hastalar arasında da intihar riski açısından fark olmadığını bildirmişlerdir. Hawton ve arkadaşları (2005b) ise gözden geçirme sonucunda halüsinasyonların, azalmış intihar riski ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Fenton ve arkadaşları (1997), negatif belirtilerin intihar riskiyle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Umut ve arkadaşlarının (2013) ülkemizde yaptıkları çalışmada, PANSS negatif skorları intihar düşüncesiyle ilişkili bulunmuştur. Kocatürk ve arkadaşları (2015) ise PANSS pozitif, PANSS negatif skorları ile intihar girişimi arasında ilişki bulamazken, PANSS genel psikopatoloji skorunun intihar girişimi ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Sağlam-Aykut ve arkadaşları (2016) ise intihar girişimi ile PANSS pozitif, negatif ve genel psikopatoloji puanları arasında herhangi bir ilişki saptamamıştır. Bizim çalışmamızda da intihar girişimi olan hastalar ile olmayan hastalar arasında PANSS pozitif, negatif ve genel psikopatoloji puanları arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum hastalarımızın pozitif ve negatif semptom puanlarının ortalamalarının genel olarak düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ancak intihar düşüncesi olan hastaların PANSS genel psikopatoloji puanları, intihar düşüncesi olmayan hastalara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu bulgular daha şiddetli şikayeti olan şizofreni hastalarında daha fazla intihar düşüncesi olduğuna işaret etmektedir.

Depresyon, genel popülasyonda intihar için en önemli tetikleyici nedendir. (Mann ve ark., 1999). İntihar nedeniyle ölen hastaların yarısından fazlasında intihar anında

depresyon tanısı olduğu bildirilmiştir (Barraclough ve Harris, 1997). Şizofenide depresyon görülme oranı oldukça yüksektir. Şizofrenide depresyonun intihar riski açısından önemli bir faktör olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Altamura ve ark., 2003; Hawton ve ark., 2005b; Hor ve Taylor, 2010). Mauri ve arkadaşları (2013) intihar girişiminde bulunmuş şizofreni hastalarının % 30'unda girişimin hemen öncesinde depresyon belirtileri görüldüğünü bildirmişlerdir. Umut ve arkadaşları (2013) intihar girişiminde bulunmuş hastaların depresif skorlarını, intihar girişiminde bulunmamış hastalara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır. Hawton ve James (2015a) geçmişteki ya da şimdiki depresif belirtilerin intihar ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Pompili ve arkadaşları (2009) ise intihar girişiminde bulunan ve intihar girişiminde bulunmayan hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında depresif bozukluk açısından iki grup arasında fark saptamamışlardır. Bizim çalışmamızda da intihar girişimi olan hastaların depresyon puanları, intihar girişiminde bulunmayan hastalara oranla yüksek olmasına rağmen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum hastaların intihar girişimi sırasındaki depresif belirtilerinin şiddetini ölçemememizden ve hastaların depresif belirti şiddetlerinin intihar girişimi sırasında fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu bağlamda Mc Girr ve arkadaşları (2006) da yaşamboyu depresyonun intihar riski ile ilişkisi olmadığını, şimdiki depresyonun intihar riski ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda intihar düşüncesi olan hastaların depresyon puanları ise, intihar düşüncesi olmayan hastalara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. İntihar düşüncesini belirlemek için kullandığımız 8. maddeyi çıkarttığımızda da intihar düşüncesi olan grubun depresyon puanları, intihar düşüncesi olmayan hastalara oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durum şizofreni hastalarındaki intihar riski üzerine depresyon belirtilerinin kritik önemine ve bu hasta grubunda depresif belirtilerin dikkatlice değerlendirilmesi gerekliliğine işaret eder.

Şizofrenide içgörü ve intihar arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Crumlish ve arkadaşları (2005) 101 ilk epizod psikoz hastasını dört yıl boyunca izlemişlerdir. Hastaların dört yılın sonunda içgörü seviyelerinin arttığını, ruhsal hastalığının farkında olma oranının giderek yükseldiğini ve depresyona yol açarak intihar oranını artırdığını bildirmişlerdir. Harvey ve arkadaşları (2008) da benzer şekilde ilk epizod hastalarını takip etmişler ve iki yılın sonunda hastaların içgörü seviyelerinin ve intihar risklerinin arttığını saptamışlardır. Restifo ve arkadaşları (2009) içgörü seviyesinin artmasının umutsuzluk ve depresyona yani demoralizasyona yol açarak intihar riskini artırdığını öne sürmüşlerdir. Bourgeois

ve arkadaşları (2004) ise 980 hastayı değerlendirdikleri çalışmalarında, depresyon ve umutsuzluk faktörlerinden bağımsız olarak içgörünün intihar riskini artırdığını saptamışlardır. Umut ve arkadaşları (2013) da benzer şekilde intihar düşüncesi olan hastaların, olmayanlara oranla içgörü seviyelerini daha yüksek bulduklarını bildirmişlerdir.

Barret ve arkadaşları (2015) ise ilk epizod psikoz hastaları ile yaptıkları bir yıllık izlem çalışması sonunda içgörünün arttığını ve içgörünün artmasıyla intihar riskinin azaldığını bildirmişlerdir. Massons ve arkadaşları (2017) içgörü ve intihar arasındaki çelişkili sonuçları içgörüyü tek boyutlu değerlendirmekten kaynaklanabileceğini ileri sürmüşlerdir. Yaptıkları çalışmalarında içgörüyü çok boyutlu olarak değerlendirdiklerinde, içgörünün hastalığın farkında olma ve hastalığın sosyal sonuçlarının farkında olma boyutlarının intihar ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Yen ve arkadaşları (2002) tedaviye olan içgörünün yüksek olmasının daha az hastaneye yatış ve sosyal uyumun daha iyi olmasıyla ilişkili olduğunu, hastalık ve yaşanan psikotik süreçle ilgili içgörünün ise intiharı tahmin etmede yeterli olmadığını bildirmişlerdir. Pompili ve arkadaşları (2009) intihar girişimi olan ve olmayan hastalar arasında içgörü düzeyi açısından fark saptamamış olup, içgörünün intihar için koruyucu bir faktör olabileceğini öne sürmüşlerdir.

