

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK PSİKOLOJİSİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

BİR PSİKİYATRİ HASTANESİNDE TEDAVİ GÖREN ŞİZOFRENİLİ
HASTALARDA İNTİHAR DÜŞÜNCESİ: POZİTİF, NEGATİF BELİRTİLER VE
DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psk. Zeynep TEKİN

OCAK 2007
TRABZON

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK PSİKOLOJİSİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**BİR PSİKIYATRİ HASTANESİNDE TEDAVİ GÖREN ŞİZOFRENİLİ
HASTALARDA İNTİHAR DÜŞÜNCESİ: POZİTİF, NEGATİF BELİRTİLER VE
DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ**

Psk. Zeynep TEKİN

Tezin Enstitüye Veriliş Tarihi: 05.01.2007

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 25.01.2007

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Çiçek HOCAOĞLU

Jüri Üyesi : Prof. Dr. İsmail AK

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Sibel VELİOĞLU

Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Orhan DEĞER

2007

TRABZON

ÖNSÖZ

Yüksek lisans çalışmam süresince bana her konuda yardımcı olan, desteğini ve anlayışını esirgemeyen, engin bilgi ve birikimlerini ihtiyacım olduğunda benimle paylaşma tevazusunu gösteren çok değerli hocam Yrd. Doç Dr. Çiçek HOCAOĞLU'na katkılarından dolayı sonsuz teşekkürler ederim.

Tezimin istatistiksel değerlendirmeleri esnasında değerli vaktini bana ayıran Dr. Asuman YAVUZYILMAZ'a sabrı ve gülüyüzünden dolayı çok teşekkür ederim.

Fakülte yollarını benimle birlikte kat eden ve zorlandığım her an yanımda bana destek olan müstakbel eşime ve tüm yaşamım süresince olduğu gibi yüksek lisans öğrenimim boyunca da benden sonsuz sabır, ilgi ve sevgilerini esirgemeyen sevgili annem, babam ve ağabeyime teşekkürü bir borç bilirim.

Zeynep TEKİN

Trabzon 2007

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
TABLOLAR DİZİNİ.....	V
KISALTMALAR.....	VI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Şizofreni.....	2
2.2. İntihar ve İntihar Düşüncesi.....	5
2.2.1. İntihar Konusunda Yapılmış Çalışmalar.....	7
2.3. Şizofrenide İntihar Konusunda Yapılmış Çalışmalar.....	8
2.3.1. Şizofrenide İntiharın Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi.....	9
2.3.2. Şizofrenide İntiharın Hastalık Öncesi İşlevsellik İle İlişkisi.....	10
2.3.3. Şizofrenide İntiharın Daha Önceki İntihar Davranışı ile İlişkisi.....	11
2.3.4. Şizofrenide İntiharın Pozitif ve Negatif Semptomlar ile İlişkisi.....	12
2.3.5. Şizofrenide İntiharın Depresyon ile İlişkisi.....	13
2.3.6. Şizofrenide İntiharın Umutsuzluk ile İlişkisi.....	15
2.3.7. Şizofrenide İntiharın İçgörü ile İlişkisi.....	16
2.3.8. Şizofrenide İntiharın Yaşamı Sürdürme Nedenleri ile İlişkisi.....	16
2.3.9. Şizofrenide İntiharın Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı ile İlişkisi.....	17
2.3.10.Şizofrenide İntihar Konusunda Türkiye’de Yapılmış Çalışmalar.....	17
2.4. Şizofrenide İntihar Düşüncesini Önlemenin Faydaları.....	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	20
3.1.Araştırmanın Şekli, Evreni ve Örneklemi.....	21
3.2. Gereçler.....	21
3.2.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu.....	21
3.2.2.DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme.....	21

3.2.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	22
3.2.4. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	22
3.2.5. Pozitif ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği	22
3.2.6. Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri.....	23
3.3. Yöntem	23
3.4. İstatistiksel Yöntem	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA.....	34
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	39
7. ÖZET.....	41
8. SUMMARY	42
9. KAYNAKLAR.....	43
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1: Çalışmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....	25
Tablo 2: Çalışma Grubunun Yaş, Öğrenim Süresi, Psikiyatrik Tedavi.....	26
Süresi, Psikiyatrik Yatış Sayısına Göre Dağılımı	
Tablo3: Çalışma Grubunun İntihar Girişimi Öyküsüne Göre Dağılımı.....	26
Tablo 4: Çalışma Grubunun Ailede İntihar Girişimi ve Psikiyatrik	
Yatış Öyküsüne Göre Dağılımı.....	27
Tablo 5: İntihar Girişimi Olanların İntihar Girişimi Özelliklerine Göre Dağılımı.....	28
Tablo 6: Çalışma Grubunun İntihar Düşüncesine Göre Dağılımı.....	29
Tablo 7: Çalışma Grubunun İntihar Düşüncesine Göre Sosyodemografik	
ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	30
Tablo 8: Çalışma Grubunun İntihar Düşüncesine Göre Yaş, Öğrenim Süresi,	
Psikiyatrik Tedavi Süresi ve Psikiyatrik Yatış Sayısının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 9: İntihar Düşüncesinin Varlığına Göre Pozitif ve Negatif	
Belirtileri Değerlendirme Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 10: İntihar Düşüncesinin Varlığına Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği	
ve Yaşamı Sürdürme Nedenleri Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 11: Ölçekler Arasındaki İlişki.....	33

KISALTMALAR

1. DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
2. SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV
3. SPSS: Statistically Program for Social Sciences
4. BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği
5. YSNE:Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri
6. PBDÖ:Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
7. NBDÖ: Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği
8. CŞDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumlar için büyük manevi, sosyal ve ekonomik güçlüklerle neden olan intihar davranışı; kişinin intiharı düşünmesi, planlaması, intihar girişiminde bulunması, gerçekleştirmesi veya gerçekleştirememesi gibi bir çok düşünce ve eylemi kapsayan devamlı bir süreçtir. İntiharı düşünen veya önceden intihar girişiminde bulunmuş kişi yeni bir intihar girişimi için en riskli adaylar arasındadır. İntiharlar, yaşamın her döneminde ve toplumun her kesimindeki kişilerde görülebilir.

İntiharlarla ruhsal hastalıklar arasındaki ilişki çok uzun zamandan beri bilinmektedir. Duygudurum bozuklukları ve şizofreni bu ilişkinin yoğun görüldüğü ruhsal hastalıklar arasındadır (1,2,3). Şizofreni hastalarının erken ölüm sebepleri arasında intihar ilk sırada yer almaktadır (6,10). Şizofrenide intiharı gerçekleştirme oranı %10-13, intihar girişimi oranı ise %20-40 civarındadır (15,18,30).

Şizofreni hastalarında intihar riskini yordayıcı çeşitli etmenler ileri sürülmüştür. Şizofrenide intihar ve intihar düşüncesinin araştırıldığı bir çok araştırma yaş, cinsiyet, medeni durum gibi bazı sosyodemografik faktörlerin etkisini ve kişinin hastalık öncesi uyumu, umutsuzluğu, önceki intihar girişimi ve düşüncesi, hastalık içgörüsü ve hastalığının başlayış ve seyrini inceleyerek bu risk etmenlerini belirlemeye çalışmışlardır. Bunlardan bazıları yapılan çalışmaların çoğu tarafından desteklenirken bazı özellikler açısından çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Ülkemizde şizofrenide intiharın risk etmenlerinin araştırılması konusunda yapılmış çok sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu konuda yapılacak yeni çalışmalar bu risk etmenlerini aydınlatmada literatüre önemli katkılarda bulunacaktır. Şizofrenide intiharı yordayıcı risk etmenlerinin bilinmesi bu konuda önleyici yaklaşımların geliştirilmesini sağlayabilir.

Bu çalışmayla bölgemizdeki şizofreni hastalarını intihar davranışına sürükleyen etmenlere ışık tutmak ve Türkiye’de yapılan şizofreni hastalarında intihar düşünceleri ile ilgili araştırmalara katkıda bulunmak amaçlanmıştır. Bu çalışmada Trabzon ilinde bulunan bir psikiyatri hastanesinde yatarak veya ayaktan takiple tedavi görmekte olan şizofreni hastaları örnekleminde intihar düşüncesini belirleyen çeşitli etmenleri ve intihar düşüncesini tetikleyebilecek olası nedenlerin araştırılması amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni, kişinin kendi iç dünyasına yönelerek, dış çevreye kendini kapatmasıyla başlayan, düşüncelerini, algılamalarını, davranışlarını ve duygulanımlarını etkileyerek süregiden, sadece kişide değil, kişinin ailesi ve sosyal çevresinde de güçlükler ve çok yönlü yıkımlara yol açan süregen bir hastalıktır. Başlangıcı, semptomları ve gidiş şekli açısından çok farklı seyirler izleyebilir. Bu nedenle şizofreni heterojen bir klinik görünüm sergiler.

18. yüzyıla kadar büyüsel ve doğaüstü inanışlarla lanetlenmiş olarak değerlendirilen şizofrenili kişiler, 1860 yılında Benedict A. Morel'in ergenlikte başlayıp yıkım gösteren bu kişileri, erken bunama anlamına gelen "démence précoce" terimiyle adlandırması sonucu ilk kez bilimsel olarak ele alındı (1,2). Emil Kraepelin, Morel'in "démence précoce" terimini Latinceleştirerek, bilişsel bozukluğu ve erken başlangıcı vurgulayan ve hastalığı sanrılar, varsanılarla her alanda tam bir yıkıma neden olacak şekilde süregen gidiş gösteren bir hastalık olarak değerlendirerek "dementia praecox" terimini kullandı (2,3,4). Kraepelin, 1896 yılında hastalığı paranoid, katatonik ve hebefrenik olarak üçe ayırmıştır (2).

Kraepelin'den sonra Eugen Bleuler, "dementia praecox" terimini şu anki haline yani "şizofreni" adıyla literatüre geçirmiştir (1,2,3). 1911 yılında Bleuler bu tanımlamayı yaparken hastalarda gözlenen duygu, düşünce ve davranış arasındaki bölünmeyi (schisme) ele almış ve hastalığın erken yaşta başlamasının ve demans belirtileri göstermesinin gerekli olmadığını belirtmiştir (2). Bleuler, şizofreniyi demanstan ayırarak, hastalığın çağrışımlarda çözülme, duygulanımda bozulmalar, otizm ve ambivalans alanlarındaki bozulmalardan kaynaklandığını vurgulamıştır (1). Ona göre şizofren, bu alanlardaki bozulmalara bağlı olarak bir "akıl yarılmaması" (schisis:yarılma, phrenia:akıl) yaşamaktadır. Bu dört birincil belirtiyeye sanrılar ve varsanılar ikincil belirtiler olarak eşlik etmektedirler. Bleuler, şizofreniyi her alanda bir yıkımın olduğu ve bu yıkımın gözlemlenebilmesi için hastalığın ilerlemesinin beklendiği bir süreç olmaktan çıkarıp, klinik ve psikolojik ölçütleri olan ve son aşama beklenmeden bu ölçütlere dayanarak tanısı koyulabilen bir hastalık olarak değerlendirme yoluna gitmiştir (4).

Şizofreniye bu günkü yaklaşımlarının temelini atan bu önemli kişilerin katkıları, 1960 ve 1970'lerde diğer araştırmacılar tarafından bir takım ölçekler ve yapılandırılmış görüşme teknikleriyle daha güvenli ve kapsamlı incelemeler yapılarak genişletilmiştir. Günümüzde şizofreni DSM IV ve ICD 10 sistemlerinde belli ölçütlerle tanımlanmış olan bir bozukluktur.

Şizofreni bütün toplumlarda en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Hastalık geç yaşlarda ortaya çıkabileceği gibi, genellikle 15-25 yaşları arasında ve sıklıkla ergenlik döneminden sonra ortaya çıkar (1,2). Yaşam boyu hastalanma riski 15-45 yaş arasındaki nüfusta %1 dolayındadır. Şizofreninin kadın ve erkeklerde görülme oranı arasında pek fark olmasa da kadın şizofrenlerde seyir erkekler göre daha iyidir (4).

Şizofreni farklı klinik görünüşleri, farklı tedavi yanıtları ve seyirleri olan heterojen görünümlü bir hastalıktır ve nedenleri de bu heterojen görünüme bağlı olarak tek bir açıdan ele alınamaz. Şizofreninin nedenleri günümüzde halen tartışılmakla beraber bir stres-diatez modeliyle biyolojik, psikososyal ve çevresel etkenlerin entegrasyonunun hastalığın belirtilerinin ortaya çıkışını açıklayabilir. Literatürde şizofreninin oluşumuna ilişkin varsayımlar kalıtsal, gelişimsel, çevresel, sosyokültürel ve nörobiyolojik olarak sıralanmıştır (5).

Şizofreni tanısının konulmasında tek başına bir belirti ayırt edici değildir. Şizofreni belirtileri farklı ruhsal bozukluklarda da görülebilir. DSM-IV'e göre, şizofreni tanısının konulabilmesi için;

- Hezeyanlar (sanrılar)
- Hallüsinasyonlar (varsanılar)
- Dezorganize konuşma (çağrışımlarda dağınıklık, sık sık konu dışı sapmalar, enkoherans gibi)
- İlerici derecede dezorganize ya da katatonik davranış
- Negatif belirtiler (duygulanımda donukluk, aloji ya da avolisyon)

gibi karakteristik belirtilerden bir aylık bir dönem boyunca, bu sürenin önemli bir kesiminde iki ya da daha fazlasının bulunması; kişinin iş, kişilerarası ilişkiler yada kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlasında bozukluğun başlangıcından itibaren geçen sürenin önemli bir kısmında belirgin kayıpların olması ve hastalığın geçmiş öyküsünün en az 6 ay olması gerekmektedir. Bununla birlikte hastalığın aktif-evre belirtileri değerlendirilerek şizoaffektif bozukluk ve psikotik özellikler gösteren duygudurum bozuklukları dışlanmalı ve bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkmamalıdır.

Şizofreninin heterojen bir klinik görünümü olduğu ve belirtilerin de bu heterojenlikle ilişkili olarak çeşitli özellikler açısından farklılıklar gösterdiği bilinmektedir. Şizofreninin belirtilerinin değerlendirilmesinde iki farklı özellik kümesi öne çıkar. Bunlardan ilki akut psikotik özelliklerdir, ki bunlar genellikle pozitif belirtiler olarak nitelendirilirler (8). İkinci grup ise bilişsel, duygusal ve psikososyal işlevsellikte uzun süreli kalıcı bozulmalardır ve bunlar da negatif ya da deficit sendrom olarak adlandırılırlar (8). Pozitif ve negatif belirti kavramları hala araştırılmakta ve geliştirilmektedir ancak günümüzde bu ayrım farklı klinik ve prognostik özellikler gösteren bu iki belirti kümesini tanımlamak adına klinik öneme sahiptir (8).

Pozitif belirtiler daha çok aşırı dopaminerjik aktiviteye bağlı olarak hastalığın akut dönemlerinde ortaya çıkabilir ve negatif belirtilere göre antipsikotik ilaç kullanımına daha fazla yanıt verebilirler (8). Konuşmada düzensizlik, aşırı konuşma, konuşmada kalıplaşmış yinelenmeler, duygulanımda uygunsuzluk ve taşkınlıklar, işitme, görme varsanıları, yanılsamalar, düşünce içeriğinde gerçeklikten uzak, acayip, tutarsız sanrılar, çağrışımda bozukluklar, kopukluklar, kaymalar, dağınıklar ve çocuksu (regresif) davranışlar pozitif belirtilere örnek olarak verilebilir (5). Negatif belirtiler ise tedaviye yanıtın az olduğu, stabil dönemlerde ortaya çıkabilen ve daha süregelen uyumsuzluk özellikleri olarak değerlendirilen belirtilerdir (8). Aşırı içe kapanma, toplumdan çekilme, konuşmada, düşüncede fakirleşme, soyut düşünme yetisinin azalması, hareketlerde azalma, duygulanımda küntleşme, istek ve iradenin azalması, özbakımda azalma, iş ve toplumsal uyum alanlarına ilginin azalması ise negatif belirtilerden bazılarıdır (5).

Şizofreni ile ilgili günümüzde kesin olarak bilinen tek şey farklı etiyolojik etmenlerin etkisiyle oluşan, klinik görünümü, belirtileri, gidiş ve sonlanışı açısından farklılıklar gösteren heterojen bir sendromlar topluluğu olduğudur. Şizofreni, kişi, ailesi ve çevresi açısından ruhsal hastalıklar içerisinde en yıkıcı olanlarından biridir. Şizofrenisi olan birey, çok yönlü yıkımlara neden olan bu hastalıkla baş etmede güçlükler yaşayabilir. Aile desteğinin ve sosyal desteğin az olması, kişinin yaşamla ilgili beklentilerinin hastalığın yarattığı güçlüklerle ilgili olarak azalması, yaşam boyu bu güçlüklerle ve bu hastalıkla yaşamak zorunda olduğuna ilişkin umutsuzluğu hastayı daha bir çok olumsuz duygu ve düşüncelerle beraber yaşamından vazgeçmeye ve intiharı seçmeye yönleltebilir. İntihar ve intihar düşüncesi, şizofreni hastalarında sık görülmektedir. Şizofrenik hastalarda intihar ve intihar düşüncesinin oluşmasında etkili olan durumların bilinmesi, bunların fark edilmesi ve önlenmesi açısından hayati önem taşır

2.2. İntihar ve İntihar Düşüncesi:

İntihar davranışı, belki de tüm davranışlar arasında en anlaşılmaz olanıdır. Bütün canlılar varoluşlarından bu yana hayatta kalmalarına yardımcı olan davranışları geliştirmişler ve kullanmışlardır. İntiharda ise kişi ölmek niyetiyle kendini yok etmeyi seçer. İntihar davranışını inceleyenlerin başında gelen Edwin Scheidman, intihar için şöyle bir tanımlamada bulunur; “Günümüz batı dünyasında, intihar, zor durumdaki bireyin çok boyutlu huzursuzlukla bir çıkış yolu olarak tanımladığı eylemi, en iyi çözüm yolu olarak algıladığını en iyi anlatan bilinçli olarak kendine yönelen yok etme eylemidir ” (6). Scheidman’ a göre intihar sadece ölmek için yapılmış bir hareket değildir, bir şeyden kaçmak için yapılan bir eylemdir. Bu kendinden kaçılan şey genelde aynıdır; ya katlanılamaz bir duygu, ya dayanılamaz bir acı ya da kabul edilemeyecek şiddette bir ıstırap... Eğer bu acının derecesi azaltılabilirse, kişi ölmemeyi seçecektir (6). İntiharın soysal ve kültürel etkilerle ilişkisi konusunda ilk önemli araştırmaları yapan Fransız sosyolog Durkheim’ın tanımına göre ise intihar, ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz bir edimin, doğrudan ya da dolaylı sonucu olan ölüm olayıdır (7).Durkheim intiharları egoistik, özgeci ve kuralsız olarak üç sınıfa ayırmıştır (4). Egoistik (bencil) intiharlar herhangi bir sosyal grupta güçlü bir şekilde bütünleşemeyen kişiler için kullanılır. Örneğin evli ve çocuklu olmak bu bütünleşmenin oluşmuş olması bakımından intihar için koruyucu role sahiptir. Özgeci (altruistik) intiharlar ise bir grupta aşırı bütünleşme yaşamış kişilerde görülebilir. Savaşta kendini feda eden Japon askerleri buna örnek olarak verilebilir. Kuraldışı intiharlar ise toplumsal standartların ve değerlerin bozulmasıyla birlikte gözükabilir. Ekonomik durumu bir anda kötüleşen kişilerde intihar riskinin artması bu tip bir duruma yol açabilir.

