

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

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İNTİHAR  
OLASILIĞININ, DEPRESYON VE İÇGÖRÜYLE  
İLİŞKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Gümrah Duygu ATMACA

**Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik**

**Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik**

**Tez Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gülgün DURAT**

**OCAK-2016**

T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İNTİHAR  
OLASILIĞININ, DEPRESYON VE İÇGÖRÜYLE  
İLİŞKİSİ

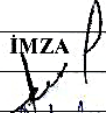
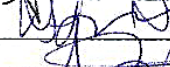

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gümrah Duygu ATMACA

Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik

Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik

"Bu tez 21.10.2016 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği ile kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Prof.Dr.Sevin Altınbaşak	Basarılı	
Doc.Dr.Yasemin Kutlu	Basarılı	
Yrd.Doc.Dr.Gülşün DURAT	Basarılı	

## BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16.02.2015 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurullar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih : 21 / 01 / 2016

Gümrah Duygu ATMACA

İmza

## TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans eğitimim süresince fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen hocam Yrd. Doç. Dr. Gülgün DURAT'a, tezimin hazırlanması sürecinde yardımcı olan Prof. Dr. Atila EROL, Doç. Dr. Esra YAZICI ve Uzm. Dr. Tayfun DURAT'a, olgulara ulaşmamda yardımcı olan Hemőire Gülsün KAYA ZENGİN ve Merve ERİKOĞLU'na ve son olarak varlıklarıyla bana güç katan, bu süreçte maddi manevi yardımlarını esirgemeyen sevgili anne, baba ve kardeşime teşekkür ederim...

Saygılarımla

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No :

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
TABLolar .....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. ŞİZOFRENİ .....	3
2.2. TARİHÇE.....	3
2.3. EPİDEMİYOLOJİ.....	5
2.4. ETİYOLOJİ.....	6
2.4.1. Genetik Etkenler.....	7
2.4.2. Çevresel Etkenler .....	7
2.4.3. Nörokimyasal Etkenler.....	8
2.4.3.1. Dopamin .....	8
2.4.3.2. Serotonin.....	9
2.4.3.3. Glutamat .....	9
2.4.3.4. Gama Aminobütirik Asit (GABA) .....	10
2.4.3.5. Östrojen .....	10
2.4.4. Beyin Görüntüleme Bulguları .....	10

2.4.5. Nörogelişimsel Varsayım .....	11
2.4.6. Nörodejeneratif Varsayım .....	11
2.4.7. Psikanalitik Açıdan Şizofreni .....	11
2.5. TANILAMA.....	12
2.5.1. DSM V'e Göre Tanılama .....	12
2.5.2. ICD 10 Tanı Ölçütleri .....	13
2.5.3. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerde En Sık Kullanılan NANDA Hemşirelik Tanıları .....	14
2.5.3.1. Sağlığı Algılama- Sağlığın Yönetimi .....	14
2.5.3.2. Beslenme- Metabolik .....	14
2.5.3.3. Eliminasyon.....	14
2.5.3.4. Aktivite Egzersiz .....	14
2.5.3.5. Uyku- Dinlenme .....	15
2.5.3.6. Bilişsel- Algısal .....	15
2.5.3.7. Kendini Algılama .....	15
2.5.3.8. Rol- İlişki.....	15
2.5.3.9. Cinsellik- Üreme .....	16
2.5.3.10. Başetme- Stres Toleransı.....	16
2.5.3.11. Değer- İnanç .....	16
2.6. GİDİŞ VE SONLANIM.....	16
2.7. ŞİZOFRENİDE İÇGÖRÜ.....	17
2.8. ŞİZOFRENİDE DEPRESYON.....	20
2.9. İNTİHAR .....	22
2.9.1. İntihar Kuramları.....	23

2.9.2. Şizofrenide İntihar .....	24
2.9.3. Şizofrenide İntihar için Risk Faktörleri.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	28
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ .....	28
3.2. ARAŞTIRMA İZİNİ .....	28
3.3. ÖRNEKLEM.....	28
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	28
3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri .....	28
3.3.3. Örneklem Büyüklüğü .....	29
3.4. VERİLERİN TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇLAR .....	29
3.4.1. Görüşme Formu.....	29
3.4.2. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği .....	29
3.4.3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOÖ) .....	30
3.4.3.1. Umutsuzluk Alt Ölçeği.....	30
3.4.3.2. Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi Alt Ölçeği .....	31
3.4.3.3. Düşmanlık Alt Ölçeği.....	31
3.4.3.4. İntihar Düşüncesi Alt Ölçeği .....	31
3.4.4. Brichwood İçgörü Ölçeği .....	31
3.5. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME .....	31
4. BULGULAR.....	33
4.1. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ, CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ VE BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ CRONBACH ALFA DEĞERLERİ .....	33
4.2. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	33

4.3. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER .....	35
4.4. ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İNTİHARA İLİŞKİN BULGULAR..	37
4.5. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER İLE İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR.....	38
4.6. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR.....	47
4.7. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR .....	55
4.8. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ İLE BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR .....	61
4.9. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ İLE CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR.....	62
4.10. CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ İLE BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR.....	63
5. TARTIŞMA .....	64
5.1. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ, CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ VE BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ CRONBACH ALFA DEĞERLERİNE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI .....	64
5.2. SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI.....	64
5.3. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI .....	69



5.4. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	74
5.5. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI .....	77
5.6. ÖLÇEKLERİN BİRBİRLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI.....	78
5.6.1. İntihar Olasılığı Ölçeği ile Brichwood İçgörü Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması.....	79
5.6.2. İntihar Olasılığı Ölçeği ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması .....	80
5.6.3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ile Brichwood İçgörü Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması .....	81
6. SONUÇ.....	82
7. ÖZET.....	85

## KAYNAKLAR

## EKLER

EK 1- Etik Kurul Onay Formu

EK 2- Gönüllü Olur Formu

EK 3- Görüşme Formu

EK 4- İntihar Olasılığı Ölçeği

EK 5- Brichwood İçgörü Ölçeği

EK 6- Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

## ÖZGEÇMİŞ

## TABLolar

<b>Tablo No:</b>	<b>Sayfa No:</b>
<b>Tablo 1 :</b> Özelliklerin Ağırlığına Göre Sizofrenide İyi ve Kötü Prognoz.....	17
<b>Tablo 2 :</b> İntihar Olasılığı Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ve Brichwood İçgörü Ölçeği Cronbach Alfa Değerleri .....	33
<b>Tablo 3 :</b> Şizofreni Hastalarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımları.....	35
<b>Tablo 4 :</b> Cinsiyete Göre Hastalık Başlangıçlarının Değerlendirilmesi.....	35
<b>Tablo 5 :</b> Şizofreni Hastalarının Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Dağılımları.....	37
<b>Tablo 6 :</b> Şizofreni Hastalarının İntihar Öykülerine Göre Dağılımları .....	37
<b>Tablo 7 :</b> Cinsiyet ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	38
<b>Tablo 8 :</b> Medeni Durum ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.	38
<b>Tablo 9 :</b> Eğitim Durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	39
<b>Tablo 10 :</b> Çalışma Durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	39
<b>Tablo 11 :</b> Sağlık Güvencesi ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	40
<b>Tablo 12 :</b> Gelir Durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.	40
<b>Tablo 13 :</b> Bireylerin Gelir Durumlarına Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması .....	41
<b>Tablo 14 :</b> Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	41
<b>Tablo 15 :</b> Alınan Tedavinin Hastalığı İyileştireceğini Düşünme Durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	42
<b>Tablo 16 :</b> Hastanede Yatış Durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	42

<b>Tablo 17 :</b> Hastanede Yatış Süresi ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	43
<b>Tablo 18 :</b> Psikiyatrik Yakınma Dışında Tedavi Gerektiren Başka Sağlık Sorunu Olma Durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 19 :</b> Daha Önceden İntihar Düşüncesi Olma Durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	45
<b>Tablo 20 :</b> Daha Önceden İntihar Girişimi Olma Durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	46
<b>Tablo 21 :</b> Hastalık Dışında Yaşamı Etkileyen Önemli Sorun Olma Durumuna Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 22 :</b> Cinsiyet ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 23 :</b> Medeni Durum ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 24 :</b> Eğitim Durumu ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 25 :</b> Çalışma Durumu ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	49
<b>Tablo 26 :</b> Hastaların Sağlık Güvencesine Sahip Olma Durumları ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
<b>Tablo 27 :</b> Gelir Durumu ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	50
<b>Tablo 28 :</b> Hastaların Yaşadıkları Kişiler ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	50
<b>Tablo 29 :</b> Alınan Tedavinin Hastalığı İyileştirme Durumu ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	51
<b>Tablo 30 :</b> Olguların Hastanede Yatış Durumlarının Brichwood İçgörü Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması .....	52

<b>Tablo 31:</b> Hastaların Hastanede Yatış Durumlarına Göre Brichwood İçgörü Ölçeği edavi Gereksiniminin Farkında Olma Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması .....	52
<b>Tablo 32:</b> Hastanede Yatış Süresi ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	53
<b>Tablo 33:</b> Psikiyatrik Yakınma Dışında Tedavi Gerektiren Sağlık Sorunu Olma Durumu ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
<b>Tablo 34:</b> İntihar Düşüncesi ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	54
<b>Tablo 35:</b> İntihar Girişimi ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	54
<b>Tablo 36:</b> Hastalık Dışında Sorun Yaşama Durumu ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
<b>Tablo 37:</b> Cinsiyet ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	56
<b>Tablo 38:</b> Medeni Durum ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	56
<b>Tablo 39:</b> Eğitim Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	56
<b>Tablo 40:</b> Çalışma Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	57
<b>Tablo 41:</b> Sağlık Güvencesi ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	57
<b>Tablo 42:</b> Gelir Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	58
<b>Tablo 43:</b> Bireylerin Gelir Durumlarına Göre Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Kıyaslanması .....	58

<b>Tablo 44:</b> Yaşanılan Kişiler ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	58
<b>Tablo 45:</b> Alınan Tedavinin Hastalığı İyileştireceğini Düşünme Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	59
<b>Tablo 46:</b> Hastanede Yatış Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	59
<b>Tablo 47:</b> Hastanede Yatış Süresi ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	60
<b>Tablo 48:</b> Psikiyatrik Yakınma Dışında Tedavi Gerektiren Sağlık Sorunu Olma Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması ...	60
<b>Tablo 49:</b> Daha Önce İntihar Düşüncesi Olma Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	60
<b>Tablo 50:</b> Daha Önce İntihar Girişiminde Bulunma Olma Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	61
<b>Tablo 51:</b> Hastalık Dışında Yaşamı Etkileyen Sorun Yaşama Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	61
<b>Tablo 52:</b> İntihar Olasılığı Ölçeği ile Brichwood İçgörü Ölçeği Arasındaki İlişki...	62
<b>Tablo 53:</b> İntihar Olasılığı Ölçeği ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki .....	63
<b>Tablo 54:</b> Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ile Brichwood İçgörü Ölçeği Arasındaki İlişki .....	63

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni genç yaşlarda başlayıp kronik gidiş gösteren, ileri derecede yeti yitimine yol açan, çok fazla tedavi masrafına ve iş gücü kaybına sebep olan önemli bir toplum ruh sağlığı sorunudur (Yavaşçı Öztepe ve Akkaya 2012).

Şizofreni Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve 2007 yılında ülkemizde gerçekleştirilen ruh sağlığı eylem planı verilerine göre bütün hastalıklar arasında en çok yeti yitimine ve kayba yol açan 10 hastalıktan biridir (Yanık 2007, Şevik ve ark 2012, Randall et al 2014). Şizofren hastaların %20-50'sinin daha önce intihar girişiminde buldukları, diğer psikiyatri hastaları ile karşılaştırıldıklarında intihar etmek için daha ciddi yöntemler kullandıkları belirlenmiştir. İntihar girişiminde bulunan şizofren hastaların %10-15'inin hayatını kaybettiği saptanmıştır (Sevinçok 1998, Radomsky, Haas, Mann, Sweeney 1999, Siris 2000, Çam ve Engin 2014, Ishii et al 2014, Stahl ve Alkın 2015, Jaaskelainen et al 2015). Psikiyatrik hastalıklarda intihar için tanı aldıktan sonraki ilk yıl çok önemliyken, şizofreni hastaları için böyle bir ayırım bulunmamaktadır. Şizofrenide intihar riski çok yüksektir (Tükel ve Çakır 2013).

Depresif semptomlar, içgörünün yüksek olması, sosyal destek azlığı, daha önce intihar girişiminde bulunmuş olma şizofrenide intihar riski açısından önemlidir (Siris et al 2001, Köroğlu 2015). Geleceğe ilişkin olumsuz beklentiler olarak tanımlanan umutsuzluk, depresyonla yakından ilişkilidir. İntihar niyeti ile depresyon arasındaki ilişkide umutsuzluk kritik rol oynamaktadır. Şizofrenide depresyonun özellikle de umutsuzluğun değerlendirilmesi intihar riski açısından önem taşımaktadır (Misdrahi, Denard, Swendsen, Jaussent, Courtet 2014). Eskiden postpsikotik depresyon kavramı kullanılırken şu anda şizofreniye eş tanı olarak depresyon kullanılmaktadır (Siris et al 2001, Köroğlu 2015). Şizofreni belirtilerinin özellikleri, yan etkileri nedeniyle depresyon çoğu zaman gözden kaçmaktadır (Karlidere, Uzun, Balıkcı 2015). Şizofrenide depresyon tedavi edilebilirken, intihar geri döndürülemeyen bir olgudur. Bu nedenle şizofren hastalara bakım verirken risk faktörlerinin iyi değerlendirilmesi ve ipuçlarının kaçırılmaması önemlidir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarında intihar olasılığının, içgörü ve depresyon ile ilişkisinin araştırılması hedeflenmiştir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. ŞİZOFRENİ

Şizofreni; genç yaşta başlayan, insanın kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü bir içe kapanım (otizm) dünyasında yaşadığı düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü bir ruhsal bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin 2011).

### 2.2. TARİHÇE

Şizofreni, çağlar boyu sağlık profesyonellerine ve düşünörlere konu olmuştur. Eski çağ Sanskrit yazıtlarında, Hindu yapıtlarında ve Hipokrat okuluna bağılı eski Yunan hekimlerinin yazılarında şizofrenik türde belirtiler gösteren ruh hastalıklarının tanımlandığı bildirilmektedir (Çam ve Engin 2014, Öztürk ve Uluşahin 2011). M.S. birinci ve ikinci yüzyıllarda yaşamış olan Areteus ve Soranus, şizofrenik tepkilerden bazılarını ve özellikle paranoid tepkileri günümüzdekine oldukça yakın bir biçimde tanımlamışlardır (Çam ve Engin 2014). 17.yy'da Willis'in, 18.yy'da Pinel'in şizofreniye ilişkin yazıları mevcuttur. 18. yy'ın başlarında da John Haslam ve George Man'ın gençlik çağında başlayan içe kapanma, düşünce bozukluğu ile giden ve bir ad veremedikleri endojen bozukluğun şizofreni olduğı düşünölebilir (Öztürk ve Uluşahin 2011). Özellikle Ortaçağ'da şizofreni kavramının üzeri batıl inançlarla örtölmüş ve 19.yy'ın ortalarına doğru bilimsel inceleme konusu durumuna gelebilmiştir (Yüksel 2006, Çam ve Engin 2014).

İlk kez 1860 yılında Morel, aile içi ve okulda çatışmalar ve uyum sorunlarıyla başlayan, yıkımla sonuçlanan bir içe kapanma tablosunu 'Dementia Praecox' olarak adlandırmıştır (Yüksel 2006, Köroğlu ve Güleç 2007, Öztürk ve Uluşahin 2011, Keltner, Bostrom, McGuinness 2011, Çam ve Engin 2014).

Karl Kahlbaum (1829-1899) katatonik, Ewold Hecker (1843-1909) ise hebefrenik şizofreniyi tanımlamışlardır (Yüksel 2006, Köroğlu ve Güleç 2007, Keltner et al 2011, Çam ve Engin 2014). 1896'da Emil Kraepelin bu klinik tabloya paranoid ve basit tipleri de eklemiş, bunların büyük olasılıkla metabolik kökenli bir hastalığın farklı görünömleri olduğunu ileri sürerek hepsini 'Dementia Praecox' başlığı altında



toplamaştır (Köroğlu ve Güleç 2007, Keltner et al 2011). Kraepelin bu hastalığın ergenlik çağında başlayıp ilerleyici bir biçimde kötüleştiğine dikkat çekmiştir (Yüksel 2006, Çam ve Engin 2014). Klinik olarak yaygın halüsinasyon ve hezeyan bulguları hastalığın akut dönem belirtileri olarak tanımlanmıştır. Kraepelin bu hastaların %4'ünün tamamen iyileştiğini, %13'ünün remisyona girdiğini belirtmiştir (Çam ve Engin 2014). Kraepelin'in önemli bir başka katkısı ise günümüzün şizofreni kavramı içinde önemli yer tutan pozitif negatif belirti ayrımının kavramsal çerçevesini oluşturmasıdır (Köroğlu ve Güleç 2007).

Eugen Bleuler literatürde ilk kez 'Dementia Praecox' yerine zihin yarılması anlamına gelen 'Şizofreni' terimini kullanmış, Kraepelin'in ileri sürdüğü gibi her hastada yıkımın olmadığını belirtmiştir (Sayıl ve Devrimci Özgüven 2000, Yüksel 2006, Köroğlu ve Güleç 2007, Keltner et al 2011, Çam ve Engin 2014). Tüm olguların demansla sonlanmadığını, seyirlerinin değişken olabileceğini ileri sürmüştür (Yüksel 2006).

Bleuler tüm şizofreni hastalarında dört temel belirtinin olduğunu öne sürmüştür. Tarihsel olarak bu belirtiler 4A belirtisi olarak tanımlanmıştır:

- Otizm: Gerçeklikten çekilme ve fantastik bir dünyada yaşama eğilimi
- Ambivalans: Birbirine zıt duygu, düşüncelerin ve eğilimlerin olması
- Affektif Bozukluklar: Duyguların uygunsuzluğu, küntlüğü
- Asosiyasyon Bozuklukları: Düşünce ve çağrışımlarda çözülme (Yüksel 2006, Keltner et al 2011).

Bleuler'e göre, 4A belirtileri olarak adlandırılan bu belirtiler birincil belirtiler, varsanılar, sanrılar, negativizm gibi belirtiler ise ikincil belirtiler olarak tanımlanmıştır (Yüksel 2006, Keltner et al 2011, Çam ve Engin 2014).

20.yy başında psikobiyojinin ve modern psikiyatrinin kurucuları olan Meyer, Sullivan, Longfield ve Schneider şizofreninin ve diğer ruhsal hastalıkların yaşam stresine karşı tepki olarak geliştiğini ileri sürerek 'şizofrenik reaksiyon' terimini kullanmışlardır (Yüksel 2006, Köroğlu ve Güleç 2007, Çam ve Engin 2014). Kişilerarası psikoanalitik okulun kurucusu Sullivan, şizofrenide hem bir semptom,

hem de bir neden olarak sosyal izolasyon olduğunu vurgulamıştır (Yüksel 2006, Çam ve Engin 2014).

Şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler Kraepelin'den beri biliniyordu ancak, Crow (1982), Andeersen ve Olsen (1982) yayımladıkları makalelerde pozitif (tip I) ve negatif (tip II) belirti ayırımına yeniden dikkat çekmişlerdir (Köroğlu ve Güleç 2007, Keltner et al 2011).

G. Longfield, şizofreni ve şizofreniform psikoz ayırımını yapmıştır. Şizofrenide, depersonalizasyon, otizm, duygusal küntlük, sinsi başlangıç, derealizasyon, gerçeği test etme yeteneğinin bozukluğunu vurgulamıştır. Schneider, şizofrenide birincil ve ikincil dereceden semptomları belirtmiştir. Birincil dereceden semptomlar; kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylendiğini işitme, kendisine emir veren yönlendiren seslerin işitilmesi, kendisiyle kavga eden tartışan seslerin işitilmesi, düşünce çalınması, düşünce yayınlanması, düşünce sokulması, algı bozuklukları, duyu, düşünce ve davranışta kontrol edilme ve etkilenme hezeyanlarıdır (Çam ve Engin 2014). Bu semptomlar daha sonra DSM'lere de kaynak teşkil etmiştir (Köroğlu ve Güleç 2007, Çam ve Engin 2014).

### **2.3. EPİDEMİYOLOJİ**

Şizofreni her toplum ve coğrafi bölgede görülen bir bozukluktur (Sayıl ve Devrimci Özgüven 2000, Yüksel 2006, Köroğlu ve Güleç 2007). Verilerin toplanılması ve karşılaştırılmasındaki zorluklara karşın, şizofreni sıklığının ve yaşam boyu yaygınlığının tüm dünyada eşit olduğu söylenebilir (Yüksel 2006, Köroğlu ve Güleç 2007).

Erişkinlerdeki prevalansı % 0,3-1,5 arasında değişmektedir. Yıllık insidansı 10.000'de 0,5'le 5 arasındadır (Köroğlu 2015). Yaşam boyu bu hastalığa yakalanma oranı %1 dolaylarındadır. Bu oran 60 yaşına dek erkek ve kadınlarda aynıdır (Sayıl ve Devrimci Özgüven 2000, Yüksel 2006, Köroğlu ve Güleç 2007, Çam ve Engin 2014, Köroğlu 2015). Hastalığın başlama yaşı erkeklerde 18-25, kadınlarda 25-35'dir. 10 yaşından önce ve 50 yaşından sonra hastalık nadir görülür (Çam ve Engin 2014, Köroğlu 2015). Daha kötü sonuçlanan, negatif semptomların ağır bastığı, uzun süreli seyreden hali erkeklerde, daha çok duygulanım semptomlarının ağır bastığı

daha iyi seyirli hali ise her iki cinsiyette de eşit görülmektedir (American Psychiatric Association 2013, Çam ve Engin 2014). Bazı çalışmalarda kadın hastaların sosyal ilişkilerinin erkeklere göre daha iyi olduğu belirtilmiştir (Çam ve Engin 2014).

Çalışmalar kalıtım faktörü ele alınarak incelendiğinde; anne ya da babası şizofreni olan birinin yaşam boyu şizofreniye yakalanma olasılığının % 13, hem annesi hem de babası şizofreni olan birinin % 35-40 dolaylarında olduğu saptanmıştır. Şizofrenisi olan kişilerin birinci derecede biyolojik akrabalarında ise, oranın genel topluma göre 10 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Koroğlu 2015).

Dünya Sağlık Örgütü'nün bir araştırmasına göre, dünyada yeti yitimine en çok yol açan 10 hastalıktan beşini ruhsal hastalıklar oluşturmaktadır. Bu hastalıklar sırasıyla depresyon, alkol kullanımı, bipolar bozukluk, şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluktur. Anksiyete bozuklukları, depresyon, bipolar bozukluklar ve şizofreni yeterince tedavi edilemediği zaman daha çok işlev, işgücü kaybı ve ailesel sorunlara yol açmakta, hastalığın yaygınlığının ve tedavi maliyetlerinin artmasına katkıda bulunmaktadır (<http://www.psikiyatri.org.tr/presses.aspx?press=269> Erişim tarihi:08 Aralık 2015, Tükel ve Çakır 2013). Şizofrenide hayat beklentisi genel toplumdan 20-30 yıl daha kısadır (Stahl ve Alkın 2015). Toplumun geri kalanına göre şizofrenilerde ölüm oranı ne sebeple olursa olsun (intihar, travma, solunum hastalıkları, dolaşım hastalıkları... vb) normal popülasyona göre iki kat daha fazla bulunmuştur (Kredentser, Martens, Chochinov, Prior 2014, Stahl ve Alkın 2015). Son zamanlarda yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında intihar riski artış göstermektedir (Teraishi et al 2014, Richard Devantoy, Orsat, Dumais, Turecki, Jollant 2014, Jaaskelainen et al 2015). Hastaların % 20-50'sinde intihar girişimi görülmektedir (Sevinçok 1998, Siris 2000, Çam ve Engin 2014, Stahl ve Alkın 2015, Jaaskelainen et al 2015).

## **2.4. ETİYOLOJİ**

Şizofreninin kesin nedeni tam olarak bilinmemekte, bu konuda değişik teoriler ileri sürülmektedir (Çam ve Engin 2014).

### **2.4.1. Genetik Etkenler**

Şizofreni hastalarının ailelerinde bu hastalığın görülme sıklığı toplum ortalamasından belirgin düzeyde yüksektir. Sağlıklı aileler tarafından evlat edinilen ancak biyolojik annesi şizofreni hastası olan çocuklarda şizofreni görülme olasılığının daha fazla olduğu bulunmuştur (Tükel ve Çakır 2013). Tek yumurta ikizlerinin birinde şizofreni görülmesi durumunda diğerinde şizofreninin ortaya çıkma olasılığı % 50, anne ve babanın ikisinin birden şizofreni olması durumunda % 40, anne veya babadan sadece birinde şizofreni olması durumunda % 8'dir. Kardeşlerden birinin hasta olması durumunda diğer çocukta da görülme olasılığı %12'dir (Çam ve Engin 2014). İkinci derece akrabalar için risk % 2-3 civarındadır (Tükel ve Çakır 2013).

Yapılan çalışmalara göre, obsesif-kompulsif bozuklukla şizofreni arasında önemli ilişki olduğu; kendisi ve ebeveynlerinde obsesif kompulsif bozukluk tanısı olanlarda şizofreni gelişme olasılığının yüksek olduğu belirlenmiştir. (Meier et al 2014).

Şizofreni ile ilişkili birçok gen bildirilmiştir. 1q, 2q, 5q, 6p, 8p, 10p, 13q, 15q, 22q, kromozomlarında şizofreniye yatkın bölgelerin bulunduğu dair kanıtlar bulunmuştur (Levinson 2003).

### **2.4.2. Çevresel Etkenler**

Şizofreni tanısı almış kişilerle yapılan görüşmelerde, stres yaratan yaşam olaylarının sıklığının toplum ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir. Özellikle ani gelişen hastalıklar, beklenmeyen ölümler gibi kontrol edilemeyen yaşam olayları, yatkınlığı olan kişilerde şizofreninin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Arıhan 1998). Bunun yanında çocukluk dönemindeki, fiziksel ve cinsel istismar gibi örseleyici yaşam olaylarının da ruhsal bozukluklarla ilişkisi olduğu söylenmektedir (Tiryaki 2008).

Göç yıllarca psikopatolojinin bir nedeni olarak görülmüştür. Bireylerin aile, arkadaş, bildik ortam ve kurumlarda yaşadıkları kültürel bir yapıdan, olağan destek sistemlerinden uzaklaştıran farklı bir coğrafi bölgeye hareketi genellikle şiddetli bir stres kaynağı olarak ele alınmıştır (Sevinçok 2000, Tiryaki 2008). Bir meta analizde birinci ve ikinci kuşak göçmenler arasında şizofreni riskinin arttığı bulunmuştur (Seltena, Cantor Graaeb, Kahna 2007). Ancak yapılan çalışmalara göre sadece göç değil, aynı zamanda göç edilen bölgede kalış süresinin artması bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (Bhugra 2004, Tuzcu ve Ilgaz 2015). Örneğin,

10-12 yıl süreyle Amerika'da ikamet eden Norveçli göçmenlerde şizofreni görülme oranları yeni yerleşenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bhugra 2004).

Şizofreni her türlü sosyoekonomik ortamda görülebilmektedir (Arıhan 1998). Ancak toplumsal durum ile ruh hastalıkları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara göre toplumun sosyo-kültürel ve ekonomik olarak alt tabakalarındaki kişilerde ruhsal hastalıklar ve bunlara bağlı yetersizliklerin daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Sevinçok 2000). Düşük sosyo-ekonomik kesimlerde; enfeksiyonlar, doğum öncesi bakımın yetersizliği, yoksulluk, işsizlik korkusu, maddi açıdan yetersiz, güvensiz bir ortamda yaşamak ve buna bağlı stres faktörlerinin varlığı, şizofreni sıklığını ve yaygınlığını arttıran etkenler olarak görülebilmektedir (Arıhan 1998, Sevinçok 2000).