Yapılan bir gözden geçirme çalışmasında ise şizofreni hastalarında içgörü ve intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen 15 çalışma incelenmiş ve bu çalışmalardan beş tanesinde yüksek içgörü seviyesinin intihar riskini artırdığı belirtilmiştir. Diğer on çalışmada ise böyle bir ilişkinin gösterilemediği bildirilmiştir. (Lopez-Morinigo ve ark., 2012). Evren ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmaları sonucunda intihar düşüncesi olan hastalar ile intihar düşüncesi olmayan hastaların içgörü seviyeleri açısından herhangi bir fark saptamamışlardır. Öztürk (2012) intihar girişiminde bulunan hastalar ile intihar girişiminde bulunmayan hastaları içgörü düzeyleri açısından karşılaştırmış ve anlamlı bir fark saptamadığını bildirmiştir. Bizim çalışmamızda da intihar girişimi olan hastalar ve olmayan hastaların içgörü düzeyleri açısından herhangi bir fark saptanmamıştır. İntihar düşüncesi olan hastalar ve intihar düşüncesi olmayan hastalar arasında da içgörü düzeyleri açısından herhangi bir fark saptanmamıştır. Eğitim seviyesinin içgörüyü artırdığı (Macpherson ve ark., 1996), içgörünün de umutsuzluğa ve depresyona yol açarak intihar riskini artırdığı düşünülmektedir. Gruplarımız arasında eğitim seviyesi açısından farklılık yoktur.

Şizofrenide yaşam kalitesi 1990'lı yıllarda ikinci kuşak antipsikotiklerin kullanıma girmesiyle önem kazanmıştır. Ponizovsky ve arkadaşları (2003) intihar girişimi olan şizofreni hastalarının yaşam kalitesini, intihar girişimi olmayan şizofreni hastalarına oranla anlamlı derecede daha düşük bulmuştur. Kao ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmalarında intihar düşüncesi olan şizofreni hastalarının yaşam kalitesini, intihar düşüncesi olmayan hastalara oranla anlamlı derecede daha düşük saptamışlardır. Yan ve arkadaşları (2013) da intihar düşüncesi olan şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin anlamlı derecede daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Deveci ve arkadaşları (2008) 19 şizofreni hastasına altı aylık psikososyal beceri eğitimi vermiş ve hastaların bu eğitim sonunda, yaşam kalitesi puanlarının anlamlı derecede yükseldiğini, depresif puanlarının anlamlı derecede azaldığını ve intihar olasılığı ölçeği puanlarının da anlamlı düzeyde olmamakla birlikte azaldığını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak intihar girişiminde bulunmuş hastaların yaşam kalitesi puanları, bulunmayanlara oranla anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Ayrıca intihar düşüncesi olan grupta da olmayanlara oranla yaşam kalitesi puanları anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Bu durum yaşam kalitesinin intihar ile yakından ilişkili olduğunu ve hastaları mutlaka yaşam kalitesi açısından değerlendirmek gerekliliğini düşündürmektedir.

Şizofrenide içselleştirilmiş damgalanma ve intihar arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik çalışmalar son yıllarda önem kazanmıştır. Sharaf ve arkadaşları (2012) içselleştirilmiş damgalanma seviyesi yüksek olan şizofreni hastalarında intihar riskini, içselleştirilmiş damgalanma seviyeleri düşük olanlara oranla daha yüksek bulmuşlardır. Yoo ve arkadaşları (2015) da intihar girişiminde bulunan şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin, intihar girişiminde bulunmayanlara göre yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bu veriler içselleştirilmiş damgalanmanın depresyona, düşük benlik saygısına ve sosyal izolasyona yol açarak intihar için risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir. Bizim çalışmamızda da intihar girişimi olan grubun içselleştirilmiş damgalanma puanları intihar girişimi olmayan gruba oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. İntihar düşüncesi olan grupta da intihar düşüncesi olmayan gruba oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durum içselleştirilmiş damgalanmanın intihar ile ilişkili olduğu düşüncesini desteklemektedir.

Şizofrenide intiharın öngörülebilmesi oldukça zordur. İntihara yol açabilecek birçok faktörün olması bu duruma sebep olmaktadır. İntiharı değerlendiren ölçeklerin değeri sınırlıdır. Çalışmamızda intihar girişimi olan hastalarda intihar girişimi olmayan

hastalara oranla içselleştirilmiş damgalanma puanları daha yüksek, yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur. İntihar düşüncesi olan hastaların ise intihar düşüncesi olmayan hastalara kıyasla, PANSS genel psikopatoloji, depresyon, içselleştirilmiş damgalanma puanları daha yüksek, yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur. Depresyonun şizofrenide intihar düşüncesini belirleyicisi olduğu göz önüne alındığında, depresyona neden olabilecek faktörler dikkatlice değerlendirilmelidir. İçselleştirilmiş damgalanma ve düşük yaşam kalitesinin depresyona neden olarak intihar için risk faktörü olabilecekleri öne sürülebilir. Hastaların bu özellikler de ele alınarak değerlendirilmesi, intiharı önlemede etkili olabilir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Örneklemimizin sayıca az olması genelleme yapmayı güçleştirmektedir. Çalışmamızın kesitsel olup, hastaların uzunlamasına takip edilmemesi önemli bir kısıtlılıktır. Hastaların kullandığı ilaçlar değerlendirilmediği için, bunların klinik ölçeklerle ilişkisi de değerlendirilmemiştir. Sonlandırılmış intihar girişimlerinin değerlendirilememesi de bir diğer kısıtlılık sayılabilir.

İntihar davranışı, şizofreni hastalarının erken ölüm sebepleri arasında ilk sırada yer almakla birlikte, bir özellik olarak intihar davranışının şizofreni hastalarındaki klinik şiddet ve gidiş özelliklerini nasıl etkilediğine ve bu gibi durumlarda alınacak önlemlere yönelik daha büyük ölçekli, uzunlamasına, ileriye dönük planlanmış çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

## 7. SONUÇLAR

İntihar girişiminde bulunmayan şizofreni hastalarında, intihar girişiminde bulunanlara göre;

1. Evli olma oranının daha fazla olduğunu saptadık.

İntihar girişiminde bulunan hastaların, intihar girişiminde bulunmayan hastalara göre;

1. Daha düşük yaşam kaliteleri olduğunu,
2. Daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin olduğunu tespit ettik.