İntihar girişimi ise intihar tanımının içinde yer alan eylemin ölüm sonucu doğmadan durdurulması olarak tanımlanır (7). İntihar girişimi olan bireylerin daha sonra da intiharı bir çok kez denedikleri bilinmektedir (10). Bu anlamda intihar düşüncesi, intihar girişimi olan bireylerde çoğu zaman devam etmekte ve yeni girişimlere risk oluşturmaktadır. İntihar düşüncesi birden bire veya yavaş yavaş ortaya çıkabilir. Kişi ister intiharı bir çok kez düşünmüş ve planlamış olsun, ister bu düşüncüyü belli belirsiz aklına getiriyor olsun intihar düşüncesi hafif ya da yoğun her iki durumda da gelecekteki bir intihar girişimin habercisi olabilir. Bu nedenle intiharı önlemede intihar düşüncesi olan bireylerin içinde bulundukları durumları ve kişisel özelliklerini anlamak önem taşır.

İntihar sadece bireysel faktörlerle değil, toplumsal faktörlere bağlı olarak da ortaya çıkar. Günümüzde toplumlar sosyal, kültürel, ekonomik ve teknolojik konularda hızlı değişimler yaşamaktadırlar. Buna bağlı olarak stres verici durumlar artmakta ve bunlara uyum sağlama ya da baş etme becerilerinin yetersiz kalması sonucu ruhsal hastalıklar ve intihar davranışlarında da artışlar gözlemlenmektedir. Durkheim da insanların grup yaşamına bağlılık gösterebilmesinin intihara karşı koruyucu olduğunu belirtmiştir (7).

İntiharda bireysel faktörlerin rolü de çok önemlidir. Alvarez intiharın bazen kendi kendimize yarattığımız, katı, sınırlayıcı ve doğal olmayan zorunluluklara karşı ürkütücü ama tümüyle doğal bir tepki olduğunu belirtmiştir (7). Birey yaşamının zor bir döneminde artık içinden çıkılmaz bir halde olduğu, hiçbir sorunu çözemeyeceği ve kimsenin kendine yardım edemeyeceği gibi katı ve sınırlayıcı bir tutum takınarak yaşamını sürdürmesinin bir anlamı olmadığını düşünebilir.

İntihara neden olan psikososyal faktörlerin nasıl intihar düşüncesi ve davranışına yol açtığını anlamada intiharın umutsuzluk teorisi etkili olabilir. Kişi bu varsayıma göre negatif bir yaşam olayıyla karşı karşıya kalır ve bu negatif yaşam olayı kişinin umutsuz olması için bir fırsat yaratıcıdır (occasion setters) (10). Bu olumsuz yaşam olayıyla karşılaşan kişi üç tür çıkarımda bulunur. Nedensel çıkarımlar, sonuçsal yaklaşımlar ve kişinin kendisiyle ilgili yaklaşımları. Kişi eğer yaşadığı negatif yaşam olayını önemli, kalıcı ve yaşamının bir çok alanını etkileyebilecek genel sonuçları olacak şekilde değerlendiriyorsa ve kendisini de bu olayı çözmede kusurlu, değersiz ve yetersiz hissediyorsa umutsuzluğa ve buna bağlı olarak intihar düşüncesine kapılabilir (10). Negatif yaşam olaylarını önemsiz, değişebilir, olaya özel nedenleri olan ve daha başka olumsuz sonuçlara yol açmayan, kendi yeterlilikleri ve özellikleriyle ilgisi olmayan olaylar olarak gören kişilerde umutsuzluk daha az oluşabilir (10)

İntihar stres yaratan yaşam olaylarına karşı tepki veren normal kişilerden başka ağır ruhsal rahatsızlıkları olan kişilerde de görülebilir. Ruhsal bozukluklarla intihar arasında ilişki olduğunu gösteren bir çok araştırma vardır(11-20). Duygudurum bozuklukları ve şizofreni bunlar arasında sık intihar görülmesi açısından önemli yer tutar. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünya çapında yılda yaklaşık bir milyon kişi intihar ederek yaşamına son vermektedir ve bunun 10-20 katı kadar da intihar girişimi görülmektedir (6).Gençler ve genç yetişkinler arasında en sık görülen üçüncü ölüm nedeni intihardır (6). Ne tek ve basit bir nedeni ne de tek ve basit bir sonucu olan intiharların aile ve toplum üzerindeki psikolojik, sosyal ve ekonomik etkileri ölçülemeyecek kadar büyüktür.

2.2.1.İntihar Konusunda Yapılmış Çalışmalar

İntihar davranışlarını inceleyen araştırmalarda yaş faktörü oldukça sık vurgulanmaktadır. İntihar oranları yaş ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Erkekler arasında 45 yaşından sonra kadınlar arasında ise 55 yaşından sonra tamamlanmış intiharların sayısı artmaktadır. Yaşlılarda intihar girişimleri ise sayıca gençlerden azdır. İntihar hızları ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte intihar ve intihar düşüncesinin gençler (15-24 yaş arası) arasında diğer yaş gruplarına göre daha fazla artış gösterdiği gözlenmektedir (12). Son yıllarda kişileri intihardan alıkoyan olumlu bilişler üzerine odaklanılmış ve Linehan ve arkadaşlarının (1983) geliştirdiği Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri ile yapılan bazı araştırmalarda yaşamı sürdürme nedenlerinin hem ergen hem de yaşlılarda intihar davranışlarında rol oynadığı tespit edilmiştir (12). Bu araştırmalara göre yaş ilerledikçe kişiler daha fazla yaşamı sürdürme nedeni dile getirmektedirler. Ergen ve genç yetişkinlerde ise yaşamı sürdürme nedenlerinin az olması onları intihar için riskli hale getirebilir.

Umutsuzluk da son yıllarda intiharı anlamada araştırmalara sıkça konu olmuş bir psikolojik yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmalar intihar girişiminde bulunan hastalarda bulunmayanlara göre gelecekle ilgili umutsuzluk duygularının daha yoğun olarak ortaya çıktığını (14), kişinin yaşama bakış tarzı umutsuzluklarla doluyorsa intihar riskinin de arttığını belirtmektedir (12). Durak (1994)'ün Türkiye'de yaptığı bir çalışmaya göre intihar girişimi olan psikiyatrik hastalar ve normal kişiler karşılaştırıldığında umutsuzluk düzeyinin en yüksek olduğu grubun intihar girişiminde bulunan grup olduğu, bunu depresif hastaların izlediği bildirilmiştir (12). Yalnızlığın da hem normal popülasyonda hem de hastalar ile yapılan çalışmalarda intihar davranışları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (12).

Erkeklerde intihar kadınlardan 3 kat fazla görülür ancak intihar girişimi açısından kadınların erkeklerden 4 kat daha fazla girişimde bulundukları belirtilmiştir. Erkekler daha yüksek tamamlanmış intihar oranlarıyla da ilişkili olarak daha çok ateşli silahlar, yüksek bir yerden atlama gibi yöntemleri kullanırlar. Kadınlarda ise yüksek dozlarda psikoaktif madde kullanımı ve zehir içerek intihar etme görülmektedir (3,4).

Beyaz ırkta, siyah ırka göre iki kat daha fazla intihar oranı görülmektedir, fakat son yıllarda siyahlar arasında da intiharların artış göstermesi rakamların sorgulanmasını ve bu konuda yeni araştırmaların gereğini göstermektedir. Çocuklarla pekiştirilmiş evliliğin intihar riskini azalttığı araştırmalarda vurgulanmıştır. Hiç evlenmemiş kişilerde evlilere oranla yaklaşık iki kat fazla intihar görülmektedir (6).

Genellikle iş yaşamı intihara karşı koruyucudur. İşsizlerde intihar oranı işi olanlara göre daha yüksektir. Ekonomik kriz zamanları ve işsizliğin arttığı dönemlerde intihar oranlarında artış görülebilir. İntiharın mevsimle ilişkisi açık olarak gösterilememiştir (3,4).

Ailede intihar veya intihar girişimi öyküsünün olması da intihar riskini arttırmaktadır. Fiziksel sağlık ve intiharlar arasında belirgin bir ilişki bulunmaktadır. Postmortem araştırmalar tüm intihar kurbanlarının %25-75'inde fiziksel hastalığın olduğunu gösterir. Fiziksel hastalıklara bağlı yeti yitimi, hastalığın mesleki ve sosyal ortamlarda hareketliliğin azalmasına neden olması, özellikle kadınlarda fiziksel görünümün bozulması ve hastalığa bağlı kronik, kontrol edilemez ve dayanılmaz ağrıların olması ve ikincil olarak mesleki statünün yitimi ve ilişkilerin bozulması gibi eşlik eden durumlar intihara yol açabilir (7,12).

Ruhsal hastalıklar intiharda oldukça büyük öneme sahiptir. Psikiyatrik hastalığı olanlarda intihar riskinin psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre 3-12 kat arttığı bilinmektedir (15). İntiharı gerçekleştirmiş ya da intihara girişen hastaların yaklaşık %95'in bir ruhsal bozukluk tanısı almıştır. Bu sayının %80'i depresif bozukluklara, %10'u şizofreniye ve %5'i demans ve deliryuma aittir. Tüm grubun %25'i ise alkol bağımlılığı tanısı da almıştır (15).

İntihar ile intihar düşüncesi arasında da ilişki bulunmaktadır. İntihar düşüncesi olduğunu dile getiren kişilerin %20'si intihar girişiminde bulunmaktadır. Bu kişilerin büyük çoğunluğu intihar davranışı öncesi profesyonel yardım görmektedirler. Herhangi bir nedenle daha önce hastanede psikiyatrik tedavi görmüş olanlarda intihara daha fazla rastlanmaktadır (30,31).

Daha önce intihar girişiminde bulunmuş olanlar yeni bir intihar girişimi için en önemli risk grubundadırlar. İntihar eden depresif hastaların %40'ının daha önce de intihar girişimi olduğu bulunmuştur. Hastanın yeni bir intihar girişiminde bulunma ihtimalinin en yüksek olduğu dönem ilk girişiminden sonraki 3 ay içindedir (21,23,25).

2.3.Şizofrenide İntihar Konusunda Yapılmış Çalışmalar

İntiharla psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki uzun zamanlardan beri bilinmektedir. Psikiyatrik hastalığı olanlarda intihar riskinin psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre 3-12 kat arttığı bilinmektedir. İntiharı gerçekleştirmiş ya da intihara girişen hastaların yaklaşık %95'i bir ruhsal bozukluk tanısı almıştır. Bu alanda yapılan çalışmalar çoğu zaman öncelikli olarak depresyon ve intihar üzerinde yoğunlaşmıştır ve buna bağlı olarak sağlık çalışanları da depresif hastalarla çalışırken intihar düşüncesi ve girişimlerinin sorgulanmasına dikkat ederler. Ancak çoğu çalışma şizofreni hastalarında intiharın duygudurum bozukluklarına

yaklaşır oranlarda olduğunu göstermiştir. Şizofrenide intihar ve intihar girişimi genel popülasyona göre 30-40 kat daha yüksektir (10). Şizofrenide intiharı gerçekleştirme oranı %10-13, intihar girişimi oranı ise %20-40 civarındadır (15,18,30).

Şizofrenide görülen yüksek intihar oranları duygudurum bozukluklarında olduğu kadar şizofreni hastalarında da intihar düşüncesi ve girişimlerinin sorgulanması ve intihar riski taşıyan şizofreni hastalarının belirlenmesinin gereğini göstermektedir. Ancak şizofreninin klinik görünümü, başlangıcı, seyri ve sonlanımı açısından heterojen bir görünümde oluşu ve intiharın çok yönlü doğası gereği bu hasta grubunda intihar riskinin belirlenmesi zor olmaktadır. Şizofrenide intihar ve intihar düşüncesinin araştırıldığı bir çok araştırma yaş, cinsiyet, medeni durum gibi bazı sosyodemografik faktörlerin etkisini ve kişinin hastalık öncesi uyumu, umutsuzluğu, önceki intihar girişimi ve düşüncesi, hastalık içgörüsü ve hastalığının başlayış ve seyrini inceleyerek bu risk faktörlerini belirlemeye çalışmışlardır.

2.3.1. Şizofrenide İntiharın Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi

Genel popülasyondaki intihar oranları erkeklerin kadınlardan daha fazla tamamlanmış intiharlar gerçekleştirdiğini, kadınların ise intihar girişimlerinin erkeklerden daha fazla olduğu yönündedir. Şizofreni hastalarında da tamamlanmış intihar açısından erkeklerin kadınlara göre oranı yüksektir (22,27,28,32,47). Ancak bu cinsiyet farklılığı şizofreni hastaları için genel popülasyona oranla daha azdır (47). İntihar girişimi açısından ise şizofreni hastalarında kadın ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (22).

Şizofrenide intihar riskinin büyüklüğünün orta yaşlardan önce en üst düzeyine yükselip daha sonra düştüğü bildirilmiştir (18). Genç olmanın şizofreni intiharlarında riski arttırdığı bir çok araştırmada belirtilmiştir (11,22,23,31). 45 yaşın altındaki şizofreni hastalarında daha fazla intihar davranışı gözlemlenmiştir (30). Ancak yaşla ilgili bu bulgular şizofrenide görülen intiharların hastalığın başlangıcından sonraki on yıl içerisinde en yüksek oranlarda olduğu gerçeği ile değerlendirildiğinde farklı yorumlanabilir. Diğer değişkenlerin kontrol edildiği bir araştırmada asıl ayırt edici olanın yaş değil hastalığın süresi olduğu bulunmuştur (31). Buna bağlı olarak şizofreninin erken yaşlarda başladığı göz önüne alınırsa hastalığın başlangıcına yakın yaşlarda olmanın intihar riskiyle ilişkili olduğu değerlendirmesi yapılmaktadır (30). Genel olarak bakıldığında ise intihar şizofreni hastaların hayatlarının herhangi bir noktasında, herhangi bir yaşta görülebilir.

Bazı araştırmalarda bekar ve işsiz olmanın şizofrenide intihar riskini arttırdığı belirtilmiş olsa da, çoğu şizofreninin hastalığın semptomları ve yarattığı işlevsellik kaybına bağlı olarak bekar ve işsiz olduğu göz önüne alınırsa bu bulguların intihar riskini belirlemede çok önemli rolü olmadığı görülür (30, 47). Kadınlarda özellikle 2 yaşından küçük çocuk sahibi olmanın intihar riskini azalttığı bulunmuştur (23). Erkeklerde ise bekar ve işsiz olma gibi sosyoekonomik faktörlerin intiharla ilişkisi kadınlara göre daha yüksektir (23).

Etnik farklılıklar açısından çelişkili sonuçlar vardır. Bazı araştırmalar beyaz ırktan olmanın intihar riskini arttırdığını ifade ederken (22,27,29), bazı araştırmalarda etnik köken açısından anlamlı farka rastlanmamıştır (23,30,34).

Şizofrenide intihar için en riskli dönemin hastanede yatış veya taburculuktan sonraki ilk 6 ay olduğu bildirilmiştir (31, 47). İntihar girişimi veya tamamlanmış intiharı olan şizofrenlerin büyük çoğunluğu psikiyatrik tedavi altında iken intihara kalkışmışlardır (47). İntihar öyküsü bulunan şizofrenler hastaneye yatış sıklıkları açısından diğer şizofreni hastalarına göre anlamlı farklılık gösterirler (30,31,47). Hastaneye yatış ve taburculuktan hemen sonraki periyodun intihar için en riskli dönem olduğu bilgisine dayanarak bu hasta gruplarında yatış sırasında intihar riskinin tespitinin ve taburculuktan sonra da önleyici ve uyarıcı çalışmaların yapılması hayati önem taşır.