Annenin gebelik sırasında folat ve D vitamini depolarının durumu, erken ebeveyn kaybı ve travmalar gibi çocukluk çağına ait olumsuz yaşam olayları yer almaktadır (Binbay, Ulaş, Alptekin 2010).

Hamilelik sırasında maruz kalınan viral enfeksiyonların, özellikle hipoksiye yol açan doğum komplikasyonlarının da şizofreniye yol açtığı bulunmuştur (Güz 2000, Binbay ve ark 2010, Tükel ve Çakır 2013).

Şizofreni etiyojisinde üzerinde durulan konulardan biri de mevsimsellikdir. Yapılan araştırmalarda şizofren hastaların daha çok ilkbahar aylarında doğdukları saptanmıştır (Güz 2000, Dora, Önal, Ceylan, Kenar, Kılınç 2004).

### **2.4.3. Nörokimyasal Etkenler**

Şizofreninin etiyojisinde dopamin, seratonin, glutamat, gama aminobütirik asit (GABA) sistemlerinin rol oynadığı düşünülmektedir.

#### **2.4.3.1. Dopamin**

Dopamin kimyasal yapısı adrenaline benzeyen ve devinim denetimi, zevk ve acıyı duyma gibi tepkiler ile ilgili beyin süreçlerinde yer alan önemli bir nörotransmitterdir (Öztürk ve Uluşahin 2011). Dopaminerjik sistem, merkezi sinir sisteminde fizyolojik ve işlevsel mekanizmaları en iyi bilinen nörotransmitter sistemlerinden biri olmasının yanında, birçok nörolojik ve psikiyatrik hastalığın belirtilerine zemin hazırlaması

açısından da önemlidir. Şizofrenide, bazı genetik ve çevresel yatkınlıklar sonucunda, düzensiz bir dopaminerjik sistem oluşur (Sayın 2008).

Beyinde beş dopamin yolağı bulunmaktadır. Bunlar; mezolimbik, mezokortikal, nigrostriatal, tuberoinfundibular ve talamusu uyaran dopamin yolağıdır (Stahl ve Alkın 2015). Bu beş dopamin yolağından mezolimbik, mezokortikal dopamin yolakları şizofreni etiolojisinde önemlidir.

Mezolimbik dopamin yolağının, psikozun sanrı ve varsanı gibi pozitif belirtilerini de içeren çeşitli duygusal davranışlarda rol oynadığı düşünülmektedir (Ertuğrul 2005, Stahl ve Alkın 2015).

Mezokortikal dopamin yolağının, biliş, yürütücü işlevler ve afekti düzenlediği düşünülmektedir (Stahl ve Alkın 2015). Mezokortikal dopamindeki azalmanın bilişsel işlevlerde bozulma ve negatif belirtilerle ilişkili olduğu inanılmaktadır (Ertuğrul 2005, Stahl ve Alkın 2015).

#### **2.4.3.2. Serotonin**

Beyin serotonin reseptörleri başlangıçta serotonin reseptörü, 5-HT1 ve 5-HT2 reseptörleri olmak üzere ikiye ayrılmıştır.

Şizofrenide serotonerjik ve dopaminerjik sistemler ile ilişkili bozukluklar, birbirinden bağımsız süreçlerden çok iki sistem arasındaki dinamik etkileşimlerle açıklanmaktadır. Serotonin çeşitli beyin bölgelerinde farklı etkiler ortaya çıkararak dopamin nöronları üzerinde düzenleyici bir etki göstermektedir (Yavaşçı Öztepe ve Akkaya 2012).

Şizofrenideki bilişsel değişikliklerden 5-HT1 reseptörlerinin sorumlu olduğu, bu reseptörün özellikle depresyon ve intiharla ilişkili olduğu bildirilmiştir.

5-HT2 reseptörünün ise şizofrenide bozulmuş olan belleğin bilişsel sürecinde etkili olduğu düşünülmektedir (Yavaşçı Öztepe ve Akkaya 2012).

#### **2.4.3.3. Glutamat**

Glutamat, beyinde neredeyse tüm nöronları uyarma yeteneğine sahip yaygın bir eksitator nörotransmitterdir. Son yıllarda özellikle şizofreni ve depresyon için psikofarmakolojik açıdan çok önem taşımaktadır (Stahl ve Alkın 2015).

Bir N-metil-D-aspartat reseptör kanalı antagonisti olan fenilsiklidinin sağlıklı kişilere verilmesinin şizofreni benzeri bir sendroma yol açtığı bildirilmiştir. Bu kişilerde paranoya, ajitasyon, işitme varsanıları gibi pozitif; apati, toplumdan çekilme, dikkatte azalma gibi negatif belirtiler görülmüştür. Fenilsiklidinin şizofren hastalara verilmesinin psikotik belirtilerin alevlenmesine yol açtığı bulunmuştur (Öztürk ve Uluşahin 2011).

#### **2.4.3.4. Gama Aminobütirik Asit (GABA)**

Şizofrenide GABA ile ilgili bulgular kortikal GABAerjik ara nöronlarda azalma, prefrontal kortekste GABA-A reseptör yoğunluğunda artma, hipokampusta GABA gerilim bölgelerinde azalma olarak sıralanabilir (Öztürk 2010).

Şizofrenideki uyku bozukluğunda dopamin dizgesinin aşırı çalışmasının yanı sıra, GABA dizgesinin de rolü olduğu düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2011).

#### **2.4.3.5. Östrojen**

Yapılan çalışmalarda kadınların östrojen seviyelerinin düştüğü premenstrüasyon döneminde psikotik atak sayılarının arttığı, östrojen seviyesinin yüksek seyrettiği gebelik döneminde kronik psikozaın düzelmeye gösterdiği bulunmuştur (Güvenç, İlnem, Ceylan, Vardar 2004). Östrojenin antidopaminerjik etkisi sayesinde kadınların şizofreniye karşı korunduğu düşünülmektedir (Güz 2000, Güvenç ve ark 2004).

#### **2.4.4. Beyin Görüntüleme Bulguları**

Şizofreni hastalarındaki fonksiyonel manyetik rezonans (fMRI) ile yapılan beyin görüntülemeleri, biliş ve duyguyla bağlantılı beyin bölgelerindeki anormal bilgi işleme sürecini ortaya çıkarmaktadır. fMRI beyin tarayıcıları çoğunlukla korteksteiki piramidal nöronlar gibi, beynin yüzeyine yakın olan nöronların aktivitesini saptayabilir. Ayrıca striatum ve amigdala gibi bazı derin gri madde bölgeleri de görüntülenebilir (Stahl ve Alkın 2015).

Yapılan beyin çalışmalarında şizofreni hastalarında normal kontrole göre serebro spinal sıvı volümü % 7 oranında artış gösterirken, tüm beyin, beyaz ve gri madde hacimleri % 2-3 oranında daha düşük seviyede bulunmuştur (Öztürk 2010, Jaaskelainen et al 2015). Ayrıca şizofren hastalarda ventrikül hacminde artma

olduğu, lateral ventriküllerdeki genişleme ile negatif ve bilişsel belirtiler arasında pozitif ilişki bulunduğu saptanmıştır (Öztürk 2010).

Bazı çalışmalarda amigdala hacminde şizofren grupla kontrol grubu arasında fark bulunmadığı (Jaaskelainen et al 2015), bazı çalışmalarda da şizofren grupta amigdala hacminde önemli miktarda azalma olduğu saptanmıştır (Öztürk 2010).

#### **2.4.5. Nörogelişimsel Varsayım**

Nörogelişimsel varsayımına göre, şizofreninin beynin gelişimi sırasında oluşmaya başlayan bir bozukluk olduğu ileri sürülmektedir. Nöronal gelişimin erken dönemlerinde beyin maturasyonunu etkileyen bazı patolojik süreçlerin etkisiyle beyin hasarı oluşmaktadır. Beynin normal olgunlaşma süreci bozulmakta ve nöron gelişimi olumsuz etkilenmektedir. Sinir sisteminin gelişimiyle birlikte ortaya çıkabilecek sinyal iletimi ve nöron devrelerindeki bozulmaların, şizofreni belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açtığı düşünülmektedir (Öztürk 2010).

#### **2.4.6. Nörodejeneratif Varsayım**

Nörodejeneratif kurama göre hastalık başladıktan sonra beynin belli bölgelerinde dejenerasyon olmakta, bu da klinik olarak kötüleşmeye eşlik etmektedir. Şizofreninin negatif belirtilerinin hastalığın ilk dönemlerinde pek fazla görülmemesi ya da hafif olması, hastalık kronikleştikçe negatif belirtilerin şiddetlenerek ön plana geçmesi bu kuramı desteklemektedir.

Şizofreni belirtileri başladıktan sonra tedaviye ne kadar geç başlanırsa hastalığın gidişi o kadar kötü seyretmektedir. Ayrıca tedavi görmemiş şizofreni hastalarında bilişsel kayıplar daha fazla görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2011).

#### **2.4.7. Psikanalitik Açıdan Şizofreni**

Şizofreninin kökenleri tarih boyunca psikanalitik kavramlarla açıklanmaya çalışılmıştır.

Freud psikotik bozukluk kavramını ilk olarak 1911 yılında ‘Schreber vakası’nda tanımlamıştır (Dereboy 2000).

Psikanalitik kurama göre, şizofrenide ruhsal ya da organik nedenlerle libido gelişmesi narsistik düzeyde saplanır kalır. Yaşamın sonraki dönemlerinde, değişik



stresler ile ego bu ilkel düzeye geriler ve libido nesnelere geri çekilerek özbenliğe yatırılır.

Libido cinsel enerjinin dinamik belirtisi olarak tanımlanır. Normal gelişmede ilk çocukluk dönemlerinde bu enerji çocuğun kendisinde, kendi benliğinde ve bedeninde tutulmaktadır. Buna birincil narsisizm denmektedir. Çocuk büyüdükçe, çevreyle ilişkileri arttıkça libido giderek çevredeki nesnelere yatırılır. Çevredeki nesnelere yatırılan ilgi, bağlılık ve sevgiye nesne libidosu adı verilir. Fakat bir miktar birincil narsisizm durumu da kalır. Ancak bu nesne ilişkilerinin gelişmesine engel oluşturmaz. Şizofrenide ise nesne libidosu geri bedene benliğe çekilir ve böylece kişinin dış dünya ile ilişkileri azalır. Hasta ileri derecede narsistik duruma girer, küçük bir çocuk gibi olur. Nesne libidosunun geri bedene çekilmesi şizofren hastalarda kendi bedenleri ile aşırı uğraşmalarına (hipokondriasis) ve otizm gibi belirtilerde görülür. Bu gerileme durumu çocukluktan başlayarak temel güven duygusunun sağlanamaması, düş kırıklıkları ve kişiler arası ilişkilerin bozukluğu nedeniyle olabilir. Psikanalistler genellikle şizofrenide doğuştan yapısal bir yatkınlığın, ego zayıflığının ve birincil narsistik duruma kolayca gerileyebilme eğilimlerinin olduğunu kabul ederler (Öztürk ve Uluşahin 2011).

## **2.5. TANILAMA**

### **2.5.1. DSM V'e Göre Tanılama**

Kapsama: Şizofrenide çoğu zaman aktif dönemden önce birtakım prodromal (ön), daha sonra rezidüel (artakalan) belirtiler görülebilir. Prodromal ya da rezidüel belirtileri de kapsayabilen en az altı aydır süregelen belirtilerin olması. Bu sürenin en az bir ayında (başarıyla tedavi edilmişse daha da kısa), aşağıda ki belirtilerden en az ikisinin bulunması ve bu belirtilerden en az biri sanrı, varsanı ya da darmadağın konuşma şeklinde olmasıdır (Köroğlu 2013, Köroğlu 2015).

- Sanrılar,
- Varsanılar,
- Sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma gibi darmadağın konuşma,
- İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni,

- Duygusal katılımında azalma ya da kalkışamama gibi negatif belirtiler (Köroğlu 2015).

Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi bozulmuştur. Bu işlevsellik düzeyi, bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında bulunmaktadır (Köroğlu 2013, Köroğlu 2015).

### **2.5.2. ICD 10 Tanı Ölçütleri**

ICD 10'a göre şizofreni tanısı konulabilmesi için aşağıdaki (a) dan (d) ye kadar olan belirtilerden çok açık olarak en az birinin, çok açık değilse genellikle iki ya da daha fazlasının, ya da (e) den (h) ye kadar olan belirtilerden en az ikisinin bir ay ya da daha uzun süre ile bulunması gerekmektedir.

- (a) Düşünce yankılanması, düşünce sokulması ya da çekilmesi ve düşünce yayınlanması.
- (b) Kontrol edilme, etkilenme ya da edilginlik sanrıları (beden, kol bacak hareketleri ile ya da özgül düşünce, eylem ve duygularla ilgili olarak).
- (c) Hastanın davranışları üzerinde hastaya açıklama yapan ya da kendi aralarında tartışan sesler işitme ya da bedeninin bir yerinden geldiği algılanan işitme varsanırları (halüsinasyon).
- (d) Kültürel olarak uymayan, gerçekleşme olanağı bulunmayan başka türlü inatçı sanrılar- dinsel, politik kimlik ya da insanüstü güce, yeteneğe sahip olma gibi (örneğin yağmur yağdırma, başka bir dünyadaki yabancılarla iletişim kurabilme).
- (e) Herhangi bir türden inatçı varsanırlar- haftalarca, aylarca süren, açık bir duygulanım yükü olmayan yarı oluşmuş ya da çabuk sönen sanrılarla birlikte olan.
- (f) Düşüncenin akışında konuşma dağınıklığı (enkoherans), tutarsız konuşma ve sözcük uydurmalarına yol açan kopmalar ya da kaymalar.
- (g) Taşkınlık, balmumu esnekliği, negativizm, mutizm, stüpor gibi katatonik davranışlar.

(h) Sıklıkla toplumdan çekilme ve toplumsal becerilerde düşmeye yol açan belirgin aldırmazlık (apati), konuşma fakirliği ve duygusal tepkilerde küntlük ya da uygunsuzluk gibi negatif belirtiler; bu belirtilerin çökkünlüğe ya da antipsikotik ilaçlara bağılı olmaması gerekir.

(i) Hastanın davranışlarının genel niteliğinde ilgi yitimi, amaçsızlık, yalnız kendiyile olma, toplumdan çekilme şeklinde görülen, süreklilik gösteren belirgin bir değışme olur (Öztürk ve Uluşahin 2011).

### **2.5.3. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerde En Sık Kullanılan NANDA Hemşirelik Tanıları**

#### **2.5.3.1. Sağlığı Algılama- Sağlığın Yönetimi**

Kendi Sağlığını Yönetmede Etkisizlik

Riskli Sağlık Davranışları

Sağlığı Sürdürmede Etkisizlik

Travma Riski

#### **2.5.3.2. Beslenme- Metabolik**

Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Fazla

Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Az

Korunmada (Savunmada) Etkisizlik

#### **2.5.3.3. Eliminasyon**

Konstipasyon

Üriner Boşaltımda Bozulma

#### **2.5.3.4. Aktivite Egzersiz**

Aktivite Planlamada Etkisizlik

Eğlence Aktivitesinde Eksiklik

Evin Bakımını Sağlamada Yetersizlik

Özbakım Eksikliği Sendromu

### **2.5.3.5. Uyku- Dinlenme**

Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık

### **2.5.3.6. Bilişsel- Algısal**

Bilgi Eksikliği

Çevreyi Yorumlamada Bozulma Sendromu

Duyusal Algılamada Bozulma

Düşünme Sürecinde Bozulma

Karar Vermede Çatışma

### **2.5.3.7. Kendini Algılama**

Anksiyete

Benlik Kavramında Rahatsızlık

Benlik Saygısında Rahatsızlık

Durumsal Düşük Benlik Saygısı

Kronik Düşük Benlik Saygısı

Korku

Ümitsizlik

Yorgunluk

### **2.5.3.8. Rol- İlişki**

Kronik Keder

Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma

İletişimde Bozulma

Sözel İletişimde Bozulma

Rol Performansında Etkisizlik

Sosyal Etkileşimde Bozulma

Sosyal İzolasyon

Yalnızlık Riski

### **2.5.3.9. Cinsellik- Üreme**

Cinsellik Örüntülerinde Etkisizlik

Cinsel Disfonksiyon

### **2.5.3.10. Başetme- Stres Toleransı**

Bakım Verici Rolünde Zorlanma

Etkisiz Bireysel Başetme

Aile Başetmesinde Yetersizlik

Etkisiz Toplumsal Başetme

İntihar Riski

Dayanma Gücünde Bozulma

Kendine Zarar Verme Riski

Şiddet Riski- Başkalarına Yönelik

Şiddet Riski- Kendine Yönelik

### **2.5.3.11. Değer- İnanç**

Dinsel Kurallara Uymada Bozulma (Carpenito Moyet ve Erdemir 2005).

## **2.6. GİDİŞ VE SONLANIM**

Şizofreni, klasik olarak kronik tabloya akut alevlenmeler ve remisyonların eşlik etmesiyle seyreder. Daha önceleri şizofreni, ilerleyici bozulma ile giden bir hastalık olarak tanımlanmaktaydı. Şizofreni ilk olarak Kraepelin tarafından, zaman içinde kötüleşme gösteren bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre şizofreni hem klinik belirtiler hem de gidişteki kötüleşme ile bipolar bozukluktan ayırt edilebilmiştir (Alptekin ve ark 2004). Ancak günümüzde bunun aksini belirten çalışmalar mevcuttur. Yaşla birlikte psikopatolojide ve pozitif belirtilerde azalma olduğu bildirilmiştir (Jeste et al 2003, Alptekin ve ark 2004). Tanı konulduktan sonraki ilk beş yıl içerisindeki hastalık biçimi genellikle hastalığın gidişinin nasıl olacağı hakkında fikir verir (Tan Kartal 2013).

Literatürde şizofrenide hastalığın gidişinin kötü olacağıının en önemli göstergesi hastalığın erken yaşta başlaması olarak belirtilmiştir (Jaaskelainen et al 2015). Bunun dışında hastalığın iyi ya da kötü prognoz göstereceğine dair risk faktörleri Tablo-1’de gösterilmiştir.

**Tablo-1: Özelliklerin Ağırlığına Göre Şizofrenide İyi ve Kötü Prognoz** (Saraçlı ve ark 2012, Tan Kartal 2013, Köroğlu 2015, Jaaskelainen et al 2015).

<b>İyi Prognoz</b>	<b>Kötü Prognoz</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastalık öncesi toplumsal uyumun iyi olması</li> <li>• Hastalığın birden başlaması</li> <li>• Hastalığın geç yaşta başlaması</li> <li>• Hastalığa karşı belirli bir içgörünün olması</li> <li>• Kadın olma</li> <li>• Hastalığın başlamasından hemen sonra tedaviye başlanmış olması</li> <li>• İlaça uyum gösterme</li> <li>• Aktif dönem belirtilerinin kısa sürmesi</li> <li>• Dönemler arasında işlevselliğin iyi olması</li> <li>• Rezidüel belirtilerin az olması</li> <li>• Yapısal beyin bozukluklarının olmaması</li> <li>• Nöroloji ile ilgili bir bozukluk olmaması</li> <li>• Ailede şizofreni hastalığının olmaması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erken başlangıç</li> <li>• Sinsi başlangıç</li> <li>• Kötü premorbid sosyal, cinsel ve meslek öyküsü</li> <li>• Çekilme ve otizm</li> <li>• Bekarlık, boşanma, ayrılma</li> <li>• Ailede şizofreni öyküsü</li> <li>• Kötü destek sistemleri</li> <li>• Negatif belirtiler</li> <li>• Nörolojik bulgu ve belirtiler</li> <li>• Perinatal travma öyküsü</li> <li>• Birçok atak olması</li> <li>• Saldırganlık öyküsü</li> </ul>

## 2.7. ŞİZOFRENİDE İÇGÖRÜ

İçgörü basitçe kişinin kendi iç dünyasını ve sorunlarını anlama kapasitesi olarak tanımlanabilir (Aslan ve Altınöz 2010, Tan Kartal 2013).

Jaspers psikiyatride içgörüyü klinik olarak tanımlayan ilk araştırmacılardan biridir. İçgörüyü, hastalığın ve belirtilerinin farkında olma olarak tanımlamıştır. Psikotik hastalarda içgörünün geçici olarak görülebildiğini, bazen hezeyan ya da varsanılarını gerçek dışı olarak değerlendirebildiklerini, ancak farkındalıklarını daha sonra kaybettiklerini ifade etmiştir (Aslan ve ark 2005, Aslan ve Altınöz 2010, Tan Kartal 2013). Jaspers (1913) ve Lewis (1934) içgörüyü ‘uniter’ bütün bir özellik olarak ele almış ve hastaları içgörüsü var ya da yok şeklinde değerlendirmişlerdir (Tan Kartal 2013).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda bu görüş eleştirilmiş, içgörünün uniter bir yapı olmadığı, hastalığın farkında olma, hastalık semptomlarını bilme ve tedaviye ihtiyacı olduğunu kabul etme gibi birkaç alt boyutun birleşiminden oluşan bir yapı olduğu fikri ağırlık kazanmıştır (Lincoln, Lüllmann, Rief 2007, Tan Kartal 2013).

Gestalt psikologlarına göre içgörü bir farkındalık yaşantısıdır. Psikoanalitik yaklaşıma göre ise bilinçdışı dürtü ve çatışmaların farkında olma anlamına gelmektedir. İçgörü psikoanalitik yazarlar tarafından entelektüel ve emosyonel içgörü olarak ayrılmıştır (Aslan ve Altınöz 2010).

Entelektüel içgörü; yüzeysel, hastalara verilen tıbbi bilgilerle sonradan oluşturulmuş içgördür. Emosyonel içgörü ise kişinin kendi iç dünyasını yeterince tanıyabilmesi, derinlerdeki işlevsiz inançlarını ve onların duygusal ve davranışsal sonuçlarını değiştirebilecek kadar farkında olması olarak tanımlanmaktadır (Aslan ve Altınöz 2010).

Terapistler, entelektüel içgörünün boşa oluşturulan, kaçınılması gereken bir özellik olduğunu, psikoanalitik tedavi için gerçek emosyonel içgörünün oluşturulması gerektiğini savunmuşlardır. İçgörü, deneyimli bir psikoanalitik terapist eşliğinde gizli kalmış yaşantıların ve duyguların derinlemesine incelenmesi sonucunda geçmişte yaşanmış önemli olaylara yatırılmış enerji yükü değiştirilerek oluşturulmaktadır (Aslan ve Altınöz 2010).

İçgörü bazı kaynaklara göre klinik ve bilişsel içgörü olarak ikiye ayrılmıştır (Pijnenborg, Donkersgoed, David, Aleman 2013, Misdrahi et al 2014). Klinik içgörü bilişsel içgörüden farklıdır. Klinik içgörü, akıl hastalığının, semptomlarının,

başkalarından yardım ya da tedavi alma ihtiyacının farkında olmayı ifade etmektedir. Klinik içgörü genellikle kişinin kendini değerlendirdiği Brichwood gibi anketler, yarı yapılandırılmış görüşmeler (İçgörü ve Tedavi Tutum Anketi- ITAQ, İçgörü Değerlendirme Programı- SAI, Genişletilmiş İçgörü Değerlendirme Programı SAI-E, Akıl Sağlığını Farkında Olmayı Değerlendirme Ölçeği- SUMD) ile değerlendirilmektedir (Pijnenborg et al 2013). Bilişsel içgörü ise, hastaların hatalı ve anormal çıkarımlarını dengeleyebilme, değerlendirebilme yeteneğini içermekte ve Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği ile değerlendirilmektedir (Pijnenborg et al 2013). Farklı ölçekler kullanılarak yapılan değerlendirmeler incelenmiş; Misdrahi ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada yüksek klinik içgörüyeye sahip hastaların, umutsuzluk ve depresyon düzeyleri, intihar girişimi öyküsü ve psikoeğitim alma sıklıkları anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Aynı hastaların bilişsel içgörülere değerlendirildiğinde, düşük bilişsel içgörülü hastalar, yüksek bilişsel içgörülü hastalara göre daha depresif oldukları ve daha sık psikoeğitim aldıkları bulunmuştur (Misdrahi et al 2014). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarına verilen kısa eğitim programı sonucunda içgörü ve tutumda iyileşme gözlenirken, diğer taraftan hastalarda intihar düşüncesinde bir artış gözlenmiştir (Cunningham Owens et al 2001).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) şizofreni vakaları üzerinde yaptığı bir çalışmada hastaların büyük çoğunluğunda (% 97) içgörünün olmadığı bildirilmiştir. Birçok çalışmada da şizofreni hastalarının % 50-80'inde tam olarak ya da kısmen içgörünün olmadığı bildirilmiştir (Young, Campbell, Zakzanis, Weinstein 2003, Aslan ve ark 2005, Lincoln et al 2007, Aslan ve Altınöz 2010, Palmer, Gilleen, David 2015). İçgörünün az olması, tedavi ve ilaç uyumunun kötü, relaps oranı ve hastaneye yatış sayısının fazla olmasına sebep olmaktadır (Lincoln et al 2007, Meier et al 2014, Palmer et al 2015). Bu durum, psikopatolojinin ciddiyetini etkilemekte ve hastalığın kötü prognozlu seyretmesine sebep olmaktadır (Deveci, Esen Danacı, Yurtsever, Deniz, Gürlek Yüksel 2008, Meier et al 2014, Palmer et al 2015). Bazı durumlarda hastalar tam olarak içgörülü olsalar bile, kılınma problemi, ekstrapiramidal yan etkiler, kilo alma yan etkileri gibi nedenlerle ilaçlarını bırakabilmektedirler (Lincoln et al 2007). İçgörünün iyi olması tedavi uyumunu ve klinik gidişatı olumlu yönde



etkilemekte ancak aynı zamanda umutsuzluk, depresyon ve intihar düşüncesini arttırmaktadır (Lincoln et al 2007, Misdrahi et al 2014).

Literatür incelendiğinde, şizofreni hastaları ne kadar iyi içgörüyeye sahiplerse, şizofrenide depresyon seviyesi o kadar yüksek çıkmaktadır. Ancak bunun aksini belirten çalışmalar da mevcuttur. Literatürdeki bu belirsizliğin birkaç sebebi bulunmaktadır;

-Şizofreniye eşlik eden depresyon tanımlarının birbirinden farklılığı,

-Hem içgörü, hem de şizofrenide depresyonun değerlendirildiği psikometrik ölçme araçlarının birbirlerinden farklı olması,

-Değerlendirilen ölçme araçlarının kullanılma yöntemlerinin birbirinden farklı oluşu (öz değerlendirme ölçeği, yarı yapılandırılmış ölçek, klinisyen tarafından doldurulan ölçek)

-Psikometrik ölçüm araçlarının hastalığın farklı evrelerinde kullanılmasıdır (Belvederi Murri et al 2015).

## **2.8. ŞİZOFRENİDE DEPRESYON**

Şizofreni pozitif belirtiler, negatif belirtiler, dezorganizasyon, bilişsel belirtiler ve depresyon boyutlarıyla heterojen bir bozukluktur (Siris et al 2001, Köroğlu 2015). Şizofrenide depresif semptomların görülmesi Bleuler'e kadar uzanmaktadır. Bleuler'e, göre depresif semptomlar akut evrede durumla iç içe, akut evre sonrası duruma sekonder olarak gelişmektedir (Scholes and Martin 2013). Şizofrenideki depresif semptomlar hala tam olarak anlaşılammıştır. Eskiden post-psikotik depresyon kavramı kullanılmaktayken, şu anda eş tanımlı depresyondan söz edilmektedir ve şizofreninin her evresinde depresif semptomların görülebileceğinden bahsedilmektedir (Siris et al 2001, Köroğlu 2015).