İntihar düşüncesi olan şizofreni hastalarının, intihar düşüncesi olmayan hastalara göre;

1. Daha yüksek PANSS toplam puanlarının olduğunu,
2. Daha yüksek depresif belirti şiddetlerinin olduğunu,
3. Daha düşük yaşam kalitelerinin olduğunu,
4. Daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin olduğunu tespit ettik.

## KAYNAKLAR

- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophr Res.* 1994; 11(3):239-244.
- Agnew-Blais J, Seidman LJ. Neurocognition in youth and young adults under age 30 at familial risk for schizophrenia: A quantitative and qualitative review. *Cognitive Neuropsychiatry.* 2013; 18:(1-2), 44-82
- Aki H, Tomotake M, Kaneda Y. Subjective and objective quality of life, levels of life skills, and their clinical determinants in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Research.* 2008;158(1):19–25.
- Altamura AC, Bassetti R, Bignotti S, Pioli R, Mundo E. Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study. *Schizophr Res.* 2003; 60 (1):47–55.
- Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Flaum M, Gorman JM. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am. J Psychiatry.* 1996;153(9):1185–1188
- American Psychiatric Association: Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013
- Aslan S, Kiliç BG, Karakiliç HG ve ark. İlgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2001; 3:17-24.
- Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 2000; 37: 82-86.
- Balcı G, Başefe Öter G, Alkan Akdağ H, Bekki A, Kısa C, Göka E. Factors Associated with Depression in Patients with Schizophrenia. *Journal of Mood Disorder.* 2016;6(2):54-62
- Barraclough B, Harris EC. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *BJPsych.* 1997;170:205-228.
- Barrett, EA, Mork E, Faerden A, Nesvag R, Agartz I, Andreassen OA, Melle I. The development of insight and its relationship with suicidality over one year follow-up in patients with first episode psychosis. *Schizophr. Res.* 2015; 162:97-102.
- Barrey EA, Sundet K, Faerden A, Nesvåg R, Agartz I, Fosse R, Mork E, Steen

- NE, Andreassen OA, Melle I. Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis. *Schizophrenia Research* 2010; 119: 11–17.
- Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*. 1985; 142: 559–563.
- Beck EM, Cavelti M, Kvrđic S, Kleim B, Vauth R. Are we addressing the ‘right stuff’ to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication. *Schizophr. Res.* 2011; 132:42–49.
- Berber MS, Özkıyım (intihar). Öztürk MO, Uluşahin A. Editör, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. 11. Baskı*, Ankara, Tuna Matbaacılık A.Ş., 2011:428-447
- Birchwood M, Iqbal Z, Upthegrove R. Psychological pathways to depression in schizophrenia: studies in acute psychosis, post psychotic depression and auditory hallucinations *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2005;225:202-212
- Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano GB, Lindenmeyer JP, C, Alphs L, Meltzer HY, The InterSePT Study Group. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *Am. J. Psychiatry*. 2004; 161:1494-1496.
- Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, Larcin C, Callaghan CO. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factor, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatry Scand.* 1996; 94(2):118-124
- Buchanan R, Carpenter W. Şizofreni Kavramı. Sadock BJ, Sadock VA. Editörler, Aydın H, Bozkurt A. Çeviri Editörleri, Kaplan&Sadock’s *Comprehensive Textbook of Psychiatry Cilt 2. 8. Baskı*. Ankara, Güneş Kitabevi. 2007; 1329-1345.
- Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenia: a high-risk factor for suicide:clues to risk reduction. *Suicide Life Threat Behav* 1992; 22: 479-493.
- Carlborg A, Winnerback K, Jönsson EG, Jokinen J, Nordström P. Suicide in schizophrenia. *Expert Rev Neurother* 2010; 10:1153-1164.
- Cavelti M, Beck EM, Kvrđic S, Kossowsky J, Vauth R. The role of subjective illness beliefs and attitude toward recovery within the relationship of insight and depressive symptoms among people with schizophrenia spectrum disorders. *J. Clin. Psychol.* 2012;68(4):462-476
- Ceylan ME, Çetin M. Şizofreni ve İntihar. Uzun Ö, Editör. *Araştırma ve*

- Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. Şizofreni 1. Cilt'te, 4. Baskı. İstanbul, İncekara Kâğıt Mat. San. ve Dış Tic. Ltd. Şti.; 2009;1231-1240.
- Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. Cogn Behav Pract. 1998; 5:201-222.
- Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. Schizophr Bull. 2001; 27:219-225.
- Crumlish N, Whitty P, Kamali M, Clarke M, Browne S, McTigue O, Browne S, Lane A, Kinsella A, Larkin C, O'Callaghan E. Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. Acta Psychiatr Scand 2005;112(6):449-55.
- Çetin Ö, Eker SS. Şizofreni ve özkıyım. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(4):611-627
- David A. Insight in Psychosis. Br J Psychiatry 1990; 156:798-808.
- De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. Schizophr Res. 2001; 47(2-3):127-134.
- Deveci A, Esen-Danacı A, Yurtsever F, Deniz F, Gürlek- Yüksel E. Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminin belirti örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2008;19(3):266-273
- Dilbaz N, Holat H, Bayam G, Tüzer T, Bitlis V. İntihar Düşüncesi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirliği. XXXI. Ulusal Psikiyatri Kongresi.1995. İstanbul
- Doruk A, Özşahin A. İntihar. Köroğlu E, Güleç C. Editörler, Psikiyatri Temel Kitabı'nda. 2.Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007;556-561
- Drake RE, Cotton PG. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. Br J Psychiatry. 1986; 148:554-559
- Drake RJ, Dunn G, TARRIER N, Bentall RP, Haddock G, Lewis SW. Insight as a predictor of the outcome of first-episode nonaffective psychosis in a prospective cohort study in England. J. Clin. Psychiatry. 2007; 68:81-86.
- Dutta R, Murray RM, Hotopf M, Allardyce J, Jones JB, Boydell J. Reassessing the Long-term Risk of Suicide After a First Episode of Psychosis. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67(12): 1230-1237
- Dyer JA, Kreitman N. Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. The British Journal of Psychiatry. 1984;144(2): 127-133
- Erol A. Şizofrenide klinik özellikler ve tanı ölçütleri, kullanılan ölçekler. Soygür