2.3.2. Şizofrenide İntiharın Hastalık Öncesi İşlevsellik ile İlişkisi

Hastalık öncesi işlevsellik ile intihar arasındaki ilişkiye bakıldığında iki grup şizofreni hastası risk altında görülmektedir. İlk grup hastalık öncesi işlevsellikleri yüksek olan kişilerdir. Bu kişilerin hastalığa bağlı gerçekçi kayıplarla ilgili daha fazla farkındalığa sahip olmalarının intihar riskini arttırdığı düşünülmektedir (28). Hastalık öncesi işlevselliği düşük olan grupta ise intihar riskinin yine yüksek olduğu ve bunun da baş etme becerilerinin düşük olması, sosyal becerilerinin ve sosyal desteğin yetersiz olması ve dürtüselliklerinin yüksek olması ile bağlantılı olabileceği bildirilmiştir (28). Bazı araştırmacılar hastalık öncesi işlevselliğin düşük olmasının intiharla yüksek olmasından daha fazla ilişkili olduğunu, bazıları yüksek işlevselliğin daha fazla riskle ilişkili olduğunu, bazı araştırmacılar ise hastalık öncesi işlevsellikle intihar arasındaki ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir (47). Bu farklı bulgulara karşın yüksek işlevselliği olan hastalarda daha fazla kayıp ve umutsuzluk hissinin olabileceği düşünülebilir ancak hastalıkla baş etme becerileri açısından düşük işlevsellikteki kişilerden daha başarılıdırlar (47).

2.3.3. Şizofrenide İntiharın Daha Önceki İntihar Davranışı ile İlişkisi

Daha önceden intihar girişimlerinin olması intihar için risk etmeni olarak değerlendirilmektedir (11,15, 22,51,59). Potkin ve ark. (2003) 980 şizofreni hastasını üzerinde yaptıkları 2 yıl süreli izlem çalışmasında hayat boyu intihar girişimi sayısının intihar riskiyle anlamlı ilişkisi olduğunu saptamışlardır (41). İntihar etmiş olan şizofreni hastalarının %50'sinden fazlası daha önceden en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştur (30). Önceki intihar girişimleri ileride olabilecek intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlar için en önemli risk göstergelerindendir (47,51). İntihar girişimleri olan şizofreni hastalarının intihar girişimleri şizofrenisi olmayan kişilerin intihar girişimleri ile kıyaslandığında daha ciddidir ve daha çok tıbbi yardım gerektirir (6). İntihar niyeti ise şizofrenili hastalarda güçlüdür ve genel popülasyondaki intihar yöntemlerine göre daha öldürücüdür (6, 53,55, 64). Çok sayıda intihar girişimi olanların yöntemleri girişimler arttıkça daha öldürücü hale gelmektedir (47). İntihar düşüncesi de önceki intihar girişimleri gibi intihar riskini tahmin etmede önem taşır. Şizofrenili hastaların intihar düşüncesinin incelendiği bir araştırmada, intihar düşüncesinin şizofrenili hastalarda sık görüldüğü ve bu düşüncelerin depresyon, suçluluk, patolojik suçluluk ve kendini değersiz hissetme ile yakından ilişkili olduğu saptanmıştır (21). Bu yüzden intihar düşüncesinin sorgulanmasında sadece kendini öldürme ile ilgili fikirlerinin ve planlarının değil kişinin depresyonunun, kendini değersiz hissedip hissetmediğinin ve suçlulukla ilgili düşüncelerinin incelenmesi de gereklidir. Özcüler (2004) araştırmasında intihar düşünceleri olan şizofreni hastalarında intihar düşüncesi olmayanlara göre intihar girişimi öyküsü açısından anlamlı farklılık olduğunu bildirmiştir (20). Kelly ve ark. (2004) yaptığı çalışmada ise ölüm düşüncelerinin intihar ederek ölmüş olan şizofreni hastalarında intihar etmemiş olanlara göre 3 kat fazla olduğu görülmüştür (36). Halen intihar düşüncesi olan hastalarda daha önce intihar girişiminde bulunma oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (15). Bu bulgular değerlendirildiğinde kişinin önceki intihar girişimlerinin yanı sıra şu anki intihar düşüncesinin varlığının sorgulanması da büyük önem arz eder. Sağlık çalışanları intihar konusunu şizofreni hastalarıyla konuşmanın bu kişilerde intihar düşüncesini akla getireceği gibi bir endişeyle bundan kaçınabilirler. Ancak intiharı konuşmanın hastalarda böyle bir düşüncüyü tetikleyebileceğine dair bulgular yoktur ve güvenilir bir ortamda bu tip düşüncelerin konuşulması çoğu hastada rahatlama sağlayabilir (30). İntihar düşüncesini değerlendirirken hastanın bu düşüncesinin yoğunluğu, sürekliliği, kararlılığı, uygulanabilir planların yapılmış olup olmadığı göz önüne alınmalıdır.

2.3.4. Şizofrenide İntiharın Pozitif ve Negatif Belirtiler ile İlişkisi

Pozitif ve negatif belirtilerin intihar ve intihar davranışı ile ilişkisi tartışmalıdır. Bazı araştırmalarda hastaların büyük bir çoğunluğunun hastalıklarının aktif psikotik döneminde intihar ettikleri bildirilmiştir (47). Bu aktif dönemle ilişkili olarak pozitif belirtilerdeki artışın intihar riskini arttırdığını belirten araştırmalar da bulunmaktadır (74). İntihar girişimi esnasında şizofreni hastalarının %80'inde sanrı ve varsanılarının olduğu belirtilmiştir (50). 1 yıl süreli izlem çalışmalarının sonucu olarak Nordentoft ve arkadaşları (2002) varsanıların intihar girişimini tahmin etmede en önemli belirteçlerden olduğunu saptamışlardır (59). Kelly ve arkadaşları (2004) intihar sonucu ve başka nedenlerle ölen şizofreni hastalarını karşılaştırmışlar ve intihar sonucu ölenlerin hayatları süresince özellikle fikir uçuşması, düşüncenin kontrolü ve çağrışımlarda zayıflıkla ilgili daha fazla pozitif belirtilere sahip olduklarını saptamışlardır (36). Şizofreninin paranoid alt tipi pozitif belirtilerin sık görüldüğü, negatif belirtilerin ise çok ön planda olmadığı klinik görünümüyle yine bazı araştırmacılar tarafından intihar için en riskli alt tip olduğu bildirilmiştir (47, 69). Fenton (1997) pozitif belirtilerden özellikle şüphecilik ve sanrıların tamamlanmış intiharlarda rol oynadığını negatif belirtilerin ise intiharla ölen kişilerde daha az görüldüğünü belirtmiştir. Buna bağlı olarak negatif belirtilerin ön planda olduğu deficit tip şizofreniyi intihar için görece düşük bir risk grubu olarak tanımlamıştır (69). Komut veren sesler şeklindeki varsanıların intihara yol açabileceği bildirilmiştir. İntihar davranışında bulunan şizofrenlerin %4'ü bunu komut veren seslere bağlı olarak yapmışlardır (47). Ancak Harkavy-Friedman ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmada komut veren seslerin intihar riskini tahmin etmede anlamlı fark göstermediğini ancak intihara yatkınlığı olan kişilerde bu tip seslerin intihar riskini arttırabileceğini belirtmişlerdir (35). Bazı araştırmacılar ise pozitif belirtilerin yüksek olmasının intihar riskini belirlemede rolü olmadığına yönelik sonuçlar almışlardır. Grunebaum ve arkadaşları (2001) intihar öyküsü olan ve olmayanlar arasında sanrılar anlamında farklılık olmadığını bildirmişlerdir (16). Pozitif belirtilerin şiddetinden ziyade pozitif belirtilerin farkında olma ve bunlardan rahatsız olmanın kişiyi intihara yöneltebileceği konusunda bilgiler de vardır. İntihar girişiminde bulunanların %10'unun neden olarak pozitif belirtilerden bunalma olduğunu söylemeleri bu görüşü destekler niteliktedir (47). Pozitif belirtiler arttıkça intihar riskinin azaldığını belirten araştırmalar da vardır. Bu araştırmalarda sanrıların ve varsanıların azalmış intihar riskiyle ilişkisi olduğu bildirilmiştir (65).

Negatif belirtiler intihar davranışı arasındaki ilişki ise yeni araştırma konularındandır. Fenton (1997) negatif belirtilerdeki artışın azalmış intihar riskiyle ilgili olabileceğini ancak bu riski tamamen ortadan kaldıracak etkisi bulunmadığını bildirmiştir (69). Deficit olmayan yani negatif belirtilerin görülmediği şizofreni grubunda negatif belirtileri olan şizofrenlere göre altı kat fazla intihar riski bildirilmiştir (47). Bazı araştırmalar ise negatif belirtiler ve intihar arasında orta derecede anlamlı bir pozitif ilişki saptamışlardır (47). Güney ve Özden (1991) araştırmalarında negatif belirtileri yoğun olan şizofreni hastalarında depresyon görülme sıklığının daha fazla olduğunu saptamışlardır (17). Pozitif ve negatif belirtilerin intihar davranışı ile ilişkisi konusunda yapılan çalışmalardan pozitif belirtilerle ilgili olanları sayıca fazla olsa da iki grup içinde çelişkili ve heterojen sonuçlar bildirilmektedir. Pozitif belirtilerdeki artış akut psikotik dönemdeki intiharlarla daha ilişkili gözükmemektedir. Negatif belirtilerdeki artışın intihar davranışıyla pozitif ilişki içinde olduğu durumlar da olabilir. Hastalığın psikotik belirtilerinin yatıştığı, daha duragan ve işlevsellikte bozulmaların kalıcılaştığı bir dönemde görülen intiharların negatif belirtilerin artışı ile ilgili olduğu düşünülebilir.

2.3.5. Şizofrenide İntiharın Depresyon ile İlişkisi

Depresyonun intihar için en önemli risk etmenlerinden olduğu bir çok araştırmada bildirilmektedir (21,45,55,61). Şizofrenik hastalarda depresyon belirtilerinin olduğu Kraepelin ve Bleuler zamanından beri bilinmekte olsa da, şizofrenide depresyonun nasıl ortaya çıktığı günümüzde halen çok tartışılan konulardan biridir (3,81). Bu konudaki tanısal güçlükler devam etmektedir ve mevcut durumda post-psikotik depresyon dışında kesin tanısal ölçütleri olan başka bir tür psikotik depresyon tanımlanamamıştır. Ancak bu alanda çalışanlar depresyonun şizofreninin her aşamasında farklı şekillerde ve farklı tedavi gereksinimleriyle ortaya çıkabileceğini belirtmektedirler. Akut dönemdeki depresyon şizofreninin bir parçası ve psikotik dağılmaya öznel bir tepki şeklinde olabilirken, kronik dönemde hastanın hastalığıyla yüzleşmesi, yaşam sorunları ile baş edemeyeceğini ve iyileşemeyeceğini düşünmesi ve toplum dışına itilmesi gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilir (15). Şizofrenik hastalarda depresyon görülme sıklığı Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre %19-81 arasındadır (13,70,75). Araştırmalar da görülme sıklığı açısından farklı sonuçlar bildirmektedir. Bunun nedenlerinden birisi şizofrenide görülen depresif durumun duygulanım, belirti ve sendrom olarak farklı şekillerde ele alınması ve bu kavramların zaman zaman araştırmacılar tarafından birbirinin yerine kullanılabilmesindedir. Bir belirti olarak depresif duygudurum kişinin

sıkıntıya yol açan üzgün bir duygudurum içinde olmasıdır ancak bir sendrom olacak kadar kalıcı ve kapsamlı özellikler göstermez. Sendrom olarak depresyon ise suçluluk, konsantrasyonda güçlük, özgüvende azalma, ilgi kaybı ve zevk alamama veya uykuda bozulmalar gibi bilişsel ve vejetatif belirtilerin bir arada görüldüğü daha kapsamlı bir yapıdır (58). Yapılan araştırmalar hem belirti hem de sendrom olarak depresif belirtiler görülmesinin şizofrenide intihar riskini arttırdığını belirtmektedir (47).

Şizofrenide depresif belirtiler üç önemli noktada sık görülür (13). Bunlardan ilki akut dönemde mevcut şizofreni belirtileri ile ortaya çıkabilen ve bu belirtiler yatışsa dahi bir süre devam edebilen depresif durumdur. İkinci durumda hastanın psikoza ortadan kalkar ve çok kısa bir süre sonra depresif belirtiler başlayabilir. Depresyon giderek şiddetlenir, psikoz ortadan kalkar ve depresif tablonun hakimiyeti başlar. Üçüncü tabloda ise psikoz tamamen kaybolduktan ve taburculuktan uzun bir süre sonra fakat aynı yılın içinde depresyon belirtileri ortaya çıkar. Bu aşama post-psikotik depresyon olarak da adlandırılır (13,56,57). İlk aşamada depresyon tanısının konulabilmesi psikotik belirtilerin ön planda olması ve depresyon belirtilerini gölgelemesi anlamında diğer aşamalara göre daha zor olabilir (79). İkinci ve üçüncü aşamalarda ise depresyon belirtileri negatif belirtiler ve antipsikotik ilaçların yan etkilerine bağlı olarak oluşan belirtilerle karışabilir (80). Psikotik belirtilerin yatışmasını geciktirebileceği için ilk aşamada antidepresan ilaç tedavisi kullanmak yerine etkin bir atipik antipsikotik ilaç tedavisiyle psikotik belirtilerle birlikte depresif belirtiler de düzelebildiği görülür (76,77,78)

Şizofrenide depresyon görülme sıklığı yüksek düzeylerde olsa da her depresyon öyküsü olan şizofreni hastası intihar girişiminde bulunmamaktadır. Bu nedenle depresyon dışındaki faktörlerin de araştırılması son derece önemlidir. Ancak depresyonun intihara yatkınlığı olan bireylerde önemli bir tetikleyici rolü bulunmaktadır (33,52). İntihar girişimi olan bireylerde yaşam boyu depresyon görülme sıklığı intihar girişimi olmayanlara göre daha fazladır (21,33,66). Paranoid şizofrenler depresyon yaşama konusunda paranoid olmayan şizofreni hastalarına göre depresyonun görülme sıklığının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (15). Depresyonun tedavi edilmesi şizofreni hastalarında intiharın ortaya çıkma riskini de azaltabilir.

2.3.6. Şizofrenide İntiharın Umutsuzluk ile İlişkisi

Umutsuzluk depresif düşünceye temel oluşturarak ve kişinin hiçbir sorunu çözemeyeceği ve bir daha düzelemeyeceği gibi olumsuz duyguları içinde barındırarak depresyon ve intihar arasında bir köprü vazifesi görebilir. Bir çok araştırmacı umutsuzluğun intihar davranışında bulunanlar ve bulunmayanları ayırt etmede depresif durumdan daha belirleyici olduğunu göstermektedir (30,33,47,73).104 şizofreni hastası üzerinde yapılan başka bir çalışmada devam eden depresif duygudurum ve özellikle umutsuzluk duygularının intiharla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır (63). Tedaviye dirençli, pozitif belirtileri yoğun ve sürekli olan şizofrenlerin umutsuzluk duyguları yaşayıp yaşamadığını araştıran başka bir çalışmada pozitif belirtileri kontrol etmenin umutsuzluğu ve buna bağlı intihar düşüncesini ortadan kaldırmadığı saptanmıştır (63). Umutsuzluk bu anlamda pozitif belirtilerin yarattığı sıkıntının dışında sosyal işlevsellikte bozulmalar gibi başka belirtilere bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Tedavi emosyonel belirtileri azaltmıyor ve psikososyal becerileri arttırmıyorsa umutsuzluk oluşabilir (6). Demoralizasyon sendromu olarak adlandırılan durumda şizofrenik hastalar hastalıklarının ve sonuçlarının farkında oldukça eski iyi işlevsellikteki zamanlarıyla şu anki hallerini kıyaslarlar ve umutsuzluğa kapılırlar. Bunun sonucu olarak da depresyon ve intihar düşünceleri ortaya çıkabilir. Hastalık içgörüsünün fazla olması bu anlamda kişileri intihar davranışlarına yöneltebilir (6). Zihinsel bütünlüğün dağılacağından korkma (fear of mental disintegration) da umutsuzluk duygularının oluşmasına yol açabilir (28). Lewine (2004) araştırmasında yüksek sosyoekonomik sınıftan gelen bireylerin daha düşük sosyoekonomik ortamlardan gelen şizofrenlere göre iş beklentilerin yüksek olduğu ve bunun daha fazla işlevsellik kaybı olarak algılanması ve umutsuzluk düzeylerinin fazlalaşmasıyla sonuçlandığını bildirmiştir (37). Bourgeois ve arkadaşları (61) hastalıkla ilgili farkındalığın fazla olmasının umutsuzluk duyguları ve artmış intihar riski ile ilişkisi olduğunu saptamışlardır (61). Kim ve arkadaşları (2001) yüksek bilişsel işleyiş düzeyi, madde kullanımı ve içgörü artışı ve umutsuzluğun intihar riskiyle ilişkili olduğunu, bunlar arasında umutsuzluğun intiharı tahmin etmede en önemli gösterge olduğunu bildirmişlerdir (44). Acosta ve arkadaşları (2006) depresif ve psikotik intiharlar olarak iki tür şizofrenik intihar tanımlamış ve bunlardan depresif intiharların daha çok umutsuzluk duyguları ile beraber ortaya çıktığını belirtmişlerdir (24).

2.3.7. Şizofrenide İntiharın İçgörü ile İlişkisi

Umutsuzluk gibi içgörü de intihar riski ile ilişkili bulunmuştur (6, 15, 28,44). Ancak içgörü genel anlamda bir çok alanı içeren geniş bir yelpazeyi tanımlar. İçgörünün bütün bileşenleri değil hastalığın kötü sonuçlarının farkında olma, yani hastalık içgörüsünün bu riski arttırdığı düşünülmektedir. Yen ve arkadaşları (2002) çalışmalarında tedavi içgörüsünün fazla olmasının daha az hastaneye yatış ve sosyal uyumun daha yüksek olmasıyla ilişkili olduğunu, hastalık ve yaşanan psikotik süreçle ilgili içgörünün fazla olmasının ise intiharı tahmin etmede yeterli olmadığını bildirmişlerdir (46). Hastalık içgörüsünün fazla olmasının intihar düşüncelerine yol açabileceği ancak, iyi bir tedavi yaklaşımı ile buna bağlı depresyon ve umutsuzluk duygularının azaltılmasıyla bu riskin ortadan kalkabileceği bildirilmiştir (61).

