

T.C.
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

**KLİNİKTE İZLENEN BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA
ÖZKIYIM DÜŞÜNCELERİNİN VE GİRİŞİMLERİNİN YAYGINLIĞI
VE RİSK FAKTÖRLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Burcu Yüçetürk

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Simavi Vahip

İzmir

2012

TEŞEKKÜR

Acısıyla tatlısıyla asistanlık serüvenimin sonuna gelmiş bulunuyorum.

Bu süreçte bilimsel bir çalışmanın nasıl yapılacağını öğreten, planlamanın önemini anlamamı sağlayan; insani ve ahlaki değerleri ile de örnek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Simavi Vahip'e;

Mesleki tecrübelerinden yararlandığım, her birinden ayrı bir şeyler öğrenerek daha donanımlı hale gelmemi sağlamış olan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın saygıdeğer öğretim üyelerine;

Çok zor zamanlarda desteklerini ve ilgilerini esirgemeyen sevgili hocalarım Prof. Dr. Işıl Vahip'e ve Prof Dr. Fisun Akdeniz'e;

Kapısını aşındırmama rağmen güler yüzünü hiç eksik etmeyen EUTF Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı'ndan Arş Gör Hatice Uluer'e;

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma ve tüm Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı çalışanlarına;

Enerjisiyle motivasyonumu her daim artıran sevgili hocam Serap Akgür'e;

Sıkışık zamanlarda hızır gibi yetişen arkadaşlarım E. Aktan Mutlu, Demet Havaçeliği, Umut Kırılı ve Aslı Erdem'e;

Aramızdan bu çok erken ayrılışına hala alışamadığım fakat varlığıyla yaşamımızı anlamlandırmış olan biricik Aymiramıza;

Bildiğim en sağlam yumuşak duvar olan sevgili aileme; anneme, babama, kardeşime ve halama;

Teşekkürler, iyi ki varsınız...

ÖZET

Yüctürk B (2012) Klinikte İzlenen Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Özkıyım Düşüncelerinin ve Girişimlerinin Yaygınlığı ve Risk ve Faktörleri ile İlişkisi

Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Ayaktan izlenen bipolar bozukluk tanılı hastalarda, özkıyım düşünceleri ve girişimlerinin yaygınlığının; olası risk faktörleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmanın örneklemini, DSM-IV tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk tanısı almış, depresyon ve mani yönünden remisyonda olan, güvenilir bilgi vermeyi engelleyecek derecede bellek ve bilinç sorunu olmayan, ayaktan hasta biriminde takip edilen gönüllü 108 hasta oluşturmaktadır. Hastalar ilk olarak yaşam boyu özkıyım girişimi olan grup, özkıyım girişimi olmayıp yalnızca özkıyım düşüncesi olan grup ve özkıyım davranışı olmayan grup olarak üç ana gruba bölünmüştür. Ardından yaşam boyu özkıyım davranışı (girişim ve/veya düşünce) olan ve olmayan iki grup olarak sınıflandırılmıştır. En son olarak yaşam boyu özkıyım girişimi olan grup ve özkıyım girişimi olmayan (yaşam boyu yalnızca düşünce var ve /veya özkıyım davranışı yok) grup olarak gruplandırılmışlardır. Hastaların sosyodemografik özelliklerine ve hastalık özelliklerine ait bilgiler hastanın kendisi ve en az bir yakını ile görüşülerek; tüm tıbbi kayıtları incelenerek elde edilmiştir. Dürtüsellik, Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 kullanılarak değerlendirilmiştir. Özkıyım davranışından alıkoyan nedenleri değerlendirmek için Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda, gruplar arasında sosyodemografik özellikler açısından fark bulunmamıştır. Yaşam boyu özkıyım davranışı alkol-madde kullanım bozukluğu ektanısı varlığı (*OO: 8,29 ve %95 GA: 0,94-73,04*), ağır depresif dönem geçirme öyküsü (*OO: 4,35 ve %95 GA: 1,72-11,06*), toplam hasta geçirilen süre (*OO: 1,01 ve %95 GA:1,00-1,02*) ve motor dürtüsellik (*OO: 1,15 ve %95 GA: 1,02-1,03*) ile ilişkilidir. Yaşam boyu özkıyım girişimi ise ağır depresif dönem öyküsü (*OO: 2,54 ve %95 GA: 0,99-6,47*), herhangi bir dönemde yatış öyküsü (*OO: 10,73 ve %95 GA: 2,16-53,35*) ve ailede tamamlanmış özkıyım öyküsü (*OO: 3,97 ve %95 GA: 1,24-12,6*) ile ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre bipolar bozukluk tanılı hastalarda, yaşam boyu özkıyım davranışı ağır hastalık seyri ve alkol-madde kullanım bozukluğu ektanısı varlığıyla; uzamış belirtili geçen süre ve yüksek motor dürtüsellik ile artmaktadır.

ANAHTAR KELİMELELER: Bipolar bozukluk, özkıyım davranışı, yaygınlık, risk faktörleri, dürtüsellik

ABSTRACT

Yüçetük B (2012) Prevalence of Suicide Attempts and Suicidal Ideation within Bipolar Disorder Patients Followed in Outpatient Clinic and Realitionsip with Risk Factors
Medical Speciality Thesis, Ege University School of Medicine, Department of Psychiatry, İzmir

OBJECTİVES: The aim of this study is to evaluate prevalence of suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder patients followed in outpatient clinic and the relationship with potantiel risk factors.

METHOD: Patients having a diagnosis as bipolar disorder on the basis of DSM-IV criteria, followed in Ege University Affective Disorders outpatient clinic and remission state in terms of depression and mania on the study period, who did not have memory or consciousness problems that could prevent giving reliable information was included in the study. The number of volunteers was 108. In first step, patients were divided into three main groups as “patients with at least one suicide attempt in their lifetime”; “patients without a history of suicide attempt but with a history of suicidal ideation in their lifetime” and “patients without a history of suicidal behavior”. Next, the sample was classified as “patients with a history of suicial behavior (attempt and/or ideation) in their lifetime” and “patients without a history of suicidal behavior in their lifetime”. Finally, sample was classified as “patients with at least one suicide attempt in their life” and “patients without a history of suicide attempt (only suicidal ideation positive but never attempt and/or no suicidal behavior ever) in their lifetime. Information about patient’s sociodemographic characteristics and properties of disorder were gained by interviewing with both patient and at least one relative, also whole medical records were scanned. Impulsivity was evaluated by Barrat Impulsivity Scale-11. Factors preventing suicide was evaluated by Reasons For Living Inventory (RFL).

RESULTS: Difference was not found in behalf of sociodemographic characteristics between groups in our study. Lifetime history of suicidal behavior was associated with presence of comorbid alcohol and substance usage disorder diagnosis (*OR: 8.29 ve 95% CI: 0.94-73.04*), history of severe depressive epizod (*OR: 4.35; 95% CI: 1.72-11.06*), duration of active illness periods (*OR: 1.01; 95% CI:1.00-1.02*), motor impulsivity (*OR: 1.15; 95% CI: 1.02-1.03*). is Lifetime history of suicide attempt was associated with history of severe depressive epizods (*OR: 2.54; 95% CI: 0.99-6.47*), history of hospitalization (*OR: 10.73; 95% CI: 2.16-53.35*) and family history of completed suicides (*OR: 3.97; 95% CI: 1.24-12.6*) .

CONCLUSION: Suicidal behavior in bipolar disorder patients increase with poor prognosis of the disorder, comorbid alcohol and substance usage disorder, long duration of active illness periods and high motor impulsivity.

KEY WORDS: Bipolar disorder, suicidal behavior, prevalence, risk factors, impulsivity

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ	1
1.1 Tanım, Yaygınlık ve Önem	1
1.2 Risk Faktörleri - İlişkili Faktörler	4
1.2.1 Sosyodemografik Özellikler - Özkıyım Davranışı İlişkisi	4
1.2.2 Kullanılan Yöntem -Özkıyım Davranışı İlişkisi.....	6
1.2.3 Hastalık Özellikleri - Özkıyım Davranışı İlişkisi.....	8
1.2.4 Tıbbi Durum - Özkıyım Davranışı İlişkisi	8
1.2.5 Önceki Özkıyım Girişimi Öyküsü - Özkıyım Davranışı İlişkisi.....	9
1.2.6 Ailedeki Özkıyım Öyküsü - Özkıyım Davranışı İlişkisi.....	9
1.2.7 Bipolar Bozuluk-Dürtüsellik-Özkıyım Davranışı İlişkisi	9
1.3 Türkiye’de Bipolar Bozuklukta Özkıyım Konulu Çalışmalar ve Çalışmanın önemi	10
2. ÇALIŞMANIN AMACI	11
3. VARSAYIMLAR.....	12
4. YÖNTEM.....	14
5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	18
6. BULGULAR	19
7. TARTIŞMA	72
8. KAYNAKLAR.....	84
9. EKLER	98

KISALTMALAR DİZİNİ

- BDÖ-11** : BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ-11
- BP-I** : BİPOLAR I BOZUKLUK
- BP-II** : BİPOLAR II BOZUKLUK
- DSM-IV** : DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISODERS 4
(Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı)
- DSÖ** : DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
- HAM-D** : HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ
- SCID-I** : STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR THE DSM-IV AXIS-I
DISORDERS
- TÜİK** : TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU
- YMRS** : YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ
- YBÖD** : YAŞAM BOYU ÖZKIYIM DAVRANIŞI
- YBÖG** : YAŞAM BOYU ÖZKIYIM GİRİŞİMİ
- YSNE** : YAŞAMI SÜRDÜRME NEDENLERİ ENVANTERİ

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 Yaşam boyu özkıyım girişimi olan, özkıyım girişimi olmayıp yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların dağılımı

Şekil 2 Yaşam boyu özkıyım davranışı (özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi) olan ve olmayan grupların dağılımı

Şekil 3 Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan (yalnızca özkıyım düşüncesi var ve/veya özkıyım davranışı yok) grupların dağılımı

Şekil 4 Özkıyım girişimlerinin hastalık dönemlerine göre dağılımı (girişimi olan grupta)

Şekil 5 Özkıyım girişimlerinin hastalık dönemlerine göre dağılımı (tüm olgularda)

Şekil 6 Yaşam boyu özkıyım girişimi olan hasta grubunda özkıyım girişiminde kullanılan yöntemlerin dağılımı

TABLolar DİZİNİ

- Tablo 1** Üç grubun yaş ve toplam eğitim yılı karşılaştırılması
- Tablo 2** Üç grubun diğer sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması
- Tablo 3** Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların yaş ve toplam eğitim yılı karşılaştırılması
- Tablo 4** Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların diğer sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması
- Tablo 5** Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların yaş ve toplam eğitim yılı karşılaştırılması
- Tablo 6** Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların diğer sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması
- Tablo 7** Üç grubun hastalık başlangıç yaşı ve hastalık sürelerinin karşılaştırılması
- Tablo 8** Üç grubun tanı alt tipi ve diğer hastalık özelliklerinin karşılaştırılması
- Tablo 9** Üç grubun ağır hastalık dönemleri açısından karşılaştırılması
- Tablo 10** Üç grubun ailede psikiyatrik bozukluk ve özkıyım davranışı (girişim, tamamlanmış özkıyım) öyküsü yönünden karşılaştırılması
- Tablo 11** Üç grubun hastaneye yatış sayılarının karşılaştırılması
- Tablo 12** Üç grubun belirtili dönem süreleri ve hasta geçirilen süreler yönünden karşılaştırılması
- Tablo 13** Üç grubun halen kullanmakta olduğu duygudurum dengeleyici dışı psikotrop ilaçlar açısından karşılaştırılması
- Tablo 14** Üç grubun geçmişte EKT uygulanma öyküsünün karşılaştırılması
- Tablo 15** Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresinin karşılaştırılması
- Tablo 16** Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların tanı alt tipi ve diğer hastalık özelliklerinin karşılaştırılması
- Tablo 17** Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların ağır hastalık dönemleri açısından karşılaştırılması
- Tablo 18** Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların ailede psikiyatrik hastalık ve özkıyım davranışı öyküsünün karşılaştırılması
- Tablo 19** Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların hastaneye yatış sayılarının karşılaştırılması
- Tablo 20** Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların belirtili dönem süreleri ve hasta geçirilen süreler yönünden karşılaştırılması

- Tablo 21** Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların halen kullanmakta olduğu duygudurum dengeleyici dışı psikotrop ilaçlar açısından karşılaştırılması
- Tablo 22** Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların geçmişte EKT uygulanma öyküsünün karşılaştırılması
- Tablo 23** Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresinin karşılaştırılması
- Tablo 24** Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların tanı alt tipi ve diğer hastalık özelliklerinin karşılaştırılması
- Tablo 25** Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların ağır hastalık dönemleri açısından karşılaştırılması
- Tablo 26** Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların ailede psikiyatrik hastalık ve özkıyım davranışı öyküsünün karşılaştırılması
- Tablo 27** Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların hastaneye yatış sayılarının karşılaştırılması
- Tablo 28** Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların belirtili dönem süreleri ve hasta geçirilen süreler yönünden karşılaştırılması
- Tablo 29** Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan olguların halen kullanmakta olduğu DDD* dışı psikotrop ilaçlar açısından karşılaştırılması
- Tablo 30** Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların geçmişte EKT uygulanma öyküsünün karşılaştırılması
- Tablo 31** Üç grubun BDÖ-11 puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 32** Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların BDÖ-11 puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 33** Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların BDÖ-11 puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 34** Üç grubun YSNE puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 35** Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların YSNE puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 36** Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların YSNE puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 37** Lojistik regresyon analizine göre yaşam boyu özkıyım davranışını yordayan değişkenler
- Tablo 38** Lojistik regresyon analizine göre yaşam boyu özkıyım girişimini yordayan değişkenler

1. GİRİŞ

1.1. Tanım, Yaygınlık ve Önem

Özkıyım davranışının topluma, bireyin kendisine ve çevresine, sonraki nesillere olan etkisi göz önüne alındığında bu konunun neden yıllardır toplumbilimciler ve ruh sağlığı alanında çalışanlar için önemli bir inceleme alanı olduğu daha iyi anlaşılmaktadır. Bugüne kadar bu alanda yapılan çalışmalarda özkıyım davranışının sıklığı, nedenleri ve olası risk faktörleri gibi araştırma alanlarında farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu konuyu incelerken işe “özkıyım” teriminin tanımıyla başlamak kavramsal karmaşayı azaltmak ve bu tanıma karşılık gelen grubu belirlemek açısından yararlı olacaktır.

Fransız toplumbilimci Emile Durkheim 1987 yılında yayınladığı “Le Suicide-Etude Sociologique, İntihar- Toplumbilimsel İnceleme” adlı yapıtında, ilk başta bireysel bir davranış bozukluğu sayılabilecek olan özkıyım olayının toplumsal etkenleri bulunduğunu göstermiştir. Durkheim’a göre: “ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz bir eylemin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayına özkıyım” ve yine bu biçimde tanımlanan, ama “ölümle sonuçlanmadan durdurulan eyleme özkıyım davranışı” denir (1).

Bugün için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) özkıyımı: “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül maksatlı olarak kendisine zarar vermesi” şeklinde tanımlamaktadır (2). Özkıyım davranışı özkıyım düşüncesini, özkıyım girişimini ve tamamlanmış özkıyımı kapsamaktadır. Özkıyım düşüncesi, kişinin aklından sık sık özkıyım ile ilişkili düşüncelerin geçmesi ve bunların kişi tarafından açıkça ifade edilmesi olarak ifade edilebilir. Özkıyım girişimi kişinin kendini öldürme maksadıyla gerçekleştirdiği ancak ölümle sonlanmayan eylemleri ifade eder. Tamamlanmış özkıyım ölümle sonuçlanan özkıyım girişimi anlamına gelmektedir (3).

Yakından bakıldığında özkıyım davranışı, tüm dünyada yaygın bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. DSÖ, 2002 yılında, özkıyımın önlenmesi için gerekli stratejilerin belirlenmesi amacıyla beş kıtayı kapsayan, özkıyım girişiminde bulunan kişilere randomize klinik müdahaleleri ve biyolojik incelemeleri (DNA ve stresle ilişkili hormonlar) içeren ve bir dizi sosyokültürel göstergiyi kıyaslayan Suicide Prevention- Multi-site Intervention Study on Suicide (SUPRE-MISS) çalışmasını organize etmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre her yıl bir milyon kişi özkıyım nedeniyle ölmektedir. Diğer bir deyişle özkıyım

nedeniyle ölüm oranı 100.000' de 16 kişidir. Her tamamlanmış özkıyım karşılık 20 özkıyım girişimi meydana gelmektedir (2). Son veriler gençlerde özkıyım hızının bazı ülkelerde azalırken bazılarında sabit kaldığını veya hafif arttığını göstermektedir. Yine de gelişmiş ülkelerde 15-24 yaş arasındaki kişilerde özkıyım nedeniyle ölüm, ilk üç ölüm nedeni arasında yer almaktadır (4). Ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin, ölüm nedeninin saptanamamasının veya damgalama gibi nedenlerle bildirimindeki farklılıkların, ruhsal hastalıkların tanı ve tedavisindeki değişikliklerin ve özkıyım davranışına neden olabilecek etmenlerin saptanıp gerekli girişimlerin yapılmasının özkıyım oranlarındaki farklılıkta rol oynadığı düşünülmektedir (4, 5). Tüm yaş grupları birlikte değerlendirildiğinde özkıyım nedeniyle ölümlerin dünya genelinde artma eğiliminde olduğu söylenebilir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)' nun verileri incelendiğinde kaba özkıyım hızının 1974-2009 yılları arasında 1,58'den 4.03'e yükselmiş olduğu görülmektedir (6). DSÖ'nün desteklediği Avrupa'da özkıyım davranışının araştırıldığı çok merkezli bir çalışmada Ankara ili Mamak bölgesinde özkıyım girişim hızı 1998-2001 yılları arasındaki %93,58'lik bir artış göstermiştir (7). Yani özkıyım davranışı sıklığı dünyadaki gibi ülkemizde de artma eğilimindedir. Bugüne kadar yapılan araştırmalardan elde edilen veriler, özkıyım nedeniyle ölen bireylerin %90'ından fazlasının, özkıyım eylemini gerçekleştirdikleri sırada bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduklarına işaret etmektedir (8, 9). Psikiyatrik bozuklukların tedavisinde son yarım yüzyılda katedilen yol göz önüne alındığında bu rakamların hala bu kadar yüksek kalması düşündürücüdür. Bu nedenle halk sağlığı, sosyoloji, psikoloji ve psikiyatri alanlarında çalışan pek çok araştırmacı, özkıyım davranışına eşlik eden diğer risk faktörlerini, koruyucu faktörleri ve etiyolojik faktörleri araştırarak önleme stratejileri geliştirmeye çalışmaktadır.

Psikiyatrik bozukluklardaki tamamlanmış özkıyım sıklığı ise birbirinden farklıdır. Duygudurum bozuklukları başta olmak üzere, alkol-madde kötüye kullanımı, şizofreni, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozukluklarında ve bu bozuklukların ektanlı olduğu durumlarda tamamlanmış özkıyım riski, genel popülasyondan ve diğer bozukluklardan, daha yüksektir (10). Şizofreni için bildirilen özkıyım oranları %4-13 arasında değişmekle birlikte toplumdaki özkıyım oranlarından belirgin olarak yüksektir. Rakamlar arasındaki bu farklılığın, bazı çalışmalara şizoaffektif bozukluğu olan hastaların da dahil edilmesi neticesinde meydana geldiği ileri sürülmektedir (11). Sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla ektanlı bir durum olarak karşımıza çıkan alkol-madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları için durum şöyledir. Alkol bağımlılığı olan kişilerin yaklaşık %40'ı yaşamlarının herhangi bir anında özkıyım girişiminde bulunmaktadır ve bu kişilerin %7'si

özkıyım nedeniyle yaşamlarını kaybetmektedir (12). Özkıyım nedeniyle ölen psikiyatri hastalarında kişilik bozukluğu oranı %15,2 iken özkıyım nedeniyle ölen genel popülasyondaki bireylerde bu oran %3,2 olarak bildirilmektedir. Psikolojik otopsi çalışmalarında ise erkek cinsiyetinde daha yüksek olmakla birlikte kişilik bozukluğu oranının %16,2 olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmalarda, geriye dönük olarak kişilik bozukluğu tanısı koymanın eksen I tanısı koymak kadar kolay olmadığını vurgulayan araştırmacılar, kişilik bozukluklarının özkıyım riskinde görünenden daha fazla bir rol oynayabileceğini ileri sürmektedirler (13). Dürtüsel davranışlarıyla klinik pratiğimizde görmeye alıştığımız sınır kişilik bozukluğu olan bireylerde kendini yaralama davranışı, eksen I ve eksen II ektanları sıktır. Bu bireylerin 3/4' ü özkıyım girişiminde bulunurken (14) %8-10'u özkıyım nedeniyle yaşamını kaybetmektedir (15). Antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerde ektanılar sıktır ve kendini yaralayıcı davranışlar ve şiddet olayları nedeniyle yaşamını kaybetme olasılığı yüksektir. Bu kişilerde özkıyım girişimi sıklığı %11, özkıyım nedeniyle ölüm %5 olarak bildirilmektedir (16). Anksiyete bozuklukları ile özkıyım düşüncesi arasında ise yakın bir ilişki vardır. Toplum tabanlı uzunlamasına bir çalışmada önceden var olan anksiyete bozukluğunun sonradan ortaya çıkan özkıyım düşüncesi için bağımsız bir risk faktörü olduğu belirtilmekte ve duygudurum bozuklukları ile anksiyete bozukluğu ektanısının özkıyım riskini artırdığını vurgulanmaktadır (17). Birçok çalışmada özkıyım davranışı için en riskli grup olarak duygudurum bozuklukları işaret edilmektedir. Epidemiyolojik bir alan çalışmasında, genel toplumda, bipolar bozukluğu olan hastaların %29'unun yaşamları boyunca en az bir kez özkıyım girişiminde bulunduğu bildirilmektedir. Klinik örnekleme ise bu oran %25-56 arasında değişmektedir. Bipolar bozukluğu olan hastalarda özkıyım nedeniyle ölüm oranı ise %10-19 arasındadır (18). Major depresif bozukluğu olan bireylerin %15'nin yaşamlarının herhangi bir anında özkıyım girişiminde bulunduğu ve bu oranın klinik popülasyonda %40'a kadar yükseldiği görülmektedir. Özkıyım nedeniyle ölenleri değerlendiren ve bu kişilerin özkıyım girişiminde buldukları sırada %60' ının depresyonda olduğunu bildiren araştırmacılar, depresyonda olmanın özkıyım riskini 20 kata kadar artırabileceğine işaret etmektedir (19). Duygudurum bozukluklarının tedavisinde yaygın olarak kullanılan ve uzun dönem koruyuculuğu kanıta dayalı olarak ortaya konmuş olan duygudurum dengeleyicilerine baktığımızda, bir tek lityumun, lityum kan düzeyi açısından yakın takip edilen ve ilaç uyumunun çok iyi olduğu bilinen kişilerde özkıyım riskini azalttığı gösterilmiştir (20).

1.2. Risk Faktörleri- İlişkili Faktörler

Özkıyım nedeniyle hayatını kaybeden olgular incelendiğinde, özkıyım girişimi öncesindeki bir yılda, her dört kişiden birinin birinci basamaktaki bir sağlık çalışanıyla; üçte birinin ise ruh sağlığı merkezleri ile temasa geçtiği görülmektedir. Özkıyım girişimi öncesi son bir aya bakıldığında tamamlanmış özkıyım olgularının yaklaşık olarak %45'inin birinci basamağa ve başka %20'sinin bir uzmana başvurduğu bildirilmektedir (21). Bu rakamlar bize, sağlık kurumlarına başvuru anında özkıyım riski daha yüksek olan olguların saptanıp gerekli müdahalenin yapılmasının, hayat kurtarıcı olabileceğini düşündürmektedir. Yukarıda özkıyım riskinin, duygudurum bozukluğu olan hastalarda, diğer psikiyatrik bozukluklara sahip olanlarla kıyaslandığında daha yüksek olduğundan bahsetmiştik. Bundan sonraki bölümde genel toplumda ve bipolar bozukluk tanılı hastalarda özkıyım davranışı açısından ilişkili faktörler, tanımlanmış risk faktörleri ve özkıyım etiyojisi üzerinde durulacaktır.

1.2.1 Sosyodemografik Özellikler - Özkıyım Davranışı İlişkisi

Genel toplumda özkıyım girişimi, kadınlarda erkeklerden üç kat daha fazla görülmektedir. Oysa tamamlanmış özkıyım oranlarına bakıldığında, bu oran erkeklerde kadınlardaki oranın dört katıdır (22). Cinsiyetler arasındaki bu farklılığı açıklamak için bir dizi görüş ileri sürülmüştür. Erkeklerin daha öldürücü yöntemler seçmesi, alkol-madde kullanımı ile ilgili sorunların erkeklerde daha yaygın olması ve yardım arama davranışları arasındaki farklılıklar bunlardan bazılarıdır (22,23). Araştırmacılar, cinsiyetin sadece özkıyım oranlarını etkilemekle kalmayıp başka risk faktörleri ile de ilişkili olabileceğini belirtmektedir. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda, genel toplumda olduğu gibi, kadınlarda özkıyım girişimi erkeklerden daha sık görülmektedir. Ancak özkıyım girişimi açısından her iki cins arasında fark olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Tamamlanmış özkıyım oranlarına bakıldığında ise bipolar bozukluk tanılı hastalarda genel toplumdan farklı olarak erkeklerin belirgin bir üstünlüğü yoktur (24).

Yaş ile özkıyım arasındaki ilişkiye bakacak olursak, genel toplumda özkıyım girişimi gençlerde yaşlılara göre daha sık görülmektedir. Ancak tamamlanmış özkıyım oranları yaşla birlikte artış göstermektedir. Özellikle 85 yaş üzerindeki beyaz erkeklerde bu oran en yüksek değerine ulaşır. Yaşlı kişilerin hayatını sonlandırma konusunda daha kararlı olmaları, yalnızlık, ekonomik güçlükler, ilaçlara ulaşabilmelerinin daha kolay olması gibi pek çok faktörün bu duruma katkısı olduğu belirtilmektedir (4,25). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda

özkıyım davranışı ile yaş arasındaki ilişki biraz daha karmaşıktır. Bu bozukluğun sıklıkla genç erişkin dönemde başlaması beraberindeki birçok faktörle birlikte özkıyım davranışının daha genç yaşlarda ortaya çıkmasına neden oluyor gibi görünmektedir.

Boşanmış, dul veya hiç evlenmemiş olmak genel toplumda yüksek özkıyım davranışı riski ile ilişkilendirilen medeni durumlardır (17,24). Evli ve çocuklu olmanın özellikle beyaz ırkta ve erkeklerde koruyucu bir faktör olduğu vurgulanır. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda ise bu ilişki bu kadar net değildir. Bu hastalarda genel toplumda olduğu gibi boşanmış, dul veya hiç evlenmemiş olmayı yüksek özkıyım davranışı riski ile ilişkilendiren çalışmalar (26) olduğu gibi medeni durumu hastalığın kendisiyle ilişkilendiren çalışmalar da bulunmaktadır (22,24).