- H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Editörler, şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar'da. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007:165-195
- Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(2):163-171.
- Esen Danacı A. şizofrenide Depresyon. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu, Herken H. Editörler. şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar'da. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007;270-286
- Eskin M. Tanım ve Anlama. İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. 1. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2003;3-28.
- Evensen J, Rossberg JI, Barder H. Flat affect and social functioning: a 10 year follow-up study of first episode psychosis patients. Schizophrenia Research. 2012;139(1-3):99-104.
- Evren EC, Evren B, Erkıran M. şizofrenili hastalarda özkıyım düşüncesi: pozitif, negatif belirtiler, depresyon ve içgörü ile ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002; 13 (4), 255-264
- Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, Blyler CR. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. Am J Psychiatry. 1997; 154(2):199-204.
- Glazer W, Prusoff B, John K, Williams D. Depression and social adjustment among chronic schizophrenic outpatients. The Journal of Nervous And Mental Disease. 1981;169(11):712-717
- Gupta S, Black DW, Arndt S, Hubbard WC, Andreasen NC. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. Psychiatr Serv. 1998; 49:1353-1355.
- Güney M, Özden A. şizofrenide depresyon ve intihar. Kriz Dergisi.1993;2(1):76-83
- Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, Amador XF, Yale SA, Gorman JM. Suicidal Behavior in Schizophrenia: Characteristics of Individuals Who Had and Had Not Attempted Suicide. Am J Psychiatry. 1999; 156:1276-1278.
- Harkavy-Friedman JM, Kimhy D, Nelson EA, Venarde DF, Malaspina D, Mann JJ. Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide. J Clin Psychiatry. 2003; 64:871-874.
- Harkavy-Friedman JM, Nelson EA, Venarde DF, Mann JJ. Suicidal behavior

- in schizophrenia and schizoaffective disorder: examining the role of depression. *Suicide Life Threat Behav.* 2004; 34: 66–76.
- Harvey SB, Dean K, Morgan C, Walsh E, Demjaha A, Dazzan P. Self-harm in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry.* 2008;192(3):178-84.
- Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. *Br Med J.* 2005a; 330:891–894.
- Hawton, K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br. J. Psychiatry.* 2005b;187: 9-20.
- Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lonnqvist JK. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1997; 154:1235-1242.
- Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deScit syndrome. *Schizophr Bull.* 1984; 10:388-98.
- Hellerstein D, Frosch W, Koenigsberg W. The clinical significance of command hallucinations. *Am J Psychiatry.* 1987; 144:219-221.
- Holmstrand C, Bogren M, Mattisson C, Bradvik M. Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947–1997. *Acta Psychiatr Scand.* 2015;132:459–469.
- Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol.* 2010;24(supp): 81–90
- Huppert JD, Weiss KA, Lim R ve ark. Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res.* 2001;51:171-180.
- Kao YC, Liu YP, Cheng TH, Chou MK. Subjective quality of life and suicidal behavior among Taiwanese schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2012; 47:523–532.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13(2):261-76.
- Kelly DL, Shim JC, Feldman SM, Yu Y, Conley RR. Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death. *J Psychiatr Res.* 2004; 38:531–536.
- Kessler RG, Gonoyole MC. Lifetime and 12 month prevalence of

- DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51: 8-19.
- Kırpınar İ, Aydın N. Şizofrenide İntihar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(1):47-52.
- Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia Research* 2003; 60(1):71– 80
- Kjelby E, Sinkeviciute I, Gjestad R, Kroken RA, Loberg EM, Jorgensen HA, Hugdahl K, Johnsen E. Suicidality in schizophrenia spectrum disorders: The relationship to hallucinations and persecutory delusions. *European Psychiatry*. 2015;30: 830–836
- Kocatürk BK. Şizofreni hastalarında intihar davranışının bilişsel işlevlerle ilişkisi (Uzmanlık tezi). Eskişehir, Osmangazi Üniversitesi, 2011.
- Kocatürk BK, Eşsizoglu A, Aksaray G, Akarsu FÖ, Musmul A. Relationship Suicide, Cognitive Functions, and Depression in Patients with Schizophrenia. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2015;52:169-173.
- Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999;14(44):23-32.
- Kuo CJ, Tsai SY, Lo CH, Wang YP, Chen CC. Risk factors for completed suicide in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66:579–585.
- Kültür S, Mete L, Erol A. Şizofreni. Güleç C, Köroğlu E. Editörler, *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007:184-205.
- Levine S, Ancill RJ, Roberts AP. Assessment of suicide risk by computer-delivered self-rating questionnaire: preliminary findings. *Acta Psychiatry Scand*. 1989;80:216-220
- Lincoln TM, Lullmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia: a systematic review. *Schizophr Bull*. 2007; 33:1324–1342.
- Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav*. 1997; 38:177-90.
- Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*. 2010; 71: 2150-2161

- Lopez-Morinigo JD, Ramos-Ríos R, David AS, Dutta R. Insight in schizophrenia and risk of suicide: a systematic update. *Compr. Psychiatry*. 2012;53: 313-322.
- Lopez-Morinigo JD, Ayesa-Ariola R, Torres-Romano B, Fernandes CA, Shetty H, Broadbent M, Dominguez-Ballesteros ME, Stewart R, David AS, Dutta R. Risk assessment and suicide by patients with schizophrenia in secondary mental healthcare: a case–control study. *BMJ Open*. 2016;6: doi:10.1136/bmjopen-2016-011929.
- Lysaker P, Bell M, Milstein R, Bryson G, Beam-Goulet J. Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatry*. 1994; 57:307-315.
- Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr. Bull*. 2007; 33:192–199.
- Macpherson R, Jerrom B, Hughes A. Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1996;168(6):718-22.
- Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156:181-189.
- Massons C, Lopez-Morinigo JD, Pousa E, Ruiz A, Ochoa S, Usall J, Nieto L, Cobo J, David AS, Dutta R. Insight and suicidality in psychosis: a cross-sectional study. *Psychiatry Research*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.059>
- Mauri MC, Paletta S, Maffini M, Molitemo D, Altamura AC. Suicide attempts in schizophrenic patients: Clinical variables. *Asian J Psychiatr*. 2013; 6:421–427.
- McGirr A, Tousignant M, Routhier D, Pouliot L, Chawky N, Margolese HC, Turecki G. Risk factors for completed suicide in schizophrenia and other chronic psychotic disorders: a case-control study. *Schizophrenia Research*. 2006; 84: 132–143.
- Melle I, Barrett EA. Insight and suicidal behaviour in first-episode schizophrenia. *Expert. Rev. Neurother*. 2012;12: 353-359.
- Meltzer HY, Bod DD. Quality of life in schizophrenia: importance for psychopharmacology research and practice news quality of life letter 1994;9:9-10