2.3.8. Şizofrenide İntiharın Yaşamı Sürdürme Nedenleri ile İlişkisi

Umutsuzluk, yetersiz problem çözme becerileri, katı düşünce tarzı gibi olumsuz bilişlerin intihar davranışı ile ilişkisini araştıran bir çok araştırma bulunmaktadır. Söz konusu bu çalışmalar olumsuz bilişler üzerine odaklanırken yaşamı sürdürme nedenleri ile geliştirilen ölçekler ve bu konuyu ele alan çalışmalar kişileri intihardan koruyan olumlu bilişler üzerine odaklanmaktadır (73). İntihar davranışın azaltılabilecek, kişileri yaşama bağlayıcı bir çok inanç ve beklenti vardır. Bu inanç ve beklentilerden yola çıkarak intihar etmeyen kişilerde onları hayata bağlayan, yaşamlarını sürdürmelerini sağlayan etkenlerin bilinmesi intihar davranışını önlemede en az intihara yol açan etkenlerin bilinmesi kadar önemlidir (73). Genel popülasyon üzerinde yapılan çalışmalarda yaşamı sürdürme nedenlerinin hem ergenlerde hem de yaşlılarda görülen intihar davranışlarında önemli rol oynadığı saptanmıştır (12). Şizofrenisi olan hasta gruplarında ise yaşamı sürdürme nedenleri ve intihar ile ilgili görece daha az çalışma yapılmıştır. Mann ve arkadaşları (1999) yaptıkları çalışmada intihar girişiminde bulunan şizofrenlerin intihar girişiminde bulunmayanlara göre daha az yaşamı sürdürme nedeni bildirdiklerini saptamışlardır (55). Başka bir çalışmada, umutsuzluk ve yaşamı sürdürme nedenlerinin ayrı ayrı intihar davranışında rol oynadığını bildirilmiştir (33). Normal popülasyonda yaşamı sürdürme nedenlerinin intihar riskini azaltıcı yönünün şizofreni hastaları için de geçerliliği vardır. Yaşamı sürdürme nedenlerinden hangilerinin daha kurtarıcı ve yaşama bağlayıcı olduğu yönünde yapılacak araştırmalar intiharı önlemede büyük yarar sağlayacaktır.

2.3.9. Şizofrenide İntiharın Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı ile İlişkisi

Şizofrenide intihar ve madde bağımlılığı ile ilgili yapılan çalışmalar çelişkili sonuçlar vermektedir. Potkin ve arkadaşları (2003) araştırmalarında madde kullanımı öyküsünün olmasının ve sigara kullanımının şizofrenide intihar riskiyle ilişkili olduğunu saptamışlardır (41). Altamura ve arkadaşları (2003) intihar girişimi olan şizofrenlerde nikotin kötüye kullanımı ve bağımlılığının intihar girişimi olmayanlara göre anlamlı farklılık gösterdiğini bildirmişlerdir (43). Mann ve arkadaşları (1999) alkol ve madde kullanım öyküsün ve sigara içiminin intihar girişimi olanları olmayanlardan ayırt ettiğini bildirmişlerdir (55). Başka bir araştırmada ise madde kullanan şizofrenlerin dürtüsellik puanlarının yüksek olduğu ve daha çok intihar girişiminde bulundukları saptanmıştır (48). Dürtüsellüğün intihar davranışı ile ilişkili olduğunu belirten bazı araştırmalar bu görüşü destekler niteliktedir (55). Ancak dürtüsellüğün intihar davranışını tahmin etmede geçerli rolü olmadığını belirten araştırmalar da vardır (25,53,54). Araştırmalardaki farklı sonuçlar sigara, alkol ve madde bağımlılığının intiharla ilişkisi konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

2.3.10.Şizofrenide İntihar Konusunda Türkiye’de Yapılmış Çalışmalar

Şizofreni hastalarından intihar düşüncesi ve davranışlarının incelenmesi konusunda Türkiye’de de bazı çalışmalar yapılmıştır. Ancak bu çalışmalar dünya literatürüne kıyasla az sayıdadır. Özcüler (2004) 200 şizofreni hastası üzerinde yaptığı çalışmada şizofrenik bozukluğu olan hastalarda intihar girişimi ve düşüncesinin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılmasını ve risk etmenlerinin tanımlanmasını amaçlamıştır (20). Çalışmasının sonuçları olarak intihar girişimi olan grupta hastalık başlangıç yaşı ve ilk hastaneye yatış yaşının anlamlı düzeyde düşük, ortalama hastaneye yatış sayısı, alkol veya madde kullanımının ise anlamlı düzeyde yüksek olduğunu, intihar düşüncesi olan hastalarda paranoid alt tip, intihar girişimi öyküsü, negatif belirtiler, sanrılar ve umutsuzluğun anlamlı olarak daha fazla, pozitif yapısal düşünce bozukluklarının ise anlamlı düzeyde daha az olduğunu saptamıştır (20). Evren ve arkadaşları.(2002) yatarak tedavi gören akut dönemdeki 30 hasta ile ayaktan izlenen stabil dönemdeki 30 hastayı karşılaştırdıkları çalışmalarında depresyonun intihar düşüncesi olanlarda daha fazla görüldüğünü, negatif belirtilerden ilişki kurmada güçlük puanlarının intihar düşüncesi olmayan grupta olanlara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (15). Özsan ve Tuğcu (1997) şizofrenik ve normal hastalarda intihar düşüncesini çeşitli faktörlere göre incelemişler ve şizofreni hastalarında umutsuzluk, intihar

düşüncesi, kendini olumsuz değerlendirme, düşmanlık gibi özelliklerin normal gruba göre daha yüksek oranlarda bulunduğunu saptamışlardır (11).

Şizofrenide depresif belirtilerle ilgili ise Aydemir ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmalarında şizofrenide depresyonu olan ve olmayan hastaları ayırt etmede depresif duygudurum ve değersizlik duygusunun belirleyici olduğunu bildirmişlerdir (65). Uzun ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada depresif belirtilerle şizofreninin şiddeti ve pozitif belirtileri arasında pozitif bir korelasyon olduğunu bildirmişlerdir (76). Aynı çalışmada izleme döneminde antipsikotik ilaç tedavisi ile hem depresif hem psikotik belirtilerin şiddetinde eş zamanlı olarak düşme olduğu bildirilmiştir (76). Diğer bir çalışmada ise şizofrenide depresyon tedavisinde venlafaksin etkili olduğu bildirilmiştir (78).

2.4. Şizofrenide İntihar Düşüncesini Önlemenin Faydaları

Şizofreni hastalarında intihar, intihar düşüncesi ve intihar girişimleri sık görülmektedir. Şizofrenide intihar ve intihar girişimi genel popülasyona göre 30-40 kat daha yüksektir (10). Şizofreninin heterojen klinik görünümü, intiharın da çok yönlü doğası gereği şizofreni hastalarında intihar davranışına yol açan etmenler çok çeşitli sebeplere bağlı olarak ortaya çıkabilir. İntihara meyilli şizofren hasta bazen psikotik belirtilerin ön planda olması ve bu psikotik tablonun intihar düşünceleriyle ilişkili olabilecek depresif tabloyu örtmesi sonucu intihar düşünceleri fark edilmeden taburcu edilebilir. Bazen de hastadaki intihar düşünceleri ve bunlarla beraber görülen umutsuzluk ve depresyon belirtileri negatif belirtiler veya antipsikotik ilaç tedavinin yan etkilerine bağlı yavaşlamalar olarak algılanarak fark edilemeyebilir. Bu nedenlerle şizofreni hastalarında intihar düşüncesini tahmin edici ve intihar düşüncesi olmayan şizofrenleri olanlardan ayırt edici özgün özelliklerin saptanması önem taşır.

Şizofreni hastalarının büyük çoğunluğu intihar girişimleri esnasında psikiyatrik tedavi görmektedirler (47). Şizofrenide intihar için en riskli dönemin hastanede yatış veya taburculuktan sonraki ilk 6 ay olduğu bildirilmiştir (31). Bu anlamda hastanede yatarak tedavi görmekte olan ve yeni taburcu olmuş şizofrenlerde intihar riskinin araştırılması yaşam kurtarıcı öneme sahiptir.

Günümüzde halen sağlık çalışanları şizofreni hastaları ile intihar düşüncelerini konuşmak konusunda isteksiz davranmaktadırlar. Bu tip düşünceleri sorgulamanın şizofrenlerde bu düşüncüyü akla getirebileceğinden korkmaktadırlar. Oysa ki intiharla ilgili düşünceleri olan kişi bu düşünceleri paylaşmadıkça daha fazla sıkıntı ve yalnızlık hissi

yaşamaktadır. Şizofreni hastaları hastalıklarının onlarda yarattığı sıkıntılar, zihinsel bütünlüklerinin dağılacağı korkusu, bir daha iyileşemeyecekleri ve eski işlevselliklerini yakalayamayacakları gibi olumsuz düşüncelerle sıklıkla boğuşmaktadırlar. Bu tip olumsuz düşüncelerin intihar düşüncesini tetikleyebileceği sağlık çalışanları tarafından bilinirse intihar düşüncesi oluşmadan bu kişilerle bu duyguları konuşularak ve gerekli tedavi yaklaşımları uygulanarak bu kişilerin olası intihar girişimleri önlenabilir. İntihar girişimleri olan şizofrenlerin bir çoğunun bu tip davranışları tekrarladıkları ve önceki intihar girişimi öyküsünün şizofreni hastalarında yeni intihar davranışları için büyük risk taşıdığı belirtilmiştir (11,15, 22). Önceden intihar girişimi olan hastalarda önleyici çalışmaların yapılması bu nedenle büyük önem taşır.

İntihar davranışları şizofreninin her döneminde ortaya çıkabilir. Bazı şizofreni hastaların psikotik belirtilerin yoğun olduğu akut dönemlerde intihar davranışında bulunabilirler. Akut alevlenmenin olmadığı ve kısmen iyileşmenin görüldüğü stabil dönemlerde de intihar davranışı olabilir. İntihar davranışına neden olan faktörlerin şizofreninin akut ve stabil dönemlerinde farklı işleyişlerinin ve etkilerinin olup olmadığının araştırılması her dönem için ayrı önleyici ve tedavi edici yaklaşımların geliştirilmesi açısından önem taşır.

Şizofrenide intihar riskini tespit etmede bir etmenin tek başına tetikleyici rolü olması zordur. Çoğu zaman bir çok etmen aynı anda ortaya çıkar ve kişide zorlanmalara ve intihar düşüncesine yol açar. Bu anlamda şizofrenide intiharı tetikleyecek etmenlerin çok yönlü olarak araştırılması ve sağlık çalışanlarının bu risk etmenleri konusunda bilinçli ve duyarlı davranmaları şizofreni hastalarında intiharın önlenmesi açısından büyük önem taşır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli, Evreni ve Örneklemi

3.1.1. Hasta Grubu

Çalışmaya, Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde 2006 yılının Nisan ve Haziran ayları arasında yatarak tedavi görmekte olan akut dönemdeki SCID-I uygulanarak DSM-IV'e göre şizofreni tanısı alan, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan, 18-65 yaş arası 60 hasta ile yine aynı hastanenin polikliniğine bu tarihler arasında kontrol için başvuranlarda stabil dönemdeki 60 şizofrenili hasta olmak üzere toplam 120 hasta dahil edilmiştir. Çalışma öncesi Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışmayı bu hastanede yürütebilmek için gerekli olan resmi izin belgesi ile yerel etik kuruldan gerekli onay alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm olgular çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı onayları alınmıştır. Yazılı onayları alınan hastaların görüşme yapabildiğimiz aile bireyleri ve yakınları da çalışma ile ilgili olarak bilgilendirilmişlerdir. Olgular arasında çalışmaya katılmayı reddeden olmamıştır. Olguların hepsi ölçeklerin uygulanması için yapılacak görüşmeyi sürdürebilecek seviyede konuşma ve kendilerini ifade etme becerilerine sahiptir. Nörolojik veya fiziksel hastalık, zeka geriliği, genel tıbbi bir duruma bağlı psikotik bozukluk ve madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk tanısı konanlar, yakın zamanda ya da halen duygudurum düzenleyici ilaç kullananlar ile elektrokonvülsif tedavi uygulanan hastalar değerlendirme dışı bırakılmıştır. Yatarak tedavi görmekte olan 60 hasta bir aydan az bir süredir bu serviste bulunuyor olmalarından dolayı akut dönemde, ayaktan izlenen 60 hasta ise en az 3 aydır yatarak tedavi görmüyor olmaları ve ilaçlarında son 3 aydır belirgin bir düzenlemeye gerekli görülmeyle kontrol için başvurmuş olmalarından dolayı stabil dönemde olarak kabul edilmişlerdir. Hastalara ölçekler hastanede bulunan psikologlara ait odalarda, araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşülerek aynı sırayla uygulanmıştır.

3.2. Gereçler

3.2.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form deneklerin yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, ekonomik durum, psikiyatrik yatış sayısı, psikiyatrik hastalık öyküsü, tedavi süresi, intihar girişimi sayısı ve yöntemi, ailede intihar ve ruhsal hastalık öyküsünü sorgulayan toplam 34 sorudan oluşmaktadır.

3.2.2. DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID-I) 1987’de, DSM-III-R Eksen I bozukluklar tanısını yapılandırılmış bir klinik değerlendirme aracılığıyla koymak amacıyla geliştirilmiştir. Daha sonraları DSM-IV için güncelleştirilmiştir. Bu çalışmada DSM-IV için güncelleştirilmiş versiyonu kullanılmıştır. Görüşme, demografik bilgilerin ve klinik özgeçmişin alındığı, yarı yapılandırılmış bir bölüm ile başlar. Daha sonra, yedi farklı tanı grubu için geliştirilmiş tanısal modüller mevcuttur. Bu tanı grupları; duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, madde kötüye kullanımı, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozukluklarıdır. Belirtisi olmayan bireylerde görüşme, bir saat içinde bitebilirken, yoğun belirtileri olan hastalarda 3 saate yakın sürebilir. Asıl amaç psikiyatrik hastaları değerlendirmek olsa da, hasta olmayan gruplar için de kullanılabilir. SCID için yapılan güvenilirlik verileri, ağır bozukluklarda (örneğin; bipolar I bozukluk, alkol bağımlılığı) güvenilirliğinin, hafif bozukluklara göre (örneğin; distimi) daha yüksek olduğunu göstermektedir. SCID’in kullanım amaçları, klinik çalışmalarda tanı koymak, diğer psikiyatrik çalışmalarda kullanmak olduğu kadar, hastaneye ilk başvuru sırasında sistemik bir değerlendirme yapmak da olabilir. Türkiye’de DSM-III-R ve DSM-IV için olan versiyonlarının geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır . Çorapcıoğlu ve arkadaşları (1999) , Sorias ve arkadaşları (1990).

3.2.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmektedir. 20 maddeden oluşan 0-1 arası puanlanan bir ölçektir. Bireyden kendisi için uygun gelen ifadeleri evet, gelmeyenleri hayır olarak yanıtlaması istenir. Maddelerin 11 tanesinde evet, 9 tanesinde ise hayır seçeneği 1 puan alır. Puan aralığı 0-20'dir. Alınan puan yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır. Ölçek üzerinde gerçekleştirilen faktör analizi sonucu ölçeğin “gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler”, “motivasyon kaybı” ve “umut” olmak üzere 3 faktörden oluştuğu belirtilmektedir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (7, 8).

3.2.4. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Bu ölçek Addington ve arkadaşları (1992) tarafından geliştirilmiştir (15). Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Aydemir ve arkadaşları Tarafından yapılmıştır (15). Oksay ve arkadaşları (2000) ölçeğin şizofreni hastalarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır (9). Ölçek görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir ve dördümlü Likert tipinde değerlendirilen 9 sorudan oluşmaktadır. Bu maddeler depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıyım ve gözlenen depresyon belirtilerini içermektedir. Ölçek geliştirilirken pozitif ve negatif belirtilerden ve ekstrapiramidal yan etkilerden etkilenmemesi amaçlanmıştır ve depresyonu bu etkilerden bağımsız olarak ölçekbildiğine dair yapılmış çalışmalar bulunmaktadır (15). Ölçeğin Türkçe versiyonunun depresif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni için kesme puanı 11/12 olarak belirlenmiştir (15).

3.2.5. Pozitif ve Negatif Belirti Değerlendirme Ölçeği

Pozitif ve Negatif Belirti Değerlendirme Ölçeği, Andreasen ve arkadaşları(1990) tarafından geliştirilmiştir (8). Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği toplam 4 alt ölçek ve 34 madde içermektedir. Bu alt ölçekler, varsanılar, hezeyanlar, garip davranış ve formal düşünce bozukluğudur. Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği toplam 5 alt ölçek ve 24 maddeden oluşur. Bu alt ölçekler duygulanımda düzleşme ya da küntleşme, aloji, enerji ve isteğin azalması, zevk almama ve toplumsal çekilme ve dikkattir. Ölçek altılı likert tipi ölçüm

sağlamaktadır. Her maddenin puanlaması 0-5 arasında değişmektedir. Alt ölçek maddelerinin toplanması ile alt ölçek toplam puanları ve alt ölçek toplam puanlarının toplanması ile ölçek toplam puanı elde edilir. Ölçeğin Türkçe formu için yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır. Bu Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (8,15).

3.2.6.Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri

Linehan ve ark. tarafından (1983) insanları intihar davranışından alıkoyan pozitif ve negatif nedenleri belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (73). Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri'nin orijinali 48 madde olup bu çalışmada Durak ve arkadaşları (1993) tarafından kültürümüze adapte edilmiş 70 maddelik formu ile kullanılmıştır (73). Puan aralığı 70-420'dir ve 1-6 arası Likert tipi puanlanmaktadır. Ölçek "genel iyimserlik", "ahlaki ve dinsel engeller", "aileye ve arkadaşlara karşı sorumluluk ve sevgi", "intihardan ve kötü sonuçlarından korkma", "doğaya ve hayata bağlılık" ve "ölüm korkusu" olarak adlandırılan 6 kısa alt ölçekten oluşmuştur. Envanter oldukça yüksek bir iç tutarlılığa (Cronbach Alpha katsayıları .72 ila .80 arasından değişmiştir) sahiptir (7). Envanterin test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .83 olarak saptanmıştır (7).