Depresif bozukluk çok çeşitli belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Temel belirtileri; çökkün duygu durumu, karamsar düşünce biçimi ve içeriği, yaşamdan zevk alamama, enerjide azalma, isteksizlik, motor ve ruhsal yavaşlık hali, sıkıntı endişe, tahammülsüzlük olarak sayılabilir. Uykuda, iştahta azalma ve çeşitli bedensel belirtiler görülebilir (Sayıl 1997). Şizofreni semptomatolojisi, şizofreninin negatif

belirtileri, akinezi gibi tedavi etkileri nedeniyle şizofreniye eşlik eden depresyonu, depresif bozukluktan ayırt etmek zordur. Bu nedenle çoğunlukla gözden kaçmaktadır (Siris et al 2001). Oysa olumsuz duygulanım depresyon için tipik bir bulgudur. Olumsuz duygulanım, emosyonel bileşenin taşıdığı olumsuz yüklü duyguları (üzüntü, öfke, endişe gibi) kapsamaktadır. Yani negatif belirtilerle örtüşen bu depresif özellikler biçim olarak benzerlik gösterse de, içerik olarak ayrılmaktadırlar. Bu farkı oluşturan da olumsuz duygulanımdır (Köroğlu 2015).

Şizofreni hastalarıyla yapılan tanımlayıcı çalışmaların % 81'inde depresif semptomlara rastlanmıştır (Siris et al 2001). Zisook ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları epidemiyolojik çalışmada, şizofreni hastalarının genel popülasyonla karşılaştırıldıklarında 29 kat fazla majör depresyon tanısı aldıkları bulunmuştur. Benzer şekilde ulusal yaygınlık araştırmalarında da şizofreni hastalarının %59'unun majör veya minör depresyon tanısı aldıkları bulunmuştur (Zisook et al 2006). Şizofreniye eşlik eden depresyon oranları bu kadar yüksek olmasına rağmen nedeni kesin olarak bilinmemektedir.

Yapılan çalışmalarda atipik antipsikotik kullanan olgularda, klasik antipsikotik kullananlara göre daha düşük oranda depresyon görüldüğü, ekstrapiramidal yan etki görülen ve antikolinerjik kullanan hastalarda da daha sık depresyon geliştiği bulunmuştur. Bazı çalışmalarda şizofrenide depresif belirtilerle pozitif belirtiler arasında pozitif yönde ilişki olduğu; psikozun alevlenmesiyle depresif belirtilerinde alevlendiği, psikozun gerilemesiyle de yatıştığı ifade edilmiştir (Karlıdere ve ark 2015).

Primer şizofreni tanısı almış bireylerde tabloya depresyon eşlik ederse, yetersizlik duygularına, zayıf motivasyona, fonksiyon düzeyinde bozulmaya aynı zamanda tekrar hastaneye yatış ve relaps oranlarında artışa sebep olmaktadır. Bunun aynı zamanda intihar riskini arttırdığı, şizofreninin kötü sonlanmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Siris et al 2001, Zisook et al 2006, Scholes and Martin 2013).

Depresyon, ciddi işlev kayıplarının yanı sıra intihar riskini arttıran psikiyatrik hastalıkların başında gelmektedir. Depresyonun genel popülasyondaki intihar riskini 30 kat arttırdığı ileri sürülmektedir (Haran ve Aydın 1995). Şizofreniye eşlik eden depresyonun, hastalığın gidişini kötüleştirdiği ve intihara yatkınlığı arttırdığı

bildirilmektedir (Siris et al 2001, Zisook et al 2006, Scholes and Martin 2013, Köroğlu 2015). Şizofreniye eşlik eden depresyonun, hastalığın ilk on yılında % 10 oranında intihara sebep olduğu belirlenmiştir (Siris et al 2001). Kronik Şizofreni hastalarında depresif semptomların tabloya eşlik etmesi, bu ciddi hastalıkla yaşama deneyimi onlara ağır bir yük getirmektedir.

İntihar niyeti ile depresyon arasındaki ilişkide umutsuzluk kritik rol oynamaktadır (Haran ve Aydın 1995). Geleceğe ilişkin olumsuz beklentiler olarak tanımlanan umutsuzluk depresyonla yakından ilişkilidir. Bireyin ruh sağlığını olumsuz etkileyen umutsuzluk, depresyonda klinik tablonun bir parçası olarak yer alabilir ( elikel  am ve Erkorkmaz 2008). İntihar girişimi olan psikiyatrik hastalıklarda intihar girişimi anksiyete, umutsuzluk ve depresyon düzeyleri olmayanlara göre yüksek bulunurken sosyal desteğin az olduğu belirlenmiştir (Lyu ve Zhang 2014). Umut, ‘ummaktan doğan güven duygusu’ olarak tanımlanır ve geleceğe yönelik olumlu beklentilere sahip olma duygusunu belirtir. Bu sayede, insana gelecekte karŐılaŐabileceđi olumsuz yaŐantılarla baŐ edebileceği duygusunu vererek ruh sağlığını olumlu etkiler ( elikel  am ve Erkorkmaz 2008). Şizofrenide depresyonun, özellikle de umutsuzluğun değerlendirilmesi intihar riski açısından önemlidir. (Siris et al 2001). Şizofrenide depresyon tedavi edilebilirken, intihar olgusu geri döndürülemeyen bir sonuca ulaŐabilmektedir (Sayıl 1997).

## **2.9. İNTİHAR**

İntihar, kişinin istemli olarak yaşamına son vermesi olarak tanımlanmaktadır. Kişinin  z benliğine yönelmiŐ bir saldırganlık halidir (Sayıl ve Devrimci  zg ven 2000). Toplumda stres yaratan yaşam koŐullarına tepki veren normal kiŐilerden, ağır ruhsal bozuklukları olanlara kadar geniŐ bir popülasyonda görülebilmektedir (Şevik,  zcan, Uysal 2012). Bir düşünce ya da bir giriŐim olarak karŐımıza çıkmaktadır (Sayıl ve Devrimci  zg ven 2000, Şevik ve ark 2012). Dünya Sağlık  rg t ’ne (WHO) göre intihar ilk on ölüm sebebi arasında yer almaktadır (Şevik ve ark 2012, Randall et al 2014). Dünyada her yıl 1 milyon insan intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Randall et al 2014).

### **2.9.1. İntihar Kuramları**

- 1- Sosyolojik Kuramlar: Durkheim, insanların toplumla etkileşimleri ve intihar arasındaki ilişki üzerinde çalışmış ve birbirine bağlı, aidiyet duygularının yüksek olduğu toplumlarda intihar oranlarının daha düşük olduğunu belirtmiştir. İntiharla ilgili olarak üç sosyal kategori tanımlamıştır:
  - a) Egoistik İntihar: Toplumla kaynaşamamış ve kendini bir gruba ait hissetmeyen kişilerde bu duruma tepki olarak egoistik intihar görülmektedir.
  - b) Alturistik İntihar: Egoistik intiharların tam tersi olarak tanımlanmıştır. Kişi bir gruba, kendini kurban edecek kadar sıkı sıkıya bağlıdır.
  - c) Anomik İntihar: Grupla bağlılık duygularına zarar veren iş kaybı, boşanma, ekonomik sorunlar, göç gibi kriz durumları yaşandığında tepki olarak anomik intihar görülebilmektedir.
- 2- Psikolojik Kuramlar: Freud'a göre gerçekte ya da hayali bir şekilde kaybedilen sevgi nesnesinden ayrıldıktan sonra, sevgi nesnesine karşı ambivalan duygular yaşanmaktadır. Sevgi nesnesine karşı yaşanan özlemin yerini bilinç dışı bir şekilde nefret oluşmaktadır. Bu nefret sonucunda süperego egoyu cezalandırır ve yaşamaya hakkı olmadığını söyler ya da içe alınmış nesnenin cezalandırılması istenir. Bu nedenlerle kişi intiharı düşünür. Adler, yeterli sosyal destek bulamayan kişilerin aşağılık duygularının artması nedeniyle intiharı düşünebileceğini belirtmiştir.

Meninger, insanda var olan 'ölme, öldürme ve öldürülme' arzularının birleşiminde intiharın ortaya çıktığını ifade etmiştir.

Sheneidman'a göre ruhsal gereksinimlerin engellenmesinden kaynaklanan dayanılmaz acı ve sorunlar nedeniyle egonun gücü zayıflar ve çözüm için intihar düşünülür.

Bibring, hedeflerine ulaşamayan egonun güçsüz ve çaresiz kaldığı durumlarda intiharı düşündüğünü ifade etmiştir (Çam ve Engin 2014).
- 3- Biyolojik Kuramlar: İntihar girişiminde bulunma davranışının genetik yönü gösterilmiş olup, intihar davranışında bulunanların ailelerinde intihar davranışı ve psikiyatrik hastalıklar toplum ortalamasından yüksek olarak saptanmıştır (Şevik ve ark 2012). İkiz ve evlat edinme çalışmaları intiharda genetik faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir. İntihar oranları tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek bulunmuştur.

Evlat edinilmiş kişiler üzerinde yapılan bir çalışmada, biyolojik akrabasında intihar girişimi olan bireylerde intihar oranları daha yüksek çıkmıştır (Çam ve Engin 2014).

Ayrıca kişide biyokimyasal değişikliğe neden olan durumların, kişilerin yaşama bakış açılarını değiştirdiğine, umutsuzluğa neden olduğuna ve bu nedenle intiharın meydana geldiğine yönelik açıklamalar bulunmaktadır (Çam ve Engin 2014). İntiharda seratonin ve hidroksi-indoasetikasit (5-HIAA) düzeyinin düşüklüğünün önemli olduğu düşünülmektedir (Sayıl 1997, Sayıl ve Devrimci Özgüven 2000, Çam ve Engin 2014). Ayrıca beyin ve trombositlerdeki MAO aktivitesi de azalmıştır (Sayıl ve Devrimci Özgüven 2000).

### **2.9.2. Şizofrenide İntihar**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak iki gruba ayırmaktadır. İntihar eylemini, kişinin bilinçli olarak ve kendi isteği ile yaşamına son vermesi, intihar girişimini ise, bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik ölümcül olmayan tüm istemli girişimler olarak tanımlamaktadır (Umut ve ark 2013). İntihar girişimi tamamlanmış intiharlardan 10- 40 kat daha sık görülmektedir. İntihar girişimi olanların % 98'inin psikiyatrik tanısının olduğu ve bunun intihar riski için en güçlü belirleyici faktör olduğu bildirilmiştir (Karamustafaloğlu ve ark 2010).

Yeme bozuklukları, bipolar bozukluk, madde bağımlılığı, borderline kişilik bozukluğu, şizofreni gibi birçok psikiyatrik hastalıkta kendine zarar verme ve intihar oranları diğer gruplarla karşılaştırıldığında yüksek çıkmaktadır (Karamustafaloğlu ve ark 2010, Singhal, Ross, Seminog, Hawton, Goldacre 2014, Babanejad, Delpisheh, Asadollahi, Khorshidi, Sayehmiri 2014). Mental hastalığı olan kişiler arasında % 90 oranında intihar girişimi görülmektedir (Karamustafaloğlu ve ark 2010). Çalışmalarda psikiyatrik tanı aldıktan sonraki ilk bir yılın özellikle de ilk üç ayın intihar için çok riskli olduğu bulunmuştur (Karamustafaloğlu ve ark 2010, Fleischhacker et al 2014, Randall et al 2014). Ancak madde kullanımı ve şizofreni bu tanılarının dışında tutulmuş, bu hastalıklarda intihar riskinin her zaman yüksek

bulunduğu, tanı alma sonrasındaki zamanın önemli olmadığı belirtilmiştir (Fleischhacker et al 2014, Randall et al 2014).

Bir çalışmada şizofreni hastaları diğer psikiyatrik hastalıklarla karşılaştırıldığında şiddet eğilimlerinin daha fazla olmadığı bulunmuştur (Lyu ve Zhang 2014).

Başka bir çalışmada ise, şizofreni hastalarında sadece iyi içgörü, yüksek zeka ve eğitim düzeyine sahip olanlarda tanı aldıktan sonra intihar riskinin arttığı bulunmuştur (Fleischhacker et al 2014, Randall et al 2014).

İntihar, şizofrenik hastalarda yaygın ölüm nedenlerinden biridir. Şizofrenik hastaların % 20-50'inde intihar girişimi görülmektedir (Sevinçok 1998, Siris 2000, Deveci ve ark 2008, Çam ve Engin 2014, Ikeshita et al 2014, Stahl ve Alkın 2015). Bunların % 10-15'i ölümlle sonuçlanmaktadır (Sevinçok 1998, Siris 2000, Çam ve Engin 2014). Diğer psikiyatrik hastalıklarla karşılaştırıldığında şizofrenlerin intihar etmek için, önemli oranda ciddi yöntemler kullandıkları görülmüştür (Radomsky et al 1999, Ishii et al 2014). Yapılan bir çalışmada şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olanların, bipolar ve majör depresif bozukluğu olanlardan daha öldürücü yöntemler ile intihar girişiminde buldukları, ancak şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olanların kullandıkları yöntemler açısından aralarında fark olmadığı saptanmıştır (Radomsky et al 1999). Bu yöntemler arasında en tehlikeli olanların belirlenmesinde, halüsinasyon ve delüzyonların etkilerinin dikkate alınması gerekmektedir (Ishii et al 2014).

Genel popülasyonda erkeklerin intihar ederken daha öldürücü yöntemler kullandıkları, bu nedenle ölümlle sonuçlanan intihar oranlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu, intihar girişiminin ise kadınlarda daha fazla olduğu bulunmuştur (Radomsky et al 1999, Batıgün Durak 2008, Algın 2009, Karamustafalıoğlu ve ark 2010). Ancak psikotik hastalarda bu ayrım olmayıp, intihar girişimi ile tamamlanmış intihar oranları erkek ve kadınlarda eşit çıkmaktadır (Radomsky et al 1999).

Olgular kullandıkları yöntemler açısından incelendiklerinde, ilaç olarak intihar etmek en yaygın kullanılan yöntemdir (Ateşçi, Kuloğlu, Tezcan, Yıldız 2002, Zincir Bozkurt ve ark 2014). Ölümle sonuçlanmayan intiharlarda, hem erkek hem de kadınlar tarafından en sık kullanılan yöntemin ilaç alma olduğu belirtilmiştir (Zincir

Bozkurt ve ark 2014). Psikiyatri hastalarında en yaygın kullanılan yöntemler, kendini asma (% 60), hareket eden objelerin önüne atlama (% 14,3), yüksekten atlama olarak bulunmuştur (% 11,4) (Ikeshita et al 2014). Londra'da yapılan bir çalışmada şizofreni dışındaki psikiyatrik tanıli hastalarda en yaygın kullanılan yöntem kendini asma iken, şizofren hastalar arasında yüksekten atlama ve aracın önüne atlamının daha yaygın olduğu görülmektedir (Lopez Morinigo et al 2014).

Şizofrenide intihar genellikle genç yaşlarda, hastalığın ilk yıllarında hatta hasta daha bir sağlık kurumuna başvurmadan gerçekleşmektedir (Tükel ve Çakır 2013). Bazı çalışmalarda en yüksek intihar riski taşıyan hastaların, iyileşme için en iyi prognozlu hastalar olduğu, bulunmuştur (Sevinçok 1998). Hastaların oynak, beklenmedik anlarda ortaya çıkan depresif duygudurumu intihar tehlikesinin önemli bir belirtisidir (Deveci ve ark 2008). Pozitif belirtili alevlenme dönemlerine kıyasla relaps sonrası iyileşme döneminde veya umutsuzluk ve mizacın deprese olduğu dönemlerde intiharın arttığı bildirilmiştir (Ateşçi ve ark 2002).

Şizofrenide intiharın nedeni iki şekilde açıklanmaktadır; hastalığın başlangıç döneminde yaşanan yoğun anksiyete, işitsel halüsinasyonlara karşı koyamama ya da psikotik epizodun yatışmasından sonra ortaya çıkan depresyondur (Sevinçok 1998, Tükel ve Çakır 2013). Yapılmış çalışmalarda, halüsinasyonların intiharları teşvik edici etkileri olduğu belirtilmiştir (Ishii et al 2014). Bazı çalışmalarda, pozitif belirtilerin önemli olduğu kabul edilirken, bazılarında sanrı ve varsanılarla intihar arasında ilişki olmadığı, özellikle tanıya eşlik eden depresyonun etkili olduğu vurgulanmıştır (Deveci ve ark 2008).

### **2.9.3. Şizofrenide İntihar için Risk Faktörleri**

- Genç olma (sıklıkla otuz yaş altı),
- Erkek cinsiyeti,
- Bekar olma,
- Kentte yaşama,
- Hastalığının ağır olduğunu düşünme,
- İçgörünün olup olmaması,
- Klinikte yatış süresinin uzun olması,
- Psikiyatri kliniğinde yatış sayısının fazla olması,

- Tedaviye uyumun azalması,
- Uzun süre tedavi edilmeyen psikoz,
- Alkol -madde bağımlılığının tabloya eşlik etmesi,
- Uygunsuz cinsel partner seçimi,
- Sosyal izolasyon,
- Sosyal desteğin az olması,
- Yakın zamanda kayıp ya da reddedilme yaşanması,
- Hafıza bozukluklarının eşlik etmesi,
- Umutsuzluk ve depresyon öyküsünün bulunması,
- Daha önce intihar düşünce ve girişimlerinin olması (Sevinçok 1998, Gupta, Black, Arndt, Hubbard, Andreasen 1998, Radomsky et al 1999, Siris 2001, Deveci ve ark 2008, Umut ve ark 2013, Alvarado Esquivel et al 2014, Ikeshita et al 2014, Popovic et al 2014, Ishii et al 2014, Babanejad et al 2014, Piescic et al 2014, Lopez Morinigo et al 2014, Fleischhacker et al 2014, Chapman et al 2014, Zoghbi et al 2014, Sabancıoğulları, Avcı, Doğan, Kelleci, Ata 2015, Barrett et al 2015)

İntiharlarda ruhsal bozuklukların yanı sıra kişilik özellikleri de önemlidir. B kümesi kişilik bozukluklarında (antisosyal, borderline, histriyonik, narsistik) kendine zarar verme ve intihar öyküsü sık görülmektedir. Şizotipal kişilik yapısındaki kişilerinde tehlikelere açık olduğuna inanılmaktadır (Ateşçi ve ark 2002). Teraishi ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada şizofrenide intihar ve kişilik özelliklerine bakılmış ve hayat boyu intihar girişimi ile şizotipal kişilik özelliği arasında önemli derecede ilişki bulunmuştur (Teraishi et al 2014).



## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ**

Araştırma, şizofreni hastalarında intihar olasılığının, içgörü ve depresyon ile ilişkisinin araştırılması amacı ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

### **3.2. ARAŞTIRMA İZİNİ**

Araştırmanın etik onayı Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır (Ek 1). Araştırmaya alınacak hastalara öncelikle çalışmanın amacı anlatılarak, katılımları için sözel ve yazılı onayları alınmıştır (Ek 2). Çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanmış, kayıtların gizli tutulacağına dair güvence verilmiştir.

### **3.3. ÖRNEKLEM**

Araştırmaya 17 Mart 2015- 15 Nisan 2015 tarihleri arasında, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniklerine tedavi için başvuran ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından takip edilen, daha önceden şizofreni tanısı almış 104 hasta dahil edilmiştir.

106 hasta ile görüşülmüş ancak görüşme esnasında test uygulamasına oryante olamayan iki hasta çalışmaya dahil edilmemiştir.

#### **3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- Sakarya Eğitim Araştırma Hastanelerinin Psikiyatri Polikliniği ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde hizmet alma,
- En az iki yıldır şizofreni tanısı almış olma,
- Hastalığın aktif döneminde olmama,
- Organik mental bozukluğu olmama,
- 18- 65 yaş arasındaki bireyler,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma.

#### **3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri**

- Görüşme veya test uygulamasına engel olacak bilişsel ve fiziksel işlev bozukluğu olan bireyler,

- Organik mental bozukluğu olma,
- Araştırmaya katılmak istememe.

### **3.3.3. Örneklem Büyüklüğü**

I tip hata ( $\alpha$ ) = 0,05, II. tip hata ( $\beta$ )= 0,20 (güç= 0,80), etki büyüklüğü = 0,27 varsayımları altında yapılan güç analizi sonucunda örneklem büyüklüğü minimum 91 olarak hesaplandı, çalışmamızda 100 kişi ile görüşülmesi planlandı (Atlı, Eskin, Dereboy 2009).

## **3.4. VERİLERİN TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇLAR**

Çalışmaya dahil edilen hastalar;

- Görüşme Formu
- Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
- İntihar Olasılığı Ölçeği
- Brichwood İçgörü Ölçekleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

### **3.4.1. Görüşme Formu**

Hastaların sosyo-demografik özelliklerini, hastalıklarının geçmiş ve güncel durumunu, hastalıklarını ve tedavilerini algılayışları, daha önceki intihar düşüncesi ve intihar girişimleri öykülerini, aile öykülerini değerlendirmek üzere literatür doğrultusunda oluşturulmuştur. Form, açık ve kapalı uçlu 22 sorudan oluşmaktadır. Görüşmecisi tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

### **3.4.2. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği**

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, 1992 yılında Addington ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Diğer depresyon değerlendirme ölçeklerinin şizofreni hastalarındaki depresif semptom ve sendromları ölçemediğinin gözlemlenmesi üzerine geliştirilmiştir. Ölçek, şizofren hastalarda depresyon yönünden değerlendirme yapmak, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin temel uygulama grubunu şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastalar oluşturmaktadır. Toplam 9 maddeden oluşan ölçek dördümlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Bu maddeler depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıyım ve gözlenen depresyon belirtilerini içermektedir.

Her madde 0-3 arasında değişen puanlar almakta ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilmektedir. Ölçeğin doldurulması hasta ile görüşmeye, görüşme sırasındaki gözlemlere, hasta yakınlarından alınan bilgilere göre yapılmaktadır. Yarı yapılandırılmış bir görüşme yapılmakla birlikte, uygulayıcı bu soruların dışına çıkarak da görüşme yapabilir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerliği ve güvenilirliği 2000 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Güvenirlik çalışmasında, cronbach alfa katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur (Kılınç ve Torun 2011). Türkçe versiyonunun depresif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni için kesme puanı 11/12 olarak belirlenmiştir (Belen 2007). Çalışmamızda kesme puanı 11 olarak uygulanmıştır.

### **3.4.3. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)**

Cull ve Gill tarafından 1988 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2003 yılında Batıgün ve Şahin tarafından yapılmıştır. Ölçek, ergenler ve yetişkinlerde intihar riskini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Deveci ve ark 2008). 36 maddeden oluşmaktadır ve "hiçbir zaman ya da nadiren", "bazen", "sık sık" ve "çoğu zaman ya da her zaman" gibi 4'lü Likert tipi ölçek üzerinden cevaplanmaktadır. Ölçekten 2 tür puan elde edilmektedir: ağırlıklı puan ve standardize T puanı. T puanları ile el kitabındaki tablodan hem toplam puan hem de alt ölçek puanları için bir kişinin istatistiki olarak öldürücü intihar girişiminde bulunan kimseler grubunda yer alma olasılığını bildiren bir olasılık puanı elde edilir. Bu çalışmada ölçek toplam puanı her soru için 1 ile 4 arasında değişerek derecelendirilmiş bir puanlama anahtarı kullanılarak hesaplanmıştır. Buna göre ölçekten alınacak toplam puan 36 ile 144 arasında değişmektedir. Kesme puanı 110 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan yüksek puanlar intihar olasılığının yüksekliğini işaret etmektedir.

Ölçek, umutsuzluk, intihar düşüncesi, düşmanlık ve olumsuz kendilik değerlendirmesi olmak üzere 4 alt ölçekten oluşmaktadır.

#### **3.4.3.1. Umutsuzluk Alt Ölçeği**

İntihar Olasılığı Ölçeği'nin 'umutsuzluk alt ölçeği' toplam 12 maddeden (m5, m12, m14, m15, m17, m19, m23, m28, m29, m31, m33, m36) oluşmakta ve kişinin umutsuzluğunu ölçmektedir. Puan aralığı 12- 48 arasında değişmektedir.

#### **3.4.3.2. Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi Alt Ölçeği**

İntihar Olasılığı Ölçeği'nin olumsuz kendilik değerlendirme alt ölçeği de toplam 9 madde (m2, m6, m10, m11, m18, m22, m26, m27, m35) içermektedir. Puan aralığı 9-36'dır.

#### **3.4.3.3. Düşmanlık Alt Ölçeği**

İntihar Olasılığı Ölçeği'nin düşmanlık alt ölçeğini toplam 7 maddeden (m1, m3, m8, m9, m13, m16, m34) oluşmakta ve puan aralığı 7- 28 arasında değişmektedir.

#### **3.4.3.4. İntihar Düşüncesi Alt Ölçeği**

İntihar Olasılığı Ölçeği'nin intihar düşüncesi alt ölçeği kişinin intihar düşüncesinin yoğunluğunu ölçen 8 madde (m4, m7, m20, m21, m24, m25, m30, m32) içermektedir. Puan aralığı 8- 32'dir (Atlı 2007).

#### **3.4.4. Brichwood İçgörü Ölçeği**

Brichwood İçgörü Ölçeği, 1994'te Brichwood ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe çevirisi geçerlilik ve güvenilirliği Devrimci Özgüven (2012) tarafından 'Remisyonda Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Hastalarında Zihin Kuramı Bozukluklarının İçgörü ve Diğer Bilişsel İşlevlerle İlişkisi' isimli tezde yapılmıştır (Devrimci Özgüven 2012). Ölçek hastalığın ve tedavi ihtiyacının farkında olmayı ve hastalık belirtilerinin neye bağlandığını değerlendirmektedir.

1 ve 8. maddeler belirtilerin, 2. ve 7. maddeler hastalığın, 3, 4, 5, 6. maddeler tedavi gereksiniminin farkında olmayı değerlendirilmektedir. Tüm maddelerden 0, 1, 2 puan alınabilir; 1, 2, 7 ve 8. maddelerin puanları doğrudan toplam puana katkı yapar. Ancak 3, 4, 5, 6. maddelerden alınan puanlar toplanıp ikiye bölünür ve elde edilen sayı toplam puana katkı yapar. Ölçekten en fazla 12 en az 0 puan alınabilir. 12 puan tam içgörüyü, 0 puan içgörü yokluğunu işaret etmektedir. 9 puan ve üzeri iyi düzeyde içgörü göstergesi olarak kabul edilmektedir.

### **3.5. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME**

Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra normal dağılım gösteren değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi, alt grup karşılaştırmalarında Tukey

çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi, ikili grupların karşılaştırmasında Mann Whitney U testi, değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde, %95'lik güven aralığında değerlendirilmiştir.



## 4. BULGULAR

### 4.1. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ, CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ VE BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ CRONBACH ALFA DEĞERLERİ

Tüm kullanılan ölçeklerin ve alt gruplarının cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır. Brichwood İçgörü Ölçeği için toplam cronbach alfa değeri 0,71, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği cronbach alfa değeri 0,84, İntihar Olasılığı Ölçeği cronbach alfa değeri 0,75 bulunmuştur (Tablo-2).

**Tablo-2: İntihar Olasılığı Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ve Brichwood İçgörü Ölçeği Cronbach Alfa Değerleri**

		Cronbach Alfa Değerleri
<b>Brichwood İçgörü Ölçeği</b>	Belirtilerin Farkında Olma	0,68
	Hastalığın Farkında Olma	0,78
	Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma	0,67
	<b>Toplam puan</b>	<b>0,71</b>
<b>Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği</b>	<b>Toplam puan</b>	<b>0,84</b>
	Umutsuzluk	0,71
	Düşmanlık	0,72
	İntihar Düşüncesi	0,71
<b>İntihar Olasılığı Ölçeği</b>	<b>Olumsuz Kendilik Değerlendirilmesi</b>	0,79
	<b>Toplam puan</b>	<b>0,75</b>

### 4.2. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Poliklinikleri ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından takip edilen, daha önceden şizofreni tanısı almış 104 hasta dahil edilmiştir.