- Miller R, Ream G, McCormack J, Gunduz-Bruce H, Sevy S, Robinson D.  
A prospective study of cannabis use as a risk factor for non-adherence and treatment dropout in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res.* 2009; 113:138-144
- Misdrahi D, Denard S, Swendsen J, Jausent I, Courtet P. Depression in schizophrenia: the influence of the different dimensions of insight. *Psychiatry Res.* 2014; 216 (1): 12–16.
- Montross LP, Zisook S. Suicide among patients with schizophrenia: A consideration risk and protective factors. *Ann Clin Psychiatry* 2005; 17:173–182.
- Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am.* 1997; 20: 499-517.
- Murri MD, Respino M, Innamorati M, Cervetti A, Calcagno P, Pompili M, Lamis DA, Ghio L, Amore M. Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research.* 2015;162: 234–247
- Müller DJ, Barkow K, Kovalenko S, Ohlraun S, Fangerau H, Kölsch H, Lemke MR, Held T, Nöthen MM, Maier W, Heun R, Rietschel M. Suicide attempts in schizophrenia and affective disorders with relation to some specific demographical and clinical characteristics. *Eur Psychiatry.* 2005; 20:65–69.
- Naber D, Kollack-Walker S, Chen J, Stauffer VL, Kinon BJ, Case M, Ascher-Svanum H, Kapur S, Kane JM. Predicting a ‘combined treatment outcome’ in chronic schizophrenia: the role of demographics, symptomatology, functioning and subjective well-being. *Pharmacopsychiatry.* 2013; 46(3):114-119.
- Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, Kassow P, Petersen L, Thorup A, Krarup G, Hemmingsen R, Jorgensen P. OPUS study: Suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2002;181(suppl):98-106.
- Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparen P. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophr res.* 2000;45;21-28
- Özcüler T. Şizofrenik bozukluğu olan hastalarda özkıyım girişimi ve düşüncelerinin değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi). Adana, Çukurova Üniversitesi, 2004.
- Öztürk MO, Uluşahin NA. Şizofreni. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* 13. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2015;189-248.

- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia. A Reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:247-253.
- Pawlak J, Dmitrzak-Weglarz M, Skibinska M, Szczepankiewicz A, Leszczynska-Rodziewicz A, Rajewska-Rager A, Zaremba D, Czerski P, Hauser J. Suicide attempts and clinical risk factors in patients with bipolar and unipolar affective disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013; 35:427-432.
- Phillips MR, Yang G, Li S, Li Y. Suicide and the unique prevalence pattern of schizophrenia in mainland China: a retrospective observational study. *Lancet* 2004; 364:1062-1068.
- Pluck G, Lekka NP, Sarkar S, Lee KH, Bath PA, Sharif O, Woodruff PWR. Clinical and neuropsychological aspects of non-fatal self-harm in schizophrenia. *Eur. Psychiatry*. 2013;28: 344-348.
- Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Tatarelli R: Preventing suicide in young schizophrenics who are substance abusers. *Subst Use Misuse*. 2004, 39:1437-1441.
- Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, Krausz M, Lester D, Meltzer HY, Modestin J, Montross LP, Mortensen PB, Munk-Jorgensen P, Nielsen J, Nordentoft M, Saarinen PI, Zisook S, Wilson ST, Tatarelli R. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of General Psychiatry*. 2007;6(10):1-22.
- Pompili M, Lester D, Grispini A, Innamorati M, Calandro F, Ilceto P, De Pisa E, Tatarelli R, Girardi P. Completed suicide in schizophrenia: Evidence from a case-control study. *Psychiatry Research*. 2009;167:251-257
- Ponizovsky MA, Grinshpoon A, Levav I, Ritsner MS. Life satisfaction and suicidal attempts among persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2003;44:442-447.
- Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, Gonzalez-Pinto A, Gutierrez-Rojas L, Montes JM, Vieta E. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand* 2014; 130: 418–426
- Potkin SG, Alphas L, Hsu C, Krishnan KRR, Anand R, Young FK, Meltzer H, Green A, The InterSePT Group. Predicting suicidal risk in schizophrenic and schizoaffective patients in a prospective two-year trial. *Biol Psychiatry*. 2003;54:444–452

- Ran MS, Chen EYH, Conwell Y, Chan CLW, Yip PSF, Xiang MZ, Caine ED. Mortality in people with schizophrenia in rural China. *British Journal Of Psychiatry*. 2007;190:237-242.
- Reine G, Lançon C, Di Tucci S, Sapin C, Auquier P. Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;108(4):297–303.
- Renwick L, Jackson D, Foley S, Owens E, Ramperti N, Behan C, Anwar M, Kinsella A, Turner N, Clarke M, O’Callaghan E. Depression and quality of life in first-episode psychosis. *Comprehensive Psychiatry*. 2012;53:451-455
- Restifo K, Harkavy Friedman JM, Shrout PE. Suicidal behavior in schizophrenia: a test of the demoralization hypothesis. *J.Nerv. Ment. Dis*. 2009;197(3):147-153.
- Reutfors J, Brandt L, Jönsson EG, Ekblom A, Sørensen P, Ösby U. Risk factors for suicide in schizophrenia: findings from a Swedish population based case–control study. *Schizophr Res*. 2009;108:231–237.
- Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalize Stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 2003;121(1):31-49.
- Rogers P, Watt A, Gray NS, MacCulloch M, Gournay K. Content of command hallucinations predicts self-harm but not violence in a medium secure unit. *The Journal of Forensic Psychiatry*. 2002;13(2):251-262.
- Rossau CD, Mortensen PB. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case control study. *Br J Psychiatry* 1997;171:355-359.
- Roy A. Suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1982; 141(2):171-177.
- Sönmez İ. Acil Psikiyatrik Tıp. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Editörler, Sönmez İ Çeviri Editörü, Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri’de. 11. Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2016;763-774
- Sağlam-Aykut D, Civil Arslan F, Özkorumak Karagüzel E, Karakullukçu S, Tiryaki A. İntihar Girişimi Öyküsü Olan Şizofreni Olgularında Şimdiki Klinik Değişkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2016;27: doi:10.5080/u16063
- Saravanan, B, Jacob KS, Johnson S, Prince M, Bhugra D, David AS. Outcome of first-episode schizophrenia in India: longitudinal study of effect of insight and psychopathology. *Br. J. Psychiatry*. 2010;196(6):454–459.
- Schennach-Wolff R, Obermeier M, Seemüller F, Jäger M, Messer T, Laux G,