3.3. Yöntem

2006 yılının Nisan ve Haziran ayları içerisinde, Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde en fazla bir ay süredir yatarak tedavi görmekte olan bayan servisinden 30, erkek servisinden 30 olmak üzere 60 hasta ve aynı tarihlerde hastane polikliniklerine kontrol muayenesi için başvuran en az 3 aydır yatarak tedavi görmemiş ve ilaçlarında son 3 aydır belirgin bir düzenlemeye gerekli görülmemiş 27 kadın, 33 erkek olmak üzere 60 hasta ile görüşülmüştür. Hastalara çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilmiştir ve aydınlatılmış onam formu doldurularak yazılı onayları alınmıştır. Hastaların yanlarında bulunan veya çalışma yürütülürken ziyaret amaçlı olarak gelen yakınlarından görüşebildiklerimize de çalışma konusunda bilgi verilmiştir. Görüşme yaptığımız hastalardan çalışmaya katılmayı kabul etmeyen olmamıştır. Görüşme hastane içerisinde bulunan psikolog odalarında araştırmacılar tarafından yüz yüze olacak şekilde yürütülmüştür. İlk aşamada SCID-I uygulanarak hastaların psikiyatrik tanıları tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan bütün hastalar şizofreni ölçütlerine uymaktadırlar. İkinci aşamada başta sosyodemografik veri formu

sabit kalmak üzere Beck Umutsuzluk Ölçeği, Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ve Pozitif ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği sırasıyla hastalara soru cevap yöntemiyle uygulanmıştır.

3.4. İstatistiksel Yöntem

Çalışmada istatistiksel verilerin değerlendirilmesi için Windows için SPSS 10.0 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için ki-kare testi, değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve düzeyini belirlemede Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu her grupta Kalmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan veriler için Student-t testi, uymayan veriler için Mann Whitney U testi kullanıldı.Yapılan tüm istatistiksel analizler için anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 1: Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	57	47,5
Erkek	63	52,5
Medeni Durum		
Evli	43	35,8
Bekar	54	45,0
Dul	11	14,2
Boşanmış	4	5,0
Mesleki Durum		
İşsiz	22	18,3
İşçi	13	10,8
Memur	2	1,7
Serbest Meslek	12	10,0
Çiftçi	14	11,7
Öğrenci	7	5,8
Ev Hanımı	46	38,3
Emekli	4	3,3
Kiminle Yaşadığı		
Anne Babası	39	32,5
Annesi	12	10,0
Babası	5	4,2
Kardeşleri	8	6,7
Yakınları	3	2,5
Yalnız	11	9,2
Eşi ve Çocukları	42	35,0

Çalışmaya 60'ı yatarak 60'ı ayaktan tedavi gören toplam 120 hasta alınmıştır. Bunların %47,5'i kadın (n=57), %52,5'i erkek (n=63), yaş ortalaması $36,77 \pm 10,52$ 'dir ve ortalama eğitim süresi $6.50 \pm 3,45$ 'dir . Çalışma grubuna ait sosyodemografik özellikler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 2: Çalışma grubunun yaş, öğrenim süresi, psikiyatrik tedavi süresi, psikiyatrik yatış sayısına göre dağılımı

	ORTALAMA	S.S.
Yaş	36,77	10,52
Öğrenim Süresi	6,50	3,45
Psikiyatrik Tedavi Süresi	8,71	6,82
Psikiyatrik Yatış Sayısı	2,51	2,31

Çalışma grubunun %18,3'ünde (n=22) intihar girişimi öyküsü bulunmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3: Çalışma grubunun intihar girişimi öyküsüne göre dağılımı

	n	%
İntihar Girişimi Öyküsü		
İntihar Girişimi Olan	22	18,3
İntihar Girişimi Olmayan	98	81,7

Çalışma grubunun %3,3'ünün (n=4) ailesinde intihar girişimi öyküsü , %44,2'sinin (n=53) ailesinde psikiyatrik yatış öyküsü bulunmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4: Çalışma grubunun ailede intihar girişimi ve psikiyatrik yatış öyküsüne göre dağılımı

	n	%
Ailede İntihar Girişimi Öyküsü		
Olan	4	3,3
Olmayan	116	96,7
Ailede Psikiyatrik Yatış Öyküsü		
Olan	53	44,2
Olmayan	67	55,8

Tablo 5’de intihar girişimi olanların intihar girişimi özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. İntihar girişiminde en sık kullanılan yöntem aşırı dozda ilaç almak şeklindedir (%59,1). Bunu yüksek bir yerden ya da arabanın önüne atlayarak (%27,3) (n=6) intihar girişimi ve kesici ve delici alet kullanarak (%13,6) (n=3) intihar girişiminde bulunmak izlemektedir. İntihar girişiminde bulunanların %31,9’i sanrı ve varsanılara bağlı olarak (n=7), %27,3’ü (n=6) içinde bulundukları ruhsal çöküntü haline bağlı olarak (n=6), % 22,7’si ise ailevi sorunlara bağlı olarak (n=5)girişimde bulunmuşlardır. İntihar girişiminde bulunanların % 54,5’i (n=12) girişimlerinden en fazla 1 ay önce psikiyatrik muayene için başvuruda bulunmuş ve %77,3’ünün (n=17) ise intihar girişimi öncesi psikiyatrik ilaç kullanımı vardır. İntihar girişiminde bulunanların %63,6’sı (n= 14) hastalığın başlamasından sonraki 3 yıl içerisinde intihar girişimini gerçekleştirmişlerdir (Tablo 5).

Tablo 5: İntihar girişimi olanların intihar girişimi özelliklerine göre dağılımı

	n	%
İntihar Girişiminde Kullanılan Yöntem		
İlaç İçerek	13	59,1
Yüksek Bir Yerden yada Arabanın Önüne Atlayarak	6	27,3
Kesici veya Delici Alet Kullanarak	3	13,6
İntihar Girişimi Nedenleri		
Bir Yakının Ölümü	2	9,1
İşsizlik yada İşten Çıkarılma	1	4,5
Ailevi Sorun	5	22,7
Boşanma	1	4,5
Ruhsal Çöküntü	6	27,3
Sanrı ve Varsanılar	7	31,9
İntihar Girişimi Öncesi Psikiyatrik Muayene Öyküsü		
Hiç Gitmemiş	3	13,6
1 aydan az süre önce	12	54,5
3 aydan az süre önce	3	13,6
6 aydan az süre önce	3	13,6
1 yıl ve daha fazla süre önce	1	4,5
İntihar Girişimi Öncesi Psikiyatrik İlaç Kullanımı		
İlaç Kullanımı Var	17	77,3
İlaç Kullanımı Yok	5	22,7
İntihar Girişimi Sayıları		
1 kez	18	81,8
2 kez	3	13,6
3 kez	1	4,5
Hastalığının Kaçınıc Yılında İntihar Girişimi		
0-1 Yıl	7	31,8
1-3 Yıl	7	31,8
3-5 Yıl	3	13,6
5-10 Yıl	2	9,6
10-20 Yıl	3	13,6

İntihar düşüncesi Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin 8. maddesine göre değerlendirilmiştir. Bu maddeye 0 puan veren 82 kişi intihar düşüncesi olmayan, 1, 2 veya 3 puan veren 38 kişi ise intihar düşüncesi olan grup şeklinde değerlendirilmiştir. Buna göre çalışma grubunun %31,66'sında intihar düşüncesi bulunmaktadır (Tablo 6).

Tablo 6: Çalışma grubunun intihar düşüncesine göre dağılımı

	n	%
İntihar Düşüncesi		
İntihar Düşüncesi Olan	38	31,66
İntihar Düşüncesi Olmayan	82	68,34

İntihar düşüncesi olan ve olmayan gruplar sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından Tablo 7' de karşılaştırılmışlardır. Cinsiyet, medeni durum ve mesleki durum açısından intihar düşüncesi olan ve olmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılığa rastlanmamıştır ($p>0.05$). Yatarak tedavi gören akut dönemdeki ve ayaktan izlenen stabil dönemdeki hastalar arasında da intihar düşüncesi anlamında farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). İntihar düşüncesi olan grupta intihar düşüncesi olmayan gruba göre intihar girişimi öyküsü bakımından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) . Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ile değerlendirilen depresyon açısından intihar düşüncesi olan ve intihar düşüncesi olmayan gruplar arasında anlamlı farklılığa rastlanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 7: Çalışma grubunun intihar düşüncesine göre sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	İntihar Düşüncesi Olanlar		İntihar Düşüncesi Olmayanlar		p
	n=38	%	n=82	%	
Cinsiyet					
Kadın	19	50	38	46,34	0,314
Erkek	19	50	44	53,66	
Medeni Durum					
Bekar	16	42,11	36	43,90	0,478
Evli	12	31,57	29	35,36	
Dul ya da Boşanmış	10	26,32	17	20,74	
Mesleki Durum					
İşsiz	6	15,78	18	21,95	0,291
İşçi	4	10,52	14	17,07	
Memur	3	7,89	7	8,53	
Serbest Meslek	5	13,15	6	7,31	
Çiftçi	4	10,52	11	13,41	
Öğrenci	3	7,89	6	7,31	
Ev Hanımı	9	23,68	17	20,73	
Emekli	4	10,52	3	3,65	
İntihar Girişimi					
Öyküsü					
Olan	15	39,47	7	8,54	0,000
Olmayan	23	60,53	75	91,46	
Dönem					
Akut	16	42,10	44	53,65	0,422
Stabil	22	57,90	38	46,35	
Depresyon					
Olan	18	47,36	0	0	0,000
Olmayan	20	52,64	82	100	

İntihar düşüncesi olan grubun yaş ortalaması $39,3 \pm 12,57$, intihar düşüncesi olmayan grubun yaş ortalaması $36,5 \pm 9,67$ 'dir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Psikiyatrik yatış sayısı ortalamaları intihar düşüncesi olan grupta $3,4 \pm 3,06$, intihar düşüncesi olmayan grupta $2,70 \pm 2,16$ şeklindedir. İki grup arasında psikiyatrik yatış sayısı açısından anlamlı farklılık vardır ve intihar düşüncesi olan grupta yüksektir ($p < 0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8: Çalışma grubunun intihar düşüncesine göre yaş, öğrenim süresi, psikiyatrik tedavi süresi ve psikiyatrik yatış sayısının karşılaştırılması

	İntihar Düşüncesi Olanlar (n=38)		İntihar Düşüncesi Olmayanlar (n=82)		p
	Ortalama	S.S.	Ortalama	S.S.	
Yaş	39,3	12,57	36,5	9,67	0,696
Öğrenim Süresi	7,45	4,67	6,29	3,10	0,425
Psikiyatrik Tedavi Süresi	7,45	6,99	9,00	6,79	0,263
Psikiyatrik Yatış Sayısı	3,4	3,06	2,70	2,16	0,013

Tablo 9: İntihar düşüncesinin varlığına göre Pozitif ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ortalamalarının karşılaştırılması

	İntihar Düşüncesi Olanlar (n=38)		İntihar Düşüncesi Olmayanlar (n=82)		p
	Ortalama	S.S.	Ortalama	S.S.	
PBDÖ Toplam	57,21	17,25	58,20	14,39	0.741
Varsanılar	12,97	4,26	13,15	3,51	0.803
Sanrılar	20,07	6,53	21,50	10,23	0.784
Garip Davranış	8,92	3,35	9,41	3,22	0.443
Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu	13,84	6,87	13,79	4,29	0.790
Uygunsuz Duygulanım	1,57	0,72	1,43	0,73	0.328
NBDÖ Toplam	56,23	14,96	41,42	11,91	0.000
Duygulanımda Düzleşme	16,92	5,52	11,34	4,04	0.000
Aloji	11,31	3,69	8,35	2,89	0.000
Enerji ve İstekte Azalma	10,39	2,92	7,79	2,78	0.000
Zevk Almama ve Toplumsal Çekilme	13,28	3,65	10,17	3,23	0.000
Dikkat	14,31	1,97	3,52	1,31	0.006

Tablo 9’da intihar düşüncesi olan ve olmayan grupta PBDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları ortalamaları verilmiştir. PBDÖ toplam puan ortalaması intihar düşüncesi olan grupta $57,21 \pm 17,25$, intihar düşüncesi olmayan grupta $58,20 \pm 14,39$ ’dur. İki grup arasında PBDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). NBDÖ toplam puan ortalaması intihar düşüncesi olan grupta $56,23 \pm 14,96$, intihar düşüncesi olmayan grupta $41,42 \pm 11,91$ ’dir. İki grup arasında NBDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ve intihar düşüncesi olmayan grubun NBDÖ puanları yüksektir. ($p < 0.05$).

Tablo 10: İntihar düşüncesinin varlığına göre Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Yaşamı Sürdürme Nedenleri Ölçeği ortalamalarının karşılaştırılması

	İntihar Düşüncesi Olanlar (n=38)		İntihar Düşüncesi Olmayanlar (n=82)		p
	Ortalama	S.S.	Ortalama	S.S.	
BUÖ Toplam	12,31	4,18	4,31	3,06	0.000
Gelecek ile İlgili Duygu ve Beklentiler	2,68	1,41	0,53	0,95	0.000
Motivasyon Kaybı	5,97	1,80	2,95	1,50	0.000
Umut	3,60	1,65	0,92	1,43	0.000
YSNE Toplam	210,28	38,92	267,43	28,84	0.000
Genel İyimserlik	96,21	17,94	124,41	15,56	0.000
Ahlaki ve Dinsel Engeller	31,10	6,55	37,20	3,97	0.000
Aile ve Arkadaşlara Sevgi ve Bağlılık	33,63	9,47	42,54	6,4	0.000
İntihardan ve Kötü Sonuçlarından Korkma	29,81	6,47	38,69	6,5	0.000
Doğaya ve Hayata Bağlılık	10,50	2,14	13,17	2,01	0.000
Ölüm Korkusu	9,02	2,12	11,40	1,57	0.000

Tablo 10’da intihar düşüncesi olan ve olmayan grupta Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri’nin toplam puan ve alt ölçek puanları ortalamaları verilmiştir. İntihar düşüncesi olan grubun BUÖ toplam puan ortalaması $12,31 \pm 4,18$, intihar düşüncesi olmayan grubun ortalaması $4,31 \pm 3,06$ ’dır. İki grup arasında BUÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). YSNE toplam puan ortalaması intihar düşüncesi olan grupta $210,28 \pm 38,92$, intihar düşüncesi olmayan grupta $267,43 \pm 28,84$ ’dür. İki grup arasında YSNE toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından anlamlı farklılık vardır ve intihar düşüncesi olmayan grupta YSNE puanları yüksektir ($p < 0.05$).

Tablo 11: Ölçekler arasındaki ilişki

	CŞDÖ	NBDÖ	PBDÖ	YSNE	BUÖ
CŞDÖ	1,000	0,355**	-0,164	-0,585**	0,713**
NBDÖ	0,355**	1,000	0,246**	-0,475**	0,374**
PBDÖ	-0,164	0,246**	1,000	0,019	-0,019
YSNE	-0,585**	-0,475**	0,019	1,000	-0,592**
BUÖ	0,713**	0,374**	-0,019	-0,592**	1,000

** Korelasyon $p < 0,01$ noktası için geçerli

5. TARTIŞMA

Bu çalışma bir psikiyatri hastanesinin polikliniklerine başvurarak veya aynı hastanede yatarak tedavi görmekte olan toplam 120 şizofreni hastası ile yürütülmüştür. Bu hasta örneklemini intihar düşüncesi olanlar ve olmayanlar şeklinde iki grup olarak sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından değerlendirilmiştir. Çalışmamıza katılan hastaların %31,66'sında intihar düşüncesine, %18,3'ünde ise intihar girişimi öyküsüne rastlanmıştır.

Çalışmamızda intihar girişimi olan hastaların % 77,3'ünün intihar girişimi sırasında ilaç tedavisi görmekte oldukları ve %54,5'inin bir aydan az bir süre önce psikiyatrik kontrole gittikleri saptanmıştır. Bu bulgular intihar girişimi veya tamamlanmış intiharı olan şizofrenlerin büyük çoğunluğunun psikiyatrik tedavi altında iken intihara kalkıştıkları ve şizofreni hastalarında hastaneye yatış sırası ve taburculuktan 6 ay sonrasının intihar açısından en riskli dönem olduğu bulgusunu destekler niteliktedir (30, 47). Aşırı dozda ilaç içmek erkekler ve kadın hastalar için de en sık rastlanan yöntemdir. Bunu yüksek bir yerden ya da arabanın önüne atlama ve kesici veya delici alet kullanarak intihar girişimi izlemektedir. İntihar girişimcilerinin % 31,8 'i sanrı ve varsanılara bağlı olarak intihar girişiminde bulunduklarını belirtmişlerdir. Bunların türü ve kişiyi hangi yönden etkilediği açısından bir değerlendirme yapılamamıştır. Girişimcilerin %27,3'ü ise içinde bulundukları ruhsal çöküntü haline bağlı olarak intihar davranışında bulunduklarını ifade etmişlerdir. Ailevi sorundan dolayı girişimde bulunanların oranı ise %22,7'dir.

Şizofrenide intihar düşüncesi ve davranışı ile ilgili yapılan çalışmalarda tamamlanmış intiharlar açısından erkeklerin kadınlara göre oranı yüksek olduğu ancak bu cinsiyet farklılığının şizofreni hastalarında genel popülasyona oranla daha az olduğu bildirilmiştir (22,27,28,32,47). İntihar girişimi açısından ise şizofreni hastalarında kadın ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (22). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde intihar düşüncesi olan ve olmayan grup arasında cinsiyet faktörü açısından bir farklılık saptanmamıştır.