Hastaların % 73,08'i erkek, % 26,92'si kadındır. Olguların % 63,46'sının bekar, % 22,12'sinin evli, % 14,42'sinin dul veya boşanmış olduğu saptanmıştır. Hastaların eğitim durumları 8 yıllık kesintisiz zorunlu eğitim uygulamasına göre sınıflandırılmıştır. % 51'i ilköğretim, % 49'u ise ortaöğretim ve sonrası mezundur.

Hastaları çalışma durumu ve süresine göre incelediğimizde; % 81,73'ü herhangi bir işte çalışmamakta, % 18,27'si çalışmaktadır. Çalışanların % 93,27'si 5 ay ve daha kısa süredir çalışmaktadır.

Sağlık güvencesine sahip olma durumlarını değerlendirdiğimizde, hastaların önemli bir kısmının (% 96,15) sağlık güvencesine sahip olduğu görülmüştür. Herhangi bir güvencesi olmayan kişi sayısı 4 (% 3,85)'tür.

Hastalara gelir durumlarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda, % 14,42'si iyi, % 62,50'si orta, % 23,08'i ise kötü olarak ifade etmişlerdir.

Şizofreni hastalarının birlikte yaşadıkları kişiler açısından dağılımları incelendiğinde, % 69,2'sinin anne, baba ve kardeşi ile % 24,1'inin eşi ve çocuğu ya da akrabasıyla, % 6,7'sinin ise yalnız yaşadığı belirlenmiştir.

Hastaların aileleri psikiyatrik yakınma açısından değerlendirildiklerinde, % 69,23'ü ailede kendinden başka psikiyatrik yakınması olan kişinin olmadığını ifade ederken, % 21,15'i anne – babasında, % 9,61'i ise dede, hala, teyze, amca gibi ikinci ve üçüncü derece akrabalarında psikiyatrik yakınması olan kişiler olduğunu ifade vermişlerdir.

Olguların % 76,9'unun son zamanlarda hastalık dışında üzücü bir olay yaşamadığı, % 23,1'inin bu tür olay yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo-3).

**Tablo-3: Şizofreni Hastalarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımları**

		Hasta Sayısı (N)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	28	26,92
	Erkek	76	73,08
Medeni durum	Evli	23	22,12
	Bekar	66	63,46
	Dul- Boşanmış	15	14,42
Eğitim durumu	İlköğretim	53	51,0
	Ortaöğretim ve sonrası	51	49,0
	Çalışıyor	85	81,73
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	19	18,27
	5 ay ve daha kısa süre	97	93,27
Çalışma Süresi	1 yıl ve daha fazla	7	6,73
	Var	100	96,15
Sağlık güvencesi	Yok	4	3,85
	Anne-Baba-Kardeş	72	69,2
Birlikte yaşanan kişiler	Eş-Çocuk-Akraba	25	24,1
	Yalnız	7	6,7
Son Zamanlarda Hastalık Dışında Yaşanan Sorun	Yok	80	76,9
	Var	24	23,1

### 4.3. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Şizofreni hastalarında erkeklerde 18, kadınlarda 25 yaş ve öncesi erken başlangıçlı olarak kabul edilir (Köroğlu 2015). Çalışmamızda kadınlarda erken başlangıçlı olanların yaş ortalaması  $17,76 \pm 5,61$  iken, erkeklerde  $20,63 \pm 2,97$ 'dir (Tablo-4).

**Tablo-4: Cinsiyete Göre Hastalık Başlangıçlarının Değerlendirilmesi**

		Cinsiyet	
		Kadın	Erkek
		$X \pm SS$	$X \pm SS$
Hastalık Başlangıcı	Erken Başlangıçlı Olan	$17,76 \pm 5,61$	$20,63 \pm 2,97$
	Erken Başlangıçlı Olmayan	$32,45 \pm 4,78$	$32,77 \pm 6,22$



Hastalıkları süresince uygulanmış olan tedavilerin dağılımına göre, olguların tamamının antipsikotik kullandığı, % 32,69'unun ise daha önce elektro konvülsif tedavi (EKT) gördüğü saptanmıştır.

Olguların yatarak tedavi görmelerine göre dağılımları incelendiğinde, % 13,46'sının daha önceden yatarak tedavi görmediği, % 55,77'sinin 1- 3 kez, % 17,31'inin 4 ve daha fazla kez hastaneye yattığı belirlenmiştir. Daha önce yatarak tedavi görenlerin en uzun yatış süreleri sorgulandığında, % 62,5'inin 1 ay ve daha fazla süreyle hastanede yattıkları tespit edilmiştir.

Olguların % 26,9'unun şizofreni dışında kronik bir rahatsızlık vardır.

Çalışmaya katılan hastaların tedaviden beklentileri değerlendirildiğinde, % 17,31'i aldığı tedavinin kendini iyileştirmeyeceğini düşünmektedir.

Günlük yaşamlarında hastalıkla ilgili bir sorun yaşadıklarında hastaların % 58,7'si anne, baba ve kardeşlerinden, % 14,4'ü eş ve çocuklarından yardım aldığını, % 25'i hastaneye gittiğini ifade etmiştir. % 1,9'u ise hiç kimseden yardım almadığını belirtmiştir (Tablo-5).

**Tablo-5: Şizofreni Hastalarının Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Dağılımları**

		Hasta Sayısı (N)	Yüzde (%)
Daha Önce Hastaneye	Hayır	14	13,5
Yatarak Tedavi Görme	1-3 Kez	58	55,8
Durumu	>4 Kez	32	30,8
	1 Hafta	17	16,35
Yatarak Tedavi	15 Gün	10	9,62
Görenlerin En Uzun	3 Hafta	12	11,54
Yatış Süreleri	>1 Ay	65	62,50
Şizofreni Dışında Kronik	Yok	76	73,1
Bir Hastalığın Olma	Var		
		28	26,9
Evde Hastalıkla İlgili	Anne-Baba-Kardeş	61	58,7
Sorun Yaşandığında	Eş-Çocuk	15	14,4
Başvurulan Kişiler	Kendisi hastaneye gidiyor	26	25,0
	Hiç kimse	2	1,9

#### 4.4. ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İNTİHARA İLİŞKİN BULGULAR

Olgular intihar öykülerine göre değerlendirildiklerinde, % 65,38'i daha önce intihar düşüncesinin olduğunu, % 56,73'ü daha önce intihar girişiminde bulduklarını ifade etmişlerdir. İntihar girişimi olanların % 45,19'u ilaç içerek, % 9,62'si hızlı giden bir aracın önüne atlayarak, % 7,69'u ise delici kesici alet kullanarak intihar girişiminde bulduklarını belirtmişlerdir (Tablo-6).

**Tablo-6: Şizofreni Hastalarının İntihar Öykülerine Göre Dağılımları**

		Hasta Sayısı (N)	Yüzde (%)
Daha önce intihar düşüncesinin	Yok	36	34,6
olma durumu	Var	68	65,4
Daha önce intihar girişiminin olma	Yok	45	43,3
durumu	Var	59	56,7

#### 4.5. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER İLE İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR

Olguların cinsiyetleri ile İntihar Olasılığı Ölçeği'nden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, cinsiyet ile ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo-7).

**Tablo-7: Cinsiyet ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Cinsiyet		t*	p
		Kadın	Erkek		
		X ± SS	X ± SS		
İntihar Olasılığı Ölçeği	Umutsuzluk	23,68±5,38	22,16±5,53	1,78	0,09
	Düşmanlık	15,89±3,75	15,83±4,12	0,07	0,94
	İntihar Düşüncesi	21,14±4,91	20,49±4,34	0,66	0,51
	Olumsuz Kendilik				
	Değerlendirilmesi	26,93±5,71	26,04±5,85	0,69	0,49
	Toplam puan	87,57±8,75	83,61±11,04	1,71	0,09

\*Bağımsız T Testi

Olguların medeni durumları ile İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında, medeni durumlarına göre ölçeğin tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo-8).

**Tablo-8: Medeni Durum ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Medeni Durum			F*	p
		Evli	Bekar	Dul-Boşanmış		
		X ± SS	X ± SS	X ± SS		
İntihar Olasılığı Ölçeği	Umutsuzluk	23,87±5,6	20,97±5,57	22,53±4,91	2,517	0,08
	Düşmanlık	16,74±3,96	15,64±4,06	15,4±3,89	0,751	0,47
	İntihar Düşüncesi	19,17±4,07	20,83±4,19	22,2±5,85	2,252	0,11
	Olumsuz Kendilik					
	Değerlendirmesi	24,04±5,55	27,03±5,45	26,4±7,07	2,325	0,10
	Toplam puan	83,91±11,51	84,52±10,38	86,53±10,51	0,294	0,75

\*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Olguların eğitim durumları ile İntihar Olasılığı Ölçeği'nin puan ortalamaları karşılaştırılmış, eğitim durumu ilköğretim olanların umutsuzluk ( $p=0,009$ ),

düşmanlık ( $p=0,007$ ) alt ölçekleri ve toplam puan ( $p=0,004$ ) ortalamaları, ortaöğretim ve sonrasına göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir. Eğitim durumu ile diğer alt boyutlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-9).

**Tablo-9: Eğitim Durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Eğitim Durumu		t*	p
		İlköğretim	Ortaöğretim ve sonrası		
		X ± SS	X ± SS		
İntihar Olasılığı Ölçeği	Umutsuzluk	32,08±6,2	28,8±6,28	2,68	<b>0,009</b>
	Düşmanlık	16±4,98	13,5±4,22	2,74	<b>0,007</b>
	İntihar Düşüncesi	20,84±4,74	20,47±4,23	0,43	0,669
	Olumsuz Kendilik				
	Değerlendirilmesi	26,3±6,34	26,25±5,24	0,04	0,967
	Toplam puan	85,19±11,24	82,02±9,62	2,94	<b>0,004</b>

\*Bağımsız T Testi

Şizofreni hastalarının çalışma durumları ile İntihar Olasılığı Ölçeğinin puan ortalamaları karşılaştırılmış, çalışma durumlarına göre ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-10).

**Tablo-10: Çalışma Durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Çalışma Durumu		t*	p
		Çalışıyor	Çalışmıyor		
		X ± SS	X ± SS		
İntihar Olasılığı Ölçeği	Umutsuzluk	22,12±5,15	20,58±7,22	1,09	0,28
	Düşmanlık	15,88±4,01	15,68±4,1	0,19	0,84
	İntihar Düşüncesi	20,99±4,41	19,21±4,65	1,57	0,12
	Olumsuz Kendilik				
	Değerlendirilmesi	26,33±5,73	26,05±6,24	0,19	0,85
	Toplam puan	85,38±10,69	81,53±9,74	1,44	0,15

\*Bağımsız T Testi

Hastaların sağlık güvencesine sahip olma durumları ile İntihar Olasılığı Ölçeği'nin puanları karşılaştırılmış, sağlık güvencesine sahip olma durumları ile ölçeğin tüm alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-11).

**Tablo-11: Sağlık Güvencesi ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Sağlık Güvencesi		t*	p
		Var	Yok		
		X ± SS	X ± SS		
İntihar Olasılığı Ölçeği	Umutsuzluk	21,87±5,44	21±9,42	0,31	0,76
	Düşmanlık	15,93±4,02	13,75±3,4	1,07	0,29
	İntihar Düşüncesi	20,72±4,55	19,25±2,22	0,64	0,52
	Olumsuz Kendilik				
	Değerlendirilmesi	26,32±5,86	25,25±4,57	0,36	0,72
	Toplam puan	84,89±10,67	79,25±6,85	1,05	0,29

\*Bağımsız T Testi

Olguların gelir durumları ile İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında; gelir durumu ile olumsuz kendilik değerlendirilmesi alt boyutunun puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ( $p=0,000$ ). Ancak umutsuzluk, düşmanlık, intihar düşüncesi alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 12).

**Tablo-12: Gelir Durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Gelir durumu			F*	p
		İyi	Orta	Kötü		
		X ± SS	X ± SS	X ± SS		
İntihar Olasılığı Ölçeği	Umutsuzluk	20,93±5,36	21,2±5,36	24,13±5,88	2,732	0,074
	Düşmanlık	15,13±4,69	15,63±3,45	16,88±4,88	1,125	0,329
	İntihar Düşüncesi	20,93±4,88	21,02±4,51	19,54±4,15	0,978	0,382
	Olumsuz Kendilik					
	Değerlendirilmesi	28,67±4,32	27,28±5,16	22,08±6,34	10,007	<b>0,000</b>
	Toplam puan	85,67±11,49	85,2±10,6	82,63±10,11	0,592	0,555

\*Tek Yönlü varyans analizi (ANOVA)

Gelir durumlarını iyi, orta, kötü olarak algılayan hastaların, gelir durumları ile olumsuz kendilik değerlendirmesi puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunarak ( $p=0,000$ ), gruplar arası farklılıkların belirlenmesi amacıyla Tukey testi yapılmıştır. Bu farkın post-hoc analizde, gelir durumunu kötü olarak değerlendirenlerden kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo-13).

**Tablo-13: Bireylerin Gelir Durumlarına Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması**

Gelir Durumu	Olumsuzluk Kendilik Değerlendirilmesi
İyi / Orta	0,637*
İyi / Kötü	0,001*
Orta / Kötü	0,000*

\*Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Olguların birlikte yaşadıkları kişiler ile İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında; hastaların yaşadıkları kişilere göre ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-14).

**Tablo- 14: Birlikte Yaşadıkları Kişilere Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Yaşadığı Kişiler			F*	p
		Anne-Baba-	Eş- Çocuk-	Yalnız		
		Kardeş	Akraba			
İntihar Olasılığı Ölçeği	Umutsuzluk	29,7±6,46	32,4±6,31	31,57±5,22	1,792	0,17
	Düşmanlık	14,22±4,46	16,4±4,84	14,71±6,75	1,973	0,14
	İntihar Düşüncesi	21,03±4,46	19,52±4,65	21±4,08	1,072	0,35
	Olumsuz Kendilik					
	Değerlendirilmesi	26,97±5,57	24,32±5,87	26,14±7,1	1,981	0,14
	Toplam puan	91,92±10,8	92,64±12,67	93,4±9,43	0,084	0,92

\*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Alınan tedavinin hastalığı iyileştireceğini düşünme durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında, hastaların iyileşeceklerini düşünme durumlarına göre İntihar Düşüncesi alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak aldığı tedavinin hastalığını iyileştireceğini düşünenlerin umutsuzluk ( $p=0,003$ ), düşmanlık ( $p=0,008$ ) ve olumsuz kendilik değerlendirmesi ( $p=0,003$ ) alt boyut puan ortalamaları, aldığı tedavinin hastalığını iyileştireceğini düşünmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Tablo-15).

**Tablo-15: Alınan Tedavinin Hastalığı İyileştireceğini Düşünme Durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Alınan Tedavinin Hastalığı İyileştireceğine İnanma Durumu			
		İnanmıyor	İnanıyor	t*	p
		X±SS	X±SS		
İntihar Olasılığı Ölçeği	Umutsuzluk	26,44±5,67	20,87±5,08	4,15	<b>0,000</b>
	Düşmanlık	18,39±3,94	15,31±3,83	3,08	<b>0,003</b>
	İntihar Düşüncesi	18,94±5,1	21,02±4,29	1,81	0,074
	Olumsuz Kendilik Değerlendirilmesi	26,97±5,71	23±5,21	2,72	<b>0,008</b>
	Toplam puan	86,89±12,57	84,21±10,14	0,98	0,331

\*Bağımsız T Testi

Hastanede yatma durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği'nin alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-16).

**Tablo-16: Hastanede Yatış Durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Hastanede Yatış Durumu			F*	p
		Yatış yok	1-3 gün	>4 kez		
		X±SS	X±SS	X±SS		
Olasılığı	Umutsuzluk	28,57±7,06	30,6±6,04	31,06±6,8	1,226	0,30
	Düşmanlık	12,36±3,67	15,13±4,4	15,19±5,58	1,631	0,19
	İntihar Düşüncesi	21,07±3,47	20,79±4,54	20,25±4,83	0,501	0,68
	Olumsuz Kendilik					
İntihar Ölçeği	Değerlendirmesi	28,92±5,69	25,6±5,55	26,34±6,11	0,225	0,88
	Toplam puan	90,92±12,97	92,13±10,7	92,19±11,1	1,129	0,34

\*Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Olguların hastanede yatış süreleri ile İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında, yatış sürelerine göre ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-17).

**Tablo-17: Hastanede Yatış Süresi ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Hastanede Yatış Süresi				F*	p
	1 hafta	15 gün	3 hafta	>1 ay		
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
<b>Umutsuzluk</b>	20,24±6,17	20,4±3,34	23,75±6,55	22,12±5,46	1,226	0,30
<b>Düşmanlık</b>	14,18±3,24	15,6±4,79	17,33±3,89	16,05±4,02	1,631	0,19
<b>İntihar</b>						
<b>Düşüncesi</b>	19,82±3,92	21,8±4,71	21,33±5,18	20,58±4,51	0,501	0,68
<b>Olumsuz</b>						
<b>Kendilik</b>						
<b>Değerlendirmesi</b>	27,29±6,06	26,5±5,7	26,17±7,06	26±5,61	0,225	0,88
<b>Toplam puan</b>	81,53±13,36	84,3±6,45	88,83±14,4	84,78±9,39	1,129	0,34

\*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Hastaların psikiyatrik yakınmaları dışında tedavi gerektiren sağlık sorunu olma durumları ile İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sağlık sorunu olma durumlarına göre umutsuzluk, düşmanlık, intihar düşüncesi alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Ancak sağlık sorunu olmayanların olumsuz kendilik değerlendirme puanları olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p=0,002$ ) (Tablo-18).



**Tablo-18: Psikiyatrik Yakınma Dışında Tedavi Gerektiren Başka Sağlık Sorunu Olma Durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Psikiyatrik Yakınma Dışında Tedavi Gerektiren Başka Sağlık Sorunu Olma Durumu			
		Yok	Var	U*	p
		X±SS	X±SS		
İntihar Olasılığı Ölçeği	Umutsuzluk	29,61±6,04	33,33±6,88	1057,0	0,959
	Düşmanlık	14,10±4,51	17,04±4,97	1015,0	0,719
	İntihar Düşüncesi	21,11±4,46	19,16±4,33	943,0	0,374
	Olumsuz Kendilik				
	Değerlendirilmesi	25,92±6,1	26,39±5,74	638,0	<b>0,002</b>
	Toplam puan	91,21±11,22	95,45±10,24	805,0	0,057

\*Mann Whitney U Testi

Olguların daha önce intihar düşüncesi olma durumları ile İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Önceden intihar düşüncesi olma durumuna göre İntihar Olasılığı Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Daha önce intihar düşüncesi olanların, olmayanlara göre umutsuzluk ( $p=0,02$ ), düşmanlık ( $p=0,000$ ) alt boyutu puan ortalamaları, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek, intihar düşüncesi ( $p=0,000$ ) ve olumsuz kendilik değerlendirmesi ( $p=0,000$ ) alt boyutlarının puan ortalamaları ise düşük bulunmuştur (Tablo-19).

**Tablo-19: Daha Önceden İntihar Düşüncesi Olma Durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Daha Önceden İntihar Düşüncesi		t*	p
	Olma Durumu			
	Var	Yok		
	X±SS	X±SS		
<b>Umutsuzluk</b>	31,52±6,38	28,55±6,1	2,31	<b>0,02</b>
<b>Düşmanlık</b>	16,82±4,03	12,05±3,88	3,61	<b>0,000</b>
<b>İntihar Düşüncesi</b>	19,25±4,15	23,33±3,87	4,88	<b>0,000</b>
<b>Olumsuz Kendilik</b>				
<b>Değerlendirilmesi</b>	24,68±5,86	29,31±4,34	4,17	<b>0,000</b>
<b>Toplam puan</b>	86,58±8,88	83,66±11,31	1,35	0,48

\*Bağımsız T Testi

Olguların daha önce intihar girişimi olma durumları İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırılmış, intihar girişimi olma durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastalardan daha önce intihar girişimi olanların umutsuzluk ( $p=0,01$ ) ve düşmanlık ( $p=0,000$ ) alt boyut puan ortalamaları olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek, intihar düşüncesi ( $p=0,000$ ) ve olumsuz kendilik değerlendirmesi ( $p=0,000$ ) alt boyut puan ortalamaları ise düşük bulunmuştur (Tablo-20).

**Tablo-20: Daha Önceden İntihar Girişimi Olma Durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Daha Önceden İntihar Girişimi Olma Durumu			
		Hayır		Evet	
		X±SS	X±SS	t*	p
İntihar Olasılığı Ölçeği	Umutsuzluk	28,75±5,98	31,77±6,46	2,44	<b>0,01</b>
	Düşmanlık	12,84±3,9	16,25±4,86	2,92	<b>0,000</b>
	İntihar Düşüncesi	22,98±4,12	18,9±3,94	5,13	<b>0,000</b>
	Olumsuz Kendilik				
	Değerlendirilmesi	28,89±4,86	24,29±5,7	4,34	<b>0,000</b>
	Toplam puan	86,58±9,59	83,22±11,14	1,62	0,109

\*Bağımsız T Testi

Hastalık dışında yaşamı etkileyen önemli sorun olma durumu ile İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış, hastalardan yaşamı etkileyen sorun yaşayanların umutsuzluk (p=0,03) ve düşmanlık (p=0,01) puanları yaşamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Ancak intihar düşüncesi, olumsuz kendilik değerlendirilmesi alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir (p>0,05) (Tablo-21).

**Tablo-21: Hastalık Dışında Yaşamı Etkileyen Önemli Sorun Olma Durumuna Göre İntihar Olasılığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Hastalık Dışında Yaşamı Etkileyen Önemli Sorun Olma Durumu			
		Yok		Var	
		X±SS	X±SS	U*	p
İntihar Olasılığı Ölçeği	Umutsuzluk	29,61±6,04	33,33±6,88	675,00	<b>0,03</b>
	Düşmanlık	14,01±4,52	17,04±4,97	632,50	<b>0,01</b>
	İntihar Düşüncesi	21,11±4,46	19,17±4,33	711,50	0,06
	Olumsuz Kendilik				
	Değerlendirilmesi	26,39±5,74	25,92±6,1	925,00	0,79
	Toplam puan	91,21±11,22	95,46±10,24	786,50	0,18

\*Mann Whitney U Testi

#### 4.6. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde hastaların sosyo demografik verilerine göre Brichwood İçgörü Ölçeği puanları karşılaştırılacaktır.

Öncelikle, hastaların cinsiyetleri ile Brichwood İçgörü Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Cinsiyete göre ölçeğin tüm alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-22).

**Tablo-22: Cinsiyet ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Cinsiyet		t*	p	
	Kadın	Erkek			
	X±SS	X±SS			
Brichwood İçgörü Ölçeği	Belirtilerin Farkında Olma	1,21±1,13	1,42±1,29	0,75	0,46
	Hastalığın Farkında Olma	0,79±0,74	0,87±0,72	0,52	0,61
	Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma	2,39±1,13	2,38±1,07	0,05	0,96
	Toplam puan	3,23±1,76	3,56±2,08	0,74	0,46

\*Bağımsız T Testi

Olguların medeni durumları ile Brichwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış; medeni durumlarına göre ölçeğin alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-23).

**Tablo-23: Medeni Durum ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Medeni Durum			KW*	p
		Evli X±SS	Bekar X±SS	Dul- Boşanmış X±SS		
Brichwood İçgörü Ölçeği	<b>Belirtilerin Farkında Olma</b>	3,7±1,52	3,31±1,22	3,07±0,8	2,71	0,26
	<b>Hastalığın Farkında Olma</b>	3,13±0,87	2,76±0,68	2,8±0,56	1,305	0,52
	<b>Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma</b>	6,73±1,35	6,31±1,04	6,13±0,64	3,302	0,19
	<b>Toplam puan</b>	10,2±2,53	9,23±1,57	8,93±1,18	2,158	0,34

\*Kruskal Wallis Testi

Hastaların eğitim durumları ile Brichwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış, eğitim durumlarına göre ölçeğin alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-24).

**Tablo-24: Eğitim Durumu ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Eğitim durumu		U*	p
		İlköğretim X±SS	Ortaöğretim ve sonrası X±SS		
Brichwood İçgörü Ölçeği	<b>Belirtilerin Farkında Olma</b>	3,39±1,26	3,33±1,24	1310,500	0,78
	<b>Hastalığın Farkında Olma</b>	2,94±0,72	2,75±0,72	1158,500	0,17
	<b>Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma</b>	6,34±1,03	6,43±1,34	1254,0	0,49
	<b>Toplam puan</b>	9,51±1,8	9,29±1,78	1260,0	0,55

\*Mann Whitney U testi

Olguların çalışma durumları ile Brichwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış; çalışma durumlarına göre ölçeğin alt boyutları ve toplam puan

ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo-25).

**Tablo-25: Çalışma Durumu ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Çalışma Durumu		U*	p
		Çalışıyor	Çalışmıyor		
		X±SS	X±SS		
Brichwood İçgörü Ölçeği	Belirtilerin Farkında Olma	3,35±1,22	3,42±1,39	804,00	0,976
	Hastalığın Farkında Olma	2,81±0,7	3±0,82	712,50	0,378
	Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma	6,35±1,11	6,53±0,96	720,00	0,421
	Toplam puan	9,34±1,74	9,68±2,17	734,50	0,536

\*Mann Whitney U testi

Hastaların sağlık güvencesine sahip olma durumları ile Brichwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış; sağlık güvencesi olma durumuna göre ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-26).

**Tablo-26: Hastaların Sağlık Güvencesine Sahip Olma Durumları ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Sağlık Güvencesi		t*	p
		Var	Yok		
		X±SS	X±SS		
Brichwood İçgörü Ölçeği	Belirtilerin Farkında Olma	3,35±1,22	3,75±2,06	0,63	0,53
	Hastalığın Farkında Olma	2,85±0,73	2,75±0,5	0,27	0,79
	Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma	6,38±1,1	6,5±0,58	0,22	0,83
	Toplam puan	9,39±1,8	9,75±2,33	0,28	0,78

\*Bağımsız T Testi

Olguların gelir durumları durumu ile Brichwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış; hastaların gelir durumlarını algılamalarına göre ölçeğin alt boyutları

ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-27).

**Tablo-27: Gelir Durumu ile Brichwood İlgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Gelir Durumu			KW*	p	
	İyi X±SS	Orta X±SS	Kötü X±SS			
Brichwood İlgörü Ölçeği	<b>Belirtilerin Farkında</b>					
	<b>Olma</b>	1,07±1,16	1,34±1,28	1,63±1,21	2,407	0,31
	<b>Hastalığın Farkında</b>					
	<b>Olma</b>	0,67±0,82	0,91±0,7	0,79±0,72	2,478	0,29
	<b>Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma</b>					
	<b>Toplam puan</b>	2,27±0,8	2,37±1,21	2,5±0,88	0,904	0,64
	2,93±2,01	3,52±2,07	3,67±1,81	3,277	0,19	

\*Kruskal Wallis Testi

Olguların yaşadıkları kişiler ile Brichwood İlgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış, hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre ölçeğin alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-28).