- Pfeiffer H, Naber D, Schmidt LG, Gaebel W, Klosterkötter J, Heuser I, Maier W, Lemke MR, RuÅN ther E, Klingberg S, Gastpar M, Möller HJ, Riedel M. Evaluating depressive symptoms and their impact on outcome in schizophrenia applying the Calgary Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;123: 228–238
- Shanfield S, Tucker GJ, Harrow M, Detre T. The schizophrenic Patient and Depressive Symptomatology. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 1970;151(3):203-210
- Sharaf AY, Ossman LH, Lachine OA. A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies.* 2012;49:1512–1520
- Shergill SS ve Murray RM. Affective Symptoms in Schizophrenia. *Comprehensive Care of Schizophrenia'da.* Lieberman JA, Murray RM (Ed.) Martin Dunitz yayınları. Londra. 2001:205-218
- Shrivastava A, Johnston ME, Shah N, Innamorati M, Stitt L, Thakar M, Lester D, Pompili M. Persistent suicide risk in clinically improved schizophrenia patients: challenge of the suicidal dimension. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2010;6:633–638.
- Simms, J, McCormack V, Anderson R, Mulholland C. Correlates of self-harm behavior in acutely ill patients with schizophrenia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 2007;80:39–49.
- Siris SG. Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSM-IV. *Schizophr Bull.*1991;17:75-98.
- Siris SG, Addington D, Azorin JM, Falloon IRH, Gerlach J, Hirsch SR. Depression in schizophrenia: recognition and management in the USA. *Schizophr Res.* 2001;47:185–97.
- Soygür H, Aybaş M, Hınçal G, Aydemir Ç. Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği: güvenilirlik ve yapısal geçerlik çalışması. *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi.* 2000;13:204-210.
- Soygür H, Erkoç Ş. Şizofreni Kavramına Tarihsel Bir Bakış. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Editörler, Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007:1-12.
- Soygür H, Özalp E, Alptekin K. Şizofreni ve yaşam kalitesi. Soygür H, Alptekin

- K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Editörler, Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007:250-269
- Staring, AB, Van der Gaag M, Van den Berge M, Duivenvoorden HJ, Mulder CL. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr. Res.* 2009;115(2-3): 363-369.
- Taşkın EO. İçselleştirilmiş damgalama ve damgalama algısı. Taşkın EO Editör. *Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. 1. Baskı, İzmir, Meta Basım, 2007;:31-40.
- Umut G, Öztürk Altun Z, Danışmant BS, Küçükparlak İ, Karamustafalıoğlu N, İlnem MC. Şizofreni Hastalarında Özkıyım Girişimi ve Özkıyım Düşüncesinin, Hastalık Şiddeti, Depresyon ve İçgörü ile İlişkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013;26:341-350
- WHO. Preventing Suicide: A Global Imperative Executive Summary. Geneva 2014 [www.who.int/mental\\_health/suicideprevention/exe\\_summary\\_english](http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_english)
- Wong Z, Öngür D, Cohen B, Ravichandran C, Noam G, Murphy B. Command hallucinations and clinical characteristics of suicidality in patients with psychotic spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2013; 54:611-617
- Yan F, Xiang YT, Hou YZ, Ungvari GS, Dixon LB, Chan SS, Lee EH, Li WY, Li WX, Zhu YL, Chiu HF. Suicide attempt and suicidal ideation and their associations with demographic and clinical correlates and quality of life in Chinese schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:447-454.
- Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr. Serv.* 2008;59(12):1437-1442.
- Yen CF, Yeh ML, Chen CS, Chung HH. Predictive Value of Insight for Suicide, Violence, Hospitalization and Social Adjustment for Outpatients With Schizophrenia: A Prospective Study. *Comprehensive Psychiatry*. 2002; 43(6): 443-447.
- Yıldız M, Yazıcı A, Böke Ö. Şizofrenide nüfus ve klinik özellikler: çok merkezli kesitsel bir olgu kayıt çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010; 21:213-224.
- Yoo T, Kim SW, Kim SY, Lee JY, Kang HJ, Bae KY, Kim JM, Shin IS, Yoon

JS. Relationship between Suicidality and Low Self-esteem in Patients with Schizophrenia. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. 2015;13(3):296-301.

Zisook S, Byrd D, Kuck J, Jeste DV. Command hallucinations in outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1995; 56:462-465.



**EK 1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

<b>Adı Soyadı:</b>	<b>Yaşı:</b>
<b>Cinsiyeti:</b>	<b>Tel:</b>
<b>Yaşadığı Yer:</b> (1) il (2) ilçe (3) köy	<b>Medeni Durum:</b> 1) Bekar (2) Evli (3) Boşanmış
<b>Yaşam şekli:</b> (1) yalnız (2) anne-baba ile (3) eş- çocuklar (4) diğer yakını	<b>Eğitim Durumu:</b> (1) Okur-yazar (2) İlkokul (3) ortaokul (4) Lise (5) üniversite (6) lisansüstü
<b>Okuduğu Toplam Yıl:</b>	<b>Çalışma Durumu:</b> (1) Öğrenci (2) Çalışıyor (3) işsiz (4) Ev hanımı (5) Emekli/ Malulen emekli
<b>Ekonomik Durumu:</b> 1) zayıf (2) orta (3) iyi	<b>Aylık Gelir:</b>
<b>Hastalığın Başlama Yaşı:</b>	<b>Hastalık Süresi:</b>
<b>Hastaneye yatış:</b> (1) var (2) yok	<b>Kaç Kez:</b>
<b>İntihar Girişimi:</b> 1) var (2) yok	<b>Sayısı:</b>
<b>Şekli:</b> (1) ilaç (2) ilaç dışı (kesi, ası,..)	<b>Aile Öyküsü:</b> (1) var (2) yok
<b>Sigara Kullanımı:</b> (1) var (2) yok	<b>Alkol Kullanımı:</b> (1) var (2) yok
<b>Madde Kullanımı:</b> (1) var (2) yok	