Şizofreni hastalarında intiharın yaşamlarının her hangi bir döneminde görülebileceği bir çok araştırmada vurgulanmış olsa da, genç olmanın şizofrenide intihar riskini arttırdığına dair bulgular da mevcuttur (11,22,23,31). Yaşla ilgili bu farklı sonuçlar şizofrenide görülen intiharların hastalığın başlangıcından sonraki on yıl içerisinde en yüksek oranlarda olduğu

gerçeği ile değerlendirildiğinde asıl ayırt edici olanın yaş değil hastalığın süresi olduğu düşünülmüştür (31). Bu çalışmada intihar düşüncesi olan grubun yaş ortalaması $39,53 \pm 12,57$, intihar düşüncesi olmayan grubun ise $36,5 \pm 9,67$ 'dir. Yaş faktörü açısından, intihar düşüncesi olan grupla intihar düşüncesi olmayan grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. İntihar girişimi olanların çoğunlukla hastalıklarının başlangıcından itibaren ilk üç yıl içerisinde intihar girişimini gerçekleştirdikleri görülmüştür. Bu bulgu şizofrenide intihar riskini belirlemede asıl önemli olanın yaş faktörü değil, hastalığın erken dönemlerinde bulunma olduğunu belirten literatür bilgileriyle uyumludur.

Şizofreni hastalarında bekar ve işsiz olmanın intihar riskiyle ilişkili olduğuna dair bulgular (23) bu çalışmanın bulgularıyla desteklenmemiştir. Çalışmada medeni durum ve mesleki durum açısından intihar düşüncesi olan ve intihar düşüncesi olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. İntihar düşüncesi olan grubun öğrenim süreleri $7,45 \pm 4,67$, intihar düşüncesi olmayan grubun ise $6,29 \pm 3,10$ 'dur. Bu durum bölgenin eğitim düzeyinin düşüklüğü ile açıklanabilir.

Yapılan çalışmalarda intihar öyküsü bulunan şizofrenlerin hastaneye yatış sıklıkları açısından diğer şizofreni hastalarına göre anlamlı farklılık gösterdikleri bulunmuştur (30,31,47). Bu çalışmada psikiyatrik tedavi süresi açısından iki grup arasında anlamlı farka rastlanmazken, hastaların psikiyatri servisine yatış sayıları intihar düşüncesi olan grup ve intihar düşüncesi olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmıştır. İntihar düşüncesi olan grupta psikiyatrik yatış sayısı ortalaması $3,4 \pm 3,06$ iken intihar düşüncesi olmayan grupta bu ortalama $2,70 \pm 2,16$ 'dır. Bu sonuçlar önceki çalışmaların sonuçlarını destekler niteliktedir.

Önceki intihar girişimleri ileride olabilecek intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlar için en önemli risk göstergelerindendir (47,51). İntihar girişimi öyküsünün olması intihar için risk etmeni olarak değerlendirilmektedir (11,15, 22,51,59). Potkin ve arkadaşları (2003) 980 şizofreni hastasını üzerinde yaptıkları 2 yıl süreli izlem çalışmasında yaşam boyu intihar girişimi sayısının intihar riskiyle anlamlı ilişkisi olduğunu saptamışlardır (41). Bu çalışmada intihar düşüncesi olan grup ve intihar düşüncesi olmayan grup arasında intihar girişimi öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. İntihar düşüncesi olan grubun % 39,47'sinde, intihar düşüncesi olmayan grubun ise % 8,54'ünde intihar girişimi öyküsüne rastlanmıştır. İntihar düşüncesi olanlarda intihar girişimi öyküsünün yüksek oranda görülmesi intihar davranışının devamlı ve tekrarlayıcı bir süreç olduğu (23) ve bir kez intihar girişimi olan şizofrenlerin daha sonrada bu girişimlere devam etme risklerinin yüksek olduğu bilgisiyle uyumludur (30). Bu çalışmada intihar girişimi öyküsünün intihar riskiyle

ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu nedenle intihar girişimi öyküsü olduğu bilinen şizofreni hastalarının intihar düşünceleri açısından sık aralıklarla değerlendirilmelerinin intiharı önlemede faydalı olacağı düşünülmektedir.

Depresyonun intihar için en önemli risk etmenlerinden olduğu bir çok araştırmada bildirilmiştir (21, 45, 55,61). Güney ve Özden (1991) araştırmalarında negatif belirtileri yoğun olan şizofreni hastalarında depresyon görülme sıklığının daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (17). Çalışmamızda intihar girişiminde bulunanların %27,3'ü ise içinde bulundukları ruhsal çöküntü haline bağlı olarak intihar davranışında bulunduklarını ifade etmişlerdir. Bu, sanrı ve varsanılara bağlı olarak girişimde bulunanlardan sonra gelen en yüksek orandır. Bu çalışmada intihar düşüncesi olan grupta intihar düşünceleri olmayan gruba göre depresyon görülme sıklığı açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. İntihar düşüncesi olan grubun %47,36'sında depresyon saptanmıştır. İntihar düşüncesi olmayan grupta ise, depresyonu olan hasta bulunmamaktadır. Bu çalışmada saptanan, depresyonun intihar düşüncesi ile ilişkisi olduğu bilgisi literatürle uyum göstermektedir. Şizofreni hastalarında depresif durumların tanınması ve tedavisi bu hasta grubunda intiharı önlemede büyük önem taşımaktadır.

Umutsuzluğun da depresyon gibi intihar davranışıyla yüksek ilişki içinde olduğu bir çok araştırmada gösterilmiştir. Hatta bir çok araştırma umutsuzluğun intihar davranışını belirlemede depresyondan daha etkili olduğunu belirtmiştir (30,33,47,73). Bizim çalışmamızda da intihar düşüncesi olan grubun intihar düşüncesi olmayan gruba göre Beck Umutsuzluk Ölçeği ve bu ölçeğin gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı ve umut alt ölçeklerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

Çalışmada intihar düşüncesi olan ve intihar düşüncesi olmayan grup arasında akut veya stabil dönemde bulunmaları açısından anlamlı farklılığa rastlanmamış olsa da, intihar düşüncesi olanların daha çok stabil dönemde oldukları görülmüştür. İntihar düşüncesi olan hastaların %42,20'u akut dönemde, %57,90'ı stabil dönemde bulunmaktadır. Hastaların büyük bir çoğunluğunun hastalıklarının aktif psikotik döneminde intihar ettikleri bulgusu (47) bu çalışmada destek bulmamıştır.

Şizofrenide intihar olgusuyla pozitif ve negatif belirtiler arasındaki ilişki ile ilgili literatürde çelişkili sonuçlar vardır. Pozitif belirtilerdeki artışın intihar riskini arttırdığını, intihar girişimi esnasında şizofreni hastalarının %80'inde sanrı ve varsanıların olduğu bildiren çeşitli araştırmalar vardır (50,59). Fenton (1997) pozitif belirtilerden özellikle şüphecilik ve sanrıların tamamlanmış intiharlarda rol oynadığını negatif belirtilerin ise

intiharla ölen kişilerde daha az görüldüğünü belirtmiştir. Buna bağlı olarak negatif belirtilerin ön planda olduğu rezidüel tip şizofreniyi intihar için görece düşük bir risk grubu olarak tanımlamıştır (69). Bu çalışmada intihar düşüncesi olan grupta intihar düşüncesi olmayan gruba göre pozitif belirtiler açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. İntihar düşüncesi olan grubun PBDÖ puan ortalaması $57,21 \pm 17,25$, intihar düşüncesi olmayan grubun puan ortalaması ise $58,20 \pm 14,39$ 'dur. PBDÖ alt ölçek puanları açısından da iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Negatif belirtilerin ön planda oluşu bazı araştırmacılar tarafından intiharı önlemede koruyucu bir faktör olarak ortaya konulmuştur. Fenton (1997) negatif belirtilerdeki artışın azalmış intihar riskiyle ilgili olabileceğini ancak bu riski tamamen elimine edecek etkisi bulunmadığını bildirmiştir (69). Rezidüel olmayan yani negatif belirtilerin görülmediği şizofreni grubunda negatif belirtileri olan şizofrenlere göre altı kat fazla intihar riski bildirilmiştir (47). Bu çalışmada ise literatürden farklı olarak NBDÖ puanları açısından intihar düşüncesi olan grup ve intihar düşüncesi olmayan grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. İntihar düşüncesi olan grubun NBDÖ puan ortalaması $56,23 \pm 14,96$, intihar düşüncesi olmayan grubun ise $41,42 \pm 11,91$ 'dir. NBDÖ alt ölçek puanları açısından da iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmada literatürden farklı olarak görülen bu bulgu, şizofrenide intiharın farklı alt tipleri olabileceği görüşünü desteklemektedir (24). Acosta ve arkadaşlarının (2006) şizofrenik intiharların tek tip olmadığına dair görüşleri ve bu konuda yaptıkları çalışmaları bu hasta grubunda intiharların doğasını aydınlatma anlamında önem taşımaktadır (24). Araştırmacılar şizofrenide intihar motivasyonlarındaki farklılığa bağlı olarak depresif ve psikotik intiharlar olarak iki grup tanımlamışlardır. Depresif motivasyonlu grupta, önceki intihar girişimi sayısı, depresyon ve umutsuzluk puanları daha yüksektir. Psikotik motivasyonlu grup ise hastalığın daha akut bir döneminde psikotik belirtiler ve bunlara bağlı endişe ve özgüven eksikliği duygularıyla intihara yönelmektedirler (24). Acosta ve arkadaşlarının görüşleri (2006) bu çalışmada intihar girişiminde bulunanların en yüksek oranda sanrı ve varsanılara, ikinci olarak ise içinde bulundukları ruhsal çöküntüye bağlı olarak bu girişimde bulundukları bilgisiyle uyumludur. İntihar düşüncesi olan grupta negatif belirtilerin fazla bulunması şizofrenide psikotik motivasyonlu intiharların yanı sıra negatif belirtilerin egemen olduğu bir dönemde depresif motivasyonlu intiharların da olabileceğini düşündürmektedir. Hastalığın psikotik belirtilerinin yatıştığı, daha stabil ve işlevsellikte bozulmaların kalıcılaştığı bir dönemde görülen intiharların negatif belirtilerdeki artışla ilgili olduğu düşünülebilir. İntihar için en riskli şizofreni hastalarının, prognozu en iyi

olanlar olduğu konusundaki çeşitli görüşler ve hastalık iç görüşü yüksek olan kişilerin intihara daha meyilli olduklarını gösteren bulgular bu düşünceleri destekleyebilir (6,15,28,44).

Yaşamı sürdürmek için fazla sayıda neden bildiren kişilerin intihar risklerinin az olduğu yönünde bulgular mevcuttur. Normal popülasyonda yaşamı sürdürme nedenleri ve intihar riski ile ilgili şizofreni hastalara göre daha fazla sayıda çalışma yapılmıştır. Şizofrenik hastalarda bu konuyla ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. Mann ve arkadaşları (1999) yaptıkları çalışmada intihar girişiminde bulunan şizofrenlerin intihar girişiminde bulunmayanlara göre daha az yaşamı sürdürme nedeni bildirdiklerini saptamışlardır (55). Bu çalışmada intihar düşüncesi olan grupta YSNE toplam puanı açısından intihar düşüncesi olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. İntihar düşüncesi olan grupta YSNE puan ortalaması $210,28 \pm 38,92$, intihar düşüncesi olmayan grupta $267,43 \pm 28,84$ şeklindedir. YSNE alt ölçek puanları açısından da iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. İntihar düşüncesi olan şizofreni hastaları intihar düşüncesi olmayanlara göre daha az yaşamı sürdürme nedeni bildirmişlerdir. Çalışmadan elde edilen bu sonuç yaşamı sürdürme nedenlerindeki artışın intihar için koruyucu bir faktör olduğu sonucunu desteklemektedir ve literatürde bu konuyla ilgili az sayıda olan çalışmaya katkıda bulunmuştur.

Şizofrenili hastalarda intiharı öngörecekt etmelerin saptanmasının oldukça zor olduğu bilinmektedir. Şizofrenide güvenilir ve geçerli bir intihar risk ölçeğinin yapılandırılmasının olası olmadığı bildirilmektedir (15). Bununla birlikte çalışmamızda saptanan yüksek intihar düşüncesi, bu hastaların tedavisi ve izlemi planlanırken intihar risklerinin belirlenmesi ve önlemlerinin alınması gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılıklarından biri olan hasta örnekleminin küçüklüğü ve sadece belli bir merkezden hastaların seçilmiş olması genelleme yapmayı güçleştirmektedir. Ayrıca çalışmada hastaların Şizofreni tipi ile aldıkları tedaviler üzerinde durulmamış olması çalışmanın diğer önemli kısıtlılıklarıdır. Tüm bu kısıtlılıklarına karşın çalışmamız sonuçları açısından bu alanda yapılacak çalışmalar için yol gösterici olacağı inancındayız.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Şizofreninin heterojen klinik görünümü ve intiharın çok boyutlu yapısına bağlı olarak şizofrenide intihar davranışına yol açan etmenlerin ortaya çıkarılması güç olabilmektedir. Şizofreni hastalarında intihar davranışı yaşamın her aşamasında görülebilmektedir. Şimdiye dek varolan şizofreni hastalarının pozitif belirtilerin yoğun olduğu dönemde özellikle sanrı ve varsanılara bağlı olarak intihara yöneldikleri varsayımı, bu konuda yapılan yeni çalışmalarla farklı boyutlar kazanmıştır. Pozitif belirtilerin azaldığı daha stabil dönemlerde de intihar davranışının olabildiği gösterilmiştir. Şizofrenide Bleuler zamanından bu yana depresif belirtilerin olduğu bilinse de, bu depresif belirtilerin şizofreninin hangi döneminde, nasıl ve ne şekilde intihar davranışı ile ilişkili olduğu yeni araştırmalara konu olmaya başlamıştır. Umutsuzluk, yaşamı sürdürme nedenleri gibi faktörlerinde intihar davranışı ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir. Bu çalışmada bir psikiyatri hastanesinde tedavi gören şizofreni hastaları örnekleminde intihar düşüncesini yordayıcı çeşitli etmenler aydınlatılmaya çalışılmış ve sonuçlar mevcut literatür bilgileri ile tartışılmıştır.

Elde edilen sonuçlar şöyle sıralanmıştır;

1. Çalışma grubunun %31,66'sında intihar düşüncesine, %18,3'ünde ise intihar girişimi öyküsüne rastlanmıştır.
2. Çalışmada intihar girişimi olan hastaların % 77,3'ünün intihar girişimi sırasında ilaç tedavisi görmekte oldukları ve %54,5'inin bir aydan az bir süre önce psikiyatrik kontrole gittikleri saptanmıştır.
3. İntihar girişimi nedenlerinden sanrı ve varsanılar % 31,8 ile ilk sırada, 'ruhsal çöküntü ise %27,3 ikinci sırada yer almaktadır.
4. İntihar düşüncesi olan grupta intihar girişimi öyküsü intihar düşüncesi olmayan gruptan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
5. İntihar düşüncesi olan grupta depresyon görülme oranı intihar düşüncesi olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
6. Akut veya stabil dönemde olmak açısından intihar düşüncesi olan ve intihar düşüncesi olmayan grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

7. İntihar düşüncesi olan ve intihar düşüncesi olmayan gruplar arasında PBDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır.
8. İntihar düşüncesi olan grupta NBDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları intihar düşüncesi olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
9. İntihar düşüncesi olan grupta Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları intihar düşüncesi olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
10. Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından intihar düşüncesi olan grup ve intihar düşüncesi olmayan grup arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Bu çalışmada literatürde ağırlıklı olarak belirtilen pozitif semptomların intihar davranışını yordamada etkili olduğu bulgusu desteklenmemiş ve negatif belirtilerin azalmış intihar riskiyle ilişkili olduğu düşüncesi ile çelişen sonuçlar saptanmıştır. Negatif belirtilerin depresyon ve intihar davranışı ile ilişkisi yeni bir araştırma konusudur. Şizofrenide intihar davranışının görüldüğü tek bir dönem yoktur ve tek bir klinik özellikteki artışla ilişkili olduğunu düşünmek zordur. Pozitif belirtiler ve negatif belirtiler, şizofrenik sürecin farklı dönemlerinde farklı şekillerde intihar davranışı ile ilişkili olabilirler. Bu da bu konuda alınacak önlemlerin ve buna göre düzenlenecek tedavilerin şizofrenide intiharın karmaşık doğası dikkate alınarak düzenlenmesinin gerekliliğini göstermektedir. Bu önlem ve tedavilerin geliştirilebilmesi için şizofreni hastalarının hangi dönemde, hangi sebeplerden ötürü intihara yöneldiklerinin araştırılması ve intihar davranışını yordayıcı risk etmenlerinin bu farklılıklar göz önüne alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak şizofrenide intihar davranışının doğasını aydınlatmak için yapılan her çalışma intiharı önlemek için alınacak önlemlere de katkıda bulunmaktadır. Bu çalışmada depresyon, umutsuzluk ve negatif belirtilerdeki artışın, yaşamı sürdürme nedenlerinin ise azalmasının intihar davranışı ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Bu anlamda çalışmamız Türkiye’de yapılan şizofrenili hastalardaki intihar davranışını araştırarak gelecekteki çalışmalara ışık tutacağı inancındayız.