**Tablo-28: Hastaların Yaşadıkları Kişiler ile Brichwood İlgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Hastaların Yaşadıkları Kişiler			KW*	p	
	Anne-Baba- Kardeş X±SS	Eş- Çocuk – Akraba X±SS	Yalnız X±SS			
Brichwood İlgörü Ölçeği	<b>Belirtilerin Farkında</b>					
	<b>Olma</b>	3,23±1,16	3,72±1,48	3,42±0,98	2,119	0,34
	<b>Hastalığın Farkında</b>					
	<b>Olma</b>	2,76±0,68	3,12±0,83	2,71±0,49	3,566	0,17
	<b>Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma</b>					
	<b>Toplam puan</b>	6,26±0,98	6,76±1,36	6,28±0,76	2,397	0,30
	9,13±1,55	10,22±2,42	9,29±0,42	4,338	0,11	

\*Kruskal Wallis Testi

Hastaların aldıkları tedavinin hastalıklarını iyileştireceğine inanma durumu ile Brichwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Aldığı tedavinin hastalığını iyileştireceğini düşünenlerin, belirtilerin farkında olma ( $p=0,03$ ) alt boyut ve ölçek toplam puan ( $p=0,04$ ) ortalamaları, iyileştirmeyeceğini düşünenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Ancak iyileşeceğine inanma durumuna göre ölçeğin hastalığın farkında olma, tedavi gereksiniminin farkında olma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-29).

**Tablo-29: Alınan Tedavinin Hastalığı İyileştireceğine İnanma Durumu ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Alınan Tedavinin Hastalığı İyileştireceğine İnanma Durumu			
		İnanmıyor	İnanıyor	t*	p
		X±SS	X±SS		
Brichwood İçgörü Ölçeği	Belirtilerin Farkında Olma	1,94±1,39	1,24±1,19	2,21	<b>0,03</b>
	Hastalığın Farkında Olma	0,94±0,54	0,83±0,75	0,63	0,53
	Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma	2,72±0,96	2,31±1,1	1,46	0,15
	<b>Toplam puan</b>	4,33±1,86	3,29±1,99	2,04	<b>0,04</b>

\*Bağımsız T Testi

Hastanede yatış durumu ile Brichwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış; hastanede yatış durumuna göre Brichwood İçgörü Ölçeği tedavi gereksiniminin farkında olma alt boyutu arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,000$ ). Ancak belirtilerin farkında olma, hastalığın farkında olma alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-30).



**Tablo-30: Olguların Hastanede Yatış Durumlarının Brichwood İçgörü Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması**

		Hastanede Yatış Durumu			F*	p
		Yatış yok	1-3 kez	>4 kez		
		X±SS	X±SS	X±SS		
Brichwood İçgörü Ölçeği	<b>Belirtilerin Farkında</b>					
	<b>Olma</b>	3,42±1,45	3,31±1,27	3,43±1,13	0,126	0,882
	<b>Hastalığın Farkında</b>					
	<b>Olma</b>	2,92±0,61	2,84±0,83	2,81±0,53	0,124	0,883
	<b>Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma</b>	7,57±1,15	6,25±1,05	6,06±0,73	12,122	<b>0,000</b>
	<b>Toplam puan</b>	10,14±1,91	9,28±1,94	9,29±1,49	1,344	0,266

\*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Olguların hastanede yatış sıklıklarına göre Brichwood İçgörü Ölçeği Tedavi gereksinimi alt boyut puanları arasında anlamlı fark olduğu bulunarak (p=0,000), gruplar arası farklılıkların belirlenmesi amacıyla Tukey testi yapılmıştır. Bu farkın post-hoc analizde, daha önce tedavi olmak için hastanede yatışı olmayanlardan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo-31).

**Tablo-31: Hastaların Hastanede Yatış Durumlarına Göre Brichwood İçgörü Ölçeği tedavi Gereksiniminin Farkında Olma Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması**

Hastanede yatış durumu	Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma
Yatış yok/ 1-3 kez	<b>0,000*</b>
Yatış yok/ 4 kez ve daha fazla	<b>0,000*</b>
1-3 kez / 4 kez ve daha fazla	0,727*

\*Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Olguların hastanedeki yatış süreleri ile Brichwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış; yatış süresine göre ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo-32).

**Tablo-32: Hastanede Yatış Süresi ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Hastanede Yatış Süresi				F*	p
		1 Hafta	15 Gün	3 Hafta	>1 Ay		
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
Brichwood İçgörü Ölçeği	<b>Belirtilerin Farkında Olma</b>	1,71±1,49	1,3±1,06	0,83±0,72	1,38±1,27	1,17	0,33
	<b>Hastalığın Farkında Olma</b>	0,88±0,78	0,4±0,7	0,67±0,49	0,94±0,73	1,96	0,13
	<b>Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma</b>	3,24±1,09	2,8±1,48	2,83±0,94	2,2±0,9	2,58	0,12
	<b>Toplam puan</b>	4,35±2,38	3,1±1,39	2,42±1,02	3,49±2,03	2,43	0,07

\*Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Olguların psikiyatrik yakınma dışında tedavi gerektiren sağlık sorunu olma durumları ile Brichwood İçgörü Ölçeği puanları karşılaştırıldığında, sağlık sorunu olma durumlarına göre ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-33).

**Tablo-33: Psikiyatrik Yakınma Dışında Tedavi Gerektiren Sağlık Sorunu Olma Durumu ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Psikiyatrik Yakınma Dışında		U*	p
		Tedavi Gerektiren Sağlık Sorunu Olma Durumu			
		Yok	Var		
		X±SS	X±SS		
Brichwood İçgörü Ölçeği	<b>Belirtilerin Farkında Olma</b>	3,29±1,2	3,57±1,37	949,0	0,38
	<b>Hastalığın Farkında Olma</b>	2,82±0,72	2,89±0,73	1020,0	0,72
	<b>Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma</b>	6,35±1,1	6,46±1,03	1001,0	0,61
	<b>Toplam puan</b>	9,29±1,78	9,69±1,92	916,0	0,27

\*Mann Whitney U Testi

Hastaların daha önce intihar düşüncesi olma durumları ile Brichwood İçgörü Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. İntihar düşüncesi olma durumlarına göre ölçeğin alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo-34).

**Tablo-34: İntihar Düşüncesi ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Daha Önce İntihar Düşüncesi		t*	p
		Olma Durumu			
		Yok	Var		
		X±SS	X±SS		
Brichwood İçgörü Ölçeği	Belirtilerin Farkında Olma	1,14±1,15	1,49±1,29	1,35	0,18
	Hastalığın Farkında Olma	0,86±0,68	0,84±0,75	0,15	0,88
	Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma	2,36±0,96	2,4±1,15	0,16	0,87
	Toplam puan	3,26±2,06	3,58±1,97	0,77	0,44

\*Bağımsız T Testi

Olguların daha önce intihar girişimi olma durumları ile Brichwood İçgörü Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Daha önce intihar girişimi olma durumlarına göre ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-35).

**Tablo-35: İntihar Girişimi ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

		Daha Önce İntihar Girişimi		t*	p
		Olma Durumu			
		Yok	Var		
		X±SS	X±SS		
Brichwood İçgörü Ölçeği	Belirtilerin Farkında Olma	1,16±1,15	1,53±1,3	1,51	0,14
	Hastalığın Farkında Olma	0,87±0,66	0,83±0,77	0,25	0,80
	Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma	2,47±1,2	2,32±0,99	0,67	0,50
	Toplam puan	3,32±1,97	3,58±2,03	0,66	0,51

\*Bağımsız T Testi

Olguların hastalık dışında herhangi bir sorun yaşama durumları ile Brichwood İçgörü Ölçeği puanları karşılaştırılmış, sorun yaşama durumlarına göre ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-36).

**Tablo-36: Hastalık Dışında Sorun Yaşama Durumu ile Brichwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Hastalık Dışında Sorun Yaşama Durumu		t*	p
	Yok	Var		
	X±SS	X±SS		
<b>Belirtilerin Farkında Olma</b>	3,32±1,26	3,5±1,21	0,60	0,81
<b>Hastalığın Farkında Olma</b>	2,87±0,75	2,75±0,6	0,74	0,52
<b>Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma</b>	6,4±1,08	6,3±1,08	0,48	0,77
<b>Toplam puan</b>	9,4±1,9	9,4±1,55	0,02	0,48

\* Bağımsız T Testi

#### **4.7. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR**

Bu bölümde olguların sosyodemografik verilerine göre Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır.

Hastaların cinsiyetleri ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Kadın ve erkeklerin Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-37).

**Tablo-37: Cinsiyet ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Cinsiyet		t*	p
	Kadın	Erkek		
Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	X±SS 8,29±5,8	X±SS 6,51±5,06	1,52	0,13

\*Bağımsız T Testi

Olguların medeni durumları ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırılmış, medeni duruma göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-38).

**Tablo-38: Medeni Durum ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Medeni Durum			F*	p
	Evli	Bekar	Dul- Boşanmış		
Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	X±SS 8,43±5,32	X±SS 6,10±4,96	X±SS 8,87±5,9	2,83	0,06

\*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Hastaların eğitim durumları ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış, eğitim durumuna göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-39).

**Tablo-39: Eğitim Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Eğitim Durumu		t*	p
	İlköğretim	Ortaöğretim ve sonrası		
Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	X±SS 7,68±5,67	X±SS 6,33±4,79	1,31	0,08

\*Bağımsız T testi

Olguların çalışma durumları ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış, çalışma durumuna göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-40).

**Tablo-40: Çalışma Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Çalışma Durumu		t*	p
	Çalışıyor	Çalışmıyor		
Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	7,04±5,29	6,79±5,51	0,18	0,86

\*Bağımsız T Testi

Hastaların sağlık güvencesine sahip olma durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış olup, sağlık güvencesine sahip olma durumuna göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-41).

**Tablo-41: Sağlık Güvencesi ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Sağlık Güvencesi		t*	p
	Var	Yok		
Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	6,87±5,2	10±7,79	1,16	0,25

\*Bağımsız T Testi

Hastaların gelir durumlarını algılamalarına göre Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,004$ ) (Tablo-42).

**Tablo-42: Gelir Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Gelir Durumu			F*	p
	İyi	Orta	Kötü		
	X±SS	X±SS	X±SS		
<b>Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği</b>	6,53±5,96	5,97±4,51	10,04±5,91	5,71	<b>0,004</b>

\*Tek Yönlü Varyans Testi (ANOVA)

Gelir durumlarını iyi, orta, kötü olarak algılayanlar arasında farklılığın belirlenmesi amacıyla Tukey testi yapılmıştır. Gelir durumunu kötü olarak değerlendirenler ile gelir durumunu orta olarak değerlendirenlerin depresyon puanları karşılaştırılması sonucu anlamlı fark saptanmıştır (p=0,003) (Tablo-43).

**Tablo-43: Bireylerin Gelir Durumlarına Göre Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Kıyaslanması**

Gelir Durumu	Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
İyi / Orta	0,920*
İyi / Kötü	0,095*
Orta / Kötü	<b>0,003*</b>

\*Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi

Olguların birlikte yaşadıkları kişiler ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırılmış, yaşadıkları kişilere göre ölçeğin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo-44).

**Tablo-44: Hastaların Birlikte Yaşadıkları Kişiler ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Yaşadıkları Kişiler			F*	p
	Anne-Baba-Kardeş	Eş-Çocuk-Akraba	Yalnız		
	X±SS	X±SS	X±SS		
<b>Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği</b>	6,31±5,08	8,48±5,09	9±6,98	2,133	0,12

\*Tek Yönlü Varyans Testi (ANOVA)

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puan ortalamaları ile hastaların aldıkları tedavinin hastalıklarını iyileştireceğini düşünme durumları karşılaştırılmış; iyileştireceğini düşünenlerin ölçek puan ortalamaları iyileşeceğini düşünmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p=0,000) (Tablo-45).

**Tablo-45: Alınan Tedavinin Hastalığı İyileştireceğini Düşünme Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Alınan Tedavinin Hastalığı İyileştireceğini Düşünme Durumu		t*	p
	Düşünmüyor	Düşünüyor		
	X±SS	X±SS		
<b>Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği</b>	11±4,06	6,15±5,16	3,74	<b>0,000</b>

\*Bağımsız T Testi

Olguların hastanede yatış durumları ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırılmış, hastanede yatış durumlarına göre Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo-46).

**Tablo-46: Hastanede Yatış Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Hastanede Yatış Durumu			F*	p
	Yatış Yok	1-3 Kez	>4 Kez		
	X±SS	X±SS	X±SS		
<b>Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği</b>	5,64±4,51	6,82±4,89	7,96±6,16	0,035	0,36

\*Tek yönlü varyans testi (ANOVA)

Olguların hastanede yatış süreleri ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırılmış, hastanede yatış sürelerine göre ölçeğin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo-47).



**Tablo-47: Hastanede Yatış Süresi ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Hastanede Yatış Süresi				F*	p
	1 Hafta	15 Gün	3 Hafta	>1 Ay		
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
<b>Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği</b>	6,47±4,27	6,7±4,11	7,5±5,45	7,08±5,75	0,104	0,96

\*Tek yönlü varyans testi (ANOVA)

Bu çalışmada olguların psikiyatrik yakınmaları dışında tedavi gerektiren sağlık sorunu yaşama durumları ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Sağlık sorunu olanların depresyon puanları sağlık sorunu olmayanlara göre daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,005) (Tablo-48).

**Tablo-48: Psikiyatrik Yakınma Dışında Tedavi Gerektiren Sağlık Sorunu Olma Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Sağlık Sorunu Olma Durumu		t*	p
	Yok	Var		
	X±SS	X±SS		
<b>Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği</b>	6,14±5,26	9,39±4,62	2,88	<b>0,005</b>

\*Bağımsız T Testi

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ile daha önce intihar düşüncesi olma durumu arasındaki ilişki incelenmiştir. Daha önce intihar düşüncesi olan grubun, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ortalamaları olmayan gruptan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,000) (Tablo-49).

**Tablo-49: Daha Önce İntihar Düşüncesi Olma Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	İntihar Düşüncesi Olma Durumu		t*	p
	Yok	Var		
	X±SS	X±SS		
<b>Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği</b>	4±4,04	8,57±5,23	4,57	<b>0,000</b>

\*Bağımsız T Testi

Olguların daha önce intihar girişimi olma durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırılmış, intihar girişimi olan grubun depresyon puanları olmayan gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,000) (Tablo-50).

**Tablo-50: Daha Önce İntihar Girişiminde Bulunma Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	İntihar Girişiminde Bulunma Durumu		t*	p
	Hayır	Evet		
	X±SS	X±SS		
Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	4,24±3,94	9,08±5,28	5,15	<b>0,000</b>

\*Bağımsız T testi

Olguların hastalık dışında sorun yaşama durumları ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırıldığında, sorun yaşayan grubun depresyon puanları yaşamayan gruptan daha yüksek olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,01) (Tablo-51).

**Tablo-51: Hastalık Dışında Yaşamı Etkileyen Sorun Yaşama Durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Hastalık Dışında Yaşamı Etkileyen Sorun Yaşama Durumu		t*	p
	Yok	Var		
	X±SS	X±SS		
Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	6,3±5,01	9,41±5,51	2,61	<b>0,01</b>

\*Bağımsız T testi

#### **4.8. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ İLE BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRMESİNE YÖNELİK BULGULAR**

Bu bölümde, İntihar Olasılığı Ölçeği ile Brichwood İçgörü Ölçeği karşılaştırılmıştır.

İntihar Olasılığı Ölçeğinin toplam puanı (r=-0,290 p=0,003), intihar düşüncesi (r=-0,200 p=0,04) ve olumsuz kendilik değerlendirmesi (r=-0,268 p=0,006) alt boyut puanları ile Brichwood İçgörü Ölçeği'nin belirtilerin farkında olma alt boyutu arasında negatif yönde orta düzeyde ilişkiler bulunmuştur.

İntihar Olasılığı Ölçeği'nin olumsuz kendilik değerlendirmesi alt boyut puanı ile Brichwood İçgörü Ölçeği'nin toplam puanı ( $r=-0,206$   $p=0,03$ ) arasında negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır.

Bunların dışında İntihar Olasılığı Ölçeği ile Brichwood İçgörü Ölçeği arasında anlamlı ilişkiler saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-52).

**Tablo-52: İntihar Olasılığı Ölçeği ile Brichwood İçgörü Ölçeği Arasındaki İlişki**

		İntihar Olasılığı Ölçeği					Toplam puan
		Umutsuzluk	Düşmanlık	İntihar Düşüncesi	Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi		
Brichwood İçgörü Ölçeği	Belirtilerin Farkında Olma	r*	-0,044	-0,084	<b>-0,200</b>	<b>-0,268</b>	<b>-0,290</b>
		p	0,65	0,39	<b>0,04</b>	<b>0,006</b>	<b>0,003</b>
	Hastalığın Farkında Olma	r*	0,143	0,130	-0,031	-0,069	0,075
		p	0,14	0,19	0,753	0,48	0,45
	Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma	r*	-0,078	-0,078	-0,013	0,015	-0,069
		p	0,43	0,43	0,895	0,87	0,48
		r*	0,003	-0,029	-0,153	<b>-0,206</b>	-0,19
		p	0,97	0,76	0,12	<b>0,03</b>	0,05

\*Pearson Korelasyon Testi

#### 4.9. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ İLE CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR

İntihar Olasılığı Ölçeği ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir. İntihar Olasılığı Ölçeği'nin umutsuzluk ( $r=0,607$   $p=0,000$ ), düşmanlık ( $r=0,520$   $p=0,000$ ) alt boyutları ile depresyon ölçeği puanı arasında pozitif yönde iyi düzeyde, intihar düşüncesi ( $r=-0,288$   $p=0,003$ ), olumsuz kendilik değerlendirmesi ( $r=-0,636$   $p=0,0001$ ) alt boyut puanları ile depresyon arasında negatif yönde orta düzeyde ilişkiler saptanmıştır.

Buna karşın, her iki ölçeğin toplam puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,005$ ) (Tablo-53).

**Tablo-53: İntihar Olasılığı Ölçeği ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki**

		İntihar Olasılığı Ölçeği				Toplam puan
		Umutsuzluk	Düşmanlık	İntihar Düşüncesi	Olumsuz Kendilik Değerlendirmesi	
Calgary						
Şizofrenide	r*	0,607	0,520	-0,288	-0,636	0,045
Depresyon						
Ölçeği	p	0,000	0,000	0,003	0,000	0,65

\*Perason Korelasyon Testi

#### 4.10. CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ İLE BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ile Brichwood İçgörü Ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir. Şizofrenide depresyon ile içgörü ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-54).

**Tablo-54: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ile Brichwood İçgörü Ölçeği Arasındaki İlişki**

		Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	
Brichwood İçgörü Ölçeği		r*	0,003
	Belirtilerin Farkında Olma	p	0,98
		r*	0,033
	Hastalığın Farkında Olma	p	0,74
		r*	0,027
	Tedavi Gereksiniminin Farkında Olma	p	0,79
	r*	0,023	
Toplam Puan	p	0,82	

\*Pearson Korelasyon Testi

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda birincil amaç, şizofreni hastalarının intihar olasılıkları ile içgörü ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Çalışmada ayrıca sosyo-demografik (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma yaşantısı) ve hastalığa ilişkin özellikler (başlangıç yaşı, hastalık süresi, yatış sayısı, kullandıkları tedavi) ile intihar olasılığı, içgörü ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

### 5.1. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ, CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ VE BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ CRONBACH ALFA DEĞERLERİNE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda kullanılan İntihar Olasılığı Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ve Brichwood İçgörü Ölçeklerinin cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır (Tablo-2). Çalışmamızdaki örneklem grubu için, tüm ölçeklerin cronbach alfa değerleri 0,70'in üzerinde olması nedeniyle, iç güvenilirlik kat sayıları yüksek bulunmuştur.

### 5.2. SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI

Çalışmaya alınan hastaların, 76'sı erkek (% 73,08), 28'i kadındır (% 26,92). McGrath yaptığı epidemiyolojik çalışmada şizofreni sıklığı erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (McGrath 2005). Benzer şekilde Zisook ve arkadaşlarının (2006) 165 şizofren hasta ile yaptıkları çalışmada da olguların % 77,6'sı erkektir (Zisook et al 2006). Diğer çalışmalarda göz önünde bulundurulduğunda olguların cinsiyete göre dağılım oranları, yapılan çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Şizofreni genç erişkinlikte başlayan kronik bir hastalıktır. Hastalığın başlangıç yaşı erkeklerde 18-25 yaş, kadınlarda 25-30'dur (Köroğlu 2015). Hastalığı bu yaş aralıklarından önce başlayanlar erken başlangıçlı olarak kabul edilmiştir. Çalışmamızda erken başlangıçlı olanlardan, kadınların yaş ortalaması 17,76±5,61 iken, erkeklerin 20,63±2,9 olarak bulunmuştur. Pehlivan'ın çalışmasında, şizofreninin kadın ve erkeklerde eşit sıklıkta görüldüğü ancak hastalığın başlangıcı açısından ciddi farkların bulunduğu belirtilmiş, erkek hastaların yarısından fazlası, kadın hastaların ise yalnızca % 30'luk bir kısmının 25 yaşından önce hastaneye

yattığı saptanmıştır (Pehlivan 2006). Bu verilerin aksine, çalışmamızda kadın hastaların yaş ortalamalarının daha düşük olmasının sebebi, grubumuzdaki kadın ve erkek hastaların dağılımlarından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Hastaların medeni duruma göre dağılımları incelendiğinde; % 63,46'sı bekar, % 22,12'si evli, % 14,42'si dul veya boşanmış olduğu görülmüştür. Zisook ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ayaktan tedavi gören şizofreni hastalarının % 12'si evli ya da partneri ile birlikte yaşamaktadır. Yıldız ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada hastaların % 25,8'inin evli olduğu tespit edilmiştir (Yıldız ve ark 2012). Benzer şekilde, Türkiyede bir hastanenin ayaktan psikiyatrik tedavi ünitesinde tedavi gören şizofren hastalarla yapılan bir çalışmada evli olanların oranı % 22 olarak belirlenirken, (Taktak, Erkıran, Karşıdağ, Özeren, Alpay 2000) başka bir çalışmada hastalığın erken yaşta başlaması ve sık hastane yatışları nedenleriyle şizofren hastaların evlilik şanslarının azaldığı belirlenmiştir (Pehlivan 2006). Bu sonuçlar da çalışmamızı destekler niteliktedir. Bizde çalışmamızda hastaların yarıdan fazlasının bekar olduğunu düşünerek, hastaların hastalıkları nedeniyle evlilik şanslarının azaldığını söyleyebiliriz.

Katılımcıların eğitim durumuna baktığımızda, % 51'i ilköğretim, % 49'u ortaöğretim ve sonrası mezundur. Ülkemizde Doğu ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada, ayaktan tedavi gören şizofren hastalardan kadınların % 58,7'sinin, erkeklerin ise % 50,9'unun ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir (Doğu, Güler, Çıtak, Altunkaynak, Alpay 2012). Kuzey Finlandiya'da da Jaaskelainen ve arkadaşlarının (2015) normal popülasyonla şizofren hastaları karşılaştırdıkları bir kohort çalışmasında hastaların eğitim seviyesi, önemli derecede düşük bulunmuştur (Jaaskelainene et al 2015).

Çalışmamızda hastaların % 81,73'ü herhangi bir işte çalışmamakta, çalışanların % 93,27'si ise beş ay ve daha kısa süredir çalışmaktadır. Bilindiği gibi şizofreni, sosyal ve mesleki işlevselliği bozan kronik seyirli bir hastalıktır (Lincoln, Lüllmann, Rief 2007, Tan Kartal 2013). Dolayısıyla uzun dönemde şizofreni hastalığının işlevselliği bozduğu bilinmektedir (Lincoln et al 2007). Hatta şizofrenili hastalarda hiç ruhsal hastalığı olmayanlara göre kısmen çalışma ya da işsiz olma oranınının 4,5 kat fazla olduğu belirtilmiştir (Sevinçok 2000, Gülseren ve ark 2010, Doğu ve ark 2012,

Yıldız ve ark 2012). Bizim çalışmamızda da çalışmayanların oranı literatürle uyumlu şekilde yüksek bulunmuştur.

Olguların % 62,50'si gelir durumunu orta olarak değerlendirirken, % 23,08'i kötü olarak değerlendirmiştir. Kuzey Finlandiya'da yapılan bir kohort çalışmasında da (2015), şizofreni hastalarının yarısından fazlasının (% 56), ruhsal bozuklukları nedeniyle engelli maaşı aldığı belirlenmiştir (Jaaskelainen et al 2015).

Hastaların tedaviye ulaşmalarında sadece ekonomik durum değil, aynı zamanda sağlık güvencesine sahip olmaları da önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada da olguların sağlık güvencesine sahip olma oranları incelendiğinde, % 96,15'inin sağlık güvencesinin olması, tedavi hizmetlerine ulaşma imkanlarının olduğunu göstermektedir.

Şizofreni; düşünce, duygu ve davranışları etkilemesi ve kronik seyri nedeniyle diğer birçok tıbbi rahatsızlıktan farklı olarak, toplumsal hayata yansıyan bir hastalıktır. Bu nedenle şizofreni, şizofreni tanısı almış olan bireylerle birlikte yaşayanların bugününü ve geleceğini doğrudan etkilemektedir (Dülgerler ve Çam 2006). Şizofreni bireyin birlikte yanında yaşayan kişinin rahatsızlığı fark etme süresinin kısalması, aynı zamanda hastalığın seyrinin bundan etkilenmesi açısından da önemlidir. Son 50 yılda ruh sağlığı alanındaki gelişmeler, ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum içinde bakımını olanaklı kılmış ve ailelerin hastanın yaşamında anahtar rol üstlenmelerini sağlamıştır (Yıldırım ve ark 2014). Çalışmamızda şizofreni hastalarının birlikte yaşadıkları kişilere göre dağılımları incelendiğinde; % 69,2'sinin anne, baba ve kardeşleriyle, % 24,1'inin eşi, çocuğu ve akrabasıyla, % 6,7'sinin ise yalnız yaşadıkları bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının birlikte yaşadıkları kişilerin ve yerin hastaların işlevselliklerini, iyileşme düzeylerini etkilediği bulunmuştur (Kavak ve Ekinci 2014). Ayrıca aile içindeki duygusal ortamın hastalığın gidişinde ve tedavisinde önemli olduğuna dikkat çekilmektedir (Taktak ve ark 2000).

Hastaların aile öyküsünün sorgulanması, sadece tedavi ve uyumları açısından değil aynı zamanda hastalığın etiyojisinde kalıtsal faktörün değerlendirilmesi açısından da önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda olguların % 69,23'ü ailesinde kendinden başka psikiyatrik yakınması olan kişinin olmadığını ifade

ederken, % 21,15'i anne – babasında, % 9,61'i ise dede, hala, teyze, amca gibi ikinci ve üçüncü derece akrabalarında psikiyatrik yakınması olan kişiler olduğunu belirtmişlerdir. Yıldız ve arkadaşlarının şizofren hastalarla yaptıkları çalışmada, hastaların % 30,5'inin ailesinde ruhsal hastalığı olan bireyler olduğu tespit edilmiştir (Yıldız ve ark 2012). Tiryaki ve arkadaşlarının çalışmalarında da şizofreni hastası bireyin birinci derece akrabalarında şizofreni görülme riskinin 10 kat arttığı belirtilmiştir (Tiryaki 2008). Bu bilgiler çalışmamızı destekler niteliktedir.

Olgulara son zamanlarda hastalık dışında üzücü bir olay ya da sorun yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda, % 76,9'u bu tür sorunlar yaşamadıklarını, % 23,1'i ise yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Literatüde genellikle şizofren hastaların sağlıklı kişilere göre yaşam olaylarıyla uğraşırken daha fazla stres yaşadıklarını göstermektedir. Sevinçok'un çalışmasında kronik şizofreni tanılı bireylerin akut hastalara göre daha fazla stres yaşadıkları bulunmuştur. Bu kişilerin sorun çözme yetilerindeki kısmi yetersizliğe ve toplumsal destek sistemlerindeki eksikliğe bağlı olarak diğer kişilere göre daha fazla ve uzun süreli stres yaşayabilecekleri ifade edilmiştir (Sevinçok 2000). Çalışmamızdaki hastaların büyük çoğunluğunun sorun yaşamadığını dile getirmesi güzel bir sonuçtur. Örneklemimizin büyük çoğunluğunun Toplum Ruh Sağlığı Merkezine aktif olarak gelen hastalardan oluşması ve bu merkezde hastaların çeşitli psikoeğitim gruplarına katılmaları hastaların sorunlarla başa çıkabilme yeteneklerini geliştirdiğini düşündürebilir. Ancak bu konuyla ilgili daha ayrıntılı çalışmalara gereksinim olduğunu söyleyebiliriz.