## EK 2: PANSS

1= Yok 2= Çok 3= Hafif 4= Orta 5= Orta/Ağır 6= Ağır 7=Çok ağır

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ								GENEL PSIKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ							
P1. Sanrılar	1	2	3	4	5	6	7	G1. Bedensel kaygı	1	2	3	4	5	6	7
P2. Düşünce dağımlıklığı	1	2	3	4	5	6	7	G2: Anksiyete	1	2	3	4	5	6	7
P3. Varsanımlar	1	2	3	4	5	6	7	G3. Suçluluk duyguları	1	2	3	4	5	6	7
P4. Taşkınlık	1	2	3	4	5	6	7	G4. Gerginlik	1	2	3	4	5	6	7
P5. Büyüklük duyguları	1	2	3	4	5	6	7	G5. Manyerizm ve vücut durumu	1	2	3	4	5	6	7
P6. Şüphencilik/körülük görme	1	2	3	4	5	6	7	G6. Depresyon	1	2	3	4	5	6	7
P7. Düşmanca tutum	1	2	3	4	5	6	7	G7. Motor yavaşlama	1	2	3	4	5	6	7
NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ								G8. İşbirliği kuramama	1	2	3	4	5	6	7
N1. Duygulanımda	1	2	3	4	5	6	7	G9. Olağan dış düşünce içeriği	1	2	3	4	5	6	7
N2. Duygusal içtekelme	1	2	3	4	5	6	7	G10. Yönelim bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
N3. İlişki kurmada güçlük	1	2	3	4	5	6	7	G11. Dikkat azalması	1	2	3	4	5	6	7
N4. Pasif/kayıtsız biçimde kendini	1	2	3	4	5	6	7	G12. Yargılama ve içgörü eksikliği	1	2	3	4	5	6	7
N5. Soyut düşünme güçlüğu	1	2	3	4	5	6	7	G13. İdare bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
N6. Konuşmanın kendiliğinden ve alıcı	1	2	3	4	5	6	7	G14. Dürtü kontrolsüzlüğu	1	2	3	4	5	6	7
N7. Sterotipik	1	2	3	4	5	6	7	G15. Zihinsel aşırı uğraşı	1	2	3	4	5	6	7
								G16. Aktif biçimde sosyal kaçınma	1	2	3	4	5	6	7

PUANLAMA: Pozitif belirtiler:      Negatif belirtiler:      Genel psikopatoloji:      Toplam:

## EK 3: CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

### CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

1) Depresyon: Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta içinde, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi [KENDİ KELİMELERİ] hissediyorsunuz? Gün boyu?

0. Yok
1. Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder
2. Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısında süren belirgin çökkün duygudurum: her gün var
3. Şiddetli: Her gün zamanın yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum

2) Umutsuzluk: Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi yoksa hala çaba göstermek için neden var mı?

0. Yok
1. Hafif: Son iki hafta boyunca bazı zamanlar umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor
2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiyce gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor
3. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

3) Değersizlik duygusu: Başka insanlarla karşılaştığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görüyorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?

0. Yok
1. Hafif: Kısmen aşağılık duygusu var; değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor
2. Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor; ama zamanın yarısından azında
3. Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor

4) Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri: Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanrılarını dışlayın)

0. Yok
1. Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez
2. Orta: İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular
3. Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder

5) Patolojik Suçluluk: Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kabahatli bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakkettiğinizi düşünüyor musunuz?

0. Yok
1. Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır
2. Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar
3. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder

6) Sabah Depresyonu: Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğini fark ettiniz mi?

0. Yok: Depresyon yok
1. Hafif: Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok
2. Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir
3. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir

7) Erken Uyanma: Sabahları normalden daha mı erken uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

0. Yok: Erken uyanma yok
1. Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
2. Orta: Çoğunlukla (en çok haftada beş kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
3. Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

8) Özkıyım: Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?

0. Yok
1. Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkıyım düşünceleri
2. Orta: Üzerinde uğraşmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunmamıştır
3. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıyım girişimi (örn.: şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9) Gözlenen Depresyon: Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüşmede uygun anlarda sorulan "Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?" sorusu bu gözlem için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

0. Yok
1. Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir
2. Orta: Kişi görüşme boyunca sikkın, tekdüze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur
3. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar, ya da kişi ısrarlı olarak ısraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun varolduğundan emindir.

## EK 4: İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1.a Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve / veya ilaç tedavisi ve / veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu ?  
(Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir)

- ◆ Sıklıkla = 2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular)
- ◆ Bazen = 1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular)
- ◆ Hiçbir zaman = 0

Eğer 1a, 1 yada 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz :

1.b Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

- ◆ Sıklıkla = 2 (Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)
- ◆ Bazen = 1 (Unutkanlık/dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir.)
- ◆ Hiçbir zaman = 0 (Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa)

2.a Hastaya sorunuz : "Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?  
yada "Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz ?(mental, fiziksel, belirlenmiş)

- ◆ Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- ◆ Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş)
- ◆ Hiçbir zaman = 0 (Neden doktorların / diğerlerinin-kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Eğer 2a, 1 yada 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz :

2.b Hastaya "bir ruhsal /psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz? Şeklinde sorunuz.  
(2a nın maddeleri geçerlidir.)

- ◆ Sıklıkla = 2
- ◆ Bazen = 1
- ◆ Hiçbir zaman = 0

2.c (Zb. Eğer 1 yada 2 ise) " Hastalığınızı nasıl açıklarsanız? diye sorunuz.

- ◆ Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar: ör; aşırı stres, kimyasal dengesizlik ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar = 2
- ◆ Karşık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar ya da "Bilmiyorum"şeklinde yanıtlar = 1
- ◆ Delüzyonel açıklamalar = 0

3.a ".....(özgül hezeyanı) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?  
diye sorunuz. Ya da ".....(özgül halüsinasyonu ) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz?"