Özkıyım davranışı sıklığı nedenleri net olarak bilinmese de ırklar arasında farklılık göstermektedir. Birleşik Devletler’de özkıyımların %90’ı beyaz ırka mensup bireyler tarafından gerçekleştirilmektedir (22). Yakın zamanlı bir gözden geçirme çalışması Afrika-Amerikalı yetişkin erkeklerde özkıyım oranlarının artma eğiliminde olduğu belirtilerek bu popülasyonda koruyucu faktörlerin yeterince araştırılmadığına vurgu yapmaktadır (27). Toplum örneklemli bir çalışmada Anglo-Amerikalı bipolar bozukluk tanılı hastalarda, Hispanik-Amerikalı ve Afrika-Amerikalılar’a göre daha yüksek özkıyım oranları bildirilmektedir. Klinik çalışmaların sonuçları ise çelişkilidir (22).

Sosyoekonomik durum ile özkıyım davranışı arasındaki ilişkiyi incelemeye, toplumbilimcilerin görüşleriyle başlamak aydınlatıcı olacaktır. Emile Durkheim kitabında, her toplumun kendine özgü olan bir “toplumsal özkıyım oranı” bulunduğunu belirtir. Toplumsal özkıyım oranını belirleyen, özkıyım olayıyla birlikte görülen kimi toplumsal etkenler olduğunu; özkıyımın nasıl oluştuğunu anlamamızı sağlayacak olanın da bu etkenler olduğunu ileri sürmektedir. Dinsel bağlılık, evlilik, aile yaşamı, siyasal ve ulusal bağlar gibi toplumsal etkenleri oluşturan ögeler ile özkıyım olayları arasındaki ilişkiyi inceleyen Durkheim, özkıyım türlerini “bencil, elcil ve kuralsızlık özkıyımları” olarak sınıflandırır. Toplumsal özkıyım oranlarının devrim hareketleri, savaşlar gibi kolektif bilincin bireysel bilinci sınımsız sardığı durumlarda düştüğünü, ekonomik bunalımlarla ise arttığını vurgulamaktadır. Durkheim’in kuralsızlık özkıyımları ile ilişkilendirdiği ekonomik bunalımların bir sonucu da, o toplumda işsizlik oranlarının artmasıdır (1). Ülkemizde de son 10 yılda yaşanan ekonomik krizlerle birlikte işsizlik oranlarının da arttığı görülmektedir (28). Özkıyım alanında yapılan çalışmalar, bireyin iş durumu ve özkıyım davranışı arasındaki ilişki açısından toplumbilimsel verileri desteklemektedir. Özkıyım oranları, sebepleri karmaşık olmakla birlikte, işsizlerde daha

yüksektir (10,29). İş sahibi olanlar arasında başta anestezi uzmanları olmak üzere tıp doktorları, diş hekimleri ve eczacılar daha yüksek risk taşımaktadırlar. Bu kişilerde özkıyım yönteminin ulaşılabilir olmasının riski artırdığı üzerinde durulmaktadır (10). Duygudurum bozukluklarında ise ekonomik güçlükler ve iş sorunları tıpkı yakın ilişkilerde çatışma ve kayıp durumlarında olduğu gibi tetiği çeken mekanizmalar olarak değerlendirilir (22). Duygudurum bozukluğu nedeniyle yatarak tedavi gören veya yakın zamanda taburcu edilip özkıyım nedeniyle ölen hastaların, özkıyım risk faktörleri açısından araştırıldığı bir vaka-kontrol çalışmasında, çalışmaya kabulden önceki bir yıl içinde iş kaybının olmasının özkıyım riskini artırdığı belirtilmektedir. Bu hastalarda iş kaybıyla mı özkıyım davranışının tetiklendiği yoksa ağır hastalığın mı iş kaybına neden olarak diğer faktörlerle birlikte özkıyımla sonlandığı net değildir (23).

Genel toplumda bireyin eğitim durumunun ve sosyal statüsünün düşük olması artmış özkıyım riski ile ilişkilendirilirken duygudurum bozukluğu olan hastalarda bu ikisi daha az önem taşıyor gibi görünmektedir. Özkıyım davranışı ile ilgili risk faktörlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, bipolar bozukluğu olan hastalarda, özkıyım girişiminde bulunanlar ile bulunmayanların ortalama eğitim yılının aynı olduğu bildirilmiştir (22).

Sonuç olarak sosyodemografik veriler ile özkıyım davranışı arasındaki ilişki, bipolar bozukluk tanılı hastalarda, genel toplumda olduğu kadar net değildir. Bu konuda yapılacak daha geniş örneklemlerle klinik izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

1.2.2. Kullanılan Yöntem-Özkıyım İlişkisi

Özkıyım girişiminde kullanılan yöntem, sonucu etkileyeceğinden önemlidir. Genel olarak hem kadın hem de erkekler için ilaç içme en sık kullanılan yöntemdir. Tamamlanmış özkıyım oranlarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğunu ve bu durumun nedenlerinden birinin erkeklerin daha öldürücü yöntemler seçmesi olduğu yukarıda belirtilmişti. Buna göre erkeklerin sıklıkla ateşli silah, ası, yüksekten atlama; kadınların ise yüksek dozda ilaç alma, zehirlenme, bileklerini kesme gibi yöntemleri tercih ettikleri görülmektedir (30). Ülkemizde ise TÜİK verilerine göre, tamamlanmış özkıyımların büyük çoğunluğu ası ile gerçekleştirilmekte ve asıyı ateşli silahlar izlemektedir (31). Kişinin girişim sırasındaki niyeti de yöntem seçiminde etkili gibi görünmektedir. Kendini yaralama eylemini ölme niyetiyle yapanlar ve ölmeyi amaçlamayanların karşılaştırıldıkları bir çalışmada birinci grubun daha öldürücü yöntemleri tercih ettikleri bildirilmektedir (32).

Öldürücülüğü yüksek yöntemlerin kolay ulaşılır olması ile de özkıyım oranları arasında bir ilişki vardır. Şöyle ki; bu yöntemlerin kullanılmasıyla tamamlanmış özkıyım oranları özkıyım girişimi oranlarına yaklaşmaktadır. Öldürücülüğü yüksek yöntemlere ulaşımın kısıtlanmasının, özkıyım oranlarını direk etkilemese bile kişinin başka bir yöntem kullanmasına neden olarak sağkalım üzerine olumlu bir etkisi olabileceği vurgulanmaktadır. Birleşik Devletlerde, silahlanmanın kanunlarla kontrol edildiği şehirlerde, ateşli silahla özkıyım girişimiyle ölümlerin azaldığı bildirilmektedir. Dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta psikiyatrik bozuklukların tedavisinde yaygın olarak kullanılan antidepresan ilaçlardır. Seçici serotonin geri alım inhibitörlerini (SSGI) kullananlarla trisiklik antidepresan kullananlar arasında özkıyım girişim oranları açısından fark yoktur. Ancak bu ilaçların aşırı dozda alınmaları halinde SSGI kullananların sağkalım oranlarının daha yüksek olduğu akılda tutulmalıdır (8). Duygudurum bozukluğu tanılı olgular incelendiğinde bipolar bozukluk tanısı olanların unipolar depresyon tanılı olgularla kıyaslandığında daha öldürücü yöntemleri seçtikleri belirtilmektedir (33). Bipolar bozukluk tanılı hastaları geçmişte özkıyım girişimi yaparken kullandıkları yöntemlere göre öldürücülüğü yüksek ve düşük yöntem kullananlar olarak sınıflandıran kesitsel bir çalışmada, öldürücülüğü yüksek yöntemleri tercih edenlerin ölüm niyetlerinin diğer gruptan daha yüksek olduğu ve daha fazla sayıda özkıyım girişiminde buldukları bildirilmiştir (34). Bipolar bozukluk alt tipleri arasında özkıyım girişiminde kullanılan yöntem açısından farklılıklar var gibi görünmektedir. Yakın zamanlı bir gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasında bipolar II bozukluk (BP-II) tanılı hastalarda, özkıyım girişimi sıklığının bipolar I bozukluk (BP-I) tanılı hastalardakine benzer oranda olduğu vurgulanmıştır. Aynı çalışmada, BP-II tanılı hastaların kullandığı yöntemlerin öldürücülüğünün yüksek olduğuna dikkat çekilerek bu hastaların, özkıyım girişimi ile başvurduklarında, özkıyım ile ilişkili risk faktörleri açısından taranmaları gerektiği belirtilmiştir (35).

Bu bilgiler ışığında kişinin özkıyım girişiminde kullandığı yöntemin özkıyım niyeti ve bu eylemin sonucu ile yakın bir ilişki içinde olduğu söylenebilir. Bu durum ölümcüllüğü yüksek olan ve şiddet içeren özkıyım girişimlerinden sağ kurtulan kişilerin izleminde akılda tutulması gereken önemli bir noktadır.

1.2.3. Hastalık Özellikleri - Özkıyım Davranışı İlişkisi

Bipolar bozukluk alt tipleri arasında özkıyım sıklığı açısından farklılıklar vardır. Bipolar II bozukluk (BP-II) tanılı hastalardaki özkıyım sıklığı bipolar I bozukluk (BP-I) tanılı hastalardan daha yüksektir (35,36). Bu durumun BP-II tanılı hastalarda, alkol-madde kötüye kullanımı, anksiyete bozukluğu ektanılarının ve eksen II bozuklukların daha sık olmasına, daha kronik bir seyri olmasına, daha belirgin olarak mevsimsel bir gidiş izlemesine, hastalık öncesi işlevselliğe daha zor dönülmesine, iyilik dönemlerinin kısa olmasına, hızlı döngülülüğün daha fazla olmasına, depresif belirtilerin daha şiddetli bozulmaya neden olmasına ve eşik altı belirtilerin daha sık görülmesine bağlı olduğu ileri sürülmektedir (35). Tamamlanmış özkıyım için önceki özkıyım girişimi öyküsü, depresyonun şiddeti (ağır olması) ve umutsuzluk hissi önemli risk faktörleridir. Ölümcül olmayan girişimlerde hastalığın erken başlangıç yaşı, uzamış depresyon dönemleri, karma dönemler, hızlı döngülülük ve eksen I-II ektanlı durumlar risk faktörleri olarak işaret edilmektedir (36, 37).

1.2.4. Tıbbi Durum-Özkıyım Davranışı İlişkisi

George L. Engel, 20 yüzyılın son çeyreğinde tıbbi hastalıkları açıklamak için biyomedikal modelin yetersiz kaldığını belirterek biyopsikososyal modeli tanımlamıştır (38). Bu bağlamda DSM-IV beş eksenli sistemi bize bir olguyu çeşitli yönleri ile değerlendirme olanağı sunmaktadır. Eksen III'te kişinin fiziksel hastalıklarından bahsedilmektedir (39).

Yapılan çalışmalarda kişinin fiziksel durumu ile özkıyım davranışı arasında bir ilişki olduğu bildirilmektedir (40). Tek başına kanser gibi potansiyel olarak öldürücü bir hastalığa sahip olmak, genel toplumla kıyaslandığında, özkıyım riskinde göreceli olarak ılımlı bir artışa neden olmaktadır. Oysa santral sinir sistemini (SSS) etkileyen epilepsi, AIDS, Huntington hastalığı, inme, kafa travması gibi durumlarda bu göreceli özkıyım riski belirgin olarak artmaktadır (8,25). Duygudurum bozukluklarıyla özellikle yukarıda bahsedilen tıbbi hastalıkların ektanlı olduğu durumlarda ise özkıyım riski oldukça artmıştır. Beyni etkileyen bu hastalıkların hem depresyonu tetikleyerek hem de ortaya çıkan özkıyım düşüncesi ile baş etmeyi bozarak risk artışına yol açtığı ileri sürülmektedir (8, 41, 42, 43).

Yani bir kişiyi tüm yönleriyle ele aldığımızda, o kişinin özellikle de SSS'yi etkileyen kronik bir hastalığının bulunması, özkıyım davranışı açısından ayrıntılı bir değerlendirme yapılmasını gerekli kılmaktadır.

1.2.5. Önceki Özkıyım Girişimi Öyküsü - Özkıyım İlişkisi

Özkıyım davranışının en güçlü öngörücülerinden birisi önceki özkıyım girişimi öyküsüdür (25, 44, 45). Kimi yazarlar kişinin kendini planlı olarak yaraladığı durumları da sonraki özkıyım girişimlerinin önemli bir öngörücüsü olarak ele almaktadır (44). Özkıyım girişiminde bulunanların %30-60'ında geçmişte özkıyım girişimi öyküsü olduğu bulunmuştur. Bu kişilerin yaklaşık 1/4'i önceki özkıyım girişimlerini son girişimlerinden önceki bir yıl içinde gerçekleştirmiştir. Özkıyım girişiminin yinelenme riskinin özellikle girişimi izleyen ilk yılda yüksek olduğu vurgulanmaktadır (46, 47). Tamamlanmış özkıyım vakaları incelendiğinde ise 2/3'den fazlasının ilk girişiminde öldüğü görülmektedir (25). Tamamlanmış özkıyım vakaları ile özkıyım girişiminde bulunan vakaların karşılaştırıldığı bir çalışmada, kullanılan yöntemin öldürücülüğünden bağımsız olarak, özkıyım girişiminde bulunan vakalarda, önceki hastaneye yatış öyküsü ve özkıyım girişimi, tamamlanmış özkıyım vakalarına göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Ancak yazarlar bu durumun çalışmaya dahil edilen olguların yatan hastalar olmasından kaynaklanan bir yanlılık olabileceğini belirtmişlerdir (45). Çalışmalarda tamamlanmış özkıyım vakaları ile tekrarlayıcı özkıyım girişiminde bulunanların, farklı özelliklere sahip bireyler olduğu sık sık vurgulansa da özkıyım davranışının bir yardım çağrısı olduğu unutulmamalıdır.

1.2.6. Ailedeki Özkıyım Öyküsü-Özkıyım İlişkisi

Özkıyım davranışının bazı ailelerde kümelenme gösterdiğinin gözlenmesiyle özkıyım kalıtımı araştırmacıların ilgisini çekmiştir. Bu konuyu araştırmak amacıyla aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları yapılmıştır. Aile çalışmalarında, araştırmacılar ailesel geçişi araştırmak için özkıyım davranışında bulunan vakaların yakın akrabalarını değerlendirmişlerdir. Karıştırıcı bir faktör olan ailede ruhsal hastalık kontrol edildiğinde bile özkıyım davranışı için ailede özkıyım öyküsü bağımsız bir risk faktörü olarak kalmıştır (48). Duygudurum bozuklukları için de durum benzerdir. Ailede özellikle de birinci derece akrabalarda özkıyım öyküsü, özkıyım davranışı riskini belirgin olarak artırmaktadır (30, 49). Bu durumu Amish ve Arap toplumunda yapılan çalışmalar desteklemektedir (50).

1.2.7. Bipolar Bozuluk-Dürtüsellik-Özkıyım Davranışı İlişkisi

Dürtüsellik sabırsızlık, risk alma, dikkatsizlik, zevk arama, zarar görme ihtimalini düşük hesaplama ve dışadönüklük gibi özelliklerle kendini gösteren aşırı riskli, iyi planlanmamış ve çoğunlukla istenmeyen sonuçlara yol açan çeşitli davranışları kapsar. *Dürtüsellik* hem duruma

özgü (state-dependent) hem de kararlı (trait-dependent) olabilir (51). Normal popülasyonda da görülebilen dürtüsellik bipolar bozukluk dahil çok sayıda psikiyatrik bozukluğun çekirdek belirtilerinden biridir (52). Sınır ve anti-sosyal kişilik bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları, bipolar bozukluk ve dürtü denetim bozuklukları, dürtüsellik patolojik bir biçimde karşımıza çıktığı durumlardandır. Özkıyım davranışı ile dürtüsellik ilişkisi araştırmacıların dikkatini çekmiştir. Bu konuyu araştırmak için özkıyım girişiminde bulunan olgular, psikiyatrik bozukluğu olsun veya olmasın, dürtüsellik açısından değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçları özkıyım davranışının birçok etkeninin olmasıyla birlikte agresyon ve dürtüsellik ile ilişki içinde olduğuna işaret etmektedir (53,54,55). Literatürde özkıyım girişimi öyküsü olan bipolar bozukluk tanılı hastalarda, dürtüsellik, sağlıklı kontrollerden daha yüksek olduğunu ve bu durumun da hastalığın gidişi ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (56,57).

1.3. Türkiye’de Bipolar Bozuklukta Özkıyım Konulu Çalışmalar Ve Çalışmanın Önemi

Özkıyım davranışı tüm dünyada yaygın bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (2). Özkıyım davranışı yaygınlığı ülkeden ülkeye değişmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin ve özkıyımların ölüm nedeninin saptanamaması veya damgalama gibi nedenlerle bildirimindeki farklılıkların, yaygınlık oranlarındaki farklılıkta rol oynadığı düşünülmektedir (4, 58). Ülkemizde, özkıyım riski açısından yüksek risk taşıdığı bilinen bipolar bozukluğu olan hastalarda özkıyım davranışını inceleyen çalışmalar kısıtlıdır (59, 60, 61, 62, 63). Bu çalışmalar çeşitli kısıtlılıklarına karşın, kendi kliniklerinde izlenen bipolar bozukluk tanılı hastalardaki, özkıyım girişiminin yaygınlık oranından (59, 60, 61, 62) ve olası bazı risk faktörlerinden bahsetmişlerdir (59, 60, 61, 62, 63).

Türkiye’de bu konuda yapılmış çalışma sayısının son derece az olması, hasta ve yakınları ile yüz yüze görüşmelerin yapılacak olması, hastaların büyük bölümünün çok uzun süredir periyodik kontrollerle izlenmekte olduğu bir merkezde (Affektif Hastalıklar Birimi) yapılıyor olması ve konuyla ilgili bazı ölçeklerin kullanılacak olması bu çalışmanın özgünlüğünü, önemini ve veri güvenilirliğini artırmaktadır.

2. ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmada, Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda ayaktan tedavi gören ve/veya izlenen bipolar bozukluk tanılı hastalarda, özkıyım düşünceleri ve girişimlerinin yaygınlığı; özkıyım düşünceleri ve girişimleri ile olası risk faktörleri arasında yer alan hastalık özellikleri ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki araştırılacaktır.

3. VARSAYIMLAR

1. Klinikte izlenen bipolar bozukluk tanılı hastalarda yaşam boyu ve son bir yılda özkıyım düşüncesi ve/veya girişimi sıklığı genel toplum için bildirilenlerden daha yüksektir.
2. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda, yaşam boyu ve son bir yıldaki özkıyım düşüncesi ve girişimi sıklığı, ülkemizde diğer ruhsal hastalık gruplarında yapılan çalışmalarda bildirilenlerden daha yüksektir.
3. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda, yaşam boyu özkıyım düşüncesi ve/veya girişimi olan grupla özkıyım düşüncesi ve/veya girişimi olmayan grup arasında cinsiyet, yaş, eğitim yılı, evlilik durumu, iş durumu gibi sosyodemografik özellikler açısından farklılıklar vardır.
4. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda yaşam boyu özkıyım düşüncesi ve/veya girişimi olan grupla özkıyım düşüncesi ve/veya girişimi olmayan grup arasında bazı hastalık özellikleri (*hastalık başlangıç yaşı, toplam hastalık süresi, bipolar II bozukluk tanısı, depresif dönemle başlangıç, depresif dönem sayısı, depresif dönemlerin baskın olması, depresyonda geçirilen süre, karma dönemlerin varlığı ve sayısı, toplam dönem sayısı, ağır ve/veya psikotik bulgulu depresyon, mani, karma dönemlerin varlığı, hastaneye yatışın varlığı ve toplam hastaneye yatış sayısı, mevsimsellik, hızlı döngülülük, ektanı varlığı ve sayısı, ailede bipolar bozukluk ve diğer duygudurum bozuklukları/özkıyım girişimi/tamamlanmış özkıyım varlığı, geçmiş ve şimdiki tedavi özellikleri ve tedaviye uyum özellikleri*) açısından farklılık vardır.
5. Son bir yılda özkıyım düşüncesi ve/veya girişimi olan hasta grubunda özkıyım düşüncesi ve/veya girişimi olmayan hasta grubuna kıyasla, son bir yılda stres verici yaşam olayları daha sık bulunmaktadır.
6. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda, özkıyım düşüncesi ve/veya girişimi olmayan grupta özkıyım düşüncesi ve/veya girişimi olan gruba kıyasla, Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri (YSNE) yardımıyla belirlenen özkıyım davranışından alıkoyan ve yaşama bağlayan özellikler (yaşamı sürdürme nedenleri) daha fazladır.

7. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda, özkıyım düşüncesi ve/veya girişimi olan grupta özkıyım düşüncesi ve/veya girişimi olmayan gruba kıyasla, Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11 (BDÖ – 11) yardımıyla değerlendirilen dürtüsellik daha fazladır.
8. Özkıyım düşüncesi olan bipolar bozukluk tanılı hastaların bir bölümünde özkıyım girişimi yoktur. Özkıyım girişiminde bulunan bipolar bozukluk tanılı hastalar sosyodemografik, klinik ve özkıyım davranışından alıkoyan ve yaşama bağlayan özellikler yönünden hem bu gruptan (özkıyım düşüncesi olan özkıyım girişimi olmayan grup) hem de yaşam boyu özkıyım girişimi bulunmayan gruptan (özkıyım düşüncesi olan özkıyım girişimi olmayan grup + özkıyım davranışı olmayan grup) farklılıklar taşımaktadır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Katılımcılar: Olgular Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan izin ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra çalışmaya alınmıştır. Çalışma grubu 30 Ocak - 30 Haziran 2012 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda ayaktan tedavi uygulanan ya da izlenen bipolar bozukluk tanılı hastalardan, aşağıda belirtilen ölçütleri karşılayan 108 gönüllü katılımcılardan oluşmaktadır. Gönüllü katılımcıların büyük bölümü (104 kişi) Affektif Hastalıklar Birimi'nden alınmıştır.

- Bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk ve bipolar bozukluk, başka türlü adlandırılmayan (BTA) tanısı almış olmak
- Gönüllü olur vermeye engel bir durumu olmamak (okuryazar olmayan katılımcılara onam formu bir yakınının yanında ekipten bir kişi tarafından okunacaktır. Hem kendisinin hem yakınının oluru alınacaktır)
- Geçerli ve güvenilir bilgi vermeyi engelleyecek derecede bellek ve bilinç sorunları olmamak (demansiyel sendromlar, deliryum)
- Verdiği bilgilerin güvenilirliğini etkileyecek derecede hasta olmamak (Depresyon ve mani yönünden remisyonda olmak: HAM-D-17 < 8, YMRS < 6)

4.2. Bilgi Kaynakları:

- Hasta ve en az bir yakını ile görüşmeler yapıldı.
- Hastaların klinik kayıtları (Affektif Hastalıklar Birimi izlem kartı, Genel Poliklinik kartı, yatış dosyası, vb.) incelendi.

Adım I) Çalışmanın sözlü anlatımı ve yazılı gönüllü olur alma: Her katılımcıya çalışma anlatıldı ve yazılı gönüllü olur formu verilerek okumaları istendi. Gönüllü olur formunu okuyarak imzalayan tüm ardışık hastalar çalışmaya alındı.

Adım II) Hastanın çalışmaya uygunluğunun belirlenmesi: Çalışmaya alınacak hastalarda aranan özellikler katılımcılar bölümünde belirtilmiştir. Bu doğrultuda tanıyı doğrulamak üzere her hastaya DSM-IV Eksen I bozukluklarının klinik görüşmesi

için yarı yapılandırılmış bir değerlendirme ölçeği olan Structured Clinical Interview for the DSM IV Axis I Disorders (SCID-I) uygulandı. Bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk ve bipolar bozukluk - BTA tanısı alan katılımcılar ile değerlendirmeye devam edildi.

Hastanın remisyonda olup olmadığı klinik değerlendirme yanında ölçekler kullanılarak da belirlendi. Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) 17 itemli formunda <8 puan, Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS)' den <6 alan hastalar remisyonda kabul edildi.

Adım III) Çalışma ölçütlerine uyan hastalarla aşağıdaki uygulamalar olabildiğince belirlenen sırayla gerçekleştirildi.

- a) Sosyodemografik Veri Formu (SVF)' nin doldurulması
- b) Hastalık özelliklerine ilişkin bilginin alınması: Hasta ve hasta yakını ile görüşülecek ve kliniğimizdeki kart ve dosyalardaki bilgilere başvurarak hastalık bilgileri formu dolduruldu.
- c) Özbildirim ölçeklerinin doldurulması: Hastaya Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11 (BDÖ-11) ve Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri (YSNE) verilerek etkilenmenin olmayacağı ve sessiz bir ortamda doldurması sağlandı. Temsil gücünü artırmak amacıyla okur-yazar olmayan hastalar da olabildiğince çalışmaya dahil edilmeye çalışıldı. Bunu sağlamak amacıyla özbildirim ölçekleri ekipten birisi tarafından her maddesi tek tek okundu ve yorum yapmaksızın hastanın yanıtı işaretlendi.
- d) Yaşam boyu özkıyım davranışının (özkıyım düşüncesi ve özkıyım girişimi) değerlendirilmesi: Bu amaçla tarafımızdan oluşturulan iki form kullanıldı.
 - i) Özkıyım Düşüncesinin ve Girişiminin Genel Değerlendirilmesi Formu
 - ii) Her girişimin ayrı ayrı bütçe altına alınmasını ve ayrıntılı değerlendirilmesini yapmak üzere hazırlanmış olan Özkıyım Girişimi Ayrıntılı Değerlendirme Formu

4.4 Formlar ve Ölçekler:

Structured Clinical Interview for the DSM IV Axis I Disorders (SCID-I): SCID-I First ve arkadaşları tarafından 1997’de tanısal değerlendirilmenin standart bir biçimde uygulanması, tanının güvenilirliğinin ve geçerliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (64).

Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği-17 (HAM-D 17): HAM-D depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçen klinisyen tarafından uygulanan bir ölçektir. Hamilton ve Williams tarafından 1978 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (65). Ölçekteki her madde 0-4 arasında puanlanır ve alınan en yüksek puan 53’ tür. Alınan puana göre depresyon şiddeti derecelendirildiğinde <8 remisyonda, 8-13 arası düşük, 14-18 arası orta, 19 ve üstü şiddetli olarak değerlendirilir.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS): YMRS mani belirtilerinin şiddetini belirlemek için klinisyen tarafından uygulanan bir ölçektir. Young ve arkadaşları tarafından 1978 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (66). Bu ölçek 11 maddeden oluşur ve her bir madde beş şiddet derecesi içerir. Genellikle <6 remisyon olarak değerlendirilir.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11 (BDÖ-11): Dürtüselligi ölçmeyi sağlayan bu ölçek 30 maddeden oluşur. Katılımcıdan kendisi için ‘nadiren/ hiçbir zaman’, ‘bazen’, ‘sıklıkla’ ve ‘hemen her zaman/her zaman’ seçeneklerinden en uygun ifadeyi yanıt olarak işaretlemesi istenir. Yapılan faktör analizi ile dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik ve tasarlanmamış dürtüsellik olmak üzere üç alt faktör elde edilmiştir. Alınan puan ile dürtüsellik arasında doğru bir ilişki vardır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (67).

Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri (YSNE): Bu öz bildirim ölçeği insanları özkıyım davranışından alıkoyan nedenleri belirlemek için Linehan ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 48 maddeden oluşmaktadır. Ancak ölçek Şahin ve arkadaşları tarafından kültürel farklılıklar da göz önünde bulundurularak yapılandırılmış ve toplam 70 madde olacak şekilde düzenlenmiştir. Alınan puan ile yaşamı sürdürmek için belirtilen

nedenler arasında doğru bir ilişki vardır. Puan aralığı 70-420'dir ve likert tipi bir ölçek olup her madde 1-6 arası puanlanmaktadır (68).