Hastalar yatarak tedavi olma durumlarına göre incelendiklerinde; % 55,8'inin 1-3 kez, % 30,8'inin 4 ve daha fazla kez hastaneye yatarak tedavi gördükleri, % 13,5'inin ise daha önce hiç hastaneye yatmadıkları tespit edilmiştir. Hastanede yatanların en uzun yatış süreleri sorgulandığında, % 62,5'inin 1 ay ve daha fazla sürelerle hastanede yattıkları belirlenmiştir. Bizim çalışmamızla benzer şekilde Sarandöl ve arkadaşlarının (2007) şizofren hastalarla yaptıkları retrospektif araştırmada da, hastaların hastaneye yatış sayıları  $1.3 \pm 1.8$  olarak bulmuştur (Sarandöl ve ark 2007).

Kronik hastalıkların şizofreni öyküsü ve depresyonla ilişkili olma olasılığı dikkate alınarak olguların, kronik yakınmalara göre dağılımları incelenmiş, hastaların % 73,1'inde şizofreni dışında herhangi bir kronik hastalık bulunmamıştır. Yine



Ülkemizde yapılan bir çalışmada da, hastaların % 94,2'si şizofreniye ek fiziksel hastalıklarının olmadığını ifade etmişlerdir (Sarandöl ve ark 2007).

Bu çalışmaya katılan şizofreni hastalarının % 17,31'i aldığı tedavinin kendini iyileştirmeyeceğini düşünmektedir. Dikeç ve Kutlu (2014) yaptıkları çalışmada şizofren hastaların % 85,1'inin tedavi uyumunun yetersiz olduğunu bulmuştur (Dikeç ve Kutlu 2014). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Aldığı tedavinin hastalığını iyileştirmeyeceğini düşünmek bilindiği gibi hastaların tedavi uyumunu etkileyebilecek bir durumdur. rneklemimizde hastaların az bir kısmı aldığı tedavinin hastalığını iyileştirmeyeceğini düşünmesi, hastaların tedavi uyumları konusunda olumlu bir sonuç göstereceklerini düşündürebilir.

Çalışmamızda olguların hastalıkları ile ilgili sorun yaşadıklarında yardım aldıkları kişiler sorgulanmış, % 58,7'si anne, baba ve kardeşlerinden, % 14,4' eş ve çocuklarından yardım aldıklarını, % 25'i hastaneye gittiğini, % 1,9'i ise hiç kimseden yardım almadığını belirtmişir. Aile bir sistem olarak ele alındığında, sistemin parçaları arasında sürekli bir etkileşim vardır ve hastalık durumunda hasta bireydeki değişim tüm aileyi etkilemektedir. Hastalık ortaya çıktığı zaman hasta bireyde meydana gelen değişimler genellikle ilk önce aile yeleri tarafından fark edilir (Roberts and Velligan 2011, Bademli ve etinkaya Duman 2013). Çalışmamızda hastalar için en önemli destek kaynağını ailenin oluşturduğu görülmektedir. Ayrıca alışmalar ruhsal hastalıklarda aile sorunlarının ve aile içindeki rollerin önemi vurgulanmakta ve aile içindeki duygusal ortamın hastalığın gidişinde ve tedavisinde önemli olduğuna dikkat çekmektedir (Spiegel and Terry 1986, Taktak ve ark 2000).

Çalışmamıza katılan hastalara intihar öyküleri açısından baktığımızda, % 65,38'inin daha önce intihar düşüncesinin olduğu, % 56,73'ünün daha önce intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Literatürde şizofreni hastalarında intihar oranlarının yüksek olduğu görülmektedir (Sevinçok 1998,Siris 2000, Devenci ve ark 2008, am ve Engin 2014, Fleischhacker et al 2014, Ikeshita et al 2014, Randall et al 2014, Zincir Bozkurt ve ark 2014, Stahl ve Alkın 2015). Bunun yanında intihar girişiminde bulunan bireylerin tekrar girişimde bulunma olasılıklarının genel topluma göre daha fazla olduğu bilinmektedir (Zincir Bozkurt ve ark 2014). Ülkemizde yapılan bir

çalışmada intihar girişiminde bulunmuş olguların yaklaşık dörtte birinin daha önce en az bir kez girişimde bulunmuş oldukları tespit edilmiştir (Ateşçi ve ark 2002). Bu açıdan bakıldığında bizim çalışmamızda da katılımcıların % 65,38'inde daha önceden intihar düşüncesi olması ve yarısından fazlasında intihar girişimi görülmesi, olguların tekrar intihar girişiminde bulunma riski açısından önemlidir.

İntihar girişiminde bulunan olgular kullandıkları yöntemler açısından incelendiğinde, % 45,19'u ilaç içerek, % 9,62'si hızlı giden araç önüne atlayarak, % 7,69'u ise delici kesici alet kullanarak intihar girişiminde bulduklarını ifade etmişlerdir. İlaç içerek intihar etmek genel popülasyonda, özellikle ölümle sonuçlanmayan intiharlarda en çok kullanılan yöntemdir (Ateşçi ve ark 2002, Şevik ve ark 2012, Zincir Bozkurt ve ark 2014) Ülkemizde bir devlet hastanesinin acil servisine intihar girişimi ile başvuran hastalar ile yapılan bir çalışmada, olguların % 89'u ilaç alarak intihar etmeyi denemişlerdir (Şevik ve ark 2012). Londra'da psikiyatri hastaları ile yapılan başka bir çalışmada ise şizofreni hastalarında yüksekten atlama ve hızla giden aracın önüne atlama şeklindeki girişimlerin daha yaygın olduğu görülmüştür (Lopez Morinigo et al 2014). Bu bulgu genel popülasyonla uyumlu çıkmış ancak şizofren hastalarla yurt dışında yapılan çalışma ile uyumlu bulunmamıştır. Bunun nedeninin kültürel özelliklerden kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda yurt dışında yapılmış çalışmanın aksine bizim çalışmamızdaki bu farklılığın sebebi (yurt dışındaki çalışma şizofren hastaların intihar sonucu ölüm kayıtları esas alınmış) şizofren hastaların tedavi sürecindeki hastalardan seçilmiş olmasıdır.

### **5.3. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Bu bölümde, sosyo-demografik verilere göre İntihar Olasılığı Ölçeği'nin karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılmıştır.

Genel popülasyonda intihar girişimlerinin kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha fazla olduğu ancak erkeklerin daha ölümcül yöntemleri tercih ettikleri, bu nedenle ölüm oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Radomsky et al 1999, Hawton 2000, Batıgün Durak 2008, Algın 2009, Karamustafalıoğlu ve ark 2010). Çalışmamızda cinsiyet ile intihar olasılığı karşılaştırılmış, aralarında istatistiksel

olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Zoghbi ve ark (2014) yaptıkları çalışmada cinsiyet ile şizofreni hastalarının intihar riskleri arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Radosky ve ark (1999) yaptıkları çalışmada genel popülasyonda cinsiyetler arasında intihar girişimi ile ölümcül yöntem seçme konusunda fark bulunduğunu ifade ederlerken, aynı çalışmada psikotik hastalarda böyle bir ayrımın olmadığını belirtmişlerdir. Kadın ve erkeklerde tamamlanmış intihar oranları ile intihar girişimleri oranı eşit çıkmıştır (Radosky et al 1999). Ancak Hawton'un yaptığı çalışmada yeme bozuklukları özellikle anoreksiya nevrozda intihar, kadınlarda yüksek görülürken, şizofrenide intiharın erkeklerde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Hawton 2000). Görüldüğü gibi şizofreni hastalarında cinsiyet ve intihar olasılığı arasındaki ilişkinin farklı sonuçlar çıkması nedeniyle, intihar olasılığı ile cinsiyet arasındaki ilişki net değildir.

Çalışmamızda medeni durum ile intihar olasılığı karşılaştırılmış, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Yapılan bir çalışmada boşanmış ya da eşi ölmüş kişilerin bekar ve evlilere göre daha sık intihar ettikleri (Zincir Bozkurt ve ark 2014), bir başka çalışmada ise bekarlarda intihar olasılığının diğer gruplara göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (Zoghbi et al 2014). Bu durumun örneklemin medeni durumlarındaki dağılımdan kaynaklandığı düşünülebilir.

Hastaların eğitim durumlarına göre intihar olasılığı puanları karşılaştırıldığında, eğitim seviyesi ilköğretim olanların umutsuzluk (0,009), düşmanlık (0,007) ve toplam puan (0,004) ortalamaları, eğitim durumu ortaöğretim ve sonrası olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu ile ölçeğin diğer alt boyutları arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). Benzer şekilde Şevik ve arkadaşlarının acil servise intihar girişimi ile başvuran bireylerle yaptıkları çalışmada, ilköğretim ve daha düşük seviyede eğitim durumuna sahip bireylerin % 49'luk orana sahip olduğu tespit etmişlerdir (Şevik ve ark 2012). Çalışmamızın aksine Siris'in (2001) yaptığı bir literatür incelemesinde, iyi eğitim düzeyine sahip şizofren hastalarda intihar riskinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (Siris 2001). Bu çalışma sonuçları arasındaki farklılığın kültürel özelliklerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Şizofreni hastalarının çalışma durumlarına göre İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırılmış, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Bozkurt Zincir ve arkadaşlarının (2014) intihar girişiminde bulunmuş psikiyatri hastaları ile yaptıkları çalışmada, intihar girişiminde bulunanların yarıdan fazlasının herhangi bir işte çalışmadığını tespit etmişlerdir (Zincir Bozkurt ve ark 2014). Hawton'un (2000) çalışmasında işsizlik ve emekliliğin intihar için önemli risk faktörlerinden olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada Danimarka'da özellikle erkeklerde işle ilgili faktörlerin intihar için önem taşıdığı tespit edilmiştir (Hawton 2000). Şevik ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerin % 77'sinin herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir (Şevik ve ark 2012). Görüldüğü gibi genel popülasyonda intihar davranışının değerlendirildiği pek çok çalışmada işsizlik önemli nedenlerden biridir. Ancak literatürde şizofren grupların çalışma durumlarını ve intiharla ilişkisini inceleyen bulgulara rastlanmamıştır. Günümüzde şizofreni hastalarının tedaviden daha çok yararlandığı göz önünde bulundurularak, çalışma durumlarının da incelendiği ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Bilindiği gibi hastaların ekonomik durumları tedaviden ve bakım hizmetlerinden yararlanabilme olasılıklarını etkilemektedir. Bu çalışmada hastaların gelir durumlarını algılamaları iyi, orta ve kötü olarak gruplandırılmış ve intihar olasılığı ile karşılaştırılmıştır. Gelir durumunu kötü olarak algılayanların İntihar Olasılığı Ölçeği olumsuz kendilik değerlendirilmesi alt boyutunun puan ortalaması, gelir durumu iyi ( $p=0,001$ ) ve orta ( $p=0,0001$ ) olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ancak gelir durumuna göre ölçeğin diğer alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Genel popülasyonda düşük sosyo ekonomik düzeyin, intihar olasılığı için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (Radomsky et al 1999, Hawton 2000). Bizim çalışmamızdaki bu sonuç göz önüne alındığında gelir durumunun intihar açısından risk faktörlerinden biri olduğunu düşündürebilir.

İntihar davranışında psikolojik faktörlerin yanısıra, ekonomik durumdaki yetersizliklerin, yalnızlık ve olumsuz yaşam koşullarının da etkili olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda intihar olasılığı özellikle hastaların beraber yaşadıkları kişilere göre karşılaştırılmış, yalnız yaşayan hastalarda intihar olasılığının daha yüksek çıkacağı öngörülmüştür. Bunun aksine, çalışmamızda yaşanan kişilere göre

İntihar Olasılığı Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Şevik ve arkadaşlarının (2012) intihar girişiminde bulunmuş bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada, girişimde bulunanların % 56'sının bekar olduğu tespit edilmiştir (Şevik ve ark 2012). Taktak ve arkadaşlarının (2000) şizofren hastalarda aile işlevselliğinin algılanmasıyla ilişkili yaptıkları çalışmada kişi sayısının az olduğu çekirdek ailede diğer aile tiplerine göre sorumluluğun daha fazla, ilişkilerin daha yoğun, bu nedenle aile işlevselliğinin daha sağlıklı olduğu bulunmuştur (Taktak ve ark 2000). Benzer şekilde Radomsky ve ark (1999) yaptıkları çalışmada akraba veya arkadaşları ile düzenli iletişime geçenlerin intihar girişimi oranları, haftada 5 saatten az iletişime geçenlerden anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Radomsky et al 1999). Çalışmalarda çıkan sonuçların farklı olduğu görülmektedir. Bu konuda daha büyük örnekleme yapılan çalışmalara gereksinim olduğu söylenebilir.

Hastaların iyileşeceklerini düşünme durumlarına göre İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırılmış, iyileşeceğini düşünenlerin İntihar Olasılığı Ölçeği umutsuzluk ( $p=0,003$ ), düşmanlık ( $p=0,008$ ) ve olumsuz kendilik değerlendirmesi ( $p=0,003$ ) alt boyutlarının puan ortalamaları, iyileşeceğini düşünenlerden anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bunların dışında diğer alt boyutlar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Literatürde olumsuz duygulanım şizofrenideki depresyonun belirleyicisi olarak kabul edilebilmektedir (Koroğlu 2015). Aldığı tedavinin hastalığını iyileştireceğini düşünmek, istenen bir durumdur. Bu nedenle intihar olasılığı ölçeğinde umutsuzluk, düşmanlık, olumsuz kendilik değerlendirmesi gibi alt boyut puanlarının düşük çıkması olumlu bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Şizofreni tanısı konmuş bireylerde hastaneye yatış sayısının fazla olması hastalığın seyri açısından olumsuz bir durumdur (Taktak ve ark 2000). Bu nedenle çalışmamızda olgular hastanede yatış sürelerine göre İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırılmış, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Radomsky ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada birçok kez hastaneye yatan şizofreni hastalarında intihar girişimi oranı daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi bu çalışmada, sık relapsların olması ve hastağın kötü seyretmesi olabileceği belirtilmiştir (Radomsky et al 1999). Literatürde, farklı ülkelerde hastanede yatış sayıları arttıkça, intihar oranları artarken, ülkemizde yapılan çalışmada yatış sayısı ile

intihar oranları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmalar arasındaki bu farklılık hastanede yatış sürelerinde ve sıklığındaki farklılıktan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Olguların psikiyatrik yakınmaları dışında tedavi gerektiren sağlık sorunu olma durumuna göre İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırılmış, sağlık sorunu olanların olumsuz kendilik değerlendirmesi puanları, sağlık sorunu olmayanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sağlık sorunu olmasına göre ölçeğin diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Literatürde şizofren hastalarla yapılan çalışmalarda eşlik eden kronik hastalığın intihara yol açtığıyla ilgili veriye ulaşılamasa da, kronik fiziksel bir hastalığın varlığının tüm yaş gruplarında intihara yol açtığı belirtilmektedir (Ekici, Savaş, Çıtak 2001, Leung et al 2013, Atmaca, Durat 2015). Fiziksel hastalıkların, depresyona neden olmak, psikiyatrik hastalıkları başlatmak veya alevlendirmek, algısal-bilişsel ve duygulanımsal değişikliklere neden olan organik mental bozukluklar oluşturarak muhakeme bozukluğu, impulsivite ve suisidal davranışa yol açmak gibi çeşitli yollarla intihar riskini arttırdıkları söylenmektedir (Ekici ve ark 2001). Şizofren hastalarda tedavi gerektiren kronik bir hastalığın eşlik etmesi ile intihar olasılığı arasında herhangi bir literatür bulunmasa bile genel olarak kronik bir hastalık varlığının intihara yol açtığına ilişkin veriler çalışmamızı desteklemektedir.

İntihar girişiminde bulunan bireylerin tekrar girişimde bulunma olasılıklarının genel topluma göre daha fazla olduğu bildirilmektedir (Radomsky et al 1999, Ishii et al 2014, Chapman et al 2014, Leadholm, Rothscild, Neilsen, Bech, Ostergaard 2014, Zincir Bozkurt ve ark 2014). Bu nedenle olguların bu çalışmada daha önceki intihar düşünceleri ve intihar girişimi öyküleri ile İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırılmış, daha önce intihar düşüncesi ya da girişimi olanların umutsuzluk ve düşmanlık puanları olmayanlardan yüksek iken, olumsuz kendilik değerlendirmesi ve intihar düşüncesi puanları düşük çıkmıştır. Ancak intihar düşüncesi ya da girişimi olma durumuna göre İntihar Olasılığı Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. İntihar süreci düşünce ile başlar. Kişi intihar eylemini gerçekleştirmeden önce bu konuda planlar yapar (Larsson and Ivarsson 1998). Literatürde incelediğimizde de özellikle çoklu intihar girişiminde bulunan kişilerin

daha yoğun intihar düşüncesi sergiledikleri görülmektedir (Larsson and Ivarsson 1998, Chapman et al 2014). Umutsuzluk duygularının intihar niyeti ile güçlü bağlantısının bulunduğu belirtilmektedir (Batıgün Durak 2008). Brezo ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada umutsuzluğun muhtemel intihar için güçlü bir belirleyici olduğu belirtilmektedir (Brezo, Paris, Turecki 2006). Literatürde, intihar davranışının kişinin yaşadığı bu umutsuzluğa bir çözüm, bir çıkış yolu olduğu belirtilmektedir. Yapılan birçok çalışmada da umutsuzluğun depresyon kontrol edildiğinde dahi intihar davranışına yol açtığı saptanmıştır (Stewart 2005, Atlı 2007). Tüm bu verilere baktığımızda, daha önceden intihar düşüncesi ya da girişimi olanlarda umutsuzluk ve düşmanlık puanlarının yüksek olması beklenen bir durumdur. Umutsuzluğun intihar olasılığını değerlendirmede önemli bir belirleyici olduğu ve öncelikle değerlendirilmesi gerektiği söylenebilir.

Bizim çalışmamızda şizofreni hastalarında hastalık dışında yaşamı etkileyen önemli sorun olma durumuna göre İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Hastalık dışında yaşamı etkileyen sorunu olanların İntihar Olasılığı Ölçeği umutsuzluk ( $p=0,03$ ) ve düşmanlık ( $p=0,01$ ) alt boyut puanları, yaşamı etkileyen sorunu olmayanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sorun olma durumuna göre diğer alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Literatürde, genellikle şizofrenik kişilerin sağlıklı kişilere göre yaşam olaylarıyla uğraşırken daha fazla stres yaşadıkları belirtilmektedir. Bu kişiler sorun çözme yetilerindeki kısmi yetersizliğe ve toplumsal destek sistemlerindeki eksikliğe bağlı olarak diğer kişilere göre daha fazla ve uzun süreli stres yaşayabilirler (Sevinçok 2000). Çalışmamızda hastalık dışında yaşamını etkileyen sorun yaşayanların umutsuzluk ve düşmanlık puanlarının yüksek çıkması, hastaların hastalığa bağlı sorun çözmedeki yetersizlik ve eksikliklerden kaynaklandığını düşündürmektedir.

#### **5.4. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Bu bölümde hastaların sosyo-demografik verilerine göre Brichwood İçgörü Ölçeği'nin karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılmıştır.

Çalışmamızda hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi ve yaşanan kişilere göre Brichwood İçgörü Ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi, yaşanan kişiler gibi değişkenlerin içgörü puanlarını etkilemediği saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Literatürde de çalışmamızla benzer şekilde, içgörüsü olan ve olmayan iki grup arasında diğer sosyodemografik veriler gibi eğitim seviyesi açısından fark bulunmamıştır (Goldberg, Green Paden, Lehman, Gold 2001, Gigante and Castel 2004, Aslan ve ark 2005, Wiffen, Rabinowitz, Lex, Anthony David 2010). Macpherson ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyinin artmasının içgörüyüde arttırdığı tespit edilmiştir (Macpherson, Jerrom, Hughes 1996). Bu sonuçlar arasındaki farklılıklar çalışmaların yapıldığı örneklem grubunun özelliklerinin farklı olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda alınan tedavinin hastalığı iyileştireceğine inanma durumu ile Brichwood İçgörü Ölçeği puanları karşılaştırılmış, iyileşeceğini düşünmeyenlerin, belirtilerin farkında olma alt boyut ( $p=0,03$ ) ve ölçek toplam puan ( $p=0,04$ ) ortalamaları iyileşeceğini düşünenlerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. İyileşeceğine inanma durumuna göre diğer alt boyutlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Dolayısıyla çalışmamızdaki bu sonua göre, içgörüsü olan ve hastalık belirtilerinin farkında olan bireyler aldıkları tedavinin hastalıklarını iyileştireceğini düşünmedikleri şeklinde yorumlanmıştır. Yapılan çalışmalarda zayıf içgörü ve ilaç kullanımı ile ilgili negatif tutumun tedavi uyumunu bozduğu saptanmıştır (Drake and Lewis 2003, Lincoln et al 2007, Roberts and Velligan 2011). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da hastalara uyum terapisi yapılmış bunun sonucunda hastaların tedavi uyumu artmasına karşın içgörülerinde herhangi bir değişiklik saptanmamıştır (Dikeç ve Kutlu 2015). Birçok hastada içgörünün tedavi uyumu için gerekli olduğu ancak yeterli ön koşul olmadığı bulunmuştur. Alınan tedavinin hastalığı iyileştirip iyileştirmeyeceği, özellikle yan etkiler konusunda hastaların yapmış oldukları kar zarar analizleri ilaç uyumunu etkilemektedir (Lincoln et al 2007). Yani hastalarda sadece içgörünün olması ilaç kullanımı için yeterli önkoşul değildir, aynı zamanda ilaç kullanımına olan tutumun da önemi büyük olduğu düşünülebilir.



Bu çalışmada olguların hastanedeki yatış durumlarına göre Brichwood İçgörü Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Hastanede yatışı olmayanların tedavi gereksiniminin farkında olma alt boyut puan ortalaması, olanlardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır ( $p=0,000$ ). Ancak yatış durumuna göre ölçeğin diğer alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Çalışmamızda hastanede yatış süresi psikopatolojinin ciddiyeti açısından incelenmiştir. Crumlish ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada, tedavi gereksiniminin farkında olan hastalarda tekrar hastaneye yatma oranlarının azaldığı belirtilmiştir (Crumlish et al 2005). Literatürde hastanede yatış sayısının çok olmasının hastalığın seyri açısından olumsuz olduğu, zayıf içgörünün tedavi uyumunu azalttığı ve psikopatolojinin ciddiyetini arttırdığı belirtilmiştir (Taktak ve ark 2000, Lincoln et al 2007, Meier et al 2014, Bitter, Feher, Tenyi, Czobor 2015). Bizim çalışmamızda da hastane yatışı olmayan grubun, tedavi gereksinimlerinin farkında olması bu verilerle örtüşmektedir. Ayrıca Macpherson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastanede yatış süresi ile içgörü arasında negatif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu veriler birlikte değerlendirildiğinde çalışmamızı desteklemektedir (Macpherson et al 1996).

Daha önce intihar düşüncesi, intihar girişimi, psikiyatrik yakınma dışında tedavi gerektiren sağlık sorunu ve hastaların yaşamlarını etkileyen bir sorun olma durumlarına göre Brichwood İçgörü Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. İntihar düşüncesi, girişimi, psikiyatrik yakınma dışında tedavi gerektiren sağlık sorunu olma durumu ve yaşamlarını etkileyen bir sorun olma durumuna göre Brichwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Çalışmamızla benzer şekilde Umut ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada da, intihar düşüncesi görülen ve görülmeyen gruplar arasında içgörü puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Umut ve ark 2013).

Bu çalışmada olguların birlikte yaşadıkları kişilere göre Brichwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış, aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Macgregor ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ailenin hastalık hakkındaki içgörüsüyle, hastanın içgörüsü karşılaştırılmış ve sadece tedavi gereksiniminin farkında olma alt boyutunda anlamlı ilişki çıkmıştır (Macgregor et al 2015). Bu

sonuç hastanın yaşadığı kişilerin hastalık hakkındaki içgörüsünün hastanın tedavisine olan etkisini ve önemini gösterebilir.

### **5.5. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Bu bölümde sosyo-demografik verilere göre Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılmıştır.

Hastaların cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumlarına göre Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Çalışmamızla benzer biçimde, psikotik hastalar üzerinde yapılan bazı çalışmalarda hastaların yaşları, hastalığın ilk epizotundaki yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları ve eğitim durumlarına göre depresyon puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Brichwood, Iqbal, Chadwick, Trower 2000, Zisook et al 2006, Umut ve ark 2013).

Olguların gelir durumlarına göre Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırılmış, gelir durumunu kötü olarak değerlendirenlerin depresyon puanları, orta olarak değerlendirenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p=0,003$ ). Sağlıklı bireyler üzerinde yapılan bazı çalışmalarda da sosyoekonomik düzeydeki yetersizliğin ruhsal sağlık durumunu bozucu etkisi olduğu tespit edilmiştir. Gelir durumu kötü olan bireylerde depresyon ve umutsuzluk puanları gelir durumu iyi olanlardan yüksek çıkmıştır (Çelikel Çam ve Erkorkmaz 2008). Bu verilerde birlikte değerlendirildiğinde gelir durumunu kötü algılamanın şizofrenide depresyonla ilişkili olduğu söylenebilir.

Hastaların aldıkları tedavinin hastalıklarını iyileştireceğini düşünme durumları Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları ile karşılaştırılmış, iyileştireceğini düşünmeyenlerin depresyon puanları düşünenlerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p=0,0001$ ). Olumsuz duygulanım, üzüntü, öfke ve endişe gibi olumsuz yüklü duygular depresyon için tipik bir bulgudur (Köroğlu 2015). Dolayısıyla aldığı tedavinin hastalığını iyileştirmeyeceğini düşünen hastalarda depresyon puanlarının yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur.

Olguların hastanede yatış süreleri ve psikiyatrik yakınma dışında tedavi gerektiren sağlık sorunu olma durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Karlidere ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada, ekstrapiramidal yan etki görülen olgularda daha sık depresyon geliştiği saptanmıştır (Karlidere ve ark 2015). Sonuçlarımızdaki farklılık, örneklem grubumuzun 104 kişiden oluşması, olgularımızın sadece % 26,9'unda şizofreni dışında rahatsızlık bulunmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda daha önceden intihar düşüncesi ya da intihar girişimi olma durumuna göre Calgary Şizofrenide Depresyon puan ortalamaları karşılaştırılmış, intihar düşüncesi ya da girişimi olanların depresyon puanları, olmayanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Bizim çalışmamızla benzer şekilde Umut ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da (2013) intihar girişimi öyküsü olan hastalarda olmayanlara göre depresyon puanları yüksek bulunmuştur (Umut ve ark 2013). Birçok çalışmada depresyon varlığı ile daha önceden intihar girişimi olması üzerinde durulmaktadır (Şevik ve ark 2012, Umut ve ark 2013, Ishii et al 2014). Literatürdeki bu sonuçlar çalışmamızın sonucuyla örtüşmektedir.

Hastalık dışında yaşamı etkileyen sorun olma durumu ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırılmış, sorun yaşayanların depresyon puanları yaşamayanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p=0,01$ ). Sevinçok'un çalışmasında şizofreni hastalarının sağlıklı kişilere göre yaşam olayları karşısında sorun çözme yetilerindeki kısmi yetersizlik ve toplumsal destek sistemlerindeki eksikliğe bağlı olarak, daha fazla stres yaşadıklarını belirtilmektedir (Sevinçok 2000). Dolayısıyla hastalık dışında sorun yaşamamanın depresyonu arttırdığı söylenebilir.