7. ÖZET

Amaç: Toplumlar için büyük psikolojik, sosyal ve ekonomik güçlüklerle neden olan intihar davranışı diğer ruhsal hastalıklarda olduğu gibi şizofrenide de sık görülmektedir. Şizofrenide intihar davranışına yol açan risk etmenlerinin bilinmesi bu konuda önleyici yaklaşımların geliştirilmesini sağlayabilir. Bu çalışmanın amacı şizofreni hastalarında intihar düşüncesini yordayıcı faktörleri bazı sosyodemografik ve klinik özellikler yönünden değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde 2006 yılının Nisan ve Haziran ayları arasında yatarak tedavi görmekte olan akut dönemdeki 60 şizofrenili hasta ve yine aynı hastanenin polikliniğine bu tarihler arasında kontrol için başvuran stabil dönemdeki 60 şizofrenili hasta olmak üzere toplam 120 hasta alınmıştır. SCID-I'e göre şizofreni tanısı alan hastalara sosyodemografik veri toplama formu başta sabit kalmak üzere Beck Umutsuzluk Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmada deneklerin %31,66'sında intihar düşüncesine, %18,3'ünde ise intihar girişimi öyküsüne rastlanmıştır. Umutsuzluk ve depresyon intihar düşüncesi olan grupta olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Pozitif belirtiler açısından iki grup arasında farklılık saptanmamıştır. İntihar düşüncesi olan grupta negatif belirtiler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmaktadır. İntihar düşüncesi olan grup intihar düşüncesi olmayan gruba göre daha az yaşamı sürdürme nedeni bildirmişlerdir.

Sonuç: Şizofrenili hastalarda intihar girişimi öyküsünün, depresyonun, yaşamı sürdürme nedenlerinin ve umutsuzluk düşüncelerinin değerlendirilmesinin şizofrenide intihar davranışını önlemede önemli olduğu düşünülmektedir. Negatif belirtilerin intihar davranışı ile ilişkisinin ve şizofrenide intihar davranışının çok yönlü doğasının açığa çıkarılmasında yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, İntihar, Depresyon, Pozitif ve Negatif belirtiler

8. SUMMARY

SUICIDE IDEATION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS TAKING TREATMENT IN A PSYCHIATRY HOSPITAL: IT'S RELATION WITH POSITIVE, NEGATIVE SYMPTOMS AND DEPRESSION

Objective: Suicidal behavior, causing important psychological, social and economic problems for societies, is frequently seen in schizophrenia as in the other psychological disorders. Being aware of risk factors causing suicidal behavior in schizophrenia can help to develop prevention strategies on this subject. The aim of this study is evaluate the factors on suicide idea at the patients with schizophrenia from the view of some sociodemographic and clinical properties.

Method: The sample of the study consists of 120 patients; randomly selected from the patients taking treatment at Trabzon Ataköy Psychiatry Hospital between the dates of April-Jun 2006; 60 of them in the acute stage taking medical treatment while hospitalized and 60 of them in the stabil stage that applied to the hospital polyclinics for control treatment. Sociodemographic form being in the lead, Beck Hopelessness Scale, Calgary Depression Scale for Schizophrenia, Reasons for Living Inventory and Positive and Negative Syndromes Scale were applied to samples being diagnosed as schizophrenia by SCID-I.

Results: In the study 31,66% of the samples have suicide ideation and %18,3 of the samples have history of suicide attempts. In terms of hopelessness and depression, a significant difference is found out between groups. According to positive symptoms, no difference is found out between groups. In the group with suicide ideation, negative symptoms are found out to be significantly higher. The group with suicide ideation has less reasons for living than the group without suicide ideation.

Conclusion: Evaluating the history of suicide attempts, depression, reasons for living and hopelessness in patients with schizophrenia are thought to be important to prevent suicidal behavior in schizophrenia. There is need for further studies to disclose the relationship between negative syndromes and suicidal behavior and multi-dimensional nature of suicidal behavior in schizophrenia.

Key Words: Schizophrenia, Suicide, Depression, Positive and Negative Symptoms

9. KAYNAKLAR

- 1- Şahin M.V : Şizofreni: Klinik Özellikler, Tanı, Ayırıcı Tanı. Psikiyatri Dünyası, 1999; s:72-78
- 2- Ceylan E, Çetin M : Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Şizofreni-I, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri, İstanbul, 2005; s. 83-87
3. Arkonaç O: Psikotik Bozukluklar ve Tedavileri, Nobel Tıp Yayınevleri, İstanbul, 1996; s. 187-192
4. Kaplan H.I., Sadock B.J.: Klinik Psikiyatri. Nobel Tıp Yayınevleri, İstanbul, 2004; s. 361-366
5. Öztürk M.O: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2002; s. 217-225
6. Pompili M., Ruberto A., Girardi P.& Tatarelli R. Suicide In Schizophrenia: What We Are Going To Do About It?. Ann Ist Super Sanita, 2004; 40 (4): 463-473
7. Şimşek E: Ergenlerde İntihar Düşüncesinin Yordayıcıları. Yüksek Lisans Tez Çalışması. Trabzon. 2002
8. Ceyhun B. Şizofreninin Değerlendirilmesi. Şizofreni Dizisi. 2000; 1:20-30
9. Oksay S.E, Aksaray G., Kaptanoğlu C.& Bal C. Calgary Depresyon Ölçeği'nin Şizofreni Hastalarında Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2000; 11(4): 278-284
10. Goldsmith S.K. Reducing Suicide: A National Imperative. Washington DC. USA: National Academies Press, 2002.p.77
11. Özsan H., Tuğcu H. Şizofrenik Hastalarda İntihar Olasılığının Çeşitli Faktörlere Göre İncelenmesi. Kriz Dergisi. 1999; 6 (1): 33-39
12. Durak A. İntihar Olasılığı: Yaşamı Sürdürme Nedenleri, Umutsuzluk ve Yalnızlık Açısından Bir İnceleme. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005; 16(1): 29-39
13. Ceylan M.E. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Şizofreni. İstanbul, 1993. s. 843-850

14. Holat H. , Bitlis V., Dilbaz N., Tüzer T. & Bayam G. İntihar Girişimlerinde Ümitsizlik ve Depresyon. *Kriz Dergisi*. 2(22): 320-332
15. Evren E.C., Evren B., Erkıran M. Şizofrenili Hastalarda Özkıym Düşüncesi: Pozitif, Negatif Belirtiler, Depresyon ve İçgörü ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002; 13 (4):255-264
16. Grunebaum M.D. ve ark. Delusions and Suicidality. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 742-747
17. Güney M., Özden A. Şizofrenide Depresyon ve İntihar. *Kriz Dergisi*. 1991. 6 (1): 37-41
18. Kırpınar İ., Aydın N. Şizofrenide İntihar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001; 2(1):47-52
19. Reid W.H. , Mason M. & Hogan T. Suicide Prevention Effects Associated With Clozapine Therapy In Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Psychiatric Services*. 1998; 49: 1029-1033
20. Özcüler T. Şizofrenik Bozukluğu Olan Hastalarda Özkıym Girişimi ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004
21. Kontaxakis V ve ark. Suicidal Ideation In Inpatients With Acute Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2004; 49: 476-479
22. Walsh E ve ark. Suicidal Behaviour in Psychosis: Prevalence and Predictors From A Randomised Controlled Trial of Case Management. *British Journal of Psychiatry*. 2001; 178: 255-260
23. Müler D.J ve ark. Suicide Attempts in Schizophrenia and Affective Disorders With Relation To Some Specific Demographical and Clinical Characteristics. *European Psychiatry* 2005; 20: 65-69
24. Acosta F.J ve ark. Are There Subtypes of Suicidal Schizophrenia? A Prospective Study. *Schizophrenia Research*. 2006; 86: 215-220
25. McGirr A ve ark. Risk Factors for Completed Suicide in Schizophrenia and Other Chronic Psychotic Disorders: A Case Control Study. *Schizophrenia Research*. 2006; 84: 132-143
26. Sernyak M.J., Desai R, Stolar M & Rosenback R. Impact of Clozapine on Completed Suicide. *Am J Psychiatry*, 2001; 158: 931-937

27. Fenton W.S. Depression , Suicide and Suicide Prevention in Schizophrenia. Suicide and Life Threatening Behaviour . 2000; 30: 34-49
28. Raymont V. Suicide in Schizophrenia- How Can Research Influence Training and Clinical Practice?. Psychiatric Bulletin, 2001; 25: 46-50
29. Nangle J.M. ve ark. Neurocognition and Suicidal Behaviour in An Irish Population With Major Psychotic Disorders. Schizophrenia Research.2006; 85:196-200
30. Harkavy-Friedman J.M., Nelson A.E. Assesment and Intervention For The Suicidal Patient With Schizophrenia. Psychiatric Quarterly. 1997 Vol.68. No:4; 361- 375
31. Campbell C., Fahy T. Suicide and Schizophrenia. Psychiatry. 2005; 4:11, 65-67
32. Harkavy-Friedman J.M. Can Early Detection of Psychosis Prevent Suicidal Behaviour? Am J Psychiatry. 2006, 163:5; 768-770
33. . Harkavy-Friedman J.M., Nelson A.E., Venarde D.F. & Mann J.J. Suicidal Behavior in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder: Examining The Role of Depression. Suicide and Life Threatening Behavior. 2004; 34 (1): 66-76
34. Harkavy- Friedman J.M ve ark. Suicidal Behavior in Schizophrenia: Characteristics of Individuals Who Had and Had Not Attempted Suicide. Am J Psychiatry 1999; 156: 1276-1278
35. Harkavy- Friedman J.M ve ark Suicide Attempts in Schizophrenia: The Role of Command Auditory Hallucinations for Suicide. Journal of Clinical Psychiatry, 2003; 64 (8): 871-874
36. Kelly D.L.ve ark. Lifetime Psychiatric Symptoms in Persons With Schizophrenia Who Died By Suicide Compared Other Means Of Death. Journal of Psychiatric Research. 2004, 38: 531-536
37. Lewine R.J. Social Class of Origin, Lost Potential and Hopelessness in Schizophrenia. Schizophrenia Research. 2005; 76: 329-335
38. Tarrier N ve ark. Suicide Behaviour Over 18 Months in Recent Onset Schizophrenic Patients: The Effects of CBT. Schizophrenia Research. 2006; 83: 15-27

39. Heila H ve ark. Suicide and Schizophrenia: A Nationwide Autopsy Study on Age and Sex Specific Clinical Characteristics of 92 Suicide Victims With Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (9): 1235-1242

40. Ponizovsky A.M. ve ark. Life Satisfaction and Suicidal Attempts Among Persons With Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2003; 44(6): 442-447

41. Potkin S.G ve ark. Predicting Suicidal Risk in Schizophrenic and Schizoaffective Patients in A Prospective Two-Year Trial. *Society of Biological Psychiatry*. 2003; 54: 444-452

42. Pillman F ve ark. Suicidal Behavior in Acute and Transient Psychotic Disorders. *Psychiatric Research* 2003. 117: 199-209

43. Altamura A.C ve ark. Clinical Variables Related To Suicide Attempts in Schizophrenic Patients: A Retrospective Study. *Schizophrenia Research*. 2003; 60: 47-53

44. Kim C.H, Jayathilake K. & Meltzer H.Y. Hopelessness, Neurocognitive Function and Insight in Schizophrenia: Relationship To Suicidal Behavior. *Schizophrenia Research*. 2003; 60: 71-80

45. Kreyenbuhl J.A, Kelly D.L.& Conley R.R. Circumstances of Suicide Among Individuals With Schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2002; 58: 253-261

46. Yen C.F. ve ark. Predictive Value of Insight for Suicide, Violence, Hospitalization and Social Adjustment for Outpatients With Schizophrenia: A Prospective Study. *Comprehensive Psychiatry*. 2002; 43(6): 443-447

47. Harkavy-Friedmann J.M., Nelson A E, Venarde D.F. Suicidal Behavior in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Clinical Neuroscience Research* , 2001: 345-350

48. Gut-Fayand A.ve ark. Substance Abuse and Suicidality in Schizophrenia: A Common Risk Factor Linked To Impulsivity. *Psychiatric Research*, 2001; 102: 65-72

49. De Hert M., Mc Kenzie K., Peuskens J. Risk Factors for Suicide in Young People Suffering From Schizophrenia: A Long-Term Follow-Up Study. *Schizophrenia Research*, 2001; 47: 127-134

50. Turner R.M ve ark. Assesment of Suicide in Schizophrenia: Development of The Interview for Suicide in Schizophrenia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1998; 5: 139-169

51. Hawton, K, Sutton L, Haw C, Sinclair J. & Deeks J.D. Schizophrenia and Suicide: Systematic Review of Risk Factors, 2005, 187:9-20
52. Danacı, Esen A., Aydemir Ö. Şizofrenide Depresyonun Venlafaksinle Sağaltımı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005 16(1): 35-37
53. Baca-Garcia E ve ark. Suicidal Behavior in Schizophrenia and Depression: A Comparison. Schizophrenia Research, 2004: 1-5
54. Sevinçok L. Şizofrenide Depresyon. Şizofreni Dizisi. 1998; 2:46-53
55. Mann J.J ve ark. Toward A Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. The American Journal of Psychiatry. 1999; 156: 181-189
56. Birchwood M ve ark. Cognitive Approach To Depression and Suicidal Thinking: Testing The Validity of Social Ranking Model. The British Journal of Psychiatry, 2000; 177: 522-528
57. Birchwood M ve ark. Cognitive Approach To Depression and Suicidal Thinking: Ontogeny of Post-Psychotic Depression. The British Journal of Psychiatry, 2000; 177: 516-522
58. Siris S.G. Depression in Schizophrenia: Perspective in the Era of Atypical Antipsychotic Agents. Am J Psychiatry 2000; 157:1379-1389
59. Nordentoft M ve ark. OPUS Study : Suicidal Behavior, Suicidal Ideation and Hopelessness Among Patients With First- Episode Psychosis. British Journal of Psychiatry, 2002; 191: 98-106
60. Gupta S ve ark. Factors Associated With Suicide Attempts Among Patients With Schizophrenia. Psychiatric Srvices, 1998. 49: 1353-1355
61. Bourgeois M ve ark. Awareness of Disorder and Suicide Risk in The Treatment of Schizophrenia: Results of The International Suicide Prevention Trial. Am J Psychiatry 2004; 161: 1494-1496
62. Meltzer H.Y. ve ark. Clozapine Treatment for Suicidality in Schizophrenia. Archieves of General Psychiatry. 2003; 60 (1): 82-91

63. Meltzer H.Y. Treatment of Suicidality in Schizophrenia. The Clinical Science of Suicide Prevention. 2001; 932:44-60
64. Radomsky E.D ve ark. Suicidal Behavior in Patients With Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. Am J Psychiatry. 1999; 156: 1590-1595
65. Aydemir Ö., Danacı Esen A , Pırıldar Ş. Şizofrenide Depresyonu Olan ve Olmayan Hastaların Belirti Yönünden Ayrımı. 2002; 13(3): 173-178
66. Nakaya M., Ohmori K., Komahashi T., Suwa H. Depressive Symptoms in Acute Schizophrenic Inpatients. Schizophrenia Research 1997; 25 (2): 131-139
67. Sevinçok L., Akoğlu A., Kökçü F. Suicidality in Schizophrenic Patients With and Without Obsessive-Compulsive Disorder. Schizophrenia Research. 2006. 1-5
68. Tanskanen A. ve ark. Smoking and Suicidality Among Psychiatric Patients. Am J Psychiatry. 1998, 155: 129-130
69. Fenton W.S. ve ark. Symptoms, Subtype and Suicidality in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders. Am J Psychiatry. 1997; 154: 199-204
70. Aydemir Ç., Temiz Vedin H. Göka E. Majör Depresyon ve Özkıyımda Kognitif ve Emosyonel Faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(1): 33-39
71. Heila H. ve ark. Suicide and Attempted Suicide in Schizophrenia. Depression and Schizophrenia. 14(1): 168
72. Savaşır I., Şahin N.H. Bilişsel- Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara. 1997; s: 61-66
73. Durak A. Yasak. Y. Şahin N. H. İnsanları Yaşama Bağlayan Nedenler Nelerdir? Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanterinin Güvenirliği ve Geçerliği. Türk Psikoloji Dergisi 1993 8(30): 7-19
74. Bhatia T ve ark. Differing Correlates for Suicide Attempts Among Patients With Schizophrenia or Schizoaffective Disorder in India and USA. Schizophrenia Research 2006; 86: 208-214

75. Escamilla M.A. Diagnosis and Treatment of Mood Disorders That Co-Occur With Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2001; 52 (7): 911-919
76. Uzun Ö., Zincir N., Cansever A., Özşahin A. İlk Atak Şizofrenide Depresif Belirtiler: Altı Aylık İzlem Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2002; 12(2): 64-67
77. Candido C.L., Romney D.M. Depression in Paratoid and Nonparanoid Schizophrenic Patients Compared With Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2002; 70: 261-271
78. Kayahan B., Veznedaroğlu B. Şizofrenide Depresif Belirtilerin Önemi ve Psikofarmakolojik Sağaltımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2006; 16(1): 52-56
79. Bustamante S. Maurer K., Loffler W., Hafner H. Depression in The Early Course of Schizophrenia. *Neurological Psychiatry*. 1994; 62(9): 317-329
80. First M.B. ve ark. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme. Hekimler Yayın Birliği. Ankara. 1999; s: 1-10

SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

KAYIT NO:

1. ADI SOYADI:
2. YAŞ:
3. CİNSİYET: ☐ Kadın ☐ Erkek
4. MEDENİ DURUM: ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Dul ☐ Boşanmış ☐ Ayrı Yaşıyor
5. ÖĞRENİM DURUMU:
☐ Okur-Yazara Değil ☐ Okur-Yazar ☐ İlkokul
☐ Ortaöğretim ☐ Yüksekokul
6. ÖĞRENİM SÜRESİ:
7. MESLEĞİ:
☐ İşsiz ☐ İşçi ☐ Memur ☐ Serbest Meslek
☐ Çiftçi ☐ Öğrenci ☐ Ev hanımı ☐ Diğerleri
8. YAŞADIĞI YER: ☐ İl Merkezi ☐ İlçe Merkezi ☐ Köy
9. ÇOCUKLUĞUNUN GEÇTİĞİ YER: ☐ İl Merkezi ☐ İlçe Merkezi ☐ Köy
10. EKONOMİK DURUM: ☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek
11. PSİKİYATRİK TEDAVİYE BAŞLAMA TARİHİ VE SÜRESİ:
12. ŞİMDİYE DEK KULLANILAN PSİKİYATRİK İLAÇLAR:
13. İLAÇLARI DÜZENLİ KULLANIP KULLANMADIĞI:
☐ Düzenli ☐ Kısmen Düzenli Daha Çok Düzensiz
☐ Düzensiz ☐ Kısmen Düzensiz Daha Çok Düzenli
14. DAHA ÖNCE PSİKİYATRİK ŞİKAYETLERLE HASTANEYE YATIŞI:
☐ Var ☐ Yok
15. YATIŞ SAYISI VE SÜRESİ:
16. ANTİDEPRESAN İLAÇ KULLANIMI: ☐ Var ☐ Yok ☐ Bilinmiyor