Sosyodemografik Veri Formu (SVF): Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini ve literatürde özkıym davranışı ile ilişkilendirilen sosyodemografik özellikleri değerlendirmek amacıyla tarafımızdan oluşturulmuş bir formdur.

Hastalık Bilgileri Formu: Katılımcılardaki bipolar bozukluğun alt tipi, gidiş ve sonlanım özellikleri, prognoz, psikiyatrik hastalıklar açısından aile öyküsü, uygulanan tedaviler ve bedensel hastalığı değerlendirmek amacıyla tarafımızdan oluşturulmuş bir formdur.

Özkıym Düşüncesinin ve Girişiminin Genel Değerlendirilmesi Formu: Katılımcılarda yaşam boyu ve son bir yıldaki özkıym düşüncelerinin varlığı ile hastalık dönemlerinin olası ilişkisi yanında yaşam boyu ve son bir yılda özkıym girişimlerinin varlığı ve sayısı ile hastalık dönemlerinin olası ilişkisini belirlemeye yönelik tarafımızdan oluşturulmuş bir formdur.

Özkıym Girişimi Ayrıntılı Değerlendirme Formu: Katılımcılardan özkıym girişimi olanlarda girişim öncesi üç aylık dönemdeki hastalık ve tedavi özellikleri, girişime ait özellikler ve girişim öncesi üç aylık sürede sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerle yakın zamanlı stres verici yaşam olaylarını değerlendirmek amacıyla tarafımızdan oluşturulmuş bir formdur.

5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmanın verileri istatistiksel olarak SPSS 18.0 bilgisayar istatistik paket programı kullanılarak değerlendirildi.

- Numerik verilerin normal dağılışa uyumuna göre parametrik ya da parametrik olmayan analiz yöntemleri kullanıldı.
- Gruplar arası kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare analiz yöntemi kullanıldı. Numerik verilerin karşılaştırılmasında çoklu gruplar için Kruskal Wallis Testi uygulanırken, ikili karşılaştırmalar için Mann Whitney U testi uygulandı.
- Tekli analizler sonrasında önemli bulunan değişkenler logistik regresyon analizi ile çoklu karşılaştırmalara alındı.

6. BULGULAR

Çalışmaya alım kriterlerine uyan 114 bipolar bozukluk tanılı hastaya çalışmaya katılmaları önerildi. Hastaların yedi tanesi çalışmaya katılmayı reddetti. Olguların dört tanesi zamanı olmadığını, üç tanesi bir çalışmada yer almak istemediklerini belirttiğinden çalışmaya alınmadı. Bu çalışmada geriye kalan 108 olgu üzerinden veri toplandı.

Çalışmaya alınan olgulardan 104 kişi Affektif Hastalıklar Birimi'nde ve dört tanesi genel poliklinikte izlenmekteydi.

6.1 ÖRNEKLEMİN GENEL SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

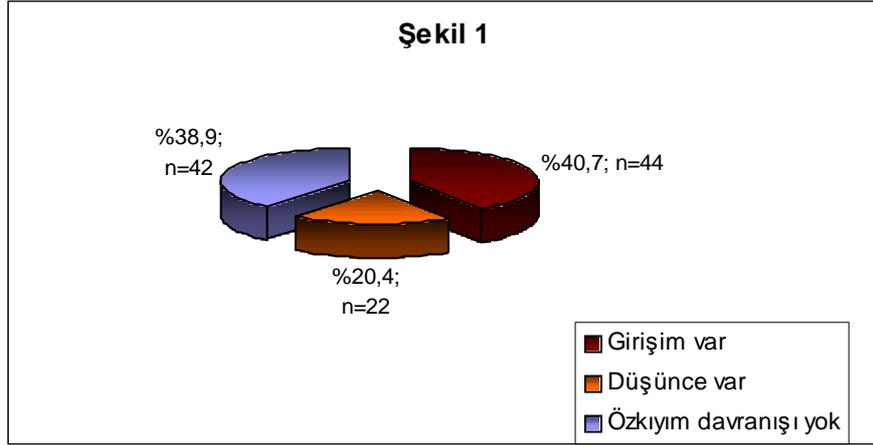
Örneklemimizin %54,6'sı (n=59) kadınlardan, %45,4'ü (n=49) erkeklerden oluşmaktaydı. Olguların yaşları 18-74 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması $47,3 \pm 12,9$ olarak hesaplandı. Evlilik durumları incelendiğinde %17,6'sı (n=19) hiç evlenmemiş, % 55,6'sı (n=60) evli, %17,6'sı (n=19) boşanmış, % 4,6'sı (n=5) eşinden ayrı yaşıyordu ve %4,6'sının (n=5) eşi ölmüştü. Olguların %22,2'si (n=24) ilkokul, %8,3'ü (n=9) ortaokul, %39,8'i (n=43) üniversite/yüksek okul mezunuydu ve %0,9'u (n=1) okur-yazar değildi. Olguların %0,9'u (n=1) sadece okur-yazardı. Meslek dağılımlarına bakıldığında %28,7'sinin (n=31) herhangi bir mesleği yoktu. Geriye kalan olguların %3,7'si (n=4) öğrenci, %12'si (n=13) memur, %11,1'i (n=12) işçi, %1,9'u (n=2) çiftçi, %38,9'u (n=42) emekli ve %3,7'si (n=4) diğer meslek gruplarına dahildi. Olguların %27,8'i (n=30) halen çalışmaktayken %43,5'i çalışmıyordu. Hanelerin ortalama aylık gelirlerine bakıldığında olguların %2,8'i (n=3) 650TL altında, %15,7'si (n=17) 651-1000TL arasında, %23,1'i (n=25) 1001-1500TL arasında, %35,2'si (n=38) 1501-2500TL arasında ve %23'i (n=25) 2501TL ve üstünde bir gelire sahipti. Çoğunluğu çekirdek aileleri (%82,4) ile birlikte bir ilde (%60,1) yaşayan, sosyal güvencesi olan (%98,1) olguları.

6.2 YAŞAM BOYU ÖZKIYIM DAVRANIŞI DAĞILIMI

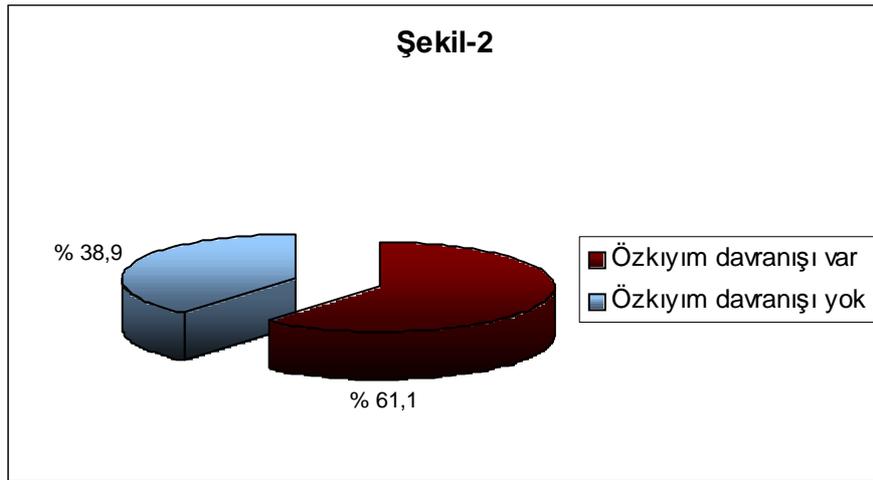
Olguların yaşam boyu özkıyım davranışı değerlendirildiğinde % 40,7'sinde (n=44) özkıyım girişimi, % 20,4'sinde (n=22) özkıyım düşüncesi bulunurken geriye kalan % 38,9 (n=42) olguda yaşam boyu herhangi bir özkıyım davranışı saptanmadı.

Buna göre örneklemimiz yaşam boyu özkıyım girişimi olan, yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan olgulardan oluşan üç ana gruba bölündü (Şekil 1). Ardından bu

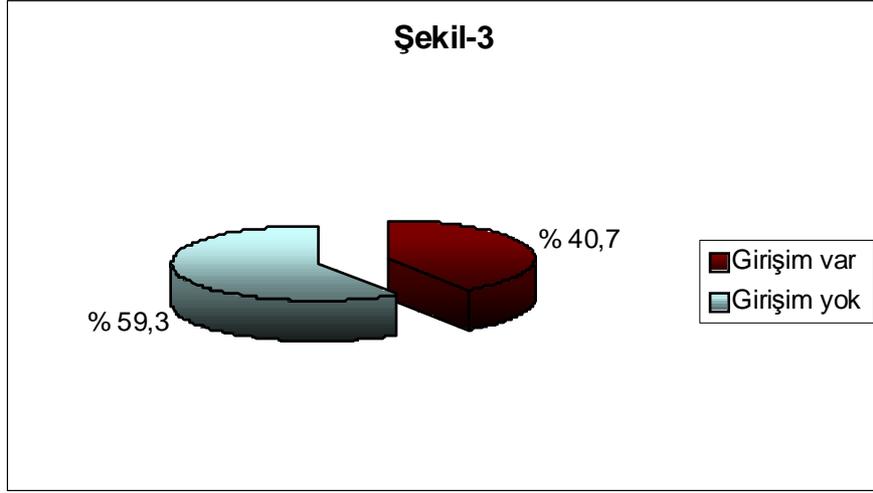
üç grup kendi içinde gruplandırıldı. Yaşam boyu özkıyım girişimi olan grup ve yalnızca özkıyım düşüncesi olan grup bir araya getirilerek yaşam boyu özkıyım davranışı olan grup oluşturuldu (Şekil 2). Son olarak da yaşam boyu sadece özkıyım düşüncesi olan grup ve herhangi bir özkıyım davranışı olmayan grup bir araya getirilerek yaşam boyu özkıyım girişimi olmayan grup oluşturuldu (Şekil 3). Tüm bu gruplar bağımsız değişkenler açısından karşılaştırıldı.



Şekil 1: Yaşam boyu özkıyım girişimi olan, özkıyım girişimi olmayıp yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların dağılımı

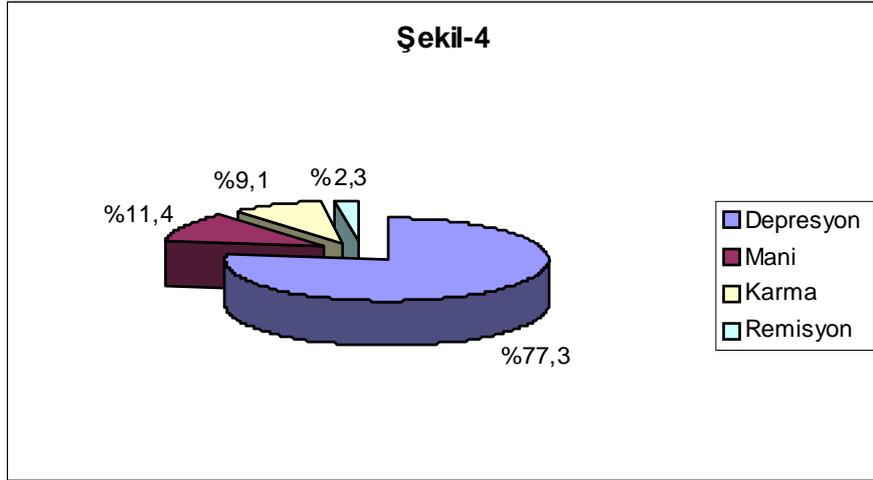


Şekil 2: Yaşam boyu özkıyım davranışı (özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi) olan ve olmayan grupların dağılımı

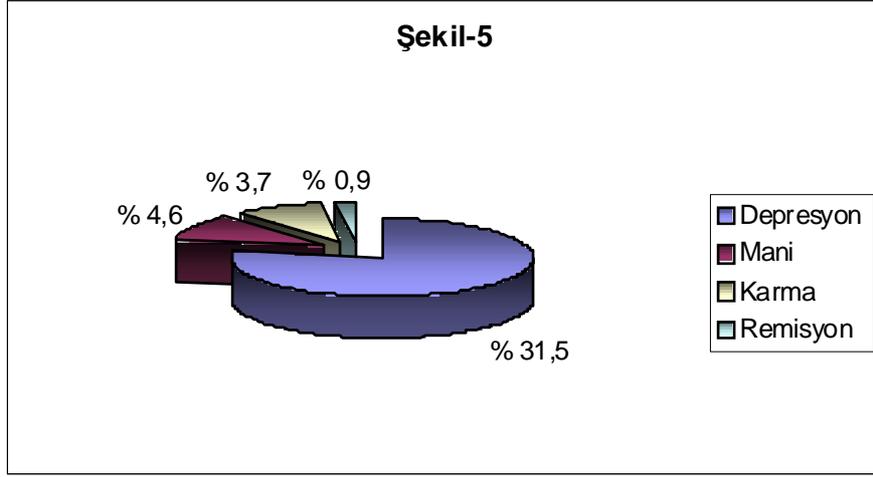


Şekil 3: Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan (yalnızca özkıyım düşüncesi var + özkıyım davranışı yok) grupların dağılımı

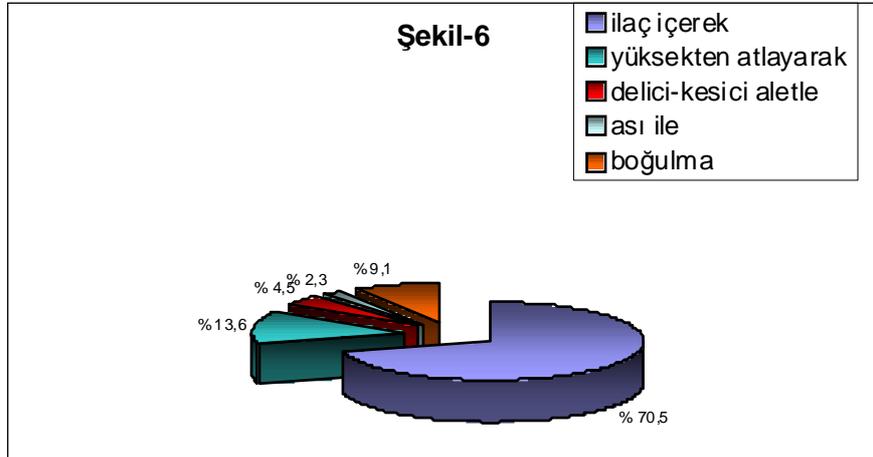
Yaşam boyu özkıyım girişimi olan grupta, olguların büyük bir çoğunluğu bu girişimleri depresyon döneminde ve ilaç içerek gerçekleştirmişti. Özkıyım girişimlerinin gerçekleştiği dönemler Şekil 4 ve Şekil 5’de; olguların özkıyım girişiminde kullandıkları yöntem Şekil 6’de gösterilmiştir.



Şekil 4: Özkıyım girişimlerinin hastalık dönemlerine göre dağılımı (girişimi olan grupta)



Şekil 5: Özkıyım girişimlerinin hastalık dönemlerine göre dağılımı (tüm olgularda)



Şekil 6: Yaşam boyu özkıyım girişimi olan hasta grubunda özkıyım girişiminde kullanılan yöntemlerin dağılımı

6.3.1 Üç Grubun (Yaşam Boyu Özkıyım Girişimi, Yalnızca Özkıyım Düşüncesi Var ve Yaşam Boyu Özkıyım Davranışı Yok) Sosyodemografik Özellikleri ve Gruplar Arası Karşılaştırmalar

6.3.1.1 Cinsiyet

Yaşam boyu özkıyım girişimi olan grubun %59,1'i (n=26) kadın, % 40,9'u (n=18) erkekti. Yaşam boyu özkıyım düşüncesi olan grubun %45,5'i (n=10) kadın, %54,5'i (n=12) erkekti. Yaşam boyu özkıyım davranışı olmayan grubun %54,8'i (n=23) kadın, %45,2'si (n=19) erkekti. Gruplar cinsiyet açısından Ki-Kare testi kullanılarak karşılaştırıldı ve bu açıdan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($\chi^2(df): 1,01(2); p=0,58$)

6.3.1.2 Yaş

Tablo 1’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan, yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların yaş ortalamaları ve karşılaştırılması yer almaktadır. Yaş değişkeni normal dağılıma uyduğundan üç grup tek yönlü varyans analizi (Oneway ANOVA) ile karşılaştırıldı ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($F=0,11$; $p>0,05$)

6.3.1.3 Eğitim

Tablo 1’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan, yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların toplam eğitim yılı ortalamaları ve Tablo 2’de bu grupların eğitim durumu açısından karşılaştırılması yer almaktadır. Eğitim durumlarını istatistiksel olarak karşılaştırabilmek amacıyla eğitim durumu ilköğretim (ilkokul ve/veya ortaokul) ve altı olanlar ile lise ve lise üstü olanlar olmak üzere iki ana gruba bölündü. Toplam eğitim yılı ortalamaları normal dağılıma uymadığından, grupların karşılaştırılmasında, parametrik olmayan Kruskal Wallis testi ve eğitim durumu karşılaştırırken Ki-Kare testi uygulandı. Toplam eğitim yılı ortalamaları ve eğitim durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.1.4 Evlilik Durumu

Tablo 2’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan, özkıyım girişimi olmayıp yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların evlilik durumu ve karşılaştırılması yer almaktadır. Evlilik durumu, istatistiksel olarak karşılaştırma yapabilmek için evli olan ve bekar/diğer olarak iki kategoriye bölündü. Evlenmemiş 19 kişi, boşanmış 19 kişi, ayrı yaşayan beş kişi ve eşi ölmüş beş kişi bekar/diğer kategorisinde değerlendirildi. Grupların evlilik durumu Ki-Kare testi ile karşılaştırıldı. Buna göre evlilik durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.1.5 İş Durumu

Tablo 2’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan, yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların şimdiki iş durumu ve karşılaştırılması yer almaktadır. Grupların iş durumu açısından karşılaştırılmasında Ki-Kare testi uygulandı. Şimdiki iş durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.1.6 Hanenin Ortalama Aylık Geliri

Tablo 2’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan, yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların hanenin ortalama aylık geliri açısından karşılaştırılması yer almaktadır. İki grubu bu değişken açısından karşılaştırabilmek amacıyla hanenin aylık geliri 1500TL ve altında olanlar bir grup 1501TL ve üstünde olanlar bir grup olacak şekilde sınıflandırıldı. Bu değişken için üç grubun karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. Buna göre gruplar arasında hanenin ortalama aylık geliri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.1.7 Birlikte Yaşadığı Kişiler

Tablo 2’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan, yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların birlikte yaşadığı kişiler yer almaktadır. Yalnız yaşayan kişi sayısı tüm gruplarda az olduğundan (sırasıyla üç, beş ve dört kişi) gruplar arasında yalnız yaşama ve herhangi biriyle yaşama açısından istatistiksel olarak karşılaştırma yapılamamıştır.

6.3.1.8 Yaşadıkları Yer

Tablo 2’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan, özkıyım girişimi olmayıp yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların yaşadığı yer ve karşılaştırılması yer almaktadır. Nüfusu 25 000 kişi ve altında olan yerlerde yaşayanlar köy/belde kategorisi içinde değerlendirilirken büyükşehir belediyesinin hizmet götürdüğü yerler ilde ve geriye kalanlar ilçede yaşamını sürdürüyor olarak kabul edildi. Köy/beldede yaşayanlar (yaşam boyu özkıyım girişimi olan, özkıyım girişimi olmayıp yalnızca özkıyım düşüncesi olan, özkıyım davranışı olmayan gruplarda sırasıyla dört, bir ve iki kişi) istatistiksel karşılaştırma yapabilmek amacıyla ilçede yaşayanlar kategorisine dahil edildi. Grupların yaşadığı yer açısından karşılaştırılmasında Ki-Kare testi uygulandı. Buna göre gruplar arasında yaşadığı yer açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.1.9 Sosyal Güvence Durumu

Tablo 2’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan, yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların sosyal güvence durumu yer almaktadır. Örneklemin %98,1’i (n=106) herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlıydı. Sosyal güvencesi olmayan sadece iki kişi olduğundan gruplar arasında istatistiksel olarak karşılaştırma yapılamadı.

Tablo 1: Üç grubun yaşlarının ve toplam eğitim yılının karşılaştırılması

	YBÖD*	n	Ortalama ±SS	Ortanca	Min	Max	p /x ² /F
Yaş	Girişimi VAR	44	47,7 ±13,3	47,5	18	74	p=0,89 ^a F=0,11
	Düşüncesi VAR	22	46,2 ±14,1	44,0	19	74	
	YBÖD YOK***	42	47,6 ±12,1	48,0	19	71	
Toplam eğitim yılı	Girişimi VAR	44	10,6±3,9	11	2	15	p=0,61 ^b x ² =1,00 df=2
	Düşüncesi VAR	22	11,3±4,8	13	2	18	
	YBÖD YOK***	42	10,9±3,6	11	5	18	

a: Oneway ANOVA (tüm gruplar arasında) b: Kruskal Wallis (tüm gruplar arasında)

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD YOK***: Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

Tablo 2: Üç grubun diğer sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		YBÖD*						Toplam		X ² (df)	p
		Girişimi VAR		Düşüncesi VAR		YBÖD YOK***					
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Evlilik durumu	Evlili	26	43,3	12	20	22	36,7	60	100	4,03(2)	0,82 ^a
	Bekar/diğer*	18	37,5	10	20,8	20	41,7	48	100		
Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	15	42,9	7	20,0	13	37,1	35	100	0,10(2)	0,95 ^a
	Lise ve üstü	29	39,7	15	20,5	29	39,7	73	100		
Şimdiki iş durumu	Çalışıyor	10	34,5	5	17,2	14	48,3	29	100	0,84(2)	0,64 ^a
	Çalışmıyor	20	44,4	8	17,8	17	37,8	45	100		
Hanenin ortalama aylık geliri	1500TL ve altı	23	50,0	7	15,2	16	34,8	46	100	3,08(2)	0,22 ^a
	1501TL ve üstü	21	33,9	15	24,2	26	41,9	62	100		
Yaşadığı kişiler	Yalnız	3	25	5	41,7	4	33,3	12	100		
	Çekirdek aile	36	40,4	16	18	37	41,6	89	100		
	Geniş aile	2	66,7	1	33,3	0	,0	3	100		
	Diğer**	3	75	0	,0	1	25	4	100		
Yaşadığı yer	Köy/belde / İlçe	17	39,5	9	20,9	17	39,5	43	100	0,04(2)	0,98 ^a
	İl	27	41,5	13	20,0	25	38,5	65	100		
Sosyal güvence durumu	Yok	2	100	0	,0	0	,0	2	100		
	SGK***	42	39,6	22	20,8	42	39,6	106	100		

a: Ki-Kare testi (tüm gruplar arasında)

YBÖD: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD YOK***: Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

Bekar/diğer*: Hiç evlenmemiş, boşanmış, eşi ölmüş ya da ayrı yaşayan olgular SGK***: Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olan olgular Diğer**: Akraba ya da arkadaşları ile yaşayan kişiler

6.3.2 Yaşam Boyu Özkıyım Davranışı (Özkıyım Girişimi ve/veya Düşüncesi) Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik Özellikleri ve Gruplar Arası Karşılaştırmalar

6.3.2.1 Cinsiyet

Yaşam boyu özkıyım davranışı olan grubun %54,5'i (n=36) kadın, %45,5'i (n=30) erkekti. Yaşam boyu özkıyım davranışı olmayan grubun ise %54,8'i (n=23) kadınlardan , %45,2'si (n=19) erkeklerden oluşuyordu. Cinsiyet değişkeni Fisher kesin ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Bu iki grup arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=1,0) .

6.3.2.2 Yaş

Tablo 3'te yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların yaş ortalamaları ve karşılaştırılması yer almaktadır. Yaş değişkeni normal dağılıma uyduğundan iki grup arasında karşılaştırma yaparken Student-t testi uygulandı. İki grup arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.2.3 Eğitim

Tablo 3'te yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların toplam eğitim yılı ve Tablo 4'de eğitim durumu açısından karşılaştırılması yer almaktadır. Toplam eğitim yılı normal dağılıma uymadığından grupların karşılaştırılmasında parametrik olmayan Mann Whitney U testi uygulandı. Eğitim durumunun karşılaştırılmasında Fisher kesin ki-kare testi uygulandı. Buna göre gruplar arasında toplam eğitim yılı ve eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.2.4 Evlilik Durumu

Tablo 4'de yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların evlilik durumu ve karşılaştırılması yer almaktadır. İki grubun evlilik durumu açısından karşılaştırılmasında Fisher kesin ki-kare testi uygulandı. Buna göre evlilik durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.2.5 İş Durumu

Tablo 4’de yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların şimdiki iş durumu ve karşılaştırılması yer almaktadır. Bu iki grubun iş durumu açısından karşılaştırılmasında Fisher kesin ki-kare testi uygulandı. Buna göre gruplar arasında şimdiki iş durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.2.6 Hanenin Ortalama Aylık Geliri

Tablo 4’de yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların hanenin ortalama aylık geliri ve karşılaştırması yer almaktadır. İki grubun hanenin ortalama aylık geliri açısından karşılaştırılmasında Fisher kesin ki-kare testi uygulandı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.2.7 Birlikte Yaşadığı Kişiler

Tablo 4’de yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların birlikte yaşadığı kişiler ve karşılaştırılması yer almaktadır. Yaşam boyu özkıyım davranışı olan grubun %87,9’u (n=58) herhangi biri ile birlikte yaşarken yaşam boyu özkıyım davranışı olmayan grupta bu oran %90,4’tü (n=38). Yaşam boyu özkıyım davranışı olan grupta sekiz kişi ve olmayan grupta dört kişi yalnız yaşıyordu. Çekirdek aile ile yaşayanlar dışındaki diğer kategorilerde olgu sayısı az olduğundan gruplar arasında istatistiksel olarak karşılaştırma yapılamadı.