## **5.6. ÖLÇEKLERİN BİRBİRİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİNİN TARTIŞILMASI**

Çalışmamızda İntihar Olasılığı Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon ve Brichwood İçgörü ölçekleriyle karşılaştırılmıştır.

### 5.6.1. İntihar Olasılığı Ölçeği ile Brichwood İçgörü Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

İlk olarak İntihar Olasılığı Ölçeği ile Brichwood İçgörü Ölçeği karşılaştırılmış ve İntihar Olasılığı Ölçeği'nin toplam puanı ( $r=-0,290$   $p=0,003$ ), intihar düşüncesi ( $r=-0,200$   $p=0,042$ ), olumsuz kendilik değerlendirmesi alt boyut ( $r=-0,268$   $p=0,006$ ) puanları ile Brichwood İçgörü Ölçeği'nin belirtilerin farkında olma alt boyutu arasında negatif yönde orta düzeyde ilişkiler bulunmuştur.

İntihar Olasılığı Ölçeği'nin olumsuz kendilik değerlendirmesi alt boyut puanı ile Brichwood İçgörü Ölçeği'nin toplam puanı ( $r=-0,206$   $p=0,036$ ) arasında negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır.

Bunların dışında İntihar Olasılığı Ölçeği ile Brichwood İçgörü Ölçeği arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo- 51).

Bu analizlerin sonucuna göre, hastalık belirtilerinin farkında olmayan bireylerin kendilerini daha olumsuz değerlendirmekte ve intihar olasılıkları artmaktadır. Bunun yanında, bireylerin içgörülerini arttıkça, kendilerini olumsuz değerlendirmeleri azalmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) değerlendirmelerine ve bunun yanında yapılan birçok çalışma sonuçlarına göre şizofreni hastalarının büyük çoğunluğunda içgörünün yetersiz olduğu belirtilmiştir (Young, Campbell, Zakzanis, Weinstein 2003, Aslan ve ark 2005, Lincoln et al 2007, Aslan ve Altınöz 2010, Palmer, Gilleen, David 2015). Psikotik hastaların bazen hezeyan ya da varsanılarını gerçek dışı olarak değerlendirebildikleri, ancak farkındalıklarını daha sonra kaybettikleri saptanmıştır (Aslan ve ark 2005, Aslan ve Altınöz 2010, Tan Kartal 2013). Bazı çalışmalara göre şizofrenide intiharın nedeni, hastalığın başlangıç döneminde yaşanan yoğun anksiyete ve işitsel halüsinasyonlara karşı koyamama olduğu bildirilmektedir (Sevinçok 1998, Tükel ve Çakır 2013). Bununla birlikte yapılan çalışmalarda da, halüsinasyonların intiharları teşvik edici etkisi olduğu belirtilmiştir (Ishii et al 2014). Bazı çalışmalarda, pozitif belirtilerin önemli olduğu kabul edilirken, bazılarında sanrı ve varsanılarla intihar arasında ilişki olmadığı, özellikle tanıya eşlik eden depresyonun etkili olduğu vurgulanmıştır (Deveci ve ark 2008). Nitekim, Crumlish ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada içgörünün intihar üzerinde net bir etkisinin olmadığını, içgörünün bazı durumlarda bir risk faktörü

bazılarında ise koruyucu faktör olduğunu ifade etmişlerdir (Crumlish 2005). Bazı çalışmalarda hastalığın farkında olma ile intihar olasılığı arasında ilişki olmadığı (Amador et al 1996, Schwartz and Petersen 1999, Umut ve ark 2013) bazı çalışmalarda ise içgörünün uzun dönemde hastalarda umutsuzluk ve değersizlik duygularına yol açarak intihar düşüncelerine sebep olduğu bildirilmiştir (Bourgeois et al 2004, Lincoln et al 2007, Umut ve ark 2013, Randall et al 2014, Meier et al 2014). Yukarıdaki sonuçlara göre intihar olasılığı ile içgörü arasındaki ilişkinin tam olarak açık olmadığı görülmektedir. Çalışmamızda belirtilerin farkında olanlarda intihar olasılıklarının düşük çıkması, intihar girişimlerinin hastalığın aktif evresinde sanrı ve varsanıları ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. İleride yapılacak olan çalışmalarda bunun ayrımının yapılması intihar olasılığı ile içgörü arasındaki ilişkinin netleşmesi açısından yararlı olacaktır.

### **5.6.2. İntihar Olasılığı Ölçeği ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde İntihar Olasılığı Ölçeği ile Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir. İntihar Olasılığı Ölçeği'nin umutsuzluk ( $r=0,607$   $p=0,000$ ), düşmanlık ( $r=0,520$   $p=0,000$ ) alt boyutları ile depresyon ölçeği puanları arasında pozitif yönde iyi düzeyde, intihar düşüncesi ( $r=-0,288$   $p=0,003$ ), olumsuz kendilik değerlendirmesi ( $r=-0,636$   $p=0,000$ ) alt boyut puanları ile depresyon arasında negatif yönde orta düzeyde ilişkiler bulunmuştur. Ancak her iki ölçeğin toplam puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-52). Yukarıda yapılan analizler sonucunda, umutsuzluk ve düşmanlık puanları arttıkça depresyon puanlarının da artış göstermesi beklenen bir sonuçtur. Ancak olumsuz kendilik değerlendirmesi puanı arttıkça depresyonunun azaldığı gözlenmiştir. Bu bulgu beklenenden farklı çıkmıştır. Nitekim Melges (1969) depresyonda temel sorunun umutsuzluk olduğunu vurgulamaktadır (Umut ve ark 2013). Bazı çalışmalarda daha depresif olanların daha çok intiharı düşündükleri saptanmıştır (Crumlish 2005, Saraçlı ve ark 2012). Yine, Brichwood ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada akut psikozda hastanın remisyona girdiği dönemde görülen depresif semptomlara, umutsuzluk ve intihar düşüncelerinin eşlik ettiği bildirilmiştir (Brichwood et al 2000). Örneklemimizi oluşturan hastaların umutsuz olsa bile intihar düşüncesi taşıyor olmaları olumlu bir sonuçtur. Sonucun nedeni, hastaların büyük

çoğunluğunu Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelen hastaların oluşturması ve bu kişilerinde hastalıkları ile ilgili çeşitli psikoterapi gruplarına katılmaları olabilir. Grubumuzun içgörü ölçeği puan ortalaması  $9,40 \pm 1,81$ 'dir (Brichwood içgörü ölçeğinden 9 puan ve üzeri alanlar iyi içgörüye sahip olarak değerlendirilmektedir) ve örneklem grubunun iyi içgörüye sahip hastalardan oluşmaktadır.

### **5.6.3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği İle Brichwood İçgörü Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ile Brichwood İçgörü Ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir. Şizofrenide depresyon ile içgörü ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo-53).

Çalışmamızla benzer şekilde yapılan bazı çalışmalarda da içgörü ile şizofrenide depresyon arasında ilişki saptanmamıştır (Tan Kartal 2013, Pijnenborg et al 2013). Ancak içgörü ve depresyon ilişkisinin incelendiği bazı çalışmalarda, içgörü ve depresyon arasında önemli ilişki olduğu belirlenmiştir (Crumlish 2005, Lincoln et al 2007). İçgörü, klinik ve bilişsel içgörü olarak ikiye ayrılmakta ve farklı ölçüm araçlarıyla değerlendirilmektedir (Pijnenborg et al 2013, Misdrahi et al 2014) Bazı çalışmalarda artan klinik veya bilişsel içgörünün depresif semptomları arttırdığı, bunun nedeninin uzun süren hastalık sürecinde içgörünün artması ile hissedilen değersizlik ve umutsuzluk duygularının olduğu ifade edilmiştir (Lincoln et al 2007, Belvederi Murri et al 2015, Palmer et al 2015). Palmer ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise iyi klinik içgörü ile kötü duygudurum arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Palmer et al 2015). Başka bir çalışmada da bu görüşün aksine klinik içgörü arttığında depresyon düzeyinde azaldığı tespit edilmiştir (Meier et al 2014). Bizim çalışmamızda klinik içgörüyü değerlendiren Brichwood İçgörü Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmalarda farklı sonuçların çıkması hastaların farklı dönemlerinde (aktif, remisyon) farklı içgörü ölçüm araçlarıyla değerlendirilmelerinden kaynaklanabileceğinin düşündürmektedir.

## 6. SONUÇ

Çalışmamızda şizofreni hastalarının sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre intihar olasılığı, içgörü ve depresyon puanlarının karşılaştırılması ve intihar olasılıkları ile içgörü ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda;

- Olguların % 65,38'inin daha önceden intihar düşüncesi olduğu, % 56,73'ü intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır.
- Olguların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumları, hastane yatışları ve yatış sürelerine göre intihar olasılığı puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).
- Eğitim düzeyi düşük olan bireylerde umutsuzluk, düşmanlık alt boyutları ve İntihar Olasılığı Ölçeği'nin toplam puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- Gelir durumunu kötü değerlendirenlerin orta ve iyi değerlendirenlerden, İntihar Olasılığı Ölçeği'nin olumsuz kendilik değerlendirmesi puanları yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- Aldığı tedavinin hastalığını iyileştireceğini düşünmeyenlerin İntihar Olasılığı Ölçeği'nin umutsuzluk, düşmanlık ve olumsuz kendilik değerlendirmesi puanları düşünenlerden yüksektir ( $p<0,05$ ).
- Şizofreni dışında tedavi gerektiren bir sağlık sorunu olanların, olmayanlara göre İntihar Olasılığı Ölçeği'nin olumsuz kendilik değerlendirmesi puanları yüksektir ( $p<0,05$ ).
- Daha önceden intihar düşüncesi ya da girişimi olanların İntihar Olasılığı Ölçeği'nin umutsuzluk ve düşmanlık puanları olmayanlardan yüksek, intihar düşüncesi ve olumsuz kendilik değerlendirmesi puanları düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- Hastalık dışında yaşamı etkileyen bir sorun yaşayanların İntihar Olasılığı Ölçeği'nin umutsuzluk ve düşmanlık alt boyutları puanları yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

- Olguların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, şizofreni dışında tedavi gerektiren sağlık sorunu olması, daha önceden intihar düşüncesi ya da girişimi olma durumlarına göre Brichwood İçgörü Ölçeği puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).
- Hastalardan aldığı tedavinin hastalığını iyileştireceğine inanmayanların Brichwood İçgörü Ölçeği belirtilerin farkında olma ve toplam puan ortalamaları inananlardan yüksektir ( $p<0,05$ ).
- Daha önceden hastalığı nedeniyle yatışı olmayanların, içgörü ölçeğinin tedavi gereksinimlerini farkında olma puanları olanlara göre yüksek bulunmuştur. Ancak önceden yatarak tedavi görenlerin yatış süreleri ile içgörü arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).
- Olguların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumları, sağlık güvencesine sahip olmaları, hastalıkları nedeniyle hastaneye yatma durumlarına göre Calgary Şizofrenide Depresyon puanları arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).
- Hastalardan gelir durumu kötü olanların, orta düzeyde olanlara göre depresyon puanları yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- Aldığı tedavinin hastalığını iyileştirmeyeceğini düşünenlerin, düşünmeyenlere göre depresyon puanları yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- Şizofreni dışında tedavi gerektiren başka sağlık problemleri olanların depresyon puanları olmayanlara göre yüksektir ( $p<0,05$ ).
- Daha önceden intihar düşüncesi veya girişimi olanların, depresyon puanları olmayanlara göre anlamlı derecede yüksektir ( $p<0,05$ ).
- Son zamanlarda yaşamı etkileyen önemli, üzücü sorunlar yaşayan hastaların depresyon puanları yaşamayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
- Hastaların intihar düşüncesi, olumsuz kendilik değerlendirmesi ve intihar olasılıkları arttıkça, hastalık belirtileri ile ilgili farkındalıkları azalmaktadır.
- Olguların içgörülerini arttıkça kendilerini daha olumlu değerlendirdikleri tespit edilmiştir.
- Hastaların umutsuzluk, düşmanlık duyguları arttıkça depresyon düzeyleri de artmaktadır.



- Hastaların içgörüye sahip olma durumları ile depresyon düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır

Özetlenecek olursa, şizofrenide intiharın ciddi bir sorun olduğu söylenebilir. Belirtilerin farkında olmanın intihar olasılığını azalttığı ancak intihar olasılığında en önemli faktörün olumsuz duygulanım ve umutsuzluk duyguları olduğu söylenebilir. Eğitim durumunun düşük olması, gelir durumunun kötü olması ve şizofreniye ek olarak kronik bir hastalığın varlığı hastalarda ayrıca olumsuz duygulara yol açarak intihar riskini arttırmaktadır denebilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Toplum Ruh Sağlığı hizmetlerinde ve kliniklerde çalışan hemşirelerin risk altındaki hastaları (gelir durumu düşük, eğitim seviyesi düşük olan bireyler vb) daha ayrıntılı gözlemesi,
- Şizofreni dışında kronik hastalığı olan bireylerin özellikle depresyon ve intihar olasılığı açısından daha ayrıntılı incelenmesi,
- İntihar olasılığı ve risk faktörleri konusunda hastaların aile ve bakım vericilerinin bilgilendirmesi,
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden yararlanmayan hastalar için bu merkezlerin önemi hakkında hem hastaların hemde bakım vericilerinin bilgilendirilmesi,
- İntihar olasılığının, içgörü ve depresyonla ilişkisinin belirlenmesine yönelik bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda, içgörü, sosyal destek düzeyi gibi konularda hasta ailelerinin de dahil edilerek daha büyük örneklem grubuyla çalışılması önerilmektedir.

## 7. ÖZET

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Literatürde, şizofren hastaların büyük çoğunluğunun daha önce intihar girişiminde buldukları, intihar girişiminde bulunanların %10-15'inin hayatını kaybettiği saptanmıştır. Depresif semptomların varlığı, içgörünün yüksek olması, sosyal destek azlığı ve daha önce intihar girişiminde bulunmuş olmanın şizofrenide intihar riski açısından önemli olduğu belirtilmektedir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarında intihar olasılığının içgörü ve depresyon ile ilişkisini araştırmayı hedefledik.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Araştırmaya 17 Mart - 15 Nisan 2015 tarihleri arasında, bir üniversite hastanesinin psikiyatri poliklinikleri ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde en az iki yıldır şizofreni tanısı ile izlenen, 18- 65 yaş arası 104 hasta dahil edilmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan Görüşme Formu ile daha önce geçerlilik ve güvenilirlikleri yapılmış olan İntihar Olasılığı Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, ve Brichwood İçgörü Ölçekleri kullanılarak toplanmıştır. Veriler Tukey çoklu karşılaştırma, bağımsız t testi, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, ANOVA ve Pearson korelasyon testleri ile değerlendirilmiştir.

**BULGULAR :** Çalışmada gelir, psikiyatrik yakınma dışında tedavi gerektiren sağlık sorunu olma, daha önceden intihar düşüncesi ve girişimi olma ile yaşamı etkileyen sağlık sorunu olma durumuna göre Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark gözlenmiştir. Aynı zamanda aldığı tedavinin hastalığını iyileştireceğini düşünme ve hastanede yatış durumuna göre Brichwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir.

İntihar Olasılığı Ölçeği toplam puanı, intihar düşüncesi ve olumsuz kendilik değerlendirmesi alt boyutları ile Brichwood İçgörü Ölçeği'nin belirtilerin farkında olma alt boyutu arasında negatif ilişki saptanmıştır. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ile İntihar Olasılığı Ölçeği'nin umutsuzluk ve düşmanlık alt boyutları arasında pozitif, intihar düşüncesi ve olumsuz kendilik değerlendirmesi alt boyutları arasında negatif yönde ilişki tespit edilmiştir.

**SONUÇ :** Çalışmamızda şizofreni hastalarının intihar olasılığında en önemli faktörün olumsuz duygulanım ve umutsuzluk duyguları olduğunu söyleyebiliriz. Bunun yanında düşük eğitim seviyesi ve gelir durumunun kötü olması gibi sosyodemografik verilerin de depresyon ve intihar olasılığında önemli olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar, ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerin risk faktörlerini bilmesi, hastaları bu açıdan gözlemlemesi ve ailelerine hasta bakımı konusunda eğitim verebilmesi yönünden önemlidir.

**Anahtar Kelimeler :** Bakım, Depresyon, İçgörü, İntihar Olasılığı, Şizofreni



## SUMMARY

### **The Relationship Between Depression And Insight Into The Possibility Of Suicide In Patients With Schizophrenia**

**INTRODUCTION AND AIM :** It is determined in literature that majority of schizophrenic patients have previously attempted suicide, they have resorted to more severe methods of suicide compared to other psychiatric patients and that 10-15 % of these patients attempting suicide have lost their lives. It is reported that presence of depressive symptoms, higher insight, inadequate social support and previous suicide attempts important in terms of suicide risk in schizophrenia.

Our study aims at investigating the relationship between suicide probability and insight and depression in schizophrenic patients.

**MATERIAL AND METHOD :** A total of 104 patients, in the 18-65 age group, who were observed with schizophrenia diagnosis for minimum two years at psychiatry polyclinic of a university and the Community Mental Health Center, were included into our study between the dates of 17 March and 15 April 2015. Interview form was used in collection of data along with the Suicide Probability Scale, the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and Birchwood Insight Scale, which were subjected to validity and reliability analysis previously. Data were evaluated with the multiple comparison, independent t test, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, ANOVA and Pearson correlation tests.

**FINDINGS :** A statistically significant differences were observed in the mean subscale and total scores of Calgary Depression Scale for Schizophrenia, Suicide Probability Scale based on income, presence of health problems requiring treatment other than psychiatric complaints, previous suicide ideations and attempts, and presence of health problems affecting life in the study. Furthermore, statistically significant differences were observed in the mean scores of the Birchwood Insight Scale based on the belief that the treatment will cure the illness and the condition of stay at the hospital.

A negative relationship was found between Suicide Probability total score, subscales of Suicide Ideation and Negative Self-Evaluation and the Awareness of Symptoms

subscale of Brichwood Insight Scale. A positive relationship was found between Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hopelessness and Hostility subscales of the Suicide Probability Scale and a negative relationship was found between the subscales of Suicide Ideation and Negative Self-Evaluation.

**RESULT :** We can conclude from our study that the most important factor in suicide probability of schizophrenic patients is negative affection and hopelessness feelings. Moreover, we can say that sociodemographic data such as low education level and low income status are also important in depression and suicide probability. These conclusions are important in terms awareness of nurses working in the field of mental health regarding the risk factors, monitoring of the patients on these terms and training of families in terms of patient care and follow-up.

**Keywords :** Care, Depression, Insight, Suicide Risk, Schizophrenia

## KAYNAKLAR

- Algın F. (2009). Şizofreni hastalarında başa çıkma tutumlarının umutsuzluk, intihar davranışı ve içgörü ile ilişkisi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Doğan Yeşilbursa ve Doç. Dr. A. Solmaz Türkcan).
- Alptekin K, Kıvırcık Akdere BB, Kitiş A, Akvardar Y, Ulaş H, Orhan Z. (2004). Şizofreni ve yaşlanma: Şizofrenide klinik belirtilerin ve bilişsel işlevlerin yaşla ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 15(2):91-97.
- Alvarado Esquivel C, Sanchez Anguiano LF, Amaud Gil CA, Hernandez Tinoco J, Molina Espinoza LF, Rabago Sanchez E. (2014). Socio-demographic, clinical and behavioral characteristics associated with a history of suicide attempts among psychiatric outpatients: A case control study in a Northern Mexican City. Int J Biomed Sci 10(1):61-68.
- Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. (1996). Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. Am J Psychiatry 153:1185-1188.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC.
- Arıhan AG. (1998). Şizofreni epidemiyolojisi. Şizofreni Dizisi 2:64-74.
- Aslan S, Türkçapar H, Güney E, Eren N, Akkoca Y, Uğurlu M, Karakaş G. (2005). Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun Şizofrenik Hastalar İçin Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. Klinik Psikiyatri 8:186-196.
- Aslan S, Altınöz AE. (2010). İçgörü Kavramı ve Şizofreni. RCHP 4:1-2.
- Ateşçi FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M. (2002). İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları. Klinik Psikiyatri 5:22-27.
- Atlı Z. (2007). İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)'nin klinik örneklemedeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. TC Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Aydın, (Danışman: Doç. Dr. Mehmet Eskin).

- Atlı Z, Eskin M, Dereboy Ç. (2009). İntihar Olasılığı Ölçeğinin Klinik Örneklemede Geçerlilik ve Güvenirliği. *Klinik Psikiyatri* 12:111-124.
- Atmaca GD, Durat G. (2015). Kanser hastalarında intihar riski. *J hum rhythm*, 1(4):127-132
- Babanejad M, Delpisheh A, Asadollahi K, Khorshidi A, Sayehmiri K. (2014). Attribution of mental disorders in suicide occurrence. *Omega* 69(3):311-321.
- Bademli K, Çetinkaya Duman Z. (2013). Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 5(4):461-478. doi:10.5455/cap.20130529
- Barrett EA, Mork E, Faerden A, Nesvag R, Agartz I, Andeassen OA, Melle I. (2015). The development of insight and its relationship with suicidality over one year follow-up in patients with first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 162(1-3):97-102. doi: 10.1016/j.schres.2015.01.004.
- Batıgün Durak A. (2008). İntihar olasılığı ve cinsiyet: iletişim becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri, yalnızlık ve umutsuzluk açısından bir inceleme. *Türk Psikoloji Dergisi* 23(62):65-75
- Belene A. (2007). Şizofreni hastalarında obsesif - kompulsif belirtilerin; pozitif, negatif ve depresif belirtiler, ilaç yan etkileri, intihar düşüncesi, sosyal işlevsellik ve içgörü ile ilişkisi. TC. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Doğan Yeşilbursa, A. Solmaz Türkcan)
- Belvederi Murri M, Respino M, Innamorati M, Cervetti A, Calcagno P, Pompili M, Lamis D A, Ghio L, Amore M. (2015). Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research* 162: 234-247.
- Bhugra D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 109:243-258.
- Binbay T, Ulaş H, Alptekin K. (2010). Şizofreni epidemiyolojisine Türkiye'den katkı yapmak: Nasıl ve neden? *Klinik Psikiyatri*, 13(1):9-15

- Bitter I, Feher L, Tenyi T, Czobor P. (2015). Treatment adherence and insight in schizophrenia. *Psychiatr Hung* 30(1):18-26
- Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano GB, Lindenmayer JP, Hsu C, Alphas L, Meltzer HY. (2004). Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *Am J Psychiatry* 161:1494-1496.
- Brezo J, Paris J, Turecki G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 113:180-206. Doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x
- Brichwood M, Iqbal Z, Chadwick P, Trower P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. *British Journal of Psychiatry* 177:516-521
- Carpenito-Moyet LJ, Erdemir F. (2005). Hemşirelik tanıları el kitabı. Nobel Tıp.
- Chapman CL, Mullin K, Ryan CJ, Kuffel A, Neillssen O, Large MM. (2014). Meta-analysis of the association between suicidal ideation and later suicide among patients with either a schizophrenia spectrum psychosis or a mood disorder. *Acta Psychiatry Scand*, 131(3):162-173.
- Cooke MA, Peters ER, Greenwood KE, Fisher PL, Kumari V, Kuipers E. (2007). Insight in psychosis: influence of cognitive ability and self-esteem. *British Journal of Psychiatry* 191:234-237. Doi: 10.1192/bjp.bp.106.024653
- Crumlish N, Whitty P, Kamali M, Clarke M, Browne S, McTigue O, Lane A, Kinsella A, Larkin C, O'Callaghan E. (2005). Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112:449-455. Doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00620.x
- Cunningham Owens DG, Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Johnstone EC. (2001). A randomized controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic out patients. *Acta Psychiatry Scand* 103:362-369.
- Çam O, Engin E. (2014) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı. İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi



- Çelikel Çam F, Erkorkmaz Ü. (2008). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili etmenler. *Nöropsikiyatri Arşivi* 45:122-129.
- Dereboy Fİ. (2000). Şizofreniye ilişkin psikanalitik yaklaşımlar. *Şizofreni Dizisi* 1:11-19
- Deveci A, Esen Danacı A, Yurtsever F, Deniz F, Gürlek Yüksel E. (2008). Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü, İçgörü, Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 19(3):266-273.
- Dikeç G, Kutlu Y. (2014). Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 5(3):143-148.
- Dikeç G, Kutlu Y. (2015). Effectiveness of Adherence Therapy for People With Schizophrenia in Turkey: A Controlled Study. *Archives of Psychiatric Nursing*. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2015.11.009> Erişim tarihi: 21.01.2016 saat: 23:13
- Doğu B, Güler J, Çıtak S, Altunkaynak Y, Alpay N. (2012). Şizofreni hastalarının cinsel yaşama ilişkin öznel düşüncelerinin cinsiyetler arası karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 15:238-247.
- Dora İ, Önal O, Ceylan ME, Kenar J, Kılınç E. (2004). Şizofreni ve doğum mevsimi ilişkisi. *Düşünen Adam*, 17(1):5-20.
- Drake RJ, Lewis SW. (2003). Insight and neurocognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 62:165-173. [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(02\)00382-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00382-1)
- Dülgerler Ş, Çam O. (2006). Şizofreni ile ilgili sorularınız ve yanıtlar "Aileler İçin El Kitabı". İzmir Güven Kitabevi. Dizgi/Baskı/Cilt: İMAJ Basım Yayın. Bölüm: Aile s.41-42
- Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. (2001). Tamamlanmış intiharlarda iki önemli risk etmeni: fiziksel hastalığın varlığı ve yetersiz dozda psikiyatrik tedavi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11(3):168-173

Ertuğrul A. (2005). Şizofreni etiyojisi. Türkiye Klinikleri J int Med Sci 1(12): 6-14

Fleischhacker WW, Kane JM, Geier J, Karayal O, Kolluri S, Eng SM, Reynolds RF, Strom BL. (2014). Completed and attempted suicides among 18,154 subjects with schizophrenia included in a large simple trial. J Clin Psychiatry 75(3):184-190.

Gigante AD, Castel S. (2004). Insight into schizophrenia: A comparative study between patients and family members. Sao Paulo Med J. 122(6):246-251.

Goldberg RW, Green-Paden LD, Lehman AF, Gold JM. (2001). Correlates of insight in serious mental illness. J. Nerv. Ment. Dis. 189(3):137-145.

Gupta S, Black DW, Arndt S, Hubbard WC, Andreasen NC. (1998). Factors associated with suicide attempts among patient with schizophrenia. Psychiatric Services 49(10):1353-1355.

Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı E A, Çubukçuoğlu Z, Taş C, Gülseren Ş, Mete L. (2012). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 21(3):203-212.

Güvenç C, İlnem C, Ceylan ME, Vardar M. (2004). Östrojen ve şizofreni. Düşünen Adam, 17(2):99-104.

Güz H. (2000). Şizofreni ve cinsiyet: Başlangıç yaşı ve sosyodemografik özellikler. Klinik Psikiyatri, 3:27-33.

Haran S, Aydın O. (1995). Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar fikirleri ile ilişkisi. Kriz Dergisi 3(1-2):218-222.

Hawton K. (2000). Sex and suicide. British Journal of Psychiatry, 177:484-485.

Ikeshita K, Shimoda S, Norimoto K, Arita K, Shimamoto T, Murata K, Makinodan M, Kishimoto T. (2014). Profiling psychiatric inpatient suicide attempts in Japan. Int J Emerg Ment Health, 16(1):217-221.

Ishii T, Hashimoto E, Ukai W, Kakutani Y, Sasaki R, Saito T. (2014). Characteristics of attempted suicide by patients with schizophrenia compared with those with mood disorders: A case- controlled study in Northern Japan. Plos One 8;9(5).