17. UYKU SORUNU: ☐ Var ☐ Yok
18. KİMİNLE YAŞADIĞI:
☐ Anne- Babası ☐ Annesi ☐ Babası ☐ Kardeşleri
☐ Yakınları ☐ Arkadaşları ☐ Yalnız ☐ Diğer
19. DAHA ÖNCE YAŞANMIŞ BİR İNTİHAR GİRİŞİMİ: ☐ Var ☐ Yok
20. İNTİHAR GİRİŞİMİNİN SAYISI:
21. İNTİHAR GİRİŞİMİNDE KULLANILAN YÖNTEM:
22. İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖNCESİ NOT BIRAKIP BIRAKMADIĞI: ☐ Var ☐ Yok
23. İNTİHAR GİRİŞİMİNDEN NE KADAR ÖNCE PSİKİYATRİK KONTROLE GİTTİĞİ:
24. İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖNCESİ İLAÇ KULLANIMI OLUP OLMADIĞI:
☐ Var ☐ Yok
25. AİLEDE İNTİHAR GİRİŞİMİ: ☐ Var ☐ Yok
26. AİLEDE İNTİHARDAN ÖLEN VAR MI?: ☐ Var ☐ Yok
27. DAHA ÖNCE GEÇİRİLMİŞ ÖNEMLİ BİR TIBBİ HASTALIK VAR MI?:
☐ Var ☐ Yok
28. SÜREĞEN BEDENSEL RAHATSIZLIK: ☐ Var ☐ Yok
29. ALKOL VEYA MADDE KÖTÜYE KULLANIMI: ☐ Var ☐ Yok
30. ALKOL VEYA MADDE KÖTÜYE KULLANIMININ TÜRÜ VE SÜRESİ:
31. İNTİHAR GİRİŞİMİNE YAKIN ZAMANDA :
☐ Bir Yakının Ölümü ☐ Çevre Değişikliği ☐ İşten Çıkarılma
☐ Ailevi Sorun ☐ Boşanma ☐ Diğer Önemli Olaylar
32. AİLEDE FİZİKSEL BİR RAHATSIZLIK: ☐ Var ☐ Yok
33. AİLEDE RUHSAL BİR RAHATSIZLIK: ☐ Var ☐ Yok
34. AİLEDE PSİKİYATRİK ŞİKAYETLERLE HASTANEYE YATIŞ ÖYKÜSÜ:
☐ Var ☐ Yok

HİZMETE ÖZEL

Adı- Soyadı :
Yaş :
Baba Adı :
Tarih :

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ(BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise “Evet”, uygun değil ise “Hayır” seçeneğinin altına (X) işareti koyarak belirtiniz.

SIRA NO	MADDELER	EVET	HAYIR
1	Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2	Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3	İşler kötüyü giderken bile herşeyin hep böyle kalmayacağını bilmek be-ni rahattatıyor.		
4	Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5	Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6	Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7	Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8	Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9	İyi fırsatlar yakalayamıyorum.Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.		
10	Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11	Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12	Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.		
13	Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14	İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15	Geleceğe büyük inancım var.		
16	Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17	Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18	Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19	Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20	İstediğim herşeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hasta adı:

Tarih:

Vizit:

Değerlendirme:

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

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

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

- ☐ 0. Yok
☐ 1. Hafif: Son iki hafta boyunca bazı zamanlar umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor
☐ 2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha 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 zamanın yarısından azında
☐ 3. Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor

4) Suçlulukla ilgili 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 sanılarını dışlayın)

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

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

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

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

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

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

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

8) Özkıyım: Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşünüldünüz? 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 bulunmamıştır
☐ 3. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıyım girişimi (örn.: şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

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

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

Toplam Puan:

YAŞAMI SÜRDÜRME NEDENLERİ ENVANTERİ

Aşağıda, insanları hayata bağlayan, onları intihar davranışından uzak tutan bazı nedenler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuduktan sonra o konunun sizi hayata bağlamak açısından ne kadar önemli olduğunu yan taraftaki uygun yere işaret koyarak belirleyiniz. Hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Kararsızlık çektiğiniz durumlarda size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz. Eğer herhangi bir madde sizin için geçerli değilse onun yanındaki bölmeı boş bırakınız.

Teşekkür ederiz.

	Çok önemli 6	Oldukça önemli 5	Biraz önemli 4	Önemli 3	Pek önemli değil 2	Hiç önemli değil 1
1. Kendimi ne kadar kötü hissedersenem edeyim, bunun çok uzun sürmeyeceğini biliyorum.						
2. Ailemi (annem, babam ve kardeşlerim) onlardan ayırlamayacak kadar çok seviyorum ve onlarla birlikteyken mutluyum.						
3. Kendimi öldürmekten korkarım (o acıyı çekmekten, kan ve şiddetten korkarım).						
4. Öğrenme ve dünyayı tanıma arzusu duyuyorum.						
5. O kadar beceriksizim ki yöntemim işe yaramaz.						
6. İşlerin daha iyi gideceğinden ve geleceğimin daha mutlu olacağından umudum var.						
7. Cehenneme gitmekten korkarım.						
8. Henüz gencim, önümde yaşanacak, güzel günler var.						
9. Sorunlarıma başka çözümler bulabileceğime inanıyorum.						
10. Çocuklarımla üzerinde zararlı bir etkisi olur.						
11. Yalnızca Tanrı'nın hayatı sonlandırma hakkının olduğuna inanıyorum.						
12. Ölümünden korkarım.						
13. Kendimi seviyorum.						
14. Gelecekte umudum ve beklentilerim var.						
15. Kendimi öldürmek için kullanacağım yöntemin işe yaramayacağından korkarım.						
16. Ailemin (annem, babam ve kardeşlerim) başları önlerinde gezmelerini istemem.						
17. Doğayı seviyorum.						
18. Ölmek için acele etmeye bir anlam veremiyorum.						
19. Diğer insanlar benim bencil ve zayıf biri olduğumu düşünürler.						
20. Sevdiğim ve güvendiğim insan/insanlar var.						
21. Çalışmak insanı mutlu ve başarılı kılar.						
22. Hayatla yüzyüze gelecek cesaretim var.						
23. Dini inançlarımla bunu yasaklar.						
24. Diğer insanların hayatını kontrol edemediğini düşünmelerini istemem.						
25. Arkadaşlarımla çok üzülür, onların acı çekmesini istemem.						
26. İnsanları seviyorum.						
27. Hayatımdan hoşnut ve mutluyum.						
28. Yaşamak için istek duyuyorum.						
29. Kendimi öldürmenin hiçbir sorunu çözemeyeceğine ve bununla hiçbir şey elde edemeyeceğime inanıyorum.						
30. Hayatı seviyorum.						
31. Bu işi nerede, ne zaman ve nasıl yapacağıma karar veremem.						
32. Ailem (annem, babam ve kardeşlerim) çok üzülür, onların acı çekmesini istemem.						
33. Bilinmeyen beni korkutur.						
34. Gururum ve haysiyetim böyle bir şey yapmamı engelliyor.						
35. Beni seven insanlar var.						

		Çok önemli 6	Orduka önemli 5	Biraz önemli 4	Önemli 3	Pek önemli değil 2	Hiç önemli değil 1
36.	Bunun ahlaki açıdan yanlış olduğuna inanıyorum.						
37.	Zorluklar hayata anlam katar ve onlarla mücadele etmek gerek.						
38.	Ailem onları sevmediğimi düşünebilir.						
39.	Daha sonra ailemedikilerin kendilerini suçlamalarını istemem.						
40.	Hayatımın ve kaderimin kontrolünün elimde olduğuna inanıyorum.						
41.	Aileme (annem, babam ve kardeşlerim) karşı sorumluluklarım ve görevlerim var.						
42.	Kendimin yaşamayı sürdürecekt kadar değerli bir insan olduğuna inanıyorum.						
43.	Hayatta her zaman için bir anlam ve yaşamak için bir neden bulabileceğime inanıyorum.						
44.	Hayatın bana sunacağı herşeyi tatmak, denemek istiyorum. Henüz yaşamadığım ama yaşamak istediğim pek çok şey var.						
45.	Yaşam bize tanınmış bir fırsattır, bunu değerlendirmek gerekir.						
46.	Sonunda herşeyde bir hayır olabileceğine inanıyorum.						
47.	Diğer insanların hakkımda neler düşünecekleri önemlidir.						
48.	Hayat sona erdirilemeyecek kadar güzel ve değerlidir.						
49.	Sıkıntılarımla paylaşacak, dertleşebileceğim, bana destek olacak dostlarım var.						
50.	Yaşama özlemekten korkuyorum.						
51.	İntihar etmeye neden olacak kadar kötü bir olay yaşamadım.						
52.	Gelecekte neler olacağını merak ediyorum.						
53.	Yerine getirmeyi istediğim ileriye yönelik planlarım var.						
54.	Hayat tek varlığımızdır ve hiç olmamasından (yok olmaktan) daha iyidir.						
55.	Korkağın biriyim, bunu yapacak cesaretim yok.						
56.	Ailemin (annem, babam ve kardeşlerim) beni bencil ve korkak biri olarak düşünmelerini istemem.						
57.	Ölmek istemiyorum.						
58.	Kendimi öldürmeyecek kadar dengeli ve sağlıklıyım.						
59.	Hala daha yapacak çok şey var.						
60.	Göğüslediğim bütün sıkıntıların öbür dünyada ödüllendirileceğine inanıyorum.						
61.	Yapmaktan zevk aldığım uğraşlar var (müzik dinlemek, spor yapmak, kitap okumak, araba kullanmak vb.).						
62.	Kadere ve Allah'a inanırım ve O'ndan korkarım.						
63.	Beterin beteri vardır.						
64.	Sorunlarıma uyum sağlamayı ya da onlarla başa çıkmayı öğrenebileceğimi sanıyorum.						
65.	Arkadaşlarımdan ayrılmak istemem.						
66.	Kaç yıl yaşayacağımı merak ederim ve yaşlılığı tatmak isterim.						
67.	Ailem (annem, babam ve kardeşlerim) bana bağlıdır ve bana ihtiyaçları var.						
68.	Bir sevdiğim var.						
69.	Hayvanları seviyorum.						
70.	Olayların beni, ölümü isteyecek kadar mutsuz ve umutsuz hale sokabileceğine inanmıyorum.						

POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0=Yok 1=Şüpheli 2=Hafif 3=Orta 4=Belirgin 5=Şiddetli

VARSANILAR

1. İşitsel varsanılar	0	1	2	3	4	5
2. Yorum yapan sesler	0	1	2	3	4	5
3. Aralarında konuşan sesler	0	1	2	3	4	5
4. Somatik ya da dokunsal varsanılar	0	1	2	3	4	5
5. Koku varsanılar	0	1	2	3	4	5
6. Görsel varsanılar	0	1	2	3	4	5
7. Global olarak varsanılar	0	1	2	3	4	5
Altölçek toplam ()						

SANRILAR

8. Kötülük görme sanrıları	0	1	2	3	4	5
9. Kıskançlık sanrıları	0	1	2	3	4	5
10. Suçluluk ya da günahkarlık sanrıları	0	1	2	3	4	5
11. Büyüklük sanrıları	0	1	2	3	4	5
12. Dinsel sanrılar	0	1	2	3	4	5
13. Somatik sanrılar	0	1	2	3	4	5
14. Referans sanrıları	0	1	2	3	4	5
15. Kontrol edilme sanrıları	0	1	2	3	4	5
16. Düşünce okunması sanrıları	0	1	2	3	4	5
17. Düşünce yayınlanması	0	1	2	3	4	5
18. Düşünce sokulması	0	1	2	3	4	5
19. Düşünce çekilmesi	0	1	2	3	4	5
20. Global olarak sanrılar	0	1	2	3	4	5
Altölçek Toplam ()						

GARİP DAVRANIŞ

21. Giyim ve görünüm	0	1	2	3	4	5
22. Toplumsal ve cinsel davranış	0	1	2	3	4	5
23. Saldırgan ve taşkın davranış	0	1	2	3	4	5
24. Yineleyici ya da stereotipik davranış	0	1	2	3	4	5
25. Global olarak garip davranış	0	1	2	3	4	5
Altölçek Toplam ()						

POZİTİF YAPISAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU

26. Raydan çıkma	0	1	2	3	4	5
27. Teğetsellik	0	1	2	3	4	5
28. Enkoherans	0	1	2	3	4	5
29. Mantıksızlık	0	1	2	4	5	6
30. Çevresel konuşma	0	1	2	3	4	5
31. Başlı konuşma	0	1	2	3	4	5
32. Çelinebilir konuşma	0	1	2	3	4	5
33. Klang çağırışım	0	1	2	3	4	5
34. Global olarak yapısız düşünce bozukluğu	0	1	2	3	4	5
Altölçek Toplam ()						

UYGUNSUZ DUYGULANIM

35. Uygunsuз duygulanım	0	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---	---

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU ()

NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0=Yok 1=Şüpheli 2=Hafif 3=Orta 4=Belirgin 5=Şiddetli

DUYGULANIMDA DÜZLEŞME YA DA KÜNTLEŞME

1. Değişmeyen yüz ifadesi	0	1	2	3	4	5
2. Kendiliğinden hareketlerde azalma	0	1	2	3	4	5
3. Jestlerde azalma	0	1	2	3	4	5
4. Zayıf göz ilişkisi	0	1	2	3	4	5
5. Duygusal tepkisizlik	0	1	2	3	4	5
6. Sesle vurgulamada yetersizlik	0	1	2	3	4	5
7. Duygulanımda düzleşmenin global değerlendirilmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

ALOJİ

8. Konuşmanın yoksulluğu	0	1	2	3	4	5
9. Konuşma içeriğinin yoksulluğu	0	1	2	3	4	5
10. Bloklar	0	1	2	3	4	5
11. Yanıttan önce bekleme süresinin uzaması	0	1	2	3	4	5
12. Alogianın global değerlendirilmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

ENERJİ VE İSTEĞİN AZALMASI

13. Kendine bakım ve temizlik	0	1	2	3	4	5
14. İş ya da okulda sebatlılık	0	1	2	3	4	5
15. Fizik enerjinin azalması	0	1	2	3	4	5
16. Enerji ve isteğin azalmasının global değerlendirilmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

ZEVK ALMAMA VE TOPLUMSAL ÇEKİLME

17. Eğlenceye yönelik ilgi ve etkinlikler	0	1	2	3	4	5
18. Cinsel etkinlik	0	1	2	3	4	5
19. Yakınlık duygusu ve yakınlıkta yetersizlik	0	1	2	3	4	5
20. Arkadaş ve akrabalar ile ilişkiler	0	1	2	3	4	5
21. Zevk almama ve toplumsal çekilmenin global değerlendirilmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

DİKKAT

22. Sosyal dikkatsizlik	0	1	2	3	4	5
23. Mental durum değerlendirmesi sırasında dikkatsizlik	0	1	2	3	4	5
24. Dikkatin global olarak değerlendirilmesi	0	1	2	3	4	5

Altölçek Toplam ()

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU ()

HASTA / DENEĞİN AYDINLATILMIŞ ONAMI

1. Ben.....Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yürütülmekte olan.....adlı araştırmaya denek olarak katılmayı gönüllülükle kabul ediyorum.
2. Bana,tarafından :
 - a) Araştırmacının amacı
 - b) Araştırmanın özelliği
 - c) Araştırmanın yararları
 - d) Araştırmanın yan etkileri, varsa tehlikeleri
 - e) Araştırmanın yöntemi, açıklandı.Bu açıklamaları anladım ve gönüllülükle bu onamı verdim.
3. Araştırmanın herhangi bir döneminde araştırmacıya / doktora haber vererek araştırmadan çekilme hakkım olduğu söylendi.
4. Araştırma süresince kendimle ilgili bir olumsuzluk hissettiğimde hangi araştırmacıyı, hangi telefonda arayabileceğimi biliyorum.
5. Araştırma sonuçlarının, eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında benim mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum.
6. Araştırma sırasında araştırma ile doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkisi olan herhangi bir sağlık sorunumun olduğunda bu sorunun giderileceği güvencesi verildi.
7. Gönüllü olarak katılmaya karar verdiğim araştırmanın ekonomik sorumluluğunun bana ait olmadığını biliyorum.

Tanık / Vekil :

Adı Soyadı :

İmzası :

Telefonu :

Hasta/Deneğin :

Adı Soyadı :

İmzası :

Adresi. Telefon :

* Aydınlatan Araştırmacının Adı Soyadı ve İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

1982 yılında Mersin’de doğdu. İlköğrenimini Cengiz Topel İlkokulu, orta ve lise öğrenimini İçel Anadolu Lisesi’nde tamamladı. 1999 yılında Boğaziçi Üniversitesi psikoloji bölümünde lisans öğrenimine başladı. Lisans öğrenimi süresince klinik psikoloji alanında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde ve Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi Başkanlığı’nda çeşitli stajlar yaptı. 2003 yılında lisans öğrenimini tamamladı. Otistiklerle Yaşam Derneği’nde 6 ay süre ile psikolog olarak görev yaptı. Aynı yıl Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’ne atandı ve 2003-2006 yılları arasında buradaki görevini sürdürdü. 2004 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Psikoloji bölümünde yüksek lisans programına başladı. 2006 yılı Haziran ayında Rize Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu İl Müdürlüğü’ne bağlı Aile Danışma Merkezi’nde çalışmaya başladı. Halen buradaki görevine devam etmektedir.