6.3.2.8 Yaşadıkları Yer

Tablo 4’de yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların yaşadığı yer ve karşılaştırılması yer almaktadır.. İki grubun yaşadığı yer açısından karşılaştırılmasında Fisher kesin ki-karee testi uygulandı ve gruplar arasında yaşadığı yer açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.2.9 Sosyal Güvence Durumu

Tablo 4’de yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan olguların sosyal güvence durumu yer almaktadır. Yaşam boyu özkıyım davranışı olan grubun %96,9’u (n=64) ve olmayan grubun tamamı (n=42) herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlıydı. İki grup arasında herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmak açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo 3: Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların yaş ve toplam eğitim yılı karşılaştırılması

	YBÖD*	n	Ortalama ±SS	Ortanca	Min	Max	p/z/t
Yaş	YBÖD VAR**	66	47,2±13,5	47	18	74	P=0,86 ^a t=0,18
	YBÖD YOK***	42	47,6 ±12,1	48	19	71	
Toplam eğitim yılı	YBÖD VAR**	66	10,8±4,1	11	2	18	p=0,96 ^b z=-0,04
	YBÖD YOK***	42	10,9±3,6	11	5	18	

a:Student -t testi b: Mann-Whitney U testi

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD VAR** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi var
YBÖD YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

Tablo 4: Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların diğer sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		YBÖD*				Toplam		p
		YBÖD Var**		YBÖD Yok***				
		n	%	n	%	n	%	
Evlilik durumu	Evlili	38	63,3	22	36,7	60	100	p=0,69 ^a
	Bekar/diğer*	28	58,3	20	41,7	48	100	
Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	22	62,9	13	37,1	35	100	p=0,84 ^a
	Lise ve üstü	44	60,3	29	39,7	73	100	
Şimdiki iş durumu	Çalışıyor	15	51,7	14	48,3	29	100	p=0,47 ^a
	Çalışmıyor	28	62,2	17	37,8	45	100	
Hanenin ortalama aylık geliri	1500TL ve altı	30	65,2	16	34,8	46	100	p=0,55 ^a
	1501TL ve üstü	36	58,1	26	41,9	62	100	
Yaşadığı kişiler	Yalnız	8	66,7	4	33,3	12	100	
	Çekirdek aile	52	58,4	37	41,6	89	100	
	Geniş aile	3	100	0	,0	3	100	
	Diğer**	3	75,0	1	25,0	4	100	
Yaşadığı yer	Köy/belde / İlçe	26	60,5	17	39,5	43	100	p=1,0 ^a
	İl	40	61,5	25	38,5	65	100	
Sosyal güvence durumu	Yok	2	100	0	,0	2	100	p=0,52 ^a
	SGK	64	60,4	42	39,6	106	100	

a: Fisher kesin ki-kare testi

YBÖD VAR** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi var YBÖD YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok Bekar/diğer* : Hiç evlenmemiş, boşanmış, eşi ölmüş ya da ayrı yaşayan olgular
Diğer** : Akraba ya da arkadaşları ile yaşayan kişiler SGK*** : Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olan olgular

6.3.3 Yaşam Boyu Özkıym Girişimi Olan ve Olmayan (Yalnızca Özkıym Düşüncesi Var ve/veya Özkıym Davranışı Yok) Grupların Sosyodemografik Özellikleri ve Gruplar Arası Karşılaştırmalar

6.3.3.1 Cinsiyet

Yaşam boyu özkıym girişimi olan grubun %44,1'i (n=26) kadın, %55,9'u (n=33) erkekti. Yaşam boyu özkıym girişimi olmayan grubun ise %36,7'si (n=18) kadınlardan, %63,3'ü (n=31) erkeklerden oluşuyordu. Cinsiyet değişkeni Fisher kesin ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Bu iki grup arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0,56).

6.3.3.2 Yaş

Tablo 5'de yaşam boyu özkıym girişimi olan ve olmayan grupların yaş ortalamaları ve karşılaştırılması yer almaktadır. Yaş değişkeni normal dağılıma uyduğundan iki grup arasında karşılaştırma yaparken Student-t testi uygulandı. İki grup arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.3.3 Eğitim

Tablo 5'de yaşam boyu özkıym girişimi olan ve olmayan grupların toplam eğitim yılı ve Tablo 6'da eğitim durumu açısından karşılaştırılması yer almaktadır. Toplam eğitim yılı normal dağılıma uymadığından grupların karşılaştırılmasında parametrik olmayan Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre gruplar arasında toplam eğitim yılı ve eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.3.4 Evlilik Durumu

Tablo 6'de yaşam boyu özkıym girişimi olan ve olmayan grupların evlilik durumu karşılaştırılması yer almaktadır. İki grubun evlilik durumu açısından karşılaştırılmasında Fisher kesin ki-kare testi uygulandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.3.5 İş Durumu

Tablo 6’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların şimdiki iş durumu ve karşılaştırılması yer almaktadır. Bu iki grubun iş durumu açısından karşılaştırılmasında Fisher kesin ki-kare testi uygulandı. Buna göre gruplar arasında şimdiki iş durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.3.7 Hanenin Ortalama Aylık Geliri

Tablo 6’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların hanenin ortalama aylık geliri ve karşılaştırması yer almaktadır. İki grubun hanenin ortalama aylık geliri açısından karşılaştırılmasında Fisher kesin ki-kare testi uygulandı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.3.8 Birlikte Yaşadığı Kişiler

Tablo 6’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların birlikte yaşadığı kişiler ve karşılaştırılması yer almaktadır. Yaşam boyu özkıyım girişimi olan grubun %93,2’si (n=41) herhangi biri ile birlikte yaşarken diğer grupta bu oran %85,9’du (n=55). Yaşam boyu özkıyım girişimi olan grupta üç kişi ve olmayan grupta dokuz kişi yalnız yaşıyordu. Çekirdek aile ile yaşayanlar dışındaki diğer kategorilerde olgu sayısı az olduğundan gruplar arasında istatistiksel olarak karşılaştırma yapılamadı.

6.3.3.9 Yaşadıkları Yer

Tablo 6’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların yaşadığı yer ve karşılaştırılması yer almaktadır. İki grubun yaşadığı yer açısından karşılaştırılmasında Fisher kesin ki-kare testi uygulandı ve gruplar arasında yaşadığı yer açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

6.3.3.10 Sosyal Güvence Durumu

Tablo 6’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların sosyal güvence durumu yer almaktadır. Yaşam boyu özkıyım girişimi olan grubun %95,5’i (n=42) ve diğer grubun tamamı (n=64) herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlıydı.

Tablo 5: Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların yaş ve toplam eğitim yılı karşılaştırılması

	YBÖG*	n	Ortalama ±SS	Ortanca	Min	Max	p / z/t
Yaş	YBÖG VAR**	44	47,7±13,3	47,5	18	74	p=0,83 ^a t=0,21
	YBÖG YOK***	64	47,1 ±12,7	47,5	19	74	
Toplam eğitim yılı	YBÖG VAR**	44	10,6±3,9	11	2	15	p=0,47 ^b z=-,72
	YBÖG YOK***	64	11,1±3,9	12	2	18	

a: Student -t testi b: Mann-Whitney U testi

YBÖG*: Yaşam boyu özkıyım girişimi YBÖG VAR** : Yaşam boyu sadece özkıyım girişimi var

YBÖG YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi yok (yalnızca özkıyım düşüncesi var ve/veya özkıyım davranışı yok)

Tablo 6: Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların diğer sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		YBÖG*				Toplam		p
		YBÖG Var**		YBÖG Yok***		N	%	
		n	%	n	%			
Evlilik durumu	Evli	26	43,3	34	56,7	60	100	p=0,56 ^a
	Bekar/diğer*	18	37,5	30	62,5	48	100	
Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	15	42,9	20	57,1	35	100	p=0,83 ^a
	Lise ve üstü	29	39,7	44	60,3	73	100	
Şimdiki iş durumu	Çalışıyor	10	44,4	19	55,6	29	100	p=0,47 ^a
	Çalışmıyor	20	62,2	25	37,8	45	100	
Hanenin ortalama aylık geliri	1500TL ve altı	23	50,0	23	50,0	46	100	p=0,11 ^a
	1501TL ve üstü	21	33,9	41	66,1	62	100	
Yaşadığı kişiler	Yalnız	3	25,0	9	75,0	12	100	
	Çekirdek aile	36	40,4	53	59,6	89	100	
	Geniş aile	2	66,7	1	33,3	3	100	
	Diğer**	3	75,0	1	25,0	4	100	
Yaşadığı yer	Köy/belde / İlçe	17	39,5	26	60,5	43	100	p=1,0 ^a
	İl	27	41,5	38	58,5	65	100	
Sosyal güvence durumu	Yok	2	100	0	,0	2	100	p=16 ^a
	SGK***	42	39,5	64	60,4	106	100	

a: Fisher kesin ki-kare testi

YBÖG*: Yaşam boyu özkıyım girişimi YBÖG VAR** : Yaşam boyu sadece özkıyım girişimi var

YBÖG YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi yok (yalnızca özkıyım düşüncesi var ve/veya özkıyım davranışı yok) Bekar/diğer* : Hiç evlenmemiş, boşanmış, eşi ölmüş ya da ayrı yaşayan olgular

Diğer** : Akraba ya da arkadaşları ile yaşayan kişiler SGK*** : Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olan olgular

6.4 ÖRNEKLEMİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRMALAR

6.4.1 Örneklem Geneli Klinik Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen 108 olgunun hastalık özellikleri, aile öyküsü ve tedavi özellikleri araştırıldı.

6.4.1.1 Hastalık Başlangıç Yaşı ve Hastalık Süresi

Örneklemi oluşturan olguların hastalık başlangıç yaşı ortalaması $26,96 \pm 11,01$ olarak hesaplandı. Hastalık süresi ortalaması $328,78 \pm 139,82$ aydı.

6.4.1.2 Tanı Alt Tipi ve Diğer Hastalık Özellikleri

Örneklem %89,8'i (n=97) bipolar I bozukluk ve %10,2'si (n=11) bipolar II bozukluk tanısı aldı.

Olguların ilk dönem türlerine bakıldığında %65,7'sinin (n=71) depresyon, %28,7'sinin (n=31) mani, %1,9'unun (n=2) karma ve %3,7'sinin (n=4) hipomani olduğu belirlendi.

Mevsimsellik olguların %50,9'unda (n=55), hızlı döngülülük %3,7'sinde (n=4) ve postpartum başlangıç %6,5'inde (n=7) vardı.

Belirli bir hastalık dönemi, hastanın geçirdiği diğer dönemlerden en az iki kez fazla yaşanmış ise o dönemin egemen dönem olduğu kabul edildi. Belirgin bir dönem egemenliği olmayanlar tüm olguların %56,5'ini (n=61) oluşturuyordu. Depresyon dönemi egemenliği olan olgular örneklem %18,5'ini (n=20), mani dönemi egemenliği olan olgular %20,4'ünü (n=22), karma dönem egemenliği olan olgular %0,9'unu (n=1) ve hipomani dönemi egemenliği olanlar %3,7'sini (n=4) oluşturuyordu.

Buna göre olguların %48,1'inin (n=52) herhangi bir ektanisi varken %51,9'unun (n=56) yoktu. Alkol-madde kullanım bozukluğu olguların %11,1'inde (n=12) ve herhangi bir anksiyete bozukluğu ise olguların %38'inde (n=41) vardı. Üç olgu hem alkol madde kullanım bozukluğu hem de herhangi bir anksiyete bozukluğu ektanısına sahipti.

Olguların %92,6'sında (n=100) herhangi bir ağır dönem geçirme öyküsü vardı. Ağır depresif dönem geçirme öyküsü olguların %61,1'inde (n=66), ağır mani dönemi geçirme öyküsü

olguların %71,3'ünde (n=77) ve ağır karma dönem geçirme öyküsü olguların %13,9'unda (n=15) vardı.

6.4.1.3 Aile Öyküsü

Örnekleme oluşturan olguların %72,2'sinde (n=78), ailede herhangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü vardı. Ailede bipolar bozukluk öyküsü olguların %30,5'inde, ailede diğer duygudurum bozuklukları öyküsü %29,6'sında, ailede herhangi bir psikotik bozukluk öyküsü %16,7'sinde, ailede herhangi bir alkol-madde kullanım bozukluğu öyküsü %6,5'inde ve ailede herhangi bir anksiyete bozukluğu öyküsü %5,5'inde saptandı. İki kişinin ailesinde somatizasyon bozukluğu öyküsü vardı.

Ailede özkıyım girişimi öyküsü olguların %6,5'inde ve tamamlanmış özkıyım ise %20,4'ünde vardı.

6.4.1.4 Hastaneye Yatış Öyküsü

Örnekleme oluşturan olguların %79,6'sında herhangi bir dönemde hastaneye yatış öyküsü vardı. Bu olguların toplam yatış sayısı ortalaması $2,53 \pm 1,97$; depresyon dönemi yatış sayısı ortalaması $0,49 \pm 0,95$; mani dönemi yatış sayısı ortalaması $1,31 \pm 1,67$ ve karma dönem yatış sayısı ortalaması $0,14 \pm 0,53$ olarak hesaplandı.

6.4.1.5 Hasta Geçirilen Süreler

Örnekleme oluşturan olguların depresyonda geçirilen toplam sürelerinin ortalaması $32,16 \pm 31,7$ hafta; manide geçirilen toplam sürelerinin ortalaması $24,54 \pm 26,72$ hafta; karma dönemde geçirilen toplam sürelerinin ortalaması $2,29 \pm 9,1$ hafta olarak hesaplandı. Toplam hasta geçirilen sürenin ortalaması $64,59 \pm 50,9$ haftaydı. Toplam hasta geçirilen süre/hastalık süresi oranı $0,09 \pm 0,08$ olarak hesaplandı.

6.4.1.6 Tedavi Özellikleri

Örneklemedeki olguların halen kullanmakta olduğu psikotrop ilaçlar değerlendirildi. Buna göre olguların %95,4'ü herhangi bir duygudurum dengeleyici ilaç kullanmaktaydı. Olguların halen kullanmakta olduğu diğer psikotrop ilaçlar değerlendirildiğinde %2,8'i herhangi bir birinci kuşak antipsikotik, %51,9'u herhangi bir ikinci kuşak antipsikotik, %3,7'si herhangi bir benzodiyazepin ve %10,2'si herhangi bir antidepresan ilaç kullanıyordu.

Örnekleme oluşturan olguların % 14,8’inde geçmişte EKT uygulanma öyküsü vardı. Geçmişte klozapin kullanan sadece altı olgu (% 5,6) vardı.

Çalışmaya alınan tüm olgular, yaşam boyu özkıyım davranışlarına (özkıyım girişi olan, özkıyım girişi olmayıp yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan olgular) göre gruplandırılarak, hastalık özellikleri, aile öyküsü ve tedavi özellikleri açısından karşılaştırıldı. Anlamlı bulunan bağımsız değişkenler, ikili gruplar arasında karşılaştırılarak, anlamlı farkın hangi gruplar arası farktan kaynaklandığı araştırıldı.

6.4.2 Üç Grubun Hastalık Özellikleri

Yaşam boyu özkıyım girişi olan, yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan gruplar hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, tanı alt tipi, ektanı durumu, bazı dönem özellikleri ve süreleri, ailede özkıyım öyküsü ve psikiyatrik bozukluk öyküsü açısından karşılaştırıldı.

6.4.2.1 Hastalık Başlangıç Yaşı ve Hastalık Süresi

Tablo 7’de yaşam boyu özkıyım girişi olan, yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi ile bu değişkenler yönünden karşılaştırılması yer almaktadır. Hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi normal dağılıma uymadığından üç grubun bu değişkenler için karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi uygulandı. Üç grup arasında hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo 7: Üç grubun hastalık başlangıç yaşı ve hastalık sürelerinin karşılaştırılması

	YBÖD*	n	Ortalama ±SS	Ortanca	Min	Max	X ² (df)	P
Hastalık başlangıç yaşı	Girişimi VAR	44	25,6±9,8	24	13	54	2,52(2)	p=0,28 ^a
	Düşüncesi VAR	22	25,3±10,7	22	16	66		
	YBÖD YOK***	42	29,3±12,2	26	13	55		
Hastalık süresi (ay)	Girişimi VAR	44	261,5±143,8	270	23	588	2,49(2)	p=0,29 ^a
	Düşüncesi VAR	22	245,9±163,9	236	24	600		
	YBÖD YOK***	42	211,1±119,1	198	36	408		

a:Kruskal-Wallis testi

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD YOK***: Yaşam boyu özkıyım girişi ve/veya düşüncesi yok

6.4.2.2 Tanı Alt Tipi ve Diğer Hastalık Özellikleri

Tablo 8’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan, özkıyım girişimi olmayıp yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların, bipolar bozukluk tanı alt tipi ve diğer hastalık özellikleri ve karşılaştırılması yer almaktadır.

Olguların çoğu bipolar I bozukluk tanısı aldı. Bipolar II bozukluk tanısı alan olguların sayısı az olduğundan istatistiksel olarak karşılaştırma yapılamadı.

Üç grubu ilk dönem türü için karşılaştırabilmek amacıyla ilk dönem türü değişkeni depresyon ve mani+hipomani+karma olarak sınıflandırıldı. Bunun için ilk dönem türü karma dönem olan iki kişi ve hipomani olan dört kişi mani kategorisine eklendi. Karşılaştırma için Ki-Kare testi uygulandı ve gruplar arasında ilk dönem türü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Mevsimsellik, üç grup arasında ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Hızlı döngülülük ve postpartum başlangıç özelliği gösteren olgu sayıları az olduğundan üç grup bu değişkenler açısından istatistiksel olarak karşılaştırılmadı. Bu özelliklerin gruplara dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir.

Egemen dönem tipine göre üç grup arasında fark olup olmadığına Ki-Kare testi kullanılarak bakıldı. Üç grup arasında egemen dönem tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.

Herhangi bir ektaniya sahip olma açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2(df)=4,65(2)$; $p=0,98$). Alkol-madde kullanım bozukluğu olan 12 olgu üç gruba dağıldığında sayı azaldığından istatistiksel olarak üç grup arasında karşılaştırma yapılamadı. Herhangi bir anksiyete bozukluğu ektanisına sahip olma açısından üç grup arasında fark olup olmadığı Ki-Kare testi kullanılarak bakıldı. Buna göre üç grup arasında herhangi bir anksiyete bozukluğu ektanisına sahip olma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 8: Üç grubun tanı alt tipi ve diğer hastalık özelliklerinin karşılaştırılması

		YBÖD*						Toplam		x ² (df)	p
		Girişimi VAR		Düşüncesi VAR		YBÖD YOK***					
		N	%	n	%	n	%	n	%		
Bipolar bozukluk tanı alt tipi	BP-I	39	40,2	18	18,6	40	41,2	97	100		
	BP-II	5	45,5	4	36,4	2	18,2	11	100		
İlk dönem türü	Depresyon	28	39,4	17	23,9	26	36,6	71	100	1,67(2)	p=0,43 ^a
	Mani/ Karma/Hipomani	16	43,2	5	13,5	16	43,2	37	100		
Mevsimsellik	Var	25	45,5	13	23,6	17	30,9	55	100	3,03(2)	p=0,22 ^a
	Yok	19	35,8	9	17,0	25	47,2	53	100		
Hızlı döngülülük	Var	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4	100		
	Yok	43	41,3	21	20,2	40	38,5	104	100		
Postpartum başlangıç	Var	2	28,6	3	42,9	3	28,6	7	100		
	Yok	42	41,6	19	18,8	40	39,6	101	100		
Egemen dönem tipi	Depresyon	8	40,0	6	30,0	6	30	20	100	4,03(4)	p=0,40 ^a
	Mani/Karma/Hipomani	8	22,7	5	22,7	14	54,5	27	100		
	Belirgin bir egemenlik yok	28	45,9	11	18	22	36,1	61	100		
Ektanı Alkol – madde kullanımı bozuklukları	Var	8	66,7	3	25,0	1	8,3	12	100		
	Yok	36	37,5	19	19,8	41	42,7	96	100		
Anksiyete bozuklukları	Var	14	34,1	13	31,7	14	34,1	41	100	5,28(2)	p=0,07 ^a
	Yok	30	44,8	9	13,4	28	41,8	67	100		

a: Ki-Kare testi (tüm gruplar arasında)

YBÖD: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD YOK***: Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

Tablo 9’da yaşam boyu özkıyım girişimi olan, özkıyım girişimi olmayıp yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların ağır hastalık dönemleri açısından karşılaştırılması yer almaktadır.

Her üç grupta da geçmişte herhangi bir ağır hastalık dönemi geçirmiş olan olgular çoğunlukta idi. Geçmişte herhangi bir ağır hastalık dönemi geçirmemiş olan olgu sayısı az olduğundan bu açıdan üç grubun istatistiksel olarak karşılaştırılması yapılamadı.

Ağır depresif dönem geçirme öyküsü açısından üç grup Ki-Kare testi ile karşılaştırıldı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($x^2=12,82$; $p=0,002$). Bu farkın nereden kaynaklandığını bulmak amacıyla gruplar ikili olarak karşılaştırıldı ve bu amaçla

Fisher kesin ki-kare testi kullanıldı. Buna göre, yaşam boyu özkıyım girişimi olan olguların ağır depresif dönem geçirme öyküsü, yaşam boyu özkıyım davranışı olmayan olgulardan istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,001).

Üç grup, ağır mani dönemi geçirme öyküsü açısından, Ki-Kare testi ile karşılaştırıldı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($x^2=9,03$; p=0,011). İkili grup karşılaştırmalarında Fisher kesin ki-kare testi uygulandı. Üç grubun ikili olarak karşılaştırılması sonucunda, ağır mani dönemi geçirme öyküsü, yaşam boyu özkıyım davranışı olmayan olgularda yalnızca özkıyım düşüncesi olan olgulara göre (p=0,011); yaşam boyu özkıyım girişimi olan olgularda yalnızca özkıyım düşüncesi olan olgulara göre (p=0,014) anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Ağır karma dönem geçirme öyküsü olan olgu sayısı az olduğundan üç grup bu değişken için istatistiksel olarak karşılaştırılmadı. Ağır karma dönem geçirme öyküsü olan olgular, ağır mani dönemi geçirme öyküsü olan grupla birlikte değerlendirildiğinde de gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 9: Üç grubun ağır hastalık dönemleri açısından karşılaştırılması

		YBÖD*						Toplam		x ² (df)	P
		Girişimi VAR		Düşüncesi VAR		YBÖD YOK***		n	%		
		n	%	n	%	n	%				
Ağır hastalık dönemi öyküsü	Var	44	44,0	20	20,0	36	36,0	100	100		
	Yok	0	,0	2	25,0	6	75,0	8	100		
Ağır depresif dönem öyküsü	Var	34	51,5	15	22,7	17	25,8	66	100	12,8(2)	p=0,002^a
	Yok	10	23,8	7	16,7	25	59,5	42	100		
Ağır mani dönemi öyküsü	Var	34	44,2	10	13,0	33	42,9	77	100	9,03(2)	p=0,011^a
	Yok	10	32,3	12	29,0	9	38,7	31	100		
Ağır karma dönem öyküsü	Var	9	60,0	3	20,0	3	20,0	15	100		
	Yok	35	20,4	19	37,6	39	41,9	93	100		
Ağır mani+karma dönem öyküsü	Var	35	43,8	12	15,0	33	41,3	80		5,49(2)	p=0,64^a
	Yok	9	32,1	10	35,7	9	32,1	28			

a:Ki-Kare testi

YBÖD: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD YOK***: Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

6.4.2.3 Aile Öyküsü

Tablo 10’da yaşam boyu özkıyım girişimi olan, yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların ailelerindeki psikiyatrik bozuklukların ve özkıyım davranışı (tamamlanmış özkıyım ve/veya özkıyım girişimi) öyküsünün karşılaştırılması yer almaktadır. Bu değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi uygulandı. Üç grup arasında ailede psikiyatrik bozukluk, bipolar bozukluk ve diğer duygudurum bozuklukları varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Ailesinde özkıyım girişimi öyküsü bulunan sadece yedi olgu olduğundan bu değişken açısından istatistiksel olarak karşılaştırılma yapılamadı. Fakat ailede tamamlanmış özkıyım öyküsünün varlığı üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösteriyordu ($\chi^2(df)=9,70(2)$; $p=0,008$). Gruplar kendi içlerinde Fisher kesin ki-kare testi ile ikili olarak karşılaştırıldı. Buna göre yaşam boyu özkıyım girişimi olan grupta ailede tamamlanmış özkıyım öyküsü, özkıyım davranışı olmayan gruptan anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0,003$).

Tablo 10: Üç grubun ailede psikiyatrik bozukluk ve özkıyım davranışı (girişim, tamamlanmış özkıyım) öyküsü yönünden karşılaştırılması

		YBÖD*						Toplam		x ² (df)	p
		Girişimi VAR		Düşüncesi VAR		YBÖD YOK***					
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü	Var	29	37,2	17	22,8	32	41,0	78	100	1,48(2)	p=0,48 ^a
	Yok	15	50,0	5	16,7	10	33,3	30	100		
Ailede bipolar bozukluk öyküsü	Var	10	30,3	5	15,2	18	54,5	33	100	4,90(2)	p =0,09 ^a
	Yok	34	45,3	17	22,7	24	32,0	75	100		
Ailede diğer DDB** öyküsü	Var	14	43,8	6	18,8	12	37,5	32	100	0,18(2)	p=0,91 ^a
	Yok	30	39,5	16	21,1	30	39,5	76	100		
Ailede özkıyım girişimi öyküsü	Var	2	28,6	2	28,6	3	42,9	7	100		
	Yok	42	41,6	20	19,8	39	38,6	101	100		
Ailede tamamlanmış özkıyım öyküsü	Var	15	68,2	4	18,2	3	13,6	22	100	9,70(2)	
	Yok	29	33,7	18	20,9	39	45,3	86	100		

a: Ki-Kare testi (tüm gruplar arasında)

YBÖD* : Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

DDB** : Diğer duygudurum bozuklukları

6.4.2.4 Hastaneye Yatış Sayısı

Tablo 11’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan, özkıyım girişimi olmayıp yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların hastaneye yatış sayıları ve karşılaştırılması yer almaktadır. Değişkenler normal dağılıma uymadığından üç grubun karşılaştırmasında Kruskal Wallis ve ikili grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı.

Depresyon döneminde yatış ve karma dönemde yatış, üç grup için istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi. Ancak mani döneminde yatış sayısı, mani+karma+hipomani döneminde yatış sayısı ve toplam yatış sayısı gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösteriyordu. Buna göre yaşam boyu özkıyım girişimi olan grubun mani döneminde yatış sayısı ve Mani+Hipomani+Karma dönemde yatış sayısı, özkıyım girişimi olmayıp sadece özkıyım düşüncesi olan gruptan anlamlı olarak daha fazlaydı (z değerleri sırasıyla -2,72 ve -2,98; p değerleri sırasıyla 0,007 ve 0,003). Toplam yatış sayısı, yaşam boyu özkıyım girişimi olan grupta hem yalnızca özkıyım düşüncesi olan gruptan hem de özkıyım davranışı olmayan gruptan anlamlı olarak fazlaydı (z değerleri sırasıyla -2,22 ve -3,066; p değerleri sırasıyla 0,026 ve 0,02).

Tablo 11: Üç grubun hastaneye yatış sayılarının karşılaştırılması

	YBÖD*	n	Ortalama ±SS	Ortanca	Min	Max	x ² (df)	P
Depresyon döneminde yatış sayısı	Girişimi VAR	44	0,68±1,3	0,0	0	5	4,98(2)	p=0,08 ^a
	Düşüncesi VAR	22	0,66±1,2	0,0	0	3		
	YBÖD YOK***	42	0,21±0,5	0,0	0	2		
Mani dönemde yatış sayısı	Girişimi VAR	44	1,61±1,6	1,0	0	7	7,48(2)	p=0,024 ^a
	Düşüncesi VAR	22	0,91±2,0	0,0	0	9		
	YBÖD YOK***	42	1,21±1,4	1	0	6		
Karma dönemde yatış sayısı	Girişimi VAR	44	0,27±0,8	0,0	0	4	1,79(2)	p=0,41 ^a
	Düşüncesi VAR	22	0,05±0,2	0,0	0	1		
	YBÖD YOK***	42	0,05±0,2	0,0	0	1		
Mani+Hipomani+ Karma dönemde yatış sayısı	Girişimi VAR		1,93±1,9	1,0	0	9	9,69(2)	p=0,008 ^a
	Düşüncesi VAR		0,95±2,2	0,0	0	10		
	YBÖD YOK***		1,26±1,4	1,0	0	6		
Toplam yatış sayısı	Girişimi VAR	44	2,73±2,1	2	0	9	10,58 (2)	p=0,005 ^a
	Düşüncesi VAR	22	1,73±2,1	1	0	10		
	YBÖD YOK***	42	1,48±1,5	1	0	6		

a: Kruskal Wallis testi

YBÖD: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

Üç grup herhangi bir yatış öyküsünün varlığına göre Ki-Kare testi ile karşılaştırıldığında bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($x^2(df)=11,79(2)$; $p=0,003$). İkili grup karşılaştırmaları için Fisher kesin ki-kare testi kullanıldı. Buna göre yaşam boyu özkıyım girişimi olan grupta herhangi bir dönemde yatış öyküsü, yalnızca özkıyım düşüncesi olan gruptan ve özkıyım davranışı olmayan gruptan istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazlaydı (p değerleri sırasıyla $p=0,014$ ve $p=0,001$).