- Jaaskelainen E, Marianne H, Rautio N, Juola P, Penttila M, Nordström T, Rissanen I, Husa A, Keskinene E, Marttila R, Filatova S, Passo T M, Koivukangas J, Moilanen K, Isohanni M, Miettunen J. (2015). Twenty years of schizophrenia research in the Northern Finland birth cohort 1966: A systematic review. *Schizophrenia Research and Treatment*. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/524875> Erişim tarihi: 02.09.2015 saat: 22:57
- Jeste DV, Twamley EW, Eyer Zorilla LT, Golshan S, Patterson TL, Palmer BW. (2003). Aging and outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 107:336-343.
- Karamustafalıoğlu O, Özçelik B, Bakım B, Cengiz Ceylan Y, Yavuz BG, Güven T, Gönenli S. (2010). İntiharı öngörebilecek bir araç: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 23:151-157.
- Karlıdere T, Uzun Ö, Balıkcı A. (2015). Tedavi altındaki ilk atak şizofreni olgularında depresif belirtiler: Bir yıllık izlemede klasik ve atipik antipsikotiklerin karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 16:7-13.
- Kavak F, Ekinçi M. (2014). Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi/ Gümüşhane University Journal of Health Sciences* 3(1):588-598.
- Keltner NL, Bostrom CE, McGuinness TM. (2011) *Psychiatric Nursing*. 6th Edition. Birmingham. Evolve Elseiver.
- Kılınç S, Torun F. (2011). Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi* 86(1):39-47.
- Köroğlu E, Güleç C. (2007) *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı. Ankara. HYB Basım Yayın 201 Psikiyatri 23.
- Köroğlu E. (2013) *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. 5. baskı. Ankara. Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın.
- Köroğlu E. (2015) *DSM-5 Tanı Odaklı Klinik Psikiyatri*. 2. Baskı. Ankara. HBY Basım Yayın.

- Kredentser MS, Martens PJ, Chochinov HM, Prior HJ. (2014). Cause and rate of death in people with schizophrenia across the lifespan: A population- based study in Manitoba, Canada. *J Clinic Psychiatry* 75(2):154-161.
- Larsson B ve Ivarsson T. (1998). Clinical characteristics of adolescent psychiatric inpatients who have attempted suicide. *European Child & Adolescent Psychiatry* 7(4):201-208
- Leadholm AK, Rothscild AJ, Neilsen J, Bech P, Ostergaard SD. (2014). Risk factors for suicide among 34,671 patients with psychotic and non- psychotic severe depression. *J Affect Disord* 156:119-125. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.003>
- Leung YW, Li M, Devins G, Zimmermann C, Rydall A, Lo C, Rodin G. (2013). Routine screening for suicidal intention in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 22:2537-2545. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3319>
- Levinson DF. (2003). Molecular genetics of schizophrenia: A review of the recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 16:157-170.
- Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. (2007). Corralates and long- term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin* 33(6):1324- 1342.
- Lopez Morinigo JD, Fernandes AC, Chang CK, Hayes RD, Broadbent M, Stewart R, David AS, Dutta R. (2014). Suicide completion in secondary mental healthcare: A comparison study between schizophrenia spectrum disorders and all other diagnoses. *BMC Psychiatry* 14(1):213. Erişim adresi: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-014-0213-z>  
Erişim tarihi: 12.07.2015 saat: 16:03
- Lyu J, Zhang J. (2014). Characteristics of schizophrenia suicides compared with suicides by other diagnosed psychiatric disorders and those without a psychiatric disorder. *Schizophrenia Research* 155(1-3):59-65.
- Macgregor A, Norton J, Bortolon C, Robichon M, Rolland C, Boulenger JP, Raffard S, Capdevielle D. (2015). Insight of patients and their parents into schizophrenia: Exploring agreemnet and the influence of parental factors.

- Macpherson R, Jerrom B, Hughes A. (1996). Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 168(6):718-722
- McEvoy JP, Apperson LJ, Ortlip P, Brecosky J, Hammill K, Geller JL, Roth L. (1989). Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nev Ment Dis*, 177(1):43-47
- McGrath JJ. (2005). Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology- the NAPE Lecture 2004. *Acta Psychiatr Scand* 111(1):4-11
- Meier SM, Petersen K, Pedersen MG, Arendt MCB, Neilsen PR, Mattheisen M, Mors O, Mortensen PB. (2014). Obsessive-compulsive disorder as a risk factor for schizophrenia. A nationwide study. *JAMA Psychiatry* 71(11):1215-1221. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1011
- Misdrahi D, Denard S, Swendsen J, Jaussent I, Courtet P. (2014). Depression in schizophrenia: The influence of the different dimensions of insight. *Psychiatry Research* 216:12-16.
- Özsan H, Tuğcu H. (1998). Şizofrenik Hastalarda İntihar Olasılığının Çeşitli Faktörlere Göre İncelenmesi. *Kriz Dergisi*, 6(1):33-40.
- Öztürk S. (2010). Şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin; pozitif belirtiler, negatif belirtiler, depresyon ve içgörü ile ilişkisi. *Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak, (Danışman: Doç. Dr. Nuray Atasoy).*
- Öztürk O, Uluşahin A. (2011) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. 11. Baskı. Ankara. Ankara Yayın Evi*
- Palmer EC, Gilleen J, David AS. (2015). The relationship between cognitive insight and depression in psychosis and schizophrenia: A review and meta-analysis. *Scizophrenia Research. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.032> erişim tarihi: 08.07.2015 saat: 13:32*

- Pehlivan K. (2006). Psikiyatrik kadın hastalarda evlilik ve ebeveyn olma: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam* 19(3):143-154.
- Piescic KD, Nenadovic MM, Jasovic Gasic M, Trajkovic G, Kostic M, Ristic Dimitrijevic R. (2014). Influence of psycho- social factors on emergence of depression and suicidal risk in patients with schizophrenia. *Psychiatr Danub* 26(3):226-230.
- Pijnenborg GHM, Donkersgoed RJM, David AS, Aleman A. (2013). Changes in insight during treatment for psychotic disorders: A meta analysis. *Schizophrenia Research* 144:109-117.
- Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, Gonzalez Pinto A, Gutierrez Rojas L, Montes JM, Vieta E. (2014). Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand* 130(6):418-426.
- Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 156:1590-1595.
- Randall JR, Walld R, Finlayson G, Sareen J, Martens PJ, Bolton JM. (2014). Acute risk of suicide and suicide attempts associated with recent diagnosis of mental disorders: A population- based, propensity score- matched analysis. *Can J Psychiatry* 59(10):531-538.
- Richard Devantoy S, Orsat M, Dumais A, Turecki G, Jollant F. (2014). Neurocognitive vulnerability: suicidal and homicidal behaviours in patients with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 59(1):18-25.
- Roberts DL, Velligan DI. (2011). Medication adherence in schizophrenia. *Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies* 8(1-2):11-15. Doi: 10.1016/j.ddstr.2011.10.001
- Sabancıoğulları S, Avcı D, Doğan S, Kelleci M, Ata E. 2015. Suicide probability and affecting factors in psychiatric inpatients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 15(3):164-172.

- Saraçlı Ö, Keser Ozan H, Atasoy N, Kaygısız İ, Atalay A, Öztürk Ü, Atik L. (2012). Bir psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören geç başlangıçlı şizofreni hastalarının klinik ve sosyodemografik özellikleri. *Klinik Psikiyatri* 15:26-32
- Sarandöl A, Akkaya C, Cangür Ş, Mercan Ş, Pirinççi E, Kırılı S. (2007). Ayaktan takip edilen şizofreni hastalarının takip sürelerini etkileyen sosyodemografik, hastalık ve tedaviye ait özellikler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 17:15-23
- Sayıl I. (1997). Bipolar bozukluklarda intihar. *Kriz Dergisi* 5(1):41-44
- Sayıl I, Devrimci Özgüven H. (2000) *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 2. Baskı. Ankara. Antip A.Ş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar
- Sayın A. (2008). Dopamin reseptörleri ve sinyal iletim özellikleri. *Klinik Psikiyatri* 11:125-134
- Scholes B, Martin CR. (2013). Measuring depression in schizophrenia with questionnaires. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20:17-22
- Schwartz RC, Petersen S. (1999). The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 187:376-378.
- Seltena JP, Cantor Graeb E, Kahna RS. (2007). Göç ve şizofreni. *Current Opinion in Psychiatry* 3(2):59-65
- Sevinçok L. (1998). Şizofrenide Depresyon. *Şizofreni Dizisi* 2:46-53.
- Sevinçok L. (2000). Şizofreni etiyolojisinde psikososyal nedenler. *Şizofreni Dizisi*. 1:5-10
- Singhal A, Ross J, Seminog O, Hawton K, Goldacre MJ. (2014). Risk of self-harm and suicide in people with specific psychiatric and physical disorders: Comparisons between disorders using English National Record Linkage. *J R Soc Med* 107(5):194-204
- Siris SG. (2000). Depression in Schizophrenia: Perspective in the Era of 'Atypical' Antipsychotic Agents. *Am J Psychiatry* 157(9):1379-1389
- Siris SG, Addington D, Azorin JM, Fallon IRH, Gerlach J, Hirsch SR. (2001). Depression in schizophrenia: Recognition and management in the USA. *Schizophrenia Research* 47:185-197

- Siris SG. (2001). Suicide and schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology*, 15(2):127-135
- Spiegel D, Terry W. (1986). Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalisation. *Am J Psychiatry* 143:156-160.
- Stahl SM, Alkın T. (2015) Stahl'ın temel psikofarmakolojisi. Sinirbilimsel temelli ve pratik uygulaması. 1. Baskı. İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi.
- Stewart S. (2005). Suicidality, interpersonal trauma and cultural diversity: A review of the literature. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(2):108-128.
- Şevik AE, Özcan H, Uysal E. (2012). İntihar girişimlerinin incelenmesi: Risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri* 15:218-225.
- Taktak Ş, Erkıran M, Karşıdağ Ç, Özeren M, Alpay N. (2000). Şizofren olgularda aile işlevselliğinin algılanması, sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi üzerinde bir çalışma. *Düşünen Adam* 13(4):196-203.
- Tan Kartal N. (2013). Şizofreni hastalarında içgörünün yaşam niteliği, depresyon ve belirti örüntüsü ile ilişkisi. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul. (Danışman: Uzm. Dr. Neşe Üstün, Uzm. Dr. Nezih Eradamlar).
- Teraishi T, Hori H, Sasayama D, Matsuo J, Ogawa S, Ishida I, Nagashima A, Kinoshita Y, Ota M, Hattori K, Kunugi H. (2014). Relationship between lifetime suicide attempts and schizotypal traits in patients with schizophrenia. *Plos One* 16;9(9).
- Tiryaki A. (2008). Şizofrenide ruhsal toplumsal risk etmenleri üzerine eleştirel bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri* 11(5):3-8.
- Tuzcu A, Ilgaz A. (2015). Göçün kadın ruh sağlığı üzerindeki etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 7(1):56-67. doi: 10.5455/cap.20140503020915.
- Tükel R, Çakır S. (2013) Psikiyatri İstanbul Tıp Fakültesi 185. Yıl Ders Kitapları Serisi. 1. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri.



Türk Psikiyatri Derneği. Ruh sağlığının toplumsal boyutu. Erişim adresi: <http://www.psikiyatri.org.tr/presses.aspx?press=269> Erişim tarihi:08 Aralık 2015

Umut G, Öztürk Altun Z, Danışmant BS, Küçükparlak İ, Karamustafalıoğlu N, İlnem MC. (2013). The correlation of suicide attempt and suicidal ideation with insight, depression and severity of illness in schizophrenic patients. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 26:341-350.

Wiffen BDR, Rabinowitz J, Lex A, Anthony David AS. (2010). Corralates, change and 'state or trait' properties of insight in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 122: 94-103

Yanık M, (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. RCHP. Özel sayı:1-80.

Yavaşçı Öztepe E, Akkaya C. (2012). Şizofrenide seratoninin rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 4(2):237-259.

Yıldırım A, Buzlu S, Hacıhasanoğlu Aşıl R, Camcıoğlu TH, Erdiman S, Ekinci M. (2014). Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 25(1):31-37.

Yıldız M, Özten E, Işık S, Özyıldırım İ, Karayün D, Cerit C, Üçok A. (2012). Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 13:1-7.

Young DA, Campbell Z, Zakzanis KK, Weinstein E. (2003). Acomparision between an interview and a self-report method of insight assessment in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research* 63:103-109. Doi: 10.1016/S0920-9964(02)00378-X

Yüksel N. (2006) Ruhsal Hastalıklar. 3. Baskı. Ankara. Nobel Tıp Kitabevleri.

Zincir Bozkurt S, Zincir S, Köşker Doğru S, Sünbül Aydın E, Aksoy Etlik A, Elbay Yeni R, Cengiz FF, Gürdal S, İzci F, Semiz Başar Ü. (2014). Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında intihar girişiminin klinik özellikler ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 4(2):53-58.

- Zisook S, Nyer M, Kasckow J, Golshan S, Lehman D, Montross L. (2006). Depressive symptom patterns in with chronic schizophrenia and subsyndromal depression. *Schizophrenia Research* 86:226-233
- Zoghbi AW, Al Jurdi RK, Deshmukh PR, Chen DC, Xiu MH, Tan YL, Yang FD, Zhang XY. (2014). Cognitive function and suicide risk in Han Chinese inpatients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 15;220(1-2):188-192. doi: 10.1016/j.psychres.2014.07.046.



# EKLER

## EK 1. ETİK KURUL ONAY FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/03/2015-3299



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/32  
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul  
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Yrd. Doç. Dr. Gülgün DÜRAT  
Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu  
Akıl Sağlığı ve Psikiyatri

İlgi : 16.02.2015 tarihli 32 sayılı başvurunuz

Destekleyicisi olduğunuz "Şizofreni Hastalarında İntihar Olasılığının, Depresyon ve İlgörü ile İlişkisi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Ali TAMER  
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik  
İmza Aslı İle Ayrıdır.  
17.03.2015

Zübeyde KAÇAL  
Etik Kurul Sekr.

Evrak Doğrulama için : <http://193.140.255.232/evraklar/Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BESML00>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dekanlığı, Seruok Kampüsü, Seruok, Adapazarı/Sakarya  
Tel:064 296 6630 Faks:064 295 6623  
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ad :www.tip.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK 2. GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

‘Şizofreni Hastalarında İntihar Olasılığının, Depresyon ve İçgörü ile İlişkisi’ başlıklı tez çalışması planlanmaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır.

Eğer çalışmaya katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş onam formunun bir nüshası imzalanmak üzere size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmacıya haber vererek çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, size uygulanan tedavide ve aldığınız bakımda herhangi bir değişiklik olmayacaktır.

Araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamak söz konusu değildir. Yalnızca araştırma amaçlı yapılmaktadır.

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmacı kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır. Ancak kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde bilimsel yayınlarda kullanılabilir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Çalışma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Gümrah Duygu ATMACA GÖREVİ : Yardımcı Doçent

GÖREVİ : Araştırma Görevlisi Doktor

TELEFON : 02642956628

TELEFON : 02642956612

ADI : Gülgün DURAT

**Gönüllü:** **Görüşme Tanığı:** **Veli veya Vasisi:** **Araştırmacının:**

Adı:

Adı:

Adı:

Adı:

Soyadı:

Soyadı:

Soyadı:

Soyadı:

Adresi:

Adresi:

Adresi:

Adresi:

Tel:

Tel:

Tel:

Tel:

İmza:

İmza:

İmza:

İmza:

Tarih:

Tarih:

Tarih:

Tarih:

### EK 3. GÖRÜŞME FORMU

**1- Yaşınız:**.....

**2- Cinsiyetiniz:**

Kadın  Erkek

**3- Boy:**.....

**BKI:**.....

**Kilo:**.....

**4- Medeni durumunuz:**

Evli

Bekar

Dul- Boşanmış

Diğer

**5- Eğitim Durumunuz:**

İlköğretim ve altı

Ortaöğretim ve sonrası

**6- Çalışma Durumunuz:** (Çalışıyorsanız ne kadar süredir, lütfen belirtiniz)

Çalışmıyorum

Çalışıyorum..... (belirtiniz)

**7- Sağlık güvenceniz:**

Var  Yok

**8- Sizde gelir durumunuz:**

İyi  Orta  Kötü

**9- Kim ya da kimlerle yaşıyorsunuz?**

Anne-baba

Eş

Kardeş

Akraba

Yalnız

Diğer.....

**10- Hastalığınız ile ilgili hangi tedavileri aldınız?**

İlaç.....

EKT

Diğer.....(belirtiniz)

**11- Hastalığınızın başlangıç yaşı.....**

**12- Daha önce hastaneye yatarak tedavi gördünüz mü?**

( ) Hayır ( )Evet

**13-Yanıtınız evet ise kaç kez?.....**

**14-Hangi hastanelerde yattınız.....**

**15-Hastanede en uzun yatış süreniz nedir?**

( ) 1 hafta

( ) 15 gün

( ) 3hafta

( ) 1 ay ve üzeri

**16-Psikiyatrik yakınmanız dışında tedavi gerektiren ciddi bir sağlık sorununuz var mı? (Yanıtınız evet ise belirtiniz)**

( ) Hayır ( )Evet .....

**17- Aldığımız tedavilerin hastalığınızı iyileştireceğine inanıyor musunuz?**

( ) Hayır ( )Evet

**18- Evde hastalığınızla ilgili bir sorun yaşadığınızda kime başvuruyorsunuz?**

( )Anne- baba - kardeş

( )Eş

( )Çocuklar

( )Diğer.....

( )Hastaneye gidiyorum

**19- Daha önce hiç intihar düşünceniz oldu mu? Olduysa kaç kez?**

( ) Hayır ( )Evet .....

**20- Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu? Bulunduysanız ne şekilde ve kaç kez? Belirtiniz.**

( ) Hayır ( )Evet.....(belirtiniz)

**21- Ailede psikiyatrik yakınması olan kişi ya da kişiler var mı? Yanıtınız evet ise belirtiniz**

( ) Hayır ( )Evet.....(belirtiniz)

**22-Son zamanlarda hastalığınız dışında yaşamınızı etkileyen önemli bir sorun yaşadınız mı?**

( ) Hayır ( ) Evet .....(belirtiniz)

#### EK 4. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size %70 uygun ise %70'in altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç uygun değilse %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin.

Size uygunluk derecesi  
% 0 %30 %70 %100

1. Kızınca birşeyler fırlatırım				
2. Beni gerçekten seven pek çok kişi var				
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.				
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.				
5. Çok fazla sorumluluğum var.				
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.				
7. İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.				
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.				
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.				
11. Ölürsem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.				
12. Kendimi dayanılmayacak kadar yalnız hissediyorum.				
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.				
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum.				
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.				
16. Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.				
17. Ölürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.				
18. İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.				
19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.				
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı				

düşünmüyorum.				
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum.				
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.				
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum.				
24. Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.				
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum.				
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum.				
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.				
28. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.				
29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.				
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.				
31. Para konusu beni endişelendiriyor.				
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.				
33. Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığımı düşünüyorum.				
34. Kızınca bir şeyler kırarım.				
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.				
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.				



## EK 5. BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatle okuyup size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış	Emin değilim
1- Hastalık belirtilerinin bazıları kendi zihnimin ürünü			
2- Akıl sağlığım yerinde			
3- İlaça ihtiyacım yok			
4- Hastanede yatmam gerekti			
5- Doktor bana ilaç vererek doğru bir iş yapıyor			
6- Bir doktor veya psikiyatriste görünmeye ihtiyacım yok			
7- Biri benim sinir hastalığım ya da akıl hastalığım olduğunu söylese, bu doğrudur			
8- Yaşadığım olağan dışı şeylerin hiçbiri bir hastalığa bağlı değil			

## EK 6. 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 yarısından fazlasında süren belirgin çökkün duygudurum: her gün var

3: Şiddetli: Her gün zamanının 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 bazen umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor

2: Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye 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 zamanının yarısının azında

3: Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendisini 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 sınırlarını 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 hak ettiğinizi düşünüyor musunuz?

0: Yok

1: Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden daha 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 erken mi uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

0: Yok: Erken uyanmıyor

1: Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

2: Orta: Çoğunlukla (haftada en fazla 5 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 uğraşılmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunulmamıştır

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 gözle 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, tek düze 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 ıstıraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun varolduğundan emindir.



## ÖZGEÇMİŞ

### I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Gümrah Duygu Atmaca

Doğum yeri ve tarihi : Avusturya-15.07.1987

Uyruğu : TC

Medeni durumu : Bekar

İletişim adersi ve telefonu : [gdatmaca@sakarya.edu.tr](mailto:gdatmaca@sakarya.edu.tr) -05446445132

Yabancı dili : İngilizce

### II-Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2005-2010 Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik Bölümü

2001-2005 Tekirdağ Anadolu Lisesi

### III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

2013- devam Araştırma Görevlisi

### IV- Mesleki Deneyimi

Özel Bayındır Hastanesi Kemik İliği Nakli Ünitesi Temmuz 2010- Nisan 2011, ANKARA

Özel Bayındır Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği Mayıs 2011-Kasım 2011, İSTANBUL

Kartal Koşuyolu Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Temmuz 2012-Ocak 2013, İSTANBUL

Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Şubat 2013- Devam Ediyor, SAKARYA

### V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

2014- Devam Ediyor, Psikiyatri Hemşireliği Derneği

## VI- Bilimsel İlgi Alanları

### Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

**Atmaca GD**, Durat G, Özdemir K, Çevirme A, Kaynak Ö. İnternet Bağımlılığı ve Obsesif Kompulsif Belirtiler Arasındaki İlişki, 7.Ulusal- 3.Uluslararası Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (sözel sunum) 1-3 Eylül, 2014 Ankara, Türkiye.

Durat G, **Atmaca GD**, Özdemir K, Çevirme A, Kaynak Ö. Problemlili İnternet Kullanımı ve Uykusuzluk Siddeti Arasındaki İlişki, 7.Ulusal- 3.Uluslararası Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (özet metin - poster sunumu) 1-3 Eylül, 2014 Ankara, Türkiye.

Kaynak Ö, Çevirme A, Durat G, **Atmaca GD**, Uğurlu N. Hemşirelik Öğrencilerinin Bilişim Teknolojilerini Kullanma Konusundaki Bilgi, Tutum, Davranışları İle Problem Çözme Becerisi Arasındaki İlişki, 7.Ulusal- 3.Uluslararası Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (özet metin - poster sunumu) 1-3 Eylül, 2014 Ankara, Türkiye.

**Atmaca GD**, Durat G, Şimşek Ö, Özdemir K. Siber Zorbalık Ve Kişilik Profili Arasındaki İlişki, Hemşirelik Öğrencilerinin Bilişim Teknolojilerini Kullanma Konusundaki Bilgi, Tutum, Davranışları İle Problem Çözme Becerisi Arasındaki İlişki, 7.Ulusal- 3.Uluslararası Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (özet metin - poster sunumu) 1-3 Eylül, 2014 Ankara, Türkiye.

**Atmaca GD**, Durat G, Özdemir K, Cevrioğlu AS. Postpartum Dönemdeki Kadınların Sosyal Destek Düzeyleri ve Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Perinatal Medicine (özet metin - poster sunumu) 23- 25 Nisan 2015 İstanbul, Türkiye. (p-030)

**Atmaca GD**, Durat G, Ayazguk D. Kız Öğrencilerde Atılganlık. Uluslararası – Disiplinlerarası Kadın Araştırmaları Kongresi- ICWOR (Özet metin- poster sunumu) 11-13 Aralık 2015 Sakarya, Türkiye (p-18).

İlçioğlu K, Durat G, **Atmaca GD**, Cevrioğlu AS. İnfertil Kadınlarda Çift Uyumu ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. Uluslararası – Disiplinlerarası Kadın

Araştırmaları Kongresi- ICWOR (Özet metin- poster sunumu) 11-13 Aralık 2015  
Sakarya, Türkiye

### **Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler**

**Atmaca GD**, Durat G. (2015) Kanser Hastalarında İntihar Riski. J Hum Rhythm,  
1(4):127-132 (Derleme)

### **Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler**

**Atmaca GD**, Durat G. Ortoreksiya Nervoza, Çağın Hastalığı Obezite  
Sempozyumu, Sakarya Üniversitesi Kongre Kültür Merkezi. (Özet Metin- Poster) 23  
Aralık 2013.Sakarya.

Kama N, Yıldız B., Ünsal A., Durat G., **Atmaca GD**. Engelli Çocuğaa Sahip  
Ebeveynlerde Umutsuzluk Düzeyi ve Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki, 13.  
Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (özet metin- poster sunumu) 1-3 Mayıs 2014  
Trabzon, Türkiye. [PS-128]

Erdoğan S., Temiz N., Atasayar M., Durat G., **Atmaca G. D**. Özel Eğitim  
Merkezlerinde Çalışan Öğretmenlerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Duygu ve  
Düşünceleri, 13. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (özet metin- poster  
sunumu) 1-3 Mayıs 2014 Trabzon, Türkiye. [PS-126]

Temiz N., Erdoğan S., Durat G., **Atmaca G. D**. Sakarya Üniversitesi Sağlık  
Yüksekokulu Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları, 13. Ulusal  
Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (özet metin- poster sunumu) 1-3 Mayıs 2014  
Trabzon, Türkiye.[PS-338]

**Atmaca GD**, Durat G, Özdemir K. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde  
Somatizasyona Yatkınlığın Yaşam Kalitesine Etkisi, Kronik Hastalıklarda Yaşam  
Kalitesi ve Hemşirelik Yaklaşımı Sempozyumu (özet metin-poster sunumu) 24 Ekim  
2014 Sakarya, Türkiye.

Ayazguk D, **Atmaca GD**, Aydın Y, Durat G. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin  
Kadın Cinsiyeti ve Aile İçi Şiddete Bakış Açılıarı. Ebelikte Güncel Yaklaşımlar  
Sempozyumu (özet metin- Poster Sunumu) 30 Nisan 2015 Sakarya, Türkiye.



Durat G, **Atmaca GD**, Aydın Y, Ayazguk D, Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Premenstrüel Dönem Belirtileri İle Somatizasyona Yatkınlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ebelikte Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu (özet metin- Poster Sunumu) 30 Nisan 2015 Sakarya, Türkiye.

Seven A, **Atmaca GD**, Çetinkaya S. Erkek öğrencilerin hemşirelik mesleğine bakış açısı. 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi (özet metin- sözel sunum) 10-12 Eylül 2015 Erzurum, Türkiye.

## **VII- Diğer Bilgiler**

Temmuz 2012- T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Eğitim Koordinatörlüğü tarafından yürütülen “Enfeksiyon Eğitimleri.”

Ekim 2012- T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Eğitim Koordinatörlüğü tarafından yürütülen “Kardiyoloji ve KVC Hemşireliğine Giriş Eğitimi.”

6 Kasım 2013 tarihinde Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nun düzenlediği “Beslenme ve Sağlık” adlı konferansa katılım.

5 Mart 2014 tarihinde Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nun düzenlediği “Kanserli Hastalarda Damgalanma ve Ruh Sağlığı” adlı konferansa katılım.

10 Mart 2014 tarihinde Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nun düzenlediği “Kadın ve Bilim” adlı konferansa katılım.

26 Mart 2014 tarihinde Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nun düzenlediği “Dünden Bugüne Tüberküloz ve Evde Bakım” adlı konferansa katılım.

18 Kasım 2014 tarihinde Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nun düzenlediği “Diyabet ve Alternatif Yaklaşımlar” adlı konferansa katılım.

24 Aralık 2014- “Sağlık Bilimlerinde Araştırma Planlanması ve bilimsel Makale Yazımı MODÜL- 1 Kurs”

11 Mart 2015- “Sağlık Bilimlerinde Araştırma Planlaması ve Bilimsel Makale Yazımı VERİDEN YAYINA MODÜL-II Kurs”

27-28 Haziran 2015 tarihlerinde Sanat Psikoterapileri Derneği, Eğitim Komisyonu tarafından hazırlanan “Sanat Psikoterapileri’ne Giriş ve Tanışma” başlıklı toplam 16 saatlik seminer ve atölye çalışmalarından oluşan eğitim programı.

Sakarya Üniversitesi Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi Tarafından, 16/09/2015- 19/09/2015 tarihleri arasında gerçekleştirilen 20 saatlik “Temel İstatistik Kursu”