- ◆ Sıklıkla = 2 (bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)
- ◆ Bazen = 1 (bazı günler en azından günde bir kez aklıma gelmiş)
- ◆ Hiçbir zaman = 0

Eğer 3a, 1 yada 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz :

3.b Bu olayları/yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız ? (.....konusundaki inancınız/sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

- ◆ " Hastalığının bir parçası" = 2
- ◆ "Yorgunluk ve stres" gibi dış olaylara bağlıyorsa = 1
- ◆ "Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir)" = 0

Ek soru : ..... durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz ?  
(hasta çevreye hezeyan yada halüsinasyonundan bahsederken)

- ◆ 0= Yalan söylüyorlar
- ◆ 1= Ne söylerse söylesinler hala kendimi emin hissederim
- ◆ 2= Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem
- ◆ 3= Bende bir hata olduğunu düşünürüm.
- ◆ 4= İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum

## EK 5: ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ

### ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ Değerlendirme Formu

Hastanın adı soyadı :  
Tarih :  
Görüşmecinin adı soyadı:

	0	1	2	3	4	5	6
1-EVDEKİ İLİŞKİLER							
2-ARKADAŞLIK İLİŞKİLERİ							
3-TANIDIK EDİNEBİLME							
4-SOSYAL AKTİVİTELER							
5-SOSYAL BAĞLAR							
6-GİRİŞKENLİK							
7-TOPLUMDAN UZAKLAŞMA							
8-KARŞI CİNSLE İLİŞKİLER							
9-MESLEKİ ROLE UYUM							
10-BAŞARI							
11-POTANSİYELİNİ KULLANABİLME							
12-MESLEKİ DOYUM							
13-AMAÇ EDİNEBİLME							
14-MOTİVASYON							
15-ÇEVREYE İLĞİ							
16-ANHEDONİ							
17-ZAMAN KULLANIMI							
18-KİŞİSEL EŞYALAR							
19-GÜNLÜK FAALİYETLER							
20-EŞDUYUM							
21-GÖRÜŞMECİ İLE ETKİLEŞİM							

I- KİŞİLERARASI İLİŞKİLER (1-8) :

II- MESLEKİ ROL (9-12) :

III- RUHSAL BULGULAR (13-17,-20-21) :

IV- KİŞİSEL EŞYA/FAALİYET (18,19) :

**TOPLAM :**

## EK 6: RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ

Bu testte sık sık geçen "ruhsal hastalık" terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer "Kesinlikle aynı fikirde değilim" diyorsanız ( 1 ) rakamını ; "Aynı fikirde değilim" diyorsanız ( 2 ) rakamını ; "Aynı fikirdeyim" diyorsanız ( 3 ) rakamını ; "Kesinlikle aynı fikirdeyim" diyorsanız ( 4 ) rakamını daire içine alarak Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle			
	aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum. 1 2 3 4
9. Ruhsal hastalığım benim "garip" görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim. 1 2 3 4
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar. 1 2 3 4
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam. 1 2 3 4
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim "normal" yaşamın dışında kalmama neden oluyor. 1 2 3 4
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum. 1 2 3 4
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez. 1 2 3 4
- Kesinlikle  
aynı fikirde değilim      Aynı fikirde değilim      Aynı fikirdeyim      Kesinlikle aynı fikirdeyim
15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar. 1 2 3 4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim. 1 2 3 4

17. Ruhsal hastalığının olması hayatımı berbat etti.  1  2  3  4
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığının olduğunu anlayabilirler.  1  2  3  4
19. Ruhsal hastalığımın dolaylı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.  1  2  3  4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.  1  2  3  4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.  1  2  3  4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.  1  2  3  4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkımlanamam.  1  2  3  4
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadelecı bir insan yaptı.  1  2  3  4
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez.  1  2  3  4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.  1  2  3  4
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.  1  2  3  4
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.  1  2  3  4
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.  1  2  3  4

## EK 7: İNTİHAR DÜŞÜNCE Sİ ÖLÇEĞİ

### İNTİHAR DÜŞÜNCE SİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (Ek 3)

Son bir hafta içinde aşığıdaki cümlelerde belirtilen düşüncelerden size uyanlar için "Evet" ,uymayanlar için "Hayır" yanıtını işaretleyiniz.

- 1-Kontrol edemeyeceğim kadar öfkelenirim.  
Evet Hayır
- 2-Bazen başkalarını incitmek isteği hissediyorum  
Evet Hayır
- 3-İncinmem veya yaralanmam umurumda değil  
Evet Hayır
- 4-Kendim için bir şeyleri daha iyi yapacağım konusunda umudumu kesebilirim.  
Evet Hayır
- 5-Geleceğim bana karanlık görünüyor.  
Evet Hayır
- 6-İlerisi için yalnızca hoş olmayan şeyler düşünüyorum  
Evet Hayır
- 7-İstedieğim hiçbir şeyi elde edemiyorum  
Evet Hayır
- 8-Hiçbir şey istediğim gibi değil  
Evet Hayır
- 9-Ölümü hak etmiş olduğumu düşünüyorum  
Evet Hayır
- 10-İntihar girişiminden önce en az üç saat kendimi öldürmeyi düşündüm  
Evet Hayır
- 11-Geçen bir yıl içinde başkalarına hayatıma son verebileceğimden bahsettim  
Evet Hayır
- 12-Zaman zaman kendimi öldürme konusunda karşı konulmaz bir istek duyarım  
Evet Hayır
- 13-Sık sık hayatıma son verme fikri aklıma geliyor.  
Evet Hayır
- 14-İşlerin kötü gitmesi konusunda kendimi suçluyorum  
Evet Hayır
- 15-Kötü bir şeyler yapmışım gibi geliyor.  
Evet Hayır
- 16-Her zamankinden daha yavaş düşünüyorum  
Evet Hayır
- 17- Her zamankinden daha yavaş konuşuyorum  
Evet Hayır

## EK 8: ETİK KURUL ONAM FORMU



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

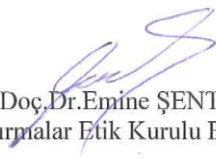
Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/396

24.06.2016

Sayın Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Şizofreni Hastalarında Suisid Girişiminin İlgörü, Depresyon, İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Niteliği ile ilişkisi** başlıklı OMÜ KAEK 2016/ 268 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 23.06.2016 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Doç. Dr. Emine ŞENTUNÇ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkan Yrd.