6.4.2.5 Hasta Geçirilen Süreler

Tablo 12’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan, özkıyım girişimi olmayıp yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların toplam hasta geçirilen sürelerinin ortalamaları, toplam hasta geçirilen süre/hastalık süresi oranının, toplam depresyon süresi ve toplam mani süresi ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Bu değişkenler normal dağılıma uymadığından üçlü grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve ikili grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi uygulandı. Üç grup arasında manide geçirilen toplam süreler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Ancak depresyonda geçirilen toplam süre gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklı bulundu ($\chi^2(df)=17,4(2)$; $p=0,000$). Depresyonda geçirilen toplam süreler, yaşam boyu özkıyım girişimi olan grupta ve yalnızca özkıyım düşüncesi olan grupta, özkıyım davranışı olmayan gruptan anlamlı olarak daha uzun bulundu (z değerleri sırasıyla -2,661 ve -3,993; p değerleri sırasıyla $p=0,008$ ve $p=0,000$).

Olguların toplam hastalık sürelerinin ne kadarında, dönem tanısı koyduracak kadar hastalık belirtisi taşıdığı araştırıldı. Toplam hasta geçirilen süre açısından da üç grup karşılaştırıldı ve aralarında bu değişken açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($\chi^2(df)=10,1(2)$; $p=0,006$). Buna göre yaşam boyu özkıyım girişimi bulunmayıp yalnızca özkıyım düşüncesi olan grupta toplam hasta geçirilen süre ortalaması, özkıyım davranışı olmayan gruptan anlamlı olarak daha uzun bulundu ($z=-3,139$; $p=0,002$).

Toplam hasta geçirilen süre/hastalık süresi oranı hesaplanarak, üç grup buradan elde edilen oran açısından karşılaştırıldı. Yaşam boyu özkıyım girişimi olan, yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan gruplar, bu değişken için birbirinden istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklı bulundu ($\chi^2(df)=9,5(2)$; $p=0,009$). Buna göre yaşam boyu özkıyım girişimi bulunmayıp yalnızca özkıyım düşüncesi olan grup, özkıyım girişimi olan grupla ve özkıyım davranışı olmayan grupla kıyaslandığında toplam hastalık sürelerinin daha büyük bir kısmını hasta olarak geçiriyordu (z değerleri sırasıyla -2,163 ve -3,350; p değerleri sırasıyla 0,031 ve 0,001).

Tablo 12: Üç grubun belirtili dönem süreleri ve hasta geçirilen süreler yönünden karşılaştırılması

	YBÖD*	N	Ortalama ±SS	Ortanca	Min	Max	χ^2 (df)	P
Depresyonda geçirilen toplam süre (hf)	Girişimi VAR	44	35,7±34,6	22	3	192	17,4(2)	P=0,000^a
	Düşüncesi VAR	22	48,2±36,2	37,5	12	160		
	YBÖD YOK^{***}	42	20,1±19,7	13,5	2	100		
Manide geçirilen toplam süre (hf)	Girişimi VAR	44	26,1±24,9	20	2	102	4,27(2)	P=0,12 ^a
	Düşüncesi VAR	22	43,5±37,3	28	4	120		
	YBÖD YOK^{***}	42	23,5±21,6	15	2	84		
Toplam hasta geçirilen süre (hf)	Girişimi VAR	44	67,3±55,1	46	8	298	10,1(2)	P=0,006^a
	Düşüncesi VAR	22	91,4±61,3	82	22	262		
	YBÖD YOK^{***}	42	47,7±31,2	38	7	120		
Toplam hasta geçirilen süre/ Toplam hastalık süresi oranı (hf/hf)	Girişimi VAR	44	0,09±0,09	0,06	0,01	0,43	9,5(2)	P=0,009^a
	Düşüncesi VAR	22	0,12±0,10	0,101	0,04	0,43		
	YBÖD YOK^{***}	42	0,07±0,06	0,049	0,02	0,31		

a: Kruskal Wallis testi (tüm gruplar arasında karşılaştırıldı)

YBÖD*:Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD YOK^{***} : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

6.4.2.6 Tedavi Özellikleri

Hastaların halen almakta oldukları ilaçların ait oldukları sınıflar belirlendikten sonra, üç grup, almakta oldukları ilaçlar yönünden karşılaştırılmaya çalışıldı. Ancak üç grupta herhangi bir duygudurum dengeleyici kullanmayan birer kişi olduğundan gruplar, bu açıdan istatistiksel olarak karşılaştırılmadı. Herhangi bir birinci kuşak antipsikotik, antidepresan ve benzodiyazepin kullanan olgu sayısı da az olduğundan gruplar arasında bu ilaçların kullanımında fark olup olmadığı istatistiksel açıdan karşılaştırılmadı. Bu nedenle üç grup yalnızca ikinci kuşak antipsikotik kullanımı açısından karşılaştırılabilir ve bu karşılaştırmada da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 13).

Gruplar halen kullanmakta olduğu psikotrop olmayan ilaçlar açısından da karşılaştırıldı. Karşılaştırma yaparken Ki-Kare testi uygulandı. Buna göre üç grup arasında tiroid ($\chi^2(df)= 1,73(2)$; $p= 0,43$), hipertansiyon ($\chi^2(df)= 2,06(2)$; $p= 0,36$), diyabet ($\chi^2(df)= 2,01(2)$; $p= 0,37$) ya da diğer ilaçları ($\chi^2(df)= 1,04(2)$; $p= 0,59$) kullanmaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo 13: Üç grubun halen kullanmakta olduğu duygudurum dengeleyici dışı psikotrop ilaçlar açısından karşılaştırılması

		YBÖD*						Toplam		$\chi^2(df)$	p
		Girişimi VAR		Düşüncesi VAR		YBÖD YOK***					
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Birinci kuşak AP kullanımı	Var	2	66,7	0	,0	1	33,3	3	100	0,22(2)	p=0,89 ^a
	Yok	42	40,0	22	21,0	41	39,0	105	100		
İkinci kuşak AP kullanımı	Var	24	42,9	11	19,6	21	37,5	56	100		
	Yok	20	38,5	11	21,2	21	40,4	52	100		
Antidepresan kullanımı	Var	8	72,7	2	18,2	1	9,1	11	100		
	Yok	36	37,1	20	20,6	41	42,3	97	100		
Benzodiyazepin kullanımı	Var	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	100		
	Yok	43	41,3	20	19,2	41	39,4	104	100		

a: Ki-Kare testi (tüm gruplar arasında)

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD YOK***: Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

AP: Antipsikotik

Üç grupta toplam altı kişide (dört tanesi yaşam boyu özkıyım girişimi grubunda olmak üzere diğer gruplarda birer kişi) geçmişte klozapin kullanım öyküsü olduğundan gruplar arasında istatistiksel karşılaştırma yapılamadı. EKT uygulanma öyküsü açısından üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 14).

Tablo 14: Üç grubun geçmişte EKT uygulanma öyküsünün karşılaştırılması

		YBÖD*						Toplam		x ² (df)	p
		Girişimi VAR		Düşüncesi VAR		YBÖD YOK***					
		n	%	n	%	n	%				
EKT öyküsü	Var	10	62,5	3	18,8	3	18,8	16	100	4,16(2)	p=0,13 ^a
	Yok	34	30,7	19	20,7	39	42,4	92	100		

a: Ki-Kare testi (tüm gruplar arasında)

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD YOK***: Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

6.4.3 Yaşam Boyu Herhangi Bir Dönemde Özkıyım Davranışı (Özkıyım Girişimi ve/veya Özkıyım Düşüncesi) Olan ve Olmayan Olguların Hastalık Özellikleri

Yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubu ile bu iki özellikten herhangi birinin bulunmadığı hasta grupları hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, tanı alt tipi, ektanı durumu, bazı dönem özellikleri ve süreleri, ailede özkıyım ve psikiyatrik bozukluk öyküsü açısından karşılaştırıldı.

6.4.3.1 Hastalık Başlangıç Yaşı ve Hastalık Süresi

Tablo 15’de yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubu ile bu iki özellikten herhangi birinin bulunmadığı hasta gruplarının, hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi ortalamaları ve karşılaştırılması yer almaktadır. Hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi normal dağılıma uymadığından bu iki grup parametrik olmayan Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Gruplar arasında hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo 15: Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresinin karşılaştırılması

	YBÖD*	N	Ortalama ±SS	Ortanca	Min	Max	p/ z
Hastalık başlangıç yaşı	YBÖD VAR**	66	25,4±10,0	23	13	66	p=0,11 ^a z=-1,58
	YBÖD YOK***	42	29,3±9,7	26	13	55	
Hastalık süresi (ay)	YBÖD VAR**	66	256,3±149,7	258	23	600	p=0,15 ^a z=-1,43
	YBÖD YOK***	42	211,1±119,1	198	36	408	

a:Mann Whitney U testi

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD VAR** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi var

YBÖD YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

6.4.3.2 Tanı Alt Tipi ve Diğer Hastalık Özellikleri

Tablo 16’da yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubu ile bu iki özellikten herhangi birinin bulunmadığı hasta gruplarının bipolar bozukluk tanı alt tipi ve diğer hastalık özellikleri ve bu özelliklere ilişkin karşılaştırmalar yer almaktadır.

Yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubunun %86,4’ü (n=57) bipolar I bozukluk, %13,6’sı (n=9) bipolar II bozukluk tanısı aldı. Yaşam boyu özkıyım davranışı olmayan grubun ise %95,2’si (n=40) bipolar I bozukluk ve %4,8’i (n=2) bipolar II bozukluk tanısı aldı. İki grup Fisher kesin ki-kare testi ile karşılaştırıldı ve gruplar arasında bipolar bozukluk tanı alt tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

İlk dönem türü, Fisher kesin ki-kare testi ile karşılaştırıldı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Mevsimsellik, hızlı döngülülük ve postpartum başlangıç özelliği değişkenleri iki grupta Fisher kesin ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubu ile bu iki özellikten herhangi birinin bulunmadığı hasta grubu arasında egemen dönem tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.

Herhangi bir ektanı varlığı açısından ve herhangi bir anksiyete bozukluğu ektanısı açısından iki grup arasında fark yoktu (Fisher kesin Ki-Kare testi; p değerleri sırasıyla p=0,23 ve p=0,54). Ancak alkol-madde kullanım bozukluğu ektanısı yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubunda yaşam boyu özkıyım davranışı olmayan gruba kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla bulundu (Fisher kesin Ki-Kare testi, p=0,026).

Tablo 16: Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların tanı alt tipi ve diğer hastalık özelliklerinin karşılaştırılması

		YBÖD*				Toplam		p
		YBÖD VAR**		YBÖD YOK***				
		n	%	n	%	n	%	
Bipolar bozukluk tam alt tipi	BP-I	57	58,8	40	41,2	97	100	p=0,1 9 ^a
	BP-II	9	81,8	2	18,2	11	100	
İlk dönem türü	Depresyon	45	63,4	26	36,6	71	100	p=0,5 4 ^a
	Mani/ Karma/Hipomani	21	56,8	16	43,2	37	100	
Mevsimsellik	Var	38	69,1	17	30,9	55	100	p=0,1 1 ^a
	Yok	28	52,8	25	47,2	53	100	
Hızlı döngülülük	Var	2	50,0	2	50,0	4	100	p=0,6 4 ^a
	Yok	64	61,5	40	38,5	104	100	
Postpartum başlangıç	Var	5	71,4	2	28,6	7	100	p=0,7 0 ^a
	Yok	61	60,4	40	39,6	101	100	
Egemen dönem tipi	Depresyon	14	70,0	6	30	20	100	p=0,2 5 ^b
	Mani/Karma/Hipomani	13	48,1	14	51,9	27	100	
	Belirgin bir egemenlik yok	39	63,9	22	36,1	61	100	
Alkol/madde kullanım bozukluğu	Var	11	91,7	1	8,3	12	100	p=0,0 26 ^a
	Yok	55	57,3	41	42,7	96	100	
Anksiyete bozukluğu	Var	27	65,9	14	34,1	41	100	p=0,5 4 ^a
	Yok	39	58,2	28	41,8	67	100	

a: Fisher kesin ki-kare testi b: Ki-kare testi

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD VAR** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi var

YBÖD YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

Tablo 17’de yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubu ile bu iki özellikten herhangi birinin bulunmadığı hasta grubunun, ağır hastalık dönemi geçirme öyküsü açısından karşılaştırılması yer almaktadır. Bu değişkenler için iki grup arasında istatistiksel açıdan fark olup olmadığına Fisher kesin ki-kare testi kullanılarak bakıldı. Buna göre iki grup arasında herhangi bir ağır hastalık dönemi, ağır mani dönemi ve ağır karma dönem geçirme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Fakat ağır depresif dönem geçirme öyküsü, yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubunda, diğer gruba kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,001$).

Tablo 17: Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların ağır hastalık dönemleri açısından karşılaştırılması

		YBÖD*				Toplam		p
		YBÖD VAR**		YBÖD YOK***		N	%	
		n	%	n	%			
Ağır hastalık dönemi öyküsü	Var	64	64,0	36	36,0	100	100	p=0,54 ^a
	Yok	2	25,0	6	75,0	8	100	
Ağır depresif dönem öyküsü	Var	49	74,2	17	25,8	66	100	p=0,001 ^a
	Yok	17	40,5	25	59,5	42	100	
Ağır mani dönemi öyküsü	Var	44	57,1	33	42,9	77	100	p=0,19 ^a
	Yok	22	71,0	9	29,0	31	100	
Ağır karma dönem öyküsü	Var	12	80,0	3	20,0	15	100	p=0,15 ^a
	Yok	54	58,1	39	41,9	93	100	
Ağır mani+karma dönem öyküsü	Var	47	58,8	33	41,3	80	100	p=0,50
	Yok	19	67,9	9	32,1	28	100	

a:Fisher kesin ki-kare testi

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD VAR** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi var
YBÖD YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

6.4.3.3 Aile Öyküsü

Tablo 18’de yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubu ile bu iki özellikten herhangi birinin bulunmadığı hasta gruplarının, ailede psikiyatrik bozukluklar ve özkıyım davranışı (tamamlanmış özkıyım ve/veya özkıyım girişimi) öyküsü açısından karşılaştırılması yer almaktadır. Bu değişkenler açısından iki grup arasında fark olup olmadığına Fisher kesin ki-kare testi ile bakıldı. Bu iki grup arasında ailede psikiyatrik bozukluk, diğer duygudurum bozuklukları ve özkıyım girişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Ancak ailede bipolar bozukluk öyküsü, gruplar arasında istatistiksel

açından anlamlı olarak farklılık gösteriyordu ($p=0,033$). Buna göre yaşam boyu herhangi bir özkıyım davranışı olmayan grupta, ailede bipolar bozukluk öyküsü, yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubundan istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti.

İki grup arasında ailede tamamlanmış özkıyım öyküsü açısından da istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p=0,007$). Buna göre yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubunda, ailede tamamlanmış özkıyım öyküsü, diğer gruptan anlamlı olarak daha fazlaydı.

Tablo 18: Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların ailede psikiyatrik hastalık ve özkıyım davranışı öyküsünün karşılaştırılması

		YBÖD*				Toplam		p
		YBÖD VAR**		YBÖD YOK***		n	%	
		n	%	n	%			
Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü	Var	46	58,9	32	41,0	78	100	$p=0,39^a$
	Yok	20	66,7	10	33,3	30	100	
Ailede bipolar bozukluk öyküsü	Var	15	45,5	18	54,5	33	100	$p=0,033^a$
	Yok	51	68,0	24	32,0	75	100	
Ailede diğer DDB** öyküsü	Var	20	62,5	12	37,5	32	100	$p=1,0^a$
	Yok	46	60,5	30	39,5	76	100	
Ailede özkıyım girişimi öyküsü	Var	4	57,1	3	42,9	7	100	$p=1,0^a$
	Yok	62	61,4	39	38,6	101	100	
Ailede tamamlanmış özkıyım öyküsü	Var	19	86,4	3	13,6	22	100	$p=0,007^a$
	Yok	47	54,7	39	45,3	86	100	

a: Fisher kesin ki-kare testi

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD VAR**: Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi var YBÖD YOK***: Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok DDB**: Diğer duygudurum bozuklukları

6.4.3.4 Hastaneye Yatış Öyküsü

Tablo 19’da yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubu ile bu iki özellikten herhangi birinin bulunmadığı hasta grubunun hastaneye yatış sayıları ortalamaları ve karşılaştırılması yer almaktadır. Bu değişkenler normal dağılmadıkları için iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Bu iki grup arasında, mani döneminde hastaneye yatış sayısı, karma dönemde hastaneye yatış sayısı ve mani+hipomani+karma dönemde hastaneye yatış sayısı açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu. Öte yandan depresif dönemde hastaneye yatış sayıları ve hastaneye toplam yatış sayısı gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklıydı (z değerleri sırasıyla -

2,226 ve -2,379; p değerleri sırasıyla 0,026 ve 0,017). Buna göre yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubunun depresif dönemde hastaneye yatış sayısı ve toplam yatış sayısı, yaşam boyu özkıyım davranışı olmayan gruptan anlamlı olarak daha fazlaydı.

Tablo 19: Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların hastaneye yatış sayılarının karşılaştırılması

	YBÖD*	n	Ortalama ±SS	Ortanca	Min	Max	z	P
Depresyon döneminde yatış sayısı	YBÖD VAR**	66	0,67±1,1	0,0	0	5	-2,226	p=0,026 ^a
	YBÖD YOK***	42	0,21±0,5	0,0	0	2		
Mani döneminde yatış sayısı	YBÖD VAR**	66	1,38±1,8	1,0	0	9	-0,251	p=0,80 ^a
	YBÖD YOK***	42	1,21±1,4	1,0	0	6		
Karma dönemde yatış sayısı	YBÖD VAR**	66	0,2±0,7	0,0	0	4	-1,118	p=0,26 ^a
	YBÖD YOK***	42	0,05±0,2	0,0	0	1		
Mani+Hipomani+Karma dönem yatış sayısı	YBÖD VAR**	66	1,6±2,8	1,0	0	10	-0,58	p=0,56 ^a
	YBÖD YOK***	42	1,3±1,5	1,0	0	6		
Toplam yatış sayısı	YBÖD VAR**	66	2,39±2,2	2,0	0	10	-2,379	p=0,017 ^a
	YBÖD YOK***	42	1,48±1,5	1,0	0	6		

a: Mann Whitney U testi

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD VAR** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi var
YBÖD YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

İki grup herhangi bir dönemde yatış öyküsünün varlığına göre Fisher kesin ki-kare testi ile karşılaştırıldığında, bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,013). Buna göre yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan grubun herhangi bir dönemde yatış öyküsü, özkıyım davranışı olmayan gruptan istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazlaydı.

6.4.3.5 Hasta Geçirilen Süreler

Tablo 20’de yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubu ile bu iki özellikten herhangi birinin bulunmadığı hasta grubunun toplam hasta geçirilen sürelerinin, toplam hasta geçirilen süre/hastalık süresi oranının, toplam depresyonda ve manide geçen sürelerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Bu değişkenler normal dağılıma uymadığından, karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi uygulandı. İki grup arasında manide geçirilen toplam süre ve toplam hasta geçirilen süre/hastalık süresi oranı açısından

istatistiksel olarak bir fark saptanmadı. Depresyonda geçirilen toplam süre ve toplam hasta geçirilen süre değişkenleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Buna göre yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubunun depresyonda geçirilen toplam süreleri ve toplam hasta geçirilen süreleri yaşam boyu özkıyım davranışı olmayan hasta grubundan anlamlı olarak daha uzundu (z değerleri sırasıyla -3,416 ve 2578; p değerleri sırasıyla 0,001 ve 0,01).

Tablo 20: Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların belirtili dönem süreleri ve hasta geçirilen süreler yönünden karşılaştırılması

	YBÖD*	n	Ortalama ±SS	Ortanca	Min	Max	z	p
Depresyonda geçirilen toplam süre (hf)	YBÖD VAR**	66	39,9±35,4	24	3	192	-3,72	p=0,000^a
	YBÖD YOK***	42	20,1±19,7	13,5	2	100		
Manide geçirilen toplam süre (hf)	YBÖD VAR**	66	31,2±29,8	24	2	120	-1,33	p=0,94 ^a
	YBÖD YOK***	42	22,3±21,6	13	0	84		
Mani+Karma+Hipomanide geçirilen toplam süre (hf)	YBÖD VAR**	66	35,4±37,0	24	4	184	-0,798	p=0,42 ^a
	YBÖD YOK***	42	27,8±24,3	17,5	3	96		
Toplam hasta geçirilen süre (hf)	YBÖD VAR**	66	75,3±57,9	54,5	8	298	-2,58	p=0,010^a
	YBÖD YOK***	42	47,7±31,2	38,5	7	120		
Hasta geçirilen süre/ toplam hastalık süresi (hf/hf)	YBÖD VAR**	66	0,1±0,09	0,069	0,01	0,43	-1,77	p=0,08 ^a
	YBÖD YOK***	42	0,07±0,06	0,049	0,02	0,31		

a: Mann Whitney U testi

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD VAR** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi var

YBÖD YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

6.4.3.6 Tedavi Özellikleri

Yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubunun %96,9'u (n=64) ve bu iki özellikten herhangi birinin bulunmadığı hasta grubunun %97,6'sı (n=41) halen herhangi bir duygudurum dengeleyici ilaç kullanmaktaydı. Bu iki gruptaki olguların kullanmakta olduğu diğer psikotrop ilaçların karşılaştırılması Tablo 21'de yer almaktadır. İki grup arasında birinci kuşak antipsikotik, ikinci kuşak antipsikotik ve benzodiyazepin kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Antidepresan kullanımı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (Fisher kesi ki-kare testi, p=0,048). Buna göre yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya

düşüncesi olan hasta grubunda, şimdiki tedavisinde antidepresan varlığı, diğer gruba kıyasla anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,048).

Bu iki grubun kullanmakta olduğu psikotrop olmayan ilaçlar açısından karşılaştırılması da Fisher kesin ki-kare testi ile yapıldı. İki grup arasında tiroid (p= 0,83), hipertansiyon (p= 0,27), diyabet (p= 0,31) ya da diğer ilaçları (p= 1,0) kullanmaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo 21: Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların halen kullanmakta olduğu duygudurum dengeleyici dışı psikotrop ilaçlar açısından karşılaştırılması

		YBÖD*				Toplam		p
		YBÖD VAR**		YBÖD YOK***				
		n	%	n	%	n	%	
Birinci kuşak AP kullanımı	Var	2	66,7	1	33,3	3	100	p=1,0 ^a
	Yok	64	61,0	41	39,0	105	100	
İkinci kuşak AP kullanımı	Var	35	62,5	21	37,5	56	100	p=0,84 ^a
	Yok	31	59,6	21	40,4	52	100	
Antidepresan kullanımı	Var	10	90,9	1	9,1	11	100	p=0,048^a
	Yok	56	57,7	41	42,3	97	100	
Benzodiyazepin kullanımı	Var	3	75,0	1	25,0	4	100	p=1,0 ^a
	Yok	63	60,6	41	39,4	104	100	

a: Fisher kesin testi

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD VAR** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi var YBÖD YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok DDD* : duygudurum dengeleyici

Geçmişte EKT uygulanma (Tablo 22) ve klozapin kullanım öyküsü, yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubu ile bu iki özellikten herhangi birinin bulunmadığı hasta grubu arasında Fisher kesin ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubunda beş kişide ve diğer grupta bir kişide geçmişte klozapin kullanım öyküsü vardı ve iki grup arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo 22: Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların geçmişte EKT uygulanma öyküsünün karşılaştırılması

		YBÖD *				Toplam		p
		YBÖD VAR**		YBÖD YOK***				
		n	%	n	%	n	%	
EKT öyküsü	Var	13	81,3	3	18,8	16	100	p=0,97 ^a
	Yok	53	57,6	39	42,4	92	100	

a: Fisher kesin ki-kare testi

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD VAR** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi var

YBÖD YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

6.4.4 Yaşam Boyu Özkıyım Girişimi Olan ve Olmayan (Yalnızca Özkıyım Düşüncesi Var ve/veya Özkıyım Davranışı Yok) Grupların Klinik Özellikleri ve Gruplar Arası Karşılaştırmalar

Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan gruplar hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, tanı alt tipi, ektanı durumu, bazı dönem özellikleri ve süreleri, ailede özkıyım öyküsü ve psikiyatrik bozukluk öyküsü açısından karşılaştırıldı.

6.4.4.1 Hastalık Başlangıç Yaşı ve Hastalık Süresi

Tablo 23'te yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi ortalamaları ve karşılaştırılması yer almaktadır. Normal dağılıma uymayan hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi değişkenleri, parametrik olmayan Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Gruplar arasında hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo 23 : Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresinin karşılaştırılması

	YBÖG*	n	Ortalama ±SS	Ortanca	Min	Max	p / z
Hastalık başlangıç yaşı	YBÖG VAR**	66	25,5±9,8	24	13	54	p=0,35 ^a z=-0,94
	YBÖG YOK***	42	27,9±11,7	24	13	66	
Hastalık süresi (ay)	YBÖG VAR**	66	261,6±143,8	270	23	588	p=0,15 ^a z=-1,45
	YBÖG YOK***	42	223,1±135,9	210	24	600	

a:Mann Whitney U testi

YBÖG*: Yaşam boyu özkıyım girişimi YBÖG VAR** : Yaşam boyu sadece özkıyım girişimi var

YBÖG YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi yok (sadece özkıyım düşüncesi var + özkıyım davranışı yok)

6.4.4.2 Tanı Alt Tipi ve Diğer Hastalık Özellikleri

Tablo 24’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların bipolar bozukluk tanı alt tipi ve diğer hastalık özellikleri ve bu özelliklere ilişkin karşılaştırmalar yer almaktadır.

Yaşam boyu özkıyım girişimi olan grubun %88,6’sı (n=39) bipolar I bozukluk, %11,4’ü (n=5) bipolar II bozukluk tanısı aldı. Diğer grubun ise %90,6’sı (n=58) bipolar I bozukluk ve %9,4’ü (n=6) bipolar II bozukluk tanısı aldı. İki grup Fisher kesin ki-kare testi ile karşılaştırıldı ve gruplar arasında bipolar bozukluk tanı alt tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

İlk dönem türü karşılaştırılırken Fisher kesin Ki-Kare testi uygulandı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Mevsimsellik, hızlı döngülülük ve postpartum başlangıç özelliği değişkenleri iki grupta Fisher kesin ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grup arasında egemen dönem tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.

Herhangi bir ektanı varlığı, alkol-madde kullanım bozukluğu ve herhangi bir anksiyete bozukluğu ektanısı açısından iki grup Fisher kesin Ki-Kare testi ile karşılaştırıldı. Bu değişkenler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 24: Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların tanı alt tipi ve diğer hastalık özelliklerinin karşılaştırılması

		YBÖG*				Toplam		p
		YBÖG VAR**		YBÖG YOK***				
		n	%	n	%	N	%	
Bipolar bozukluk tanı alt tipi	BP-I	39	40,2	58	59,8	97	100	p=0,76 ^a
	BP-II	5	45,5	6	54,5	11	100	
İlk dönem türü	Depresyon	28	63,4	43	36,6	71	100	p=0,84 ^a
	Mani/Karma/Hipomani	16	43,2	21	56,8	37	100	
Mevsimsellik	Var	25	44,5	30	54,5	55	100	p=0,33 ^a
	Yok	19	35,8	34	64,2	53	100	
Hızlı döngülülük	Var	1	25,0	3	75,0	4	100	p=0,64 ^a
	Yok	43	41,3	61	58,7	104	100	
Postpartum başlangıç	Var	2	28,6	5	71,4	7	100	p=0,69 ^a
	Yok	42	41,6	59	58,4	101	100	
Egemen dönem tipi	Depresyon	8	40,0	12	60,0	20	100	p=0,36 ^b x ² (df)=2 ,05(2)
	Mani/Karma/Hipomani	8	29,6	19	70,4	27	100	
	Belirgin bir egemenlik yok	28	45,9	33	54,1	61	100	
Ektanı	Var	20	38,5	32	61,5	52	100	p=0,69 ^a
	Yok	24	42,9	32	57,1	56	100	
Alkol/madde kullanım bozukluğu	Var	8	66,7	4	33,3	12	100	p=0,06 ^a
	Yok	36	37,5	60	62,5	96	100	
Anksiyete bozukluğu	Var	14	34,1	27	65,9	41	100	p=0,32 ^a
	Yok	30	44,8	37	55,2	67	100	

a: Fisher kesin ki-kare testi b:Ki-Kare testi

YBÖG*: Yaşam boyu özkıyım girişimi YBÖG VAR** : Yaşam boyu sadece özkıyım girişimi var

YBÖG YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi yok (yalnızca özkıyım düşüncesi var ve/veya özkıyım davranışı yok)

Tablo 25’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların ağır hastalık dönemleri geçirme öyküleri ve karşılaştırmaları yer almaktadır. Bu değişkenler için iki grup arasında istatistiksel açıdan fark olup olmadığına Fisher kesin ki-kare testi kullanılarak bakıldı. Buna göre iki grup arasında ağır mani dönemi, ağır karma dönem ve ağır mani+karma dönem geçirme öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Fakat herhangi bir ağır dönem geçirme ve ağır depresif dönem geçirme öyküsü, yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi olan hasta grubunda, diğer gruba kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p değerleri sırasıyla p=0,020 ve p=0,005).

Tablo 25: Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların ağır hastalık dönemleri açısından karşılaştırılması

		YBÖG*				Toplam		p
		YBÖG VAR**		YBÖD YOK ^{G**}				
		n	%	n	%	n	%	
Ağır hastalık dönemi öyküsü	Var	44	44,0	56	56,0	100	100	p=0,02 ^a
	Yok	0	,0	8	100	8	100	
Ağır depresif dönem öyküsü	Var	34	51,5	32	48,5	66	100	p=0,005 ^a
	Yok	10	23,8	32	76,2	42	100	
Ağır mani dönemi öyküsü	Var	34	44,2	43	55,8	77	100	p=0,28 ^a
	Yok	10	32,3	21	67,7	31	100	
Ağır karma dönem öyküsü	Var	9	60,0	6	40,0	15	100	p=0,15 ^a
	Yok	35	37,6	58	62,4	93	100	

a:Fisher kesin ki-kare testi

YBÖG*: Yaşam boyu özkıyım girişimi YBÖG VAR** : Yaşam boyu sadece özkıyım girişimi var

YBÖG YOK^{***}: Yaşam boyu özkıyım girişimi yok (sadece özkıyım düşüncesi var + özkıyım davranışı yok)

6.4.4.3 Aile Öyküsü

Tablo 26'de yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların, ailede psikiyatrik bozukluklar ve özkıyım davranışı (tamamlanmış özkıyım ve/veya özkıyım girişimi) öyküsü ve grupların bu iki özellik açısından karşılaştırılması yer almaktadır. Bu değişkenler açısından iki grup arasında fark olup olmadığı Fisher kesin ki-kare testi ile değerlendirildi. Bu iki grup arasında ailede psikiyatrik bozukluk, ailede bipolar bozukluk, ailede diğer duygudurum bozuklukları ve özkıyım girişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Öte yandan iki grup arasında ailede tamamlanmış özkıyım öyküsü açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı (p=0,006). Buna göre yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi olan hasta grubunda ailede tamamlanmış özkıyım öyküsü diğer gruptan anlamlı olarak daha fazlaydı.

Tablo 26: Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların ailede psikiyatrik hastalık ve özkıyım davranışı öyküsünün karşılaştırılması

		YBÖG*				Toplam		p
		YBÖG VAR**		YBÖG YOK***				
		n	%	n	%	N	%	
Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü	Var	29	37,2	49	62,8	78	100	p=0,27 ^a
	Yok	15	50,0	15	50,0	30	100	
Ailede bipolar bozukluk öyküsü	Var	10	30,3	23	69,7	33	100	p =0,20 ^a
	Yok	34	45,3	41	54,7	75	100	
Ailede diğer DDB** öyküsü	Var	14	43,8	18	56,3	32	100	p=0,80 ^a
	Yok	30	39,5	46	60,5	76	100	
Ailede özkıyım girişimi öyküsü	Var	2	28,6	5	71,4	7	100	p=0,69 ^a
	Yok	42	41,6	59	58,4	101	100	
Ailede tamamlanmış özkıyım öyküsü	Var	15	68,2	7	31,8	22	100	p=0,006 ^a
	Yok	29	33,7	57	66,3	86	100	

a: Fisher kesin ki-kare testi

YBÖG*: Yaşam boyu özkıyım girişimi YBÖG VAR** : Yaşam boyu sadece özkıyım girişimi var YBÖG YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi yok (sadece özkıyım düşüncesi var ve/veya özkıyım davranışı yok) DDB** : Diğer duygudurum bozuklukları

6.4.3.4 Hastaneye Yatış Öyküsü

Tablo 27’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların hastaneye yatış sayıları ortalamaları ve karşılaştırılması yer almaktadır. Bu değişkenler normal dağılmadıkları için iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Bu iki grup arasında hastaneye toplam yatış sayısı, depresyon döneminde yatış sayısı ve karma dönemde hastaneye yatış sayısı ortalamaları açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu. Fakat mani döneminde yatış sayısı ve mani+hipomani+karma dönemde yatış sayısı gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklıydı (z değerleri sırasıyla -2,68 ve -2,21; p değerleri sırasıyla 0,027 ve 0,007). Buna göre yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi olan hasta grubunun mani döneminde hastaneye yatış sayısı, diğer gruptan anlamlı olarak daha fazlaydı.

Tablo 27: Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların hastaneye yatış sayılarının karşılaştırılması

	YBÖG*	n	Ortalama ±SS	Ortanca	Min	Max	Z	P
Depresyon döneminde yatış sayısı	YBÖG VAR**	44	0,6±1,1	0,0	0	5	-1,605	p=0,11 ^a
	YBÖG YOK***	64	0,4±0,8	0,0	0	3		
Mani dönemde yatış Sayısı	YBÖG VAR**	44	1,61±1,6	1,0	0	7	-2,209	p=0,027^a
	YBÖG YOK***	64	1,1±1,7	0,5	0	9		
Karma dönemde yatış sayısı	YBÖG VAR**	44	0,3±0,7	0,0	0	4	-1,722	p=0,08 ^a
	YBÖG YOK***	64	0,05±0,2	0,0	0	1		
Mani+Hipomani+Karma dönem yatış sayısı	YBÖG VAR**	66	1,9±1,9	1,0	0	9	-2,68	p=0,007^a
	YBÖG YOK***	42	1,2±1,8	0,5	0	10		
Toplam yatış sayısı	YBÖG VAR**	44	2,72±2,1	2	1	10	-1,332	p=0,18 ^a
	YBÖG YOK***	64	2,14±1,4	2	1	6		

a: Mann Whitney U testi

YBÖG*: Yaşam boyu özkıyım girişimi YBÖG VAR** : Yaşam boyu sadece özkıyım girişimi var YBÖG YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi yok (sadece özkıyım düşüncesi var ve/veya özkıyım davranışı yok)

İki grup herhangi bir yatış öyküsünün varlığına göre Fisher kesin ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,001). Buna göre yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi olan grupta herhangi bir dönemde yatış öyküsü, diğer gruptan anlamlı olarak daha fazlaydı.

6.4.3.5 Hasta Geçirilen Süreler

Tablo 28’da yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların toplam hasta geçirilen sürelerinin, toplam hasta geçirilen süre/hastalık süresi oranının, toplam depresyonda ve manide geçen sürelerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Bu değişkenler normal dağılıma uymadığından karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi uygulandı. İki grup arasında bu değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo 28: Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların belirtili dönem süreleri ve hasta geçirilen süreler yönünden karşılaştırılması

	YBÖG*	n	Ortalama ±SS	Ortanca	Min	Max	z	p
Depresyonda geçirilen toplam süre (hf)	YBÖG VAR**	66	35,6±34,6	22	3	192	-1,050	p=0,29 ^a
	YBÖG YOK***	42	29,7±29,5	19	2	160		
Manide geçirilen toplam süre (hf)	YBÖG VAR**	66	23,1±24,9	17	0	102	-0,034	p=0,97 ^a
	YBÖG YOK***	42	25,5±28,1	15,5	0	120		
Mani+Karma+Hipomanide geçirilen toplam süre (hf)	YBÖG VAR**	66	31,6±31,5	24	4	126	-0,050	p=0,96 ^a
	YBÖG YOK***	42	33,1±33,9	18	3	184		
Toplam hasta geçirilen süre (hf)	YBÖG VAR**	66	67,3±55,1	46	8	298	-0,303	p=0,76 ^a
	YBÖG YOK***	42	62,7±48,1	50	7	262		
Hasta geçirilen süre/ toplam hastalık süresi (hf/hf)	YBÖG VAR**	66	0,1±0,09	0,06	0,01	0,43	-0,719	p=0,47 ^a
	YBÖG YOK***	42	0,1±0,08	0,06	0,02	0,43		

a: Mann Whitney U testi

YBÖG*: Yaşam boyu özkıyım girişimi YBÖG VAR** : Yaşam boyu sadece özkıyım girişimi var

YBÖG YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi yok (sadece özkıyım düşüncesi var ve/veya özkıyım davranışı yok)

6.4.4.6 Tedavi Özellikleri

Yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi olan hasta grubunun %97,7'si (n=43) ve yaşam boyu özkıyım girişimi olmayan hasta grubunun %96,9'u (n=62) halen herhangi bir duygudurum dengeleyici ilaç kullanmaktaydı. Bu iki gruptaki olguların kullanmakta olduğu diğer psikotrop ilaçların karşılaştırılması Tablo 29'da yer almaktadır. İki grup arasında birinci kuşak antipsikotik, ikinci kuşak antipsikotik ve benzodiyazepin kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Antidepresan kullanımı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (Fisher kesin Ki-Kare testi, p=0,048). Buna göre yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi olan hasta grubunda şimdiki tedavisinde antidepresan varlığı, diğer gruba kıyasla anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,048).

Bu iki grubun kullanmakta olduğu psikotrop olmayan ilaçlar açısından karşılaştırılması da Fisher kesin ki-kare testi ile yapıldı. İki grup arasında tiroid (p= 0,53), hipertansiyon (p= 0,79), diyabet (p= 0,31) ya da diğer ilaçları (p= 0,69) kullanmaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo 29: Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan olguların halen kullanmakta olduğu DDD* dışı psikotrop ilaçlar açısından karşılaştırılması

		YBÖG*				Toplam		p
		YBÖG VAR**		YBÖG YOK***				
		n	%	n	%	N	%	
Birinci kuşak AP kullanımı	Var	2	66,7	1	33,3	3	100	p=0,56 ^a
	Yok	63	60,0	42	40,0	105	100	
İkinci kuşak AP kullanımı	Var	32	62,5	24	37,5	56	100	p=0,69 ^a
	Yok	31	57,1	21	42,9	52	100	
Antidepresan kullanımı	Var	8	72,7	3	27,3	11	100	p=0,048 ^a
	Yok	36	62,9	61	37,1	97	100	
Benzodiyazepin kullanımı	Var	1	25,0	3	75,0	4	100	p=0,64 ^a
	Yok	43	58,7	61	41,3	104	100	

a: Fisher kesin ki-kare testi

YBÖG*: Yaşam boyu özkıyım girişimi YBÖG VAR**: Yaşam boyu sadece özkıyım girişimi var YBÖG YOK***: Yaşam boyu özkıyım girişimi yok (sadece özkıyım düşüncesi var ve/veya özkıyım davranışı yok) DDD*: duygudurum dengeleyici

Geçmişte EKT uygulanma (Tablo 30) ve klozapin kullanım öyküsü, yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan gruplar arasında karşılaştırıldı. Yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi olan hasta grubunda dört kişide ve diğer grupta iki kişide geçmişte klozapin kullanım öyküsü vardı ve iki grup arasında bu açıdan istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo 30: Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların geçmişte EKT uygulanma öyküsünün karşılaştırılması

		YBÖG *				Toplam		p
		YBÖG VAR**		YBÖG YOK***				
		n	%	n	%	N	%	
EKT öyküsü	Var	10	37,5	6	62,5	16	100	p=0,96 ^a
	Yok	34	37,0	58	63,0	92	100	

a: Fisher kesin ki-kare testi

YBÖG*: Yaşam boyu özkıyım girişimi YBÖG VAR** : Yaşam boyu sadece özkıyım girişimi var

YBÖG YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi yok (sadece özkıyım düşüncesi var ve/veya özkıyım davranışı yok)

6.5 BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ DÜRTÜSELLİK-11 (BDÖ-11) ARACILIĞIYLA DÜRTÜSELLİK

Dürtüsellik, özkıyım davranışı ile yakın ilişkide olan bir faktördür. Bu çalışmada dürtüsellik, bipolar bozukluk tanılı 108 olgudan oluşan örneklemimizde bir öz bildirim ölçeği olan Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11) kullanılarak değerlendirilmiştir.

6.5.1 Üç Grubun Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanları

Tablo 31’de yaşam boyu özkıyım girişimi olan, özkıyım girişimi olmayıp yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11) toplam puanı ve alt ölçek puanları ve bu puanlar açısından karşılaştırmaları yer almaktadır. Puanlar normal dağılıma uymadığından üçlü grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi ve anlamlı fark bulunan değişkenlerin ikili grup karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi uygulandı. Üç grup arasında, yalnızca motor dürtüsellik alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($\chi^2(df)=6,1(2)$; $p=0,047$). Yaşam boyu özkıyım girişimi olan olguların motor dürtüsellik alt ölçek puanı özkıyım davranışı olmayan olgularinkinden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti ($z=-2,219$; $p=0,026$).

Tablo 31: Üç grubun BDÖ-11 puanlarının karşılaştırılması

	YBÖD*	n	Ortalama ±SS	Ortanca	Min	Max	X ² (df)	p
BDÖ-11 toplam puan	Girişimi VAR	44	62,4±13,3	60,5	47	77	3,8(2)	p=0,14 ^a
	Düşüncesi VAR	22	61,7±9,7	60,0	41	104		
	YBÖD YOK***	42	57,5±9,9	56,0	41	89		
Dikkatle ilişkili dürtüsellik	Girişimi VAR	44	15,7±4,3	15,0	9	28	0,5(2)	p=0,79 ^a
	Düşüncesi VAR	22	15,2±3,4	14,5	9	22		
	YBÖD YOK***	42	14,9±3,2	15,0	10	23		
Motor dürtüsellik	Girişimi VAR	44	21,1±5,1	20,5	14	35	6,1(2)	p=0,047 ^a
	Düşüncesi VAR	22	20,1±4,0	20,5	13	27		
	YBÖD YOK***	42	18,9±4,4	18,0	12	31		
Tasarlanmamış dürtüsellik	Girişimi VAR	44	25,6±6,2	24,5	15	41	2,4(2)	p=0,29 ^a
	Düşüncesi VAR	22	25,8±4,7	25,5	17	35		
	YBÖD YOK***	42	23,8±4,9	24,5	14	37		

a:Kruskal Wallis testi (tüm gruplar arasında)

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

6.5.2 Yaşam Boyu Herhangi Bir Özkıyım Davranışı (Özkıyım Girişimi ve/veya Düşüncesi) Olan ve Olmayan Grupların Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11) Puanları

Tablo 31’de yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubu ile bu iki özellikten herhangi birinin bulunmadığı hasta grubunun, BDÖ-11 toplam puanı ve alt ölçek puanları ve bu puanlar açısından karşılaştırılmaları yer almaktadır. Karşılaştırma, puanlar normal dağılıma uymadığından, Mann Whitney U testi ile yapıldı. İki grup arasında BDÖ-11 toplam puanı, dikkatle ilişkili dürtüsellik ve tasarlanmamış dürtüsellik alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Motor dürtüsellik alt ölçek puanı, yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubunda yaşam boyu özkıyım davranışı olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti ($z=-2,472$; $p=0,013$).

Tablo 32: Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların BDÖ-11 puanlarının karşılaştırılması

	YBÖD*	n	Ortalama ±SS	Ortanca	Min	Max	Z	P
BDÖ-11 toplam puan	YBÖD VAR**	66	62,2±12,1	60,0	41	104	-1,958	p=0,05 ^a
	YBÖD YOK***	42	57,5±9,9	56,0	41	89		
Dikkatle ilişkili dürtüsellik	YBÖD VAR**	66	15,6±4,0	15,0	9	28	-0,640	p=0,52 ^a
	YBÖD YOK***	42	14,9±3,2	15,0	10	23		
Motor dürtüsellik	YBÖD VAR**	66	20,9±4,8	20,5	13	35	-2,472	p=0,013^a
	YBÖD YOK***	42	18,9±4,4	18,0	12	31		
Tasarlanmamış dürtüsellik	YBÖD VAR**	66	25,7±5,7	25	15	41	-1,503	p=0,13 ^a
	YBÖD YOK***	42	23,8±4,9	24,5	14	37		

a: Mann Whitney U testi

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD VAR** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi var
YBÖD YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

6.5.3 Yaşam Boyu Özkıyım Girişimi Olan ve Olmayan (Yalnızca Özkıyım Düşüncesi Var ve/veya Özkıyım Davranışı Yok) Grupların Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11) Puanları

Tablo 33'te yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan BDÖ-11 toplam puanı ve alt ölçek puanları ve bu puanlar açısından karşılaştırmaları yer almaktadır. Karşılaştırma, puanlar normal dağılıma uymadığından, Mann Whitney U testi ile yapıldı. İki grup arasında BDÖ-11 toplam puanı, dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik ve tasarlanmamış dürtüsellik alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo 33: Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların BDÖ-11 puanlarının karşılaştırılması

	YBÖG*	n	Ortalama \pm SS	Ortanca	Min	Max	Z	P
BDÖ-11 toplam puan	YBÖG VAR**	66	62,2 \pm 12,1	60,0	41	104	-1,129	p=0,26 ^a
	YBÖG YOK***	42	57,5 \pm 9,9	56,0	41	89		
Dikkatle ilişkili dürtüsellik	YBÖG VAR**	66	15,7 \pm 4,3	15,0	9	28	-0,591	p=0,55 ^a
	YBÖG YOK***	42	14,9 \pm 3,2	15,0	9	23		
Motor dürtüsellik	YBÖG VAR**	66	21,1 \pm 5,1	20,5	14	35	-1,597	p=0,11 ^a
	YBÖG YOK***	42	19,5 \pm 4,3	19,0	12	31		
Tasarlanmamış dürtüsellik	YBÖG VAR**	66	25,6 \pm 6,1	24,5	15	41	-0,674	p=0,50 ^a
	YBÖG YOK***	42	24,5 \pm 4,9	25	14	37		

a: Fisher kesin ki-kare testi

YBÖG*: Yaşam boyu özkıyım girişimi YBÖG VAR** : Yaşam boyu sadece özkıyım girişimi var

YBÖG YOK***: Yaşam boyu özkıyım girişimi yok (yalnızca özkıyım düşüncesi var ve/veya özkıyım davranışı yok)

6.6 YAŞAMI SÜRDÜRME NEDENLERİ ENVANTERİ (YSNE) ARACILIĞIYLA ÖZKIYIM GİRİŞİMİNE KARŞI OLASI KORUYUCU NEDENLER

Örnekleminizde bu konuyu araştırmak için özkıyım çalışmalarında yaygın kullanılan bir öz bildirim ölçeği olan Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri'nden (YSNE) yararlandık. Gruplar, YSNE toplam ve altı alt ölçek puanı açısından normal dağılıp dağılmadıklarına göre uygun testlerle karşılaştırıldı.

6.6.1 Üç grubun Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri Puanları

Tablo 34'de yaşam boyu özkıyım girişimi olan, özkıyım girişimi olmayıp yalnızca özkıyım düşüncesi olan ve özkıyım davranışı olmayan grupların YSNE toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılması yer almaktadır. Puanlar normal dağılıma uymadığından üç grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi uygulandı. Buna göre üç grup arasında YSNE toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Tablo 34: Üç grubun YSNE puanlarının karşılaştırılması

	YBÖD*	n	Ortalama \pm SS	Ortanca	Min	Max	X ² (df)	P
YSNE toplam puan	Girişimi VAR	44	328,7 \pm 52,6	330,5	206	424	4,0(2)	p=0,14 ^a
	Düşüncesi VAR	22	314,0 \pm 63,8	321,5	195	462		
	YBÖD YOK***	42	339,9 \pm 45,9	358,0	211	404		
Genel iyimserlik	Girişimi VAR	44	152,9 \pm 28,3	164,0	79	215	5,5(2)	p=0,07 ^a
	Düşüncesi VAR	22	150,4 \pm 29,1	149,5	98	239		
	YBÖD YOK***	42	160,3 \pm 21,5	170,0	101	186		
Ahlaki ve dinsel engeller	Girişimi VAR	44	43,0 \pm 9,4	45,5	12	54	3,8(2)	p=0,15 ^a
	Düşüncesi VAR	22	38,8 \pm 12,3	41,5	13	54		
	YBÖD YOK***	42	44,5 \pm 10,2	46,5	10	54		
Arkadaşlara ve aileye karşı sorumluluk ve sevgi	Girişimi VAR	44	58,3 \pm 12,5	62,0	30	72	4,0(2)	p=0,13 ^a
	Düşüncesi VAR	22	54,9 \pm 14,2	58,0	15	72		
	YBÖD YOK***	42	61,5 \pm 10,5	65,5	24	72		
İntihardan ve kötü sonuçlardan korkma	Girişimi VAR	44	40,7 \pm 9,3	42,5	25	57	1,2(2)	p=0,55 ^a
	Düşüncesi VAR	22	38,0 \pm 10,5	36,5	15	58		
	YBÖD YOK***	42	39,4 \pm 9,1	40,0	22	58		
Doğaya ve hayata bağlılık	Girişimi VAR	44	20,3 \pm 3,7	22,0	12	24	2,9(2)	p=0,24 ^a
	Düşüncesi VAR	22	18,7 \pm 4,1	21,0	11	24		
	YBÖD YOK***	42	20,0 \pm 3,7	21,0	10	24		
Ölüm korkusu	Girişimi VAR	44	13,3 \pm 3,8	14,0	4	18	2,3(2)	p=0,33 ^a
	Düşüncesi VAR	22	13,0 \pm 3,8	13,0	4	18		
	YBÖD YOK***	42	14,1 \pm 4,0	15,0	6	18		

a:Kruskal Wallis testi (tüm gruplar arasında)

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD YOK***: Yaşam boyu özkıyım girişi ve/veya düşüncesi yok

6.6.2 Yaşam boyu Herhangi Bir Özkıyım Davranışı Olan ve Olmayan Grupların Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri (YSNE) Puanları

Tablo 35’da yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubu ile bu iki özellikten herhangi birinin bulunmadığı hasta grubunun YSNE toplam puanı ve alt ölçek puanları ile bu puanlar açısından karşılaştırılmaları yer almaktadır. Puanlar normal dağılıma uymadığından bu iki grup karşılaştırılırken Mann Whitney U testi uygulandı. İki grup arasında sadece genel iyimserlik alt ölçek puanları açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. Buna göre yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım davranışı bulunmayan grubun genel iyimserlik alt ölçek puanı diğer gruptan anlamlı olarak daha yüksekti.

Tablo 35: Yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve olmayan grupların YSNE puanlarının karşılaştırılması

	YBÖD*	n	Ortalama ±SS	Ortanca	Min	Max	z	p
YSNE toplam puan	YBÖD VAR**	66	323,9±56,6	328,0	195	462	-1,582	p=0,11 ^a
	YBÖD YOK***	42	339,9±45,9	358,0	211	404		
Genel iyimserlik	YBÖD VAR**	66	152,1±28,4	154,0	79	239	-2,099	p=0,036 ^a
	YBÖD YOK***	42	160,3±21,5	170,0	101	186		
Ahlaki ve dinsel engeller	YBÖD VAR**	66	41,6±10,6	45,0	12	54	-1,657	p=0,09 ^a
	YBÖD YOK***	42	44,5±10,2	46,5	10	54		
Arkadaşlara ve aileye karşı sorumluluk ve sevgi	YBÖD VAR**	66	57,2±13,1	62,0	15	72	-1,726	p=0,08 ^a
	YBÖD YOK***	42	61,5±10,5	65,5	24	72		
İntihardan ve kötü sonuçlardan korkma	YBÖD VAR**	66	39,8±9,7	39	15	58	-0,236	p=0,83 ^a
	YBÖD YOK***	42	39,4±9,1	40,0	22	58		
Doğaya ve hayata bağlılık	YBÖD VAR**	66	19,8±3,9	21,0	11	24	-0,353	p=0,72 ^a
	YBÖD YOK***	42	20,0±3,7	21,0	10	24		
Ölüm korkusu	YBÖD VAR**	66	13,2±3,8	14,0	4	18	-1,427	p=0,15 ^a
	YBÖD YOK***	42	14,1±4,0	15,0	6	18		

a: Mann Whitney U testi

YBÖD*: Yaşam boyu özkıyım davranışı YBÖD VAR** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi var

YBÖD YOK*** : Yaşam boyu özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi yok

6.6.3 Yaşam Boyu Özkıyım Girişimi Olan ve Olmayan (Yalnızca Özkıyım Düşüncesi Var ve/veya Özkıyım Davranışı Yok) Grupların Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri (YSNE) Puanları

Tablo 36'da yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların YSNE toplam puanı ve alt ölçek puanları ile bu puanlar açısından karşılaştırılmaları yer almaktadır. Puanlar normal dağılıma uymadığından bu iki grup karşılaştırılırken Mann Whitney U testi uygulandı. İki grup arasında toplam puan ve alt ölçek puanları açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu.

Tablo 36: Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grupların YSNE puanlarının karşılaştırılması

	YBÖG*	n	Ortalama \pm SS	Ortanca	Min	Max	z	p
YSNE toplam puan	YBÖG VAR**	66	328,8 \pm 52,6	330,5	206	404	-0,128	p=0,89 ^a
	YBÖG YOK***	42	331,0 \pm 53,7	346,5	195	462		
Genel iyimserlik	YBÖG VAR**	66	152,9 \pm 28,4	163,5	98	239	-0,622	p=0,53 ^a
	YBÖG YOK***	42	156,9 \pm 24,6	170,0	101	186		
Ahlaki ve dinsel engeller	YBÖG VAR**	66	43,0 \pm 9,4	45,5	12	54	-0,316	p=0,75 ^a
	YBÖG YOK***	42	42,5 \pm 11,3	45,0	10	54		
Arkadaşlara ve aileye karşı sorumluluk ve sevgi	YBÖG VAR**	66	58,3 \pm 12,6	62,0	30	72	-0,354	p=0,72 ^a
	YBÖG YOK***	42	59,2 \pm 12,2	63	15	72		
İntihardan ve kötü sonuçlardan korkma	YBÖG VAR**	66	40,7 \pm 9,3	42,5	25	57	-0,963	p=0,33 ^a
	YBÖG YOK***	42	38,9 \pm 9,6	38,5	15	58		
Doğaya ve hayata bağlılık	YBÖG VAR**	66	20,3 \pm 3,7	22,0	12	24	-1,008	p=0,31 ^a
	YBÖG YOK***	42	19,6 \pm 3,9	21,0	10	24		
Ölüm korkusu	YBÖG VAR**	66	13,3 \pm 3,8	14,0	4	18	-0,615	p=0,54 ^a
	YBÖG YOK***	42	13,7 \pm 3,9	14,0	4	18		

a: Mann Whitney U testi

YBÖG*: Yaşam boyu özkıyım girişimi YBÖG VAR**: Yaşam boyu sadece özkıyım girişimi var

YBÖG YOK***: Yaşam boyu özkıyım girişimi yok (yalnızca özkıyım düşüncesi var ve/veya özkıyım davranışı yok)

6.7 SON BİR YILDAKİ ÖZKİYİM DAVRANIŞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Son bir yıla ilişkin elde edilecek bilgilerin güvenilirliğinin daha yüksek olacağı noktasından hareketle, özkıyım davranışının değerlendirilmesi son bir yıl için ayrıca yapılmıştır. Buna göre olguların % 7,4'ünde (n=8) son bir yılda özkıyım davranışı (girişim ve/veya düşünce) saptandı. Sekiz olgunun bir tanesinde özkıyım girişimi yedi tanesinde ise özkıyım düşüncesi vardı.

Bu olguların üç tanesinde son bir yıldan önce özkıyım girişimi öyküsü olduğu belirlendi.

6.8 SON BİR YILDA GEÇİRİLEN DÖNEMLER

Tüm olguların son bir yılda geçirdikleri hastalık dönemlerine bakıldığında %25'inin (n=27) en az bir hastalık dönemi geçirdiği saptandı. On altı olgu sadece depresyon, bes olgu depresyon ve mani, bir olgu hipomani ve depresyon, dört olgu hipomani ve bir olgu sadece mani dönemi geçirmişti.

Son bir yılda depresyon yaşayan 22 olgunun %36,4'ünün (n=8) son bir yılda herhangi bir özkıyım davranışı (özkıyım girişimi ve/veya düşünce) öyküsü vardı.

Son bir yılda depresyon yaşayan olguların (n=8) HAM-D puanı ortalaması $2,3 \pm 1,8$ ve depresyon yaşamayan olguların (n=82) HAM-D puanı ortalaması $1,2 \pm 1,5$ olarak hesaplandı.

Gruplara arasında HAM-D puanı açısından anlamlı fark saptandı. Buna göre son bir yılda depresyon yaşayan olguların HAM-D puanı ortalaması diğer gruptan anlamlı olarak daha yüksekti ($z=-3,04$; $p=0,002$).

İSTATİSTİKSEL OLARAK ANLAMLI ÇIKAN BULGULARIN ÖZETİ

Yaşam Boyu Özkıym girişimi olan, Özkıym Girişimi Olmayıp Yalnızca Özkıym Düşüncesi olan ve Özkıym Davranışı olmayan Grupların Karşılaştırılması

Ağır depresif dönem geçirme öyküsü	Girişim Var > YBÖD Yok
Ağır mani dönemi geçirme öyküsü	YBÖD Yok > Düşünce Var Girişim Var > Düşünce Var
Ailede tamamlanmış özkıym öyküsü	Girişim Var > YBÖD Yok
Mani döneminde yatış sayısı	Girişim Var > Düşünce yok
Mani+Hipomani+Karma döneminde yatış sayısı	Girişim Var > Düşünce Var
Toplam yatış sayısı	Girişim Var > Düşünce Var Girişim Var > YBÖD Yok
Herhangi bir yatış öyküsü	Girişim Var > YBÖD Yok Girişim Var > Düşünce Var
Herhangi bir psikotik ddd dönemi geçirme öyküsü	Girişim Var > Düşünce Var
Depresyonda geçirilen toplam süre	Girişim Var > YBÖD Yok Düşünce Var > YBÖD Yok
Toplam hasta geçirilen süre	Düşünce Var > YBÖD Yok
Toplam hasta geçirilen süre/ hastalık süresi oranı	Düşünce Var > YBÖD Yok Düşünce Var > Girişim Var
Motor dürtüsellik alt ölçek puanı	Girişim Var > YBÖD Yok

Yaşam Boyu Herhangi Bir Özkıyım Davranışı Olan ve Olmayan (Yalnızca Özkıyım Düşüncesi Var ve/veya Özkıyım Davranışı yok) Grupların Karşılaştırılması

Alkol-madde kullanım bozukluğu ektanısı	YBÖD Var > YBÖD Yok
Ağır depresif dönem geçirme öyküsü	YBÖD Var > YBÖD Yok
Ailede bipolar bozukluk özkıyım öyküsü	YBÖD Yok > YBÖD Var
Ailede tamamlanmış özkıyım öyküsü	YBÖD Var > YBÖD Yok
Depresif dönemde yatış sayısı	YBÖD Var > YBÖD Yok
Herhangi bir dönemde yatış öyküsü	YBÖD Var > YBÖD Yok
Depresyonda geçirilen toplam süre	YBÖD Var > YBÖD Yok
Toplam hasta geçirilen süre	YBÖD Var > YBÖD Yok
Şimdiki tedavisinde antidepresan varlığı	YBÖD Var > YBÖD Yok
Motor dürtüsellik alt ölçek puanı	YBÖD Var > YBÖD Yok
Genel iyimserlik alt ölçek puanı	YBÖD Yok > YBÖD Var

Yaşam Boyu Özkıyım Girişimi Olan ve Olmayan (Yalnızca Özkıyım Düşüncesi Var ve/veya Özkıyım Davranışı Yok) Grupların Karşılaştırılması

Herhangi bir ağır dönem geçirme öyküsü	YBÖG Var > YBÖG Yok
Ağır depresif dönem geçirme öyküsü	YBÖG Var > YBÖG Yok
Ailede tamamlanmış özkıyım öyküsü	YBÖG Var > YBÖG Yok
Herhangi bir psikotik ddd dönemi geçirme öyküsü	YBÖG Var > YBÖG Yok
Mani dönemde yatış sayısı	YBÖG Var > YBÖG Yok
Mani+Hipomani+Karma döneminde yatış sayısı	YBÖG Var > YBÖG Yok
Toplam yatış sayısı	YBÖG Var > YBÖG Yok
Herhangi bir dönemde yatış öyküsü	YBÖG Var > YBÖG Yok
Şimdiki tedavisinde antidepresan varlığı	YBÖG Var > YBÖG Yok

6.9 LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ

Yaşam boyu herhangi bir dönemde özkıyım girişimi ve/veya düşüncesi olan hasta grubu ile bu iki özellikten herhangi birinin bulunmadığı hasta grupları çeşitli bağımsız değişkenler için karşılaştırıldı. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunan değişkenlerin yaşam boyu özkıyım davranışı ile ilişkisini araştırmak için forward stepwise lojistik regresyon analizi uygulandı.

Lojistik regresyon analizinin sonuçları, anlamlılık düzeyleri ile birlikte tahmini rölatif risk (odds oranı=OO) ve %95 Güven Aralığı (GA) değerleri verilerek Tablo 37 ve Tablo 38'de gösterilmiştir. Buna göre yaşam boyu özkıyım davranışı ağır depresif dönem geçirme öyküsü ve alkol-madde kullanım bozukluğu ile ilişkilidir. Yine yaşam boyu özkıyım davranışı riski, toplam hasta geçirilen süre uzadıkça ve motor dürtüsellik puanı yükseldikçe artmaktadır.

Tablo 37: Lojistik regresyon analizine göre yaşam boyu özkıyım davranışını yordayan değişkenler

Değişken	OO (odds oranı)	%95 GA (Güven Aralığı)	p
Ağır depresif dönem geçirme öyküsü	4,365	1,72-11,06	0,002
Toplam hasta geçirilen süre	1,015	1,00-1,02	0,021
Alkol-madde kullanım bozukluğu	8,290	0,941-73,04	0,057
Motor dürtüsellik puanı	1,150	1,02-1,03	0,019

Yaşam boyu özkıyım girişimi ağır depresif dönem geçirme öyküsü, herhangi bir dönemde yatış öyküsü ve ailede tamamlanmış özkıyım öyküsü ile ilişkilidir.

Tablo 38: Lojistik regresyon analizine göre yaşam boyu özkıyım girişimini yordayan değişkenler

Değişken	OO (odds oranı)	%95 GA (Güven Aralığı)	p
Ağır depresif dönem geçirme öyküsü	2,543	0,99-6,47	0,005
Ailede tamamlanmış özkıyım öyküsü	3,971	1,24-12,67	0,020
Herhangi bir yatış öyküsü	10,73	2,16-53,35	0,004

7. TARTIŞMA

Bipolar bozuklukta özkıyım davranışı riskinin yüksek olduğu bilinmektedir (64, 65, 66). Bu riskin büyüklüğüne, yani tamamlanmış özkıyım, özkıyım girişimi, yalnızca özkıyım düşüncesi gibi özkıyım davranışlarının ne oranda görüldüğüne, ilişkin çalışmalar uzun zamandan bu yana yapılmaktadır. Bir diğer önemli konu ise özkıyım davranışına eşlik eden olası risk faktörlerinin neler olduğunun belirlenmesidir.

Karmaşık ve pek çok faktörden etkilenen özkıyım davranışının ve olası risk faktörlerinin farklı toplumlarda, farklı kültürlerde ve farklı altgruplarda gösterdiği özelliklerin bilinmesi, klinik uygulamalar için yaşamsal öneme sahiptir. Öte yandan Türkiye’de bu konularda az sayıda çalışma yapıldığı bir gerçektir. Çeşitli kısıtlılıklarına karşın, özkıyım davranışı ve olası risk faktörlerini ele alan yalnızca beş çalışma bulunmuştur. Bunlardan ikisi poster ve üçü de tez niteliğindedir. Henüz herhangi bir dergide yayınlanmış bir makaleye ulaşamamıştır. Bu yönüyle çalışmamızın önemli bir gereksinimin karşılanmasına katkı olmasını hedefledik.

Bu beş çalışmaya yakından bakıldığında birinin yalnızca kayıtlı verilerin dökümü olduğu (59), bir diğerinin ektanlı bipolar bozukluk hastalarını dışladığı ve yalnız ölçekler aracılığıyla dürtüselliğe odaklandığı (62), bir diğerinin ise özkıyım düşüncesini sadece bir öz bildirim ölçeği ile değerlendirdiği (60) görülmektedir. Diğer iki çalışmadan biri Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde (63), öteki ise Çukurova Üniversitesi’nde (61) gerçekleştirilen ve tez olarak yayınlanan çalışmalardır. Bu son iki çalışmanın yöntemleri bizim çalışmamıza benzerdir. Ancak bizim çalışmamızın en az bir hasta yakını ile görüşülmesi, çok uzun döneme ait kayıtlı verilerin bulunması gibi bazı yöntemsel üstünlüklerinden söz etmek olasıdır. Çalışmamızda yaşam boyu özkıyım girişimi, özkıyım girişimi olmaksızın yalnızca yaşam boyu özkıyım düşüncesi ve yaşam boyu özkıyım düşüncesi (özkıyım girişimi ve/veya) oranları sırasıyla %40.7, %20.4, %61.1 bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda elde edilen yaşam boyu özkıyım girişimi yaygınlık oranı, bazı çalışmalarda bildirilenlere benzer (61, 67,68), diğer bazı çalışmalardaki oranlardan ise yüksektir (20, 26, 60, 62). Bazı çalışmalardan da düşük bulunmuştur (69, 70, 71, 72). Literatürde bildirilen oranlar gerçekten büyük değişkenlik göstermektedir. Bu değişkenliğin kaynağı araştırıldığında çeşitli olası açıklamalar akla gelmektedir. Örneğin yüksek oran bildiren çalışmaların yatan (69) ya da daha ağır seyirli (70) hastaları ele aldığı; hatta belirtili dönemlerdeki kesitsel değerlendirme verilerini bildirdiği (71, 72) söylenebilir. Öte yandan

düşük oran bildiren çalışmaların bipolar bozukluk tanılı hastaların tümünü değil daha hafif bir durumunu (örneğin ek tanıları dışlayarak) çalıştıkları (62), ya da bipolar bozukluk tip II gibi oranı yükseltebilecek tanıları dışladıkları (20,26) göze çarpmaktadır. Aslında oranlardaki farklılıklardan önemli ölçüde çalışmaların yöntemi ve çalıştıkları grupların farklılıkları sorumludur denilebilir. Türkiye’den bildirilen bipolar bozukluk tanılı hastalardaki özkıyım girişimi oranları %20,2-%43,9 arasında değişmektedir. Yukarıda belirtilen noktalardan bakıldığında Türkiye’den bildirilen oranların iki grupta kümelendiği söylenebilir: Düşük ve yüksek oranlar. Bizim oranlarımız yüksek oran bildiren çalışmaya benzerdir (61). Bu çalışmanın yapıldığı merkezin (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Duygudurum Bozukluğu Birimi) herhangi bir dışlama yapmadan hastaları çalışmaya dahil etmiş olması ve üçüncül bir merkez olarak çalışıyor olması yönünden bizim çalışmamızın gerçekleştiği Ayaktan Hastalıklar Birimine benzerliği ilginçtir. Türkiye’de düşük oran bildiren üç çalışmadan birinde ektanlı bipolar bozukluk hastaları dışlanmış (62), diğerinde özkıyım girişimi öyküsü sadece hasta kayıtları incelenerek değerlendirilmiştir (59). Üçüncü de görelî daha hafif hastaların izlendiği bir üniversite genel polikliniğinin verilerinden oluşmaktadır (60). Özetle, bizim verilerimiz gerçek anlamda üçüncül merkez niteliğindeki bir merkezden elde edilmiştir ve bu grubun özelliklerini yansıtmaktadır.

Özkıyım davranışının, bipolar bozukluk dışında birçok başka psikiyatrik bozuklukta da önemli bir sorun olduğu açıktır. Başta unipolar depresyon olmak üzere diğer duygudurum bozuklukları, şizofreni, alkol-madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozukluklarında çeşitli oranlarda özkıyım davranışı sıklığı bildirilmiştir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz oranları, başka çalışmalarda bildirilen diğer psikiyatrik bozukluklardaki oranlarla karşılaştırmaya çalıştık. Ne yazık ki bu konuda da Türkiye’den yeterli ve yetkin çok az sayıda çalışma vardır. İlk olarak unipolar depresyon çalışmalarını ele alalım. Ülkemizde yapılan çalışmalarda (73, 74, 75, 76, 77), unipolar depresyonlu hastalarda yaşam boyu özkıyım girişimi %22,9-60,4 arasında değişmektedir. Yüksek oran bildiren çalışmada (77), yatan ve akut hastalık döneminde olan olguların değerlendirildiği göze çarpmaktadır. Ülkemizde şizofreni tanılı hastaların değerlendirildiği çalışmalarda (78, 79), yaşam boyu özkıyım girişimi yaygınlığı %18,3-45 arasındadır. Yüksek oran bildiren çalışmaya (79) daha yakından bakıldığında, 30’u yatan olmak üzere yalnızca 60 hasta alınarak şizofrenide yaşam boyu özkıyım girişimi oranı %45 ve şimdiki özkıyım düşüncesi oranı %41,7 olarak bildirilmiştir. Akut hastalık tablosu içindeki hastaların çalışma grubunun yarısı olduğunu düşünürsek özellikle şimdiki özkıyım düşüncesi oranını anlamak olasıdır. Alkol-madde kullanım

bozuklukları da özkıyım davranışı açısından riskli bir grup olarak bilinmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda (80, 81, 82, 83) bu grupta yaşam boyu özkıyım girişimi yaygınlığı %8,3-44,6 arasında değişmektedir. Alkol-madde kullananlarda yaşam boyu özkıyım girişimi öyküsünü yüksek bulan çalışmaların daha çok yatan hasta grubunda yapılmış olduğu dikkati çekmektedir (82, 83). Bizim çalışmamızda elde edilen oranlar, genel olarak ülkemizde diğer psikiyatrik bozukluklarda elde edilen yaşam boyu özkıyım girişimi yaygınlığı oranlarından yüksekti. Bazı çalışmalardaki değerlerden düşük çıkması, yukarıda da belirtildiği gibi, diğer çalışmalara alınan hastaların yatan hasta olmasıyla ya da akut hastalık dönemindeki olguların çalışmaya alınmasıyla ilişkili olabilir.

Uluslararası literatürde de genellikle belirlenen eğilim benzerdir. Literatüre genel olarak bakıldığında özkıyım davranışı yönünden bipolar bozukluk ile unipolar bozukluğu karşılaştıran çalışma sayısı oldukça fazladır. Bu çalışmalarda, bu iki bozukluktaki özkıyım davranışı yaygınlığı açısından değişik oranlar bildirilmektedir. Ancak özkıyım davranışını sınıflandırarak karşılaştırma yapıldığında, çalışmaların büyük çoğunluğu, özkıyım girişimi yaygınlığının, bipolar bozukluk hasta grubunda daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmalara daha yakından bakıldığında araştırma örneklemini unipolar depresif bozukluk için heterojen olmayan ve yöntemi iyi planlanmış çalışmalar olduğu dikkati çekmektedir (64, 84, 85). Diğer yandan özkıyım girişiminin, unipolar depresif hastalarda daha sık olduğunu (86) ya da iki grup arasında özkıyım girişimi açısından fark olmadığını (87,88) bildiren çalışmalar da vardır. Tamamlanmış özkıyımın unipolar ve bipolar hastalardaki yaygınlığı ise daha tartışmalı bir konudur (88,89,90).

Ancak bizim çalışmamızda elde edilen yaşam boyu özkıyım davranışı oranları, diğer ülkelerde (32,91,92,93,94) ve ülkemizde ise Sivas (95) ve Manisa (96) il merkezlerinde yapılan, genel toplumdaki özkıyım davranışının yaygınlığını değerlendiren çalışmalardan belirgin olarak daha yüksekti. Isparta il merkezinde yapılan bir çalışmada, yaşam boyu özkıyım düşüncesi yaygınlığı %27,5 bulunmuş olup bu değer bizim çalışmamızda elde edilen orandan yüksekti (97). Bu çalışmada genel toplumda yaşam boyu özkıyım düşüncesinin yüksek çıkmasının pasif ölüm fikri olan olguların da özkıyım düşüncesi olan grup içinde değerlendirilmesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Özkıyım davranışı ile ilgili araştırmaların büyük çoğunluğu; olası risk faktörlerini belirlemeye yönelik gerçekleştirilmiştir. Olası risk faktörlerini bilmek, yaşam kurtarmak ve koruyucu psikiyatri uygulamaları açısından son derece önemlidir. Evrensel literatür bu konuda bazı

olası risk faktörlerine işaret etmektedir. Bunların başlıcaları sosyodemografik özelliklerle ilişkili risk faktörleri, hastalık özellikleri ve klinik özelliklerle ilgili risk faktörleridir. Çalışmamızda da literatürdeki bu noktalar dikkate alınmış ve olası risk faktörleri değerlendirilmiştir. Bulgularımızın literatür ışığında tartışılması aşağıda yazılmıştır.

Bipolar bozuklukta özkıyım davranışı ile sosyodemografik risk faktörlerini değerlendiren çalışmaların sonuçları tutarsızdır. Ancak yine de bazı çalışmalarda cinsiyet, işsizlik ve medeni durum ile özkıyım davranışı arasındaki ilişkiden bahsedilmektedir.

Cinsiyet, yaşam boyu özkıyım davranışının araştırıldığı bazı çalışmalarda kadınlarda yüksek (26,98,99); bazı çalışmalarda erkeklerde (72,100) yüksek bulunmuştur. İki cins arasında fark bulmayan araştırmalar da vardır (101,102). Oysa sadece yaşam boyu özkıyım girişimi ve cinsiyet ilişkisi araştırıldığında, genel toplumdakine benzer şekilde bipolar hastalarda da kadınlarda daha sık olduğunu bildiren çalışmalar çoğunluktadır (26,98,99,102,103). Bizim çalışmamızda herhangi bir yaşam boyu özkıyım davranışı için cinsiyet farkı saptanmamıştır. Cinsiyet ile ilgili verilerdeki bu çelişkili durum, cinsiyetin tek başına özkıyım davranışı oranlarını etkilemediği, diğer risk faktörleri ve koruyucu faktörlerle birlikte bu oranları etkiliyor olabileceği fikrini akla getirmektedir.

Kişinin çalışıp çalışmaması genel özkıyım risk faktörleri içinde önemli bir yer tutarken bipolar bozukluk için bunu söylemek o kadar da kolay değildir. İş durumunu değerlendirip yaşam boyu özkıyım davranışı arasında bir ilişki bildiren çalışma sayısı oldukça azdır (104). Yaşam boyu özkıyım girişimi olan bipolar bozukluk tanılı hastaları özkıyım girişimi olmayan hastalarla karşılaştıran çalışmaların bir kısmında iş durumu açısından fark bulunmamıştır (100,105). Bizim çalışmamızda da yaşam boyu özkıyım davranışı olan ve özkıyım davranışı olmayan hasta grubu arasında şimdiki iş durumu açısından fark yoktu. Arada fark bulan çalışmalarda işsiz kalmayı takiben özkıyım davranışının gerçekleşmiş olması, işsizliğin tetikleyici bir neden gibi değerlendirilebileceği fikrini akla getirmektedir.

Evlilik durumu bir diğer tartışmalı sosyodemografik risk faktörüdür. Yaşam boyu özkıyım girişimi olan ve özkıyım girişimi olmayan bipolar bozukluk tanılı hastaların karşılaştırıldığı az sayıda çalışma boşanmış, dul ya da evli olmama ile özkıyım davranışı arasındaki ilişkiye işaret etmektedir. Pek çok çalışma evlilik durumu açısından fark bulunmamıştır (100,105,106,107). Ancak fark bildiren çalışmalar da vardır (26). Araştırmacılar evlilik durumunun daha çok bipolar bozukluk tanısının varlığı ile ilişkili olduğuna vurgu

yapmaktadır. Bizim çalışmamızda evlilik durumu, gruplar arasında farklı bulunmamıştır. Fakat çalışmamızdaki bulgulara daha yakından bakıldığında literatürdeki diğer çalışmalardan (26,106,107) daha yüksek evlilik oranları olduğu dikkati çekmektedir. Bu durum kültürel faktörlerin evlilik durumu üzerine etkisi olabileceği fikrini doğurmaktadır.

Bu çalışmanın öncelikli hedefi bu soruları yanıtlamak değildir. Grubun küçük olması, belirli bir merkezdeki izlem hastalarıyla sınırlı olması sosyodemografik risk faktörleri-özkıyım davranışı ilişkisini araştırmayı zorlaştırmaktadır.

Özkıyım davranışının psikiyatrik bozukluklarla bu kadar yakın ilişkide olması, psikiyatrik bozuklukları, hastalık özellikleri açısından daha yakından incelemeyi zorunlu kılmıştır. Bu durum özkıyım davranışının yaygın olarak görüldüğü bipolar bozukluk için de geçerlidir. Bu amaçla ileriye dönük (66,89,106,107), geriye dönük (69,108,112) ve kesitsel (109,110,113) pek çok araştırmada, hastalığın kendisi ile ilgili olası risk faktörleri araştırılmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar, özkıyım davranışını tanıma ve önlemeye yardımcı olması açısından dikkate değerdir.

Bipolar bozukluk tanı alt tipi ve yaşam boyu özkıyım davranışı ilişkisini araştıran pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların çoğu geriye dönük çalışmalardır. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, geriye dönük olarak bipolar bozukluk tip I ve bipolar bozukluk tip II tanıli hastalarda özkıyım davranışını değerlendiren çalışmalar analiz edilmiş ve bu iki alt tip arasında özkıyım girişimi açısından fark bulunmamıştır (35). Çalışmamızda bipolar bozukluk tip II tanısı alan az sayıda hasta olduğundan karşılaştırma yapılamamıştır. Bu durum, mani ve karma dönemleri olmayan ve çoğu kez yineleyici depresyon tanısıyla izlenebilen bipolar II bozukluk tanıli olguların, birinci ve/veya ikinci basamak sağlık kurumlarına daha çok başvuruyor olabileceği fikrini akla getirmektedir.

Bipolar bozukluğun erken yaşta başlayan bir bozukluk olması kayıpları da beraberinde getirmektedir. Yapılan çalışmalarda hastalık başlangıç yaşı ve yaşam boyu özkıyım davranışı arasında oldukça tutarlı veriler elde edilmiştir. Buna göre hastalığın kimi çalışmalarda 13 yaştan (111), kimi çalışmalarda 25 (103) yaştan önce başlaması özkıyım davranışı ile ilişkilendirilmiştir. Bipolar bozukluk tanıli hastaları özkıyım girişiminin varlığına göre sınıflandırıp karşılaştıran çalışmalarda, ortalama hastalık başlangıç yaşını değerlendirenler çoğunluktadır (84,98,105). Bazı çalışmalarda yaşam boyu özkıyım girişimi olan grubun hastalık başlangıç yaşı özkıyım girişimi olmayan gruptan anlamlı olarak daha küçük

bulunmuştur (84,98,103,111). Ancak fark bulmayan çalışmalar da vardır (105). Bizim çalışmamızda yaşam boyu özkıyım girişimi olan hasta grubu ile diğer gruplar arasında hastalık başlangıç yaşı açısından bir fark bulunmamıştır. Bu durum iki olasılığı akla getirmektedir. Birincisi geriye dönük çalışmalardaki hatırlama yanlılığıdır. Olguların, hastalığın belirtilerinin ilk başladığı zamanı doğru anımsayamamış olabileceği düşünülmüştür. İkincisi de çalışmamızın küçük örneklemliler bir çalışma olmasıdır. Daha büyük bir örneklemlerde fark çıkabileceği düşünülmüştür. Çünkü; hastalık başlangıç yaşı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmamasına rağmen, yaşam boyu özkıyım davranışı olan grubun hastalık başlangıç yaşı, özkıyım davranışı olmayan gruptan dört yıl daha az çıkmıştır.

Özkıyım davranışı ile en sık ilişkilendirilen klinik özelliklerden biri hızlı döngülülüktür (112,113,114). Buna karşın özkıyım girişiminde bulunan ve özkıyım girişiminde bulunmayan bipolar bozukluk tanılı hastaların karşılaştırıldığı bazı çalışmalarda hızlı döngülülük açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (26,106). Çalışmamızda da hızlı döngülü seyir açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Ancak bipolar II bozukluk tanılı hastalarda mevsimsellik, hızlı döngülülük gibi gidiş özelliklerinin daha sık görüldüğü (35) dikkate alındığında, bizim hasta grubumuzdaki bipolar bozukluk tip II tanılı hastaların sayısının az olması bu iki grup arasında fark bulunmamasına katkıda bulunuyor olabilir. Ayrıca hastaların, geriye dönük olarak hastalık dönemlerini doğru hatırlayamamış olması bir hatırlama yanlılığına neden olmuş olabilir.

Özkıyım davranışı olan bipolar bozukluk tanılı olgularda hastalığın daha ağır seyrettiğine dair yeterince veri vardır. Yaşanan dönem sayıları, dönem süreleri, hastaneye yatış öyküsü ve yatış sayısı gibi hastalığın şiddeti hakkında fikir veren özelliklerin, özkıyım davranışına etkisini araştıran pek çok çalışma vardır. Bu çalışmalara yakından baidığında hastaneye yatış sayısının özkıyım davranışı ile ilişkisinin pek çok çalışmada (20,26,66,105,107) araştırıldığı dikkate çekmektedir. Birçok çalışma yaşam boyu özkıyım girişimi olan grupta hastaneye yatış sayısının (20,26,66,105) özkıyım girişimi olmayan gruptan daha fazla olduğu bildirirken fark olmadığını belirten az sayıda çalışma (107,116) vardır. Çalışmamızda da literatürdeki çalışmaların çoğunda olduğu gibi yaşam boyu özkıyım girişimi olan grupta toplam yatış sayısı ve herhangi bir dönemde yatış öyküsü, özkıyım girişimi olmayan gruptan anlamlı olarak fazlaydı. Yine yaşam boyu özkıyım davranışı olan grupta (yalnızca özkıyım düşüncesi ve/veya özkıyım girişimi) herhangi bir dönemde yatış öyküsü yaşam boyu özkıyım davranışı

olmayan gruptan anlamlı olarak daha fazla bulundu. Bu sonuçlar özkıyım girişimi ya da yaşam boyu özkıyım davranışı olan bipolar bozukluk tanılı olguların daha ağır bir hastalık seyrine sahip olabileceklerini düşündürmektedir.

Başka bir seyir değişkeni olan hastalığın dönem özellikleri ve özkıyım davranışı arasındaki ilişki yine pek çok çalışmada değerlendirilmiştir. En tutarlı veriler depresif dönem (100,105,117) ve karma dönem (18,119) için elde edilmiştir. Özellikle depresif dönemler ile özkıyım davranışı arasında güçlü bir ilişki vardır. Çalışmalarda özkıyım girişimi olan bipolar bozukluk tanılı hastalarda, ağır depresif dönem geçirme öyküsü (119), depresyon döneminde hastaneye yatış öyküsü (101,103,117) ve toplam depresif dönem sayısı (105) özkıyım girişimi olmayan hastalardan daha fazla bulunmuştur. Bu bilgilerden hareketle biz de hasta gruplarımızda depresif dönem şiddeti ve süresi ile ilgili verileri araştırdık ve literatürdeki araştırma sonuçları ile uyumlu veriler elde ettik. Buna göre yaşam boyu özkıyım davranışı olan hasta grubunda ağır depresif dönem geçirme öyküsü, depresif dönemde yatış sayısı, ortalama depresif dönem süresi ve depresyonda geçirilen toplam süre özkıyım davranışı olmayan gruptan fazlaydı. Yine yaşam boyu özkıyım girişimi olan grup, özkıyım girişimi olmayan gruba kıyasla, daha çok ağır depresif dönem geçirmekteydi. Lojistik regresyon analiziyle, ağır depresif dönem geçirenlerde, yaşam boyu özkıyım davranışı (özellikle özkıyım girişimi) riskinde artış olduğunu belirledik. Sonuçlarımız, literatürdeki çalışmalarla uyumluydu. Çalışmamızda karma dönem sayısı, ağır karma dönem geçirme öyküsü ve karma dönemde yatış sayısı açısından gruplar arasında fark bulamadık. Bu durumu açıklayabilecek birkaç olasılık akla gelmektedir. Bipolar bozukluk tanılı olguların yaklaşık %40'ının (120) yaşam boyu en az bir karma dönem geçirdiği bildirilmektedir. Oysa bizim karma dönem öyküsü olan olgu sayımız azdı. Bu hatırlama yanlılığında olabileceği gibi sadece ayaktan hasta birimindeki olguların çalışmaya alınmış olmasından ve daha ağır seyirli bazı olguların değerlendirilememiş olmasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmalarda mani dönemi özellikleri ile özkıyım davranışı arasındaki ilişki depresyon döneminde olduğu kadar net değildir. Bazı araştırmacılar (69) spekülatif olarak mani dönemindeki hastalarda grandiyöz tutum ve yaşamı sürdürmeye dair daha çok neden olduğu için özkıyım davranışının daha az görülüyor olabileceğini söylerken; bazı çalışmalar ağır manik dönemlerde de depresyon ve karma dönemler gibi özkıyım davranışı riskinde bir artış olduğuna işaret etmektedir (18,100). Bizim çalışmamızda yaşam boyu özkıyım girişimi olan grupta mani döneminde yatış sayısı, mani+hipomani+ karma dönemlerinde toplam yatış sayısı

ve ağır mani dönemi geçirme öyküsü, yaşam boyu yalnızca özkıyım düşüncesi olan gruptan anlamlı olarak daha fazlaydı. Benzer şekilde yaşam boyu özkıyım davranışı olmayan grupta, ağır mani dönemi geçirme öyküsü, yaşam boyu yalnızca özkıyım düşüncesi olan gruptan fazlaydı. Oysa yaşam boyu herhangi bir özkıyım davranışı olmayan grupla yaşam boyu özkıyım girişimi olan grup arasında manik dönem özellikleri açısından fark yoktu. Bu sonuçlar birkaç olasılığı akla getirmektedir. Birincisi üçüncül bir merkez olarak uzmanlaşmış olan birimize genel olarak daha ağır seyirli hastalar başvurmaktadır. Bu durum, yaşam boyu herhangi bir özkıyım davranışı olmayan grubun da bipolar bozukluk genel popülasyonundaki hastalardan daha ağır bir hastalık seyrine sahip olabileceklerini düşündürmektedir. Birimizin bu özelliği nedeniyle çalışmada elde edilen sonuçları tüm bipolar bozukluk popülasyonuna genellemek uygun gözükmemektedir. İkincisi ağır mani dönemini düşündüren özellikler (yatış gerektirmesi gibi) daha ağır bir hastalık seyrine işaret ediyor olabilir. Bu durum girişim öyküsü olan hastaların, girişim öyküsü olmayanlardan daha ağır bir seyir izlediği olasılığını akla getirmektedir.

Psikotik belirtilerin varlığı hastalık dönemlerinin daha şiddetli seyir etmesine neden olmaktadır. Fakat psikotik belirti varlığının bipolar bozukluk tanımlı hastalarda özkıyım davranışı üzerine etkisi açık değildir. Bu konudaki çalışmaların büyük bir kısmında (72,101,122) psikotik belirtilerin varlığı ile özkıyım davranışı arasında bir ilişki bulunmamıştır. Diğer yandan az sayıda çalışmada, özkıyım davranışı olan bipolar bozukluk tanımlı hastalarda bazı psikotik belirtilerin (123) ve psikotik özellikli depresif dönem geçirme öyküsünün (105), özkıyım davranışı olmayanlardan daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda herhangi bir psikotik duygudurum dönemi geçirme öyküsü, yaşam boyu özkıyım girişimi olan grupta, özkıyım girişimi olmayan gruba göre daha sıktı. Bu durum yaşam boyu özkıyım girişimi olan gruptaki hastaların, hastalık seyrinin daha ağır olabileceğini akla getirmektedir.

Bipolar bozuklukta hastalık süresi ve özkıyım arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazıları özkıyım davranışı olan olgularda hastalık süresini, özkıyım davranışı olmayan olgulardan daha uzun (26) bulurken bir kısmı da gruplar arasında fark saptamamıştır (116). Bizim çalışmamızda hastalık süresi açısından gruplar arasında fark yoktu. Ancak toplam hasta geçirilen süre ve toplam hasta geçirilen süre/hastalık süresi oranı gruplar arasında farklıydı. Yani yaşam boyu özkıyım davranışı olan hastaların, hastalık

sürelerinin daha büyük bir kısmı hastalık belirtileri ile geçiyordu. Lojistik regresyon analizinde de, toplam hasta geçirilen süre gruplar arasında farklılığını korudu.

Ektanıların varlığı birçok ruhsal bozukluğun daha ağır seyretmesine ve kayıpların artmasına neden olmaktadır. Bipolar bozukluk tanılı olgularda da durum benzerdir. Özellikle alkol-madde kullanım bozuklukları (70) ve anksiyete bozuklukları (109) özkıyım davranışıyla ilişkilendirilen ectanıların başında gelmektedir. Literatürde pek çok çalışma alkol- madde kullanım bozuklukları (70,103,115) ectanısının varlığının, bipolar bozuklukta yaşam boyu özkıyım davranışını artırdığına işaret etmektedir. Diğer yandan bipolar bozukluk tanılı hastalarda yaşam boyu özkıyım girişimi ile alkol-madde kullanım bozukluğu ectanısı arasında bir ilişki bulmayan çalışmalar da (111,123) vardır. Ancak alkol-madde kullanım bozukluklarında, bu bozukluklarla ilişkili olan agresif-dürtüsel özelliklerin varlığı, disinhibisyonun olması veya monoaminlerdeki değişiklikler, özkıyım davranışı ile arasındaki ilişkiyi daha anlaşılır kılmaktadır (107). Çalışmamızda alkol madde kullanım bozukluğu ectanısı, yaşam boyu özkıyım davranışı olan grupta, özkıyım davranışı olmayan gruptan anlamlı olarak yüksek bulundu. Lojistik regresyon analizi sonucunda da bu anlamlı fark, varlığını sürdürdü. Buna göre alkol-madde kullanım bozukluğu ectanısı, yaşam boyu özkıyım davranışı riskini artırmaktaydı. Ancak güven aralığının bu kadar geniş olması (OR:8,29; %95 GA: 0,941-73,04) bu verinin güvenilirliğini azaltmaktadır.

Anksiyete bozukluğu ectanısı konusunda literatürde farklı bildirimler vardır. Yöntemi iyi planlanmış bazı çalışmalar bipolar bozuklukta özkıyım davranışı ile anksiyete bozukluğu ectanısı arasında bir ilişki bulmamışlardır (105,107). Diğer bazı çalışmalarda (98,109) ise bipolar bozukluk tanılı hastalarda anksiyete belirtilerinin veya anksiyete bozukluğunun, özkıyım davranışı olan grupta daha sık görüldüğü bildirilir. İlginç bir şekilde bir kısmı da (124) anksiyete bozukluğu ectanısının, bipolar hasta popülasyonunda, özkıyım davranışından koruyucu olabileceğine dikkat çekmektedir. Çalışmamızda gruplar arasında herhangi bir anksiyete bozukluğu ectanısı açısından fark yoktu. Ancak örneklemin neredeyse yarısında herhangi bir anksiyete bozukluğu ectanısı vardı. Çalışmamızdaki olguların, genel bipolar örneklemine göre daha ağır seyirli olguları temsil ettiği düşünüldüğünde, anksiyete bozukluğunun hastalığın ağır seyrine katkısı olabileceği akla gelmektedir. Özetle bipolar bozukluk tanılı hastalarda ectanıların saptanması, özkıyım davranışı açısından yüksek riskli grubu tanımak için ruh sağlığı alanında çalışanların dikkat etmesi gereken bir noktadır.

Bipolar bozukluk tanılı hasta grubunda, özkıyım davranışı ile ilişkisi araştırılan bir diğer konu tedavi özellikleridir. Bazı çalışmalarda tedavi uyumu (20); bazılarında kullanılan duygudurum dengeleyici ilaçlar ve diğer psikotropolar (108) ile özkıyım davranışı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Özkıyım karşı koruyucu etkisi olduğu bilinen lityum (126) hakkında, oldukça tutarlı veriler vardır. Çalışmamızda örnekleme oluşturan hastaların tamamına yakını herhangi bir duygudurum dengeleyici ilaç kullanmaktaydı. Gruplar arasında sadece antidepresan kullanımı, yaşam boyu özkıyım girişimi olan grupta, özkıyım girişimi olmayan gruba göre; yaşam boyu özkıyım davranışı olan grupta, özkıyım davranışı olmayan gruba göre anlamlı olarak fazla bulundu. Bu sonuçlar iki olasılığı akla getirmektedir. Birincisi: depresyon sayıları fazla ve süreleri uzun olan bazı hastaların, antidepresan tedaviye devam ediyor olabileceğidir. İkincisi de yakın zamanda depresyon döneminden çıkmış olan bazı hastaların remisyon döneminde antidepresan tedaviyi sürdürüyor olabileceğidir. Çalışmamız geriye dönük olarak hastaları değerlendirdiğinden, geçmiş tedavilerini ayrıntılı değerlendirememiştir. Bu nedenle, geçmiş tedavilerine ilişkin bir karşılaştırma yapmak olası değildir. Hastalığın şiddetli seyrinin bir göstergesi olduğundan, gruplarda geçmişte EKT (elektrokonvulzif terapi) ve klozapin kullanım öyküsü araştırıldı. Ancak geçmişte klozapin kullanmış olan olgu sayısı çok az olduğundan istatistiksel olarak karşılaştırma yapılamadı. EKT uygulanma öyküsü açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu. Diğer yandan EKT uygulanma öyküsü olan 16 hastanın 10 tanesi, yaşam boyu herhangi bir özkıyım davranışı olan gruptaydı. Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamasının örneklemin küçük oluşuyla ya da daha ağır bir hasta profilini temsil eden yatan hastaların bu çalışmaya alınmamış olmasıyla ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Ülkemizdeki tıbbi kayıtların yetersizliği de göz önüne alındığında, tedavilerin özkıyım davranışına etkisinin, en iyi olarak ileriye dönük çalışmalarla araştırılabileceği düşünülmüştür.

Bir diğer önemli ve birçok çalışmaya konu olmuş risk faktörü de ailede psikiyatrik bozukluk (126) veya özkıyım davranışı (127) öyküsünün varlığıdır. Bipolar bozukluk tanılı hastaların akrabalarında başta bipolar bozukluk ve diğer duygudurum bozuklukları olmak üzere psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı fazladır. Ancak ailede psikiyatrik hastalığın bipolar bozukluk tanılı hastalardaki özkıyım davranışına etkisi net değildir. Bazı çalışmalar (126), özkıyım davranışı olan bipolar bozukluk tanılı olgularda ailede psikiyatrik hastalık öyküsünü, özkıyım davranışı olmayan olgulardan anlamlı olarak daha sık bulurken, bir kısmı da fark bildirmemiştir (20,105). Çalışmamızda ilginç bir şekilde ailede bipolar bozukluk öyküsü, yaşam boyu özkıyım davranışı olmayan grupta, herhangi bir özkıyım davranışı olan gruptan

anlamli olarak daha yuiksek bulunmuştur. Ancak yaşam boyu ozkıyım girişimi olan grupta, ailede tamamlanmış ozkıyım oiküsünün daha yuiksek olduğu düşünüldüğünde, ozkıyım girişimi olan gruptaki hasta yakınlarının belki de psikiyatrik tanı koyulmamış olgular olabileceği akla gelmektedir.

Ailede tamamlanmış ozkıyım oiküsü varlığının, ozkıyım davranışına etkisi birçok çalışmada tekrarlanmıştır (18,100,105,127). Özellikle birinci derece akrabalarda tamamlanmış ozkıyım girişimi oiküsünün varlığına vurgu yapan araştırmacılar (124) iki noktaya parmak basmaktadır. Birincisi yapılan genetik (128), aile ve evlat edinme (129) alışmaları ile ozkıyımın genetik bir geçişi olabileceğidir. İkincisi ise ailesinde tamamlanmış ozkıyım oiküsü olan bireyin, ozkıyım davranışını öğrenmiş olabileceğidir (130). Bizim alışmamızda ailede ozkıyım girişimi oiküsü olan az sayıda olgu vardı ve gruplar arasında bu açıdan anlamli bir fark yoktu. Ancak ailede tamamlanmış ozkıyım oiküsü, yaşam boyu ozkıyım girişimi olan grupta, ozkıyım girişimi olmayan gruptan anlamli olarak daha fazla bulundu. Lojistik regresyon analizlerinde de yaşam boyu ozkıyım girişimi ile ailede tamamlanmış ozkıyım oiküsü arasında bir ilişki saptandı. Bu sonuç ailede ozkıyım girişimi olan grupta, yukarıda da bahsedildiği gibi, ozkıyım girişiminin genetik kalıtımla ya da öğrenilmiş bir davranış olarak meydana gelmiş olabileceğini akla getirmektedir.

Özkıyım davranışında yukarıda bahsedilen sosyodemografik özellikler ve hastalığa dair özellikler dışında, araştırmalarda çalışılmış başka bazı risk faktörleri vardır. Bunlardan birisi de dürtüselliiktir. Bipolar bozukluk tanıli hastalarla sağlıklı kontrollerin karşılatırıldığı çalışmalarda (62,131), dürtüsellik puanları bipolar grupta daha yuiksek çıkmıştır. Özellikle mani döneminde dürtüsellikte bir artıştan söz edilse de ötimik zamanlarda da dürtüsellik bipolar hasta grubunda fazladır (62). Pek çok çalışma (70,72,115,130) ozkıyım davranışı ile dürtüsellik arasındaki ilişkiye değinildiğinden biz de çalışmamızda bipolar bozukluk tanıli hasta grubunda trait dürtüselliği bir öz bildirim ölçeği ile araştırdık. Sadece motor dürtüsellik alt ölçek puanı gruplar arasında farklı bulundu. Yaşam boyu herhangi bir ozkıyım davranışı olan hasta grubunun motor dürtüsellik puanı, ozkıyım davranışı bulunmayan gruptan anlamli olarak yuiksekti. Motor dürtüsellik bileşenleri hızlı tepki verme, huzursuzluk ve acelecilik olarak ifade edilebilir. Literatürde motor dürtüselliği, alkol-madde kullanım bozuklukları ile ilişkilendiren çalışmalar vardır (132). Çalışmamızda alkol madde kullanım bozukluğu ektanısının, yaşam boyu ozkıyım davranışı olan grupta daha yuiksek çıktığı akılda tutulduğunda, sonuçlar motor dürtüsellik açısından iki grup arasındaki bu farkın ekanı ile

ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Ancak dürtüselliğin ötimik dönemde ve sadece ayaktan hastalarda bir öz bildirim ölçeği ile değerlendirildiği unutulmamalıdır. Öz bildirim ölçeklerinin kullanıldığı çalışmalarda kısıtlılık bizim çalışmamız için de geçerlidir. Bilmeyenler veya gerçeği beyan etmeyenler, bazı hastaların kendini iyi gösterme çabası gibi nedenlerle gruplar arasında fark saptanmamış olabilir.

Buraya kadar bipolar bozukluk tanılı hastalardan oluşan örneklememizde bazı olası risk faktörlerinden bahsettik. Ancak yaşam boyu sadece özkıyım düşüncesi olmasına rağmen özkıyım girişimi bulunmayan olguların olması araştırmacıları koruyucu faktörleri araştırmaya sevk etmiştir. Çalışmamızda, bipolar bozukluk popülasyonunda özkıyım davranışını araştıran çalışmalarda kullanılan bir öz bildirim ölçeği ile özkıyım girişimine karşı koruyucu faktörleri araştırmaya çalıştık. Bu çalışmaların bir kısmı YSNE ölçeğinden elde edilen puanlar için gruplar arasında fark bulmazken (70), bir diğer kısmı özkıyım davranışı olan grupla özkıyım davranışı olmayan grupta anlamlı olarak farklı puanlar bulmuşlardı (133,134). Fark bulan çalışmalara daha yakından bakıldığında birisinde depresif dönemdeki hastalara uygulandığı (133); bir diğerinde ise farklı etnik kökenden olguların karşılaştırıldığı (134) dikkati çekmektedir. Bizim çalışmamızda yaşam boyu herhangi bir özkıyım davranışı olan grup ile özkıyım davranışı olmayan grup arasında, sadece genel iyimserlik alt ölçek puanı açısından fark vardı. Yaşam boyu özkıyım davranışı olmayan grubun puanı daha yüksek bulundu. Hastalarımızın remisyon döneminde değerlendirilmiş olması, özkıyım ile ilgili ölçek sorularına daha ihtiyatlı yaklaşımlarına ve iyimser bir tutum benimsemelerine neden olmuş olabilir. Yine kendini iyi gösterme eğilimi olanlar veya sorulara uygun yanıt veremeyenler de olabileceği akla gelmektedir.

Sonuç olarak bizim çalışmamıza göre; alkol-madde ektanısı olan ve/veya ağır depresif dönemler geçiren bipolar bozukluk tanılı hastalarda yaşam boyu özkıyım davranışı riski artmıştır. Yine belirtili olan süre uzadıkça ve motor dürtüsellik puanı arttıkça, yaşam boyu özkıyım davranışı riski artmaktadır. Ailede tamamlanmış özkıyım öyküsünün, herhangi bir dönemde yatış öyküsünün ve ağır depresif dönem öyküsünün varlığının da yaşam boyu özkıyım girişimi riskini artırdığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar özellikle depresif dönemlerin tedavisi için daha iyi seçeneklerinin geliştirilmesi gerektiğine; depresif dönemleri ağır geçen ve/veya yatış gerektiren olguların özkıyım davranışı yönünden yakın takip edilmesi gerektiğine; ektanlı durumların da tedavide mutlaka göz önünde bulundurulması gerektiğine; işaret etmesi bakımından önemlidir.

8. KAYNAKLAR

1. Durkheim E: Çeviren Ö. Ozankaya: İntihar: Toplumbilimsel İnceleme. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1986. (Fransızca orijinali 1897).
2. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) internet sitesi. www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ - 27k
3. Eskin M., İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 1: Tanım ve Anlama, sayfa: 10-11. Ankara, 2003.
4. Kutcher S and Chehil S. İntihar riskinin ele alınması. Sağlık alanında çalışanlar için el kitabı. Bölüm 1 sayfa 1-2 (basım 2009)
5. Kaplan H.I., Sadock B.J., Synopsis of Psychiatry Part 33 Psychiatric Emergencies 33.1 s:864-872 Eight edition, 1998
6. Türkiye istatistik kurumu, istatistik göstergeler 1923-2009, sayfa 46 TİK matbaası Ankara 2010
7. Özgüven HD, Sayıl I. Suicide Attempts in Turkey: Results of the WHO–EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Can J Psychiatry 2003;48: 324–329
8. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. Ann Intern Med 2002; 136:302–311.
9. Lapierre GA, Kim C and Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry 2004, 4:37-48
10. Hawton K, Heeringen Kv. Suicide Lancet 2009; 373: 1372–81
11. Vahip S. Affective and schizophrenic spectra part 12: The Overlapping of the spectra suicide.2006;224-247
12. Sher L. Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism. ScientificWorldJournal. 2006 Oct 31;6:1405-11
13. Kryszynska K, Heller TS, De Leo D. Current Opinion in Psychiatry. Volume 19(1), January 2006, p 95–101 Suicide and deliberate self-harm in personality disorders

14. Blum N, Pfohl B, Hale N., Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention *Black DWJ Pers Disord.* 2004 Jun;18(3):226-39.
15. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, Antonia S, Leweke F. Borderline personality disorder *Lancet.* 2011 Jan 1;377(9759):74-84
16. Verona E, Patrick CJ, Joiner TE. Psychopathy, antisocial personality and suicide risk. *Journal of abnormal psychology* 2001, Vol 110(3):462-470
17. Lee J, Lee MB, Liao SC, Chang, CM, Sung SC, Chiang HC, Tai CW. Prevalence of Suicidal Ideation and Associated Risk Factors in the General Population *J Formos Med Assoc.* 2010 Feb;109(2):138-47.
18. Abreu LN, Lafer B, Baca-Garcia E, Oquendo MA. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009 Sep;31(3):271-80. Epub 2009 Aug 7.
19. Bolton A, Pagura J, Enns MW, Grant B, Sareen J. A population based longitudinal study of risk for suicide attempts in major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research* (2010) (Article in Press)
20. Pinto GA, Mosquera F, Alonso M, López P, Ramírez F, Vieta E, Baldessarini RJ. Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. *Bipolar disorder* 2006;8: 618-62
21. Jason B. Luoma, M.A., Catherine E. Martin, M.A., and Jane L. Pearson Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *Am J Psychiatry* 159:909-916, June 2002
22. Sher L, Oquendo MA, Mann JJ. Risk of suicide in mood disorders. *Clinical neuroscience Research* I (2001) 337-344
23. Hoyer EH, Licht RW, Mortensen PB. Risk factors of suicide in inpatients and recently discharged patients with affective disorders. A case-control study. *Eur Psychiatry.* 2009 Jun;24(5):317-21. Epub 2009 May 2.

24. Bernal M,J.M. Haro,S. Bernert, T. Brugha, R. de Graaf, R. Bruffaerts, J.P. Lépine, G. de Girolamo, G. Vilagut, I. Gasquet, J.V. Torres, V. Kovess, D. Heide, J. Neeleman, R. Kessler, J. Alonso Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED stud. *Journal of Affective Disorders* 101 (2007):27-24
25. Muzina DJ. What physicians can do prevent suicide?. *Cleveland clinic journal of medicine* vol 71 number 3 March (2004):242-50
26. Azorin JM, Kaladjian A, Adida M, Hantouche E, Hameg A, Lancrenon S, Akiskal HS..Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: findings from a French National Cohort. *Comprehensive Psychiatry* 50 (2009) 115 – 120
27. K.L. Rowell, B.L. Green, J. Guidry and J. Eddy. Factors associated with suicide among African American adult men: a systematic review of the literature. *JMH* Vol. 5, No. 4, pp. 274–281, December 2008
28. Türkiye İstatistik Kurumu (2007). İş gücü, İstihdam ve İşsizlik İstatistikleri. TÜİK matbaası, Ankara
29. Agerbo E,. Sterne JAC, Gunnell DJ. Combining individual and ecological data to determine compositional and contextual socio-economic risk factors for suicide. *Social Science & Medicine* 64 (2007) 451–461
30. Demirel Özsoy S., Eşel E. İntihar (Özkıyım). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 4: 175-185, 2003.
31. Türkiye İstatistik Kurumu (2008). İntihar İstatistikleri. Sayfa:17-18 TÜİK Matbaası, Ankara
32. Nock MK. Kesler RC. Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts Versus Suicide Gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology* 2006, Vol. 115, No. 3, 616–623
33. Guillaume, I. Jaussent, F. Jollant, Z. Rihmer, A. Malafosse, P. Courtet. Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempters with recurrent depression *Journal of Affective Disorders* 122 (2010) 53–59

- 34 Oquendo MA, Carballo JJ, Rajouria N, Currier D, Tin A, J Merville, Galfalvy HC, Sher L, Grunebaum, MF, Burke AK, and Mann JJ Are High-Lethality Suicide Attempters With Bipolar Disorder a Distinct Phenotype? *Archives of Suicide Research*, 13:247–256, 2009
- 35 Novick, HA Swartz and Ellen Frank. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders* 2010; 12: 1–9
- 36 Rihmer Z, Kiss K. Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disord.* 2002;4 Suppl 1:21-5
- 37 McIntyre RS, Muzina DJ, Kemp DE, Blank D, Woldeyohannes HO, Lofchy J, Soczynska JK, Banik S, Konarski JZ. Bipolar disorder and suicide: research synthesis and clinical translation. *Curr Psychiatry Rep.* 2008 Feb;10(1):66-72.
- 38 Engel GL. From biomedical to biopsychological. *Psychosomatics* Nov-dec 1997;38(6):521-528
- 39 Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001
- 40 Russel D, Turner J, Joiner T. Physical disability and suicidal ideation: A community based study of risk/protective factors for suicidal thoughts. *Suicide and Life Threatening Behaviour* Aug 2009;39(4):440-451
- 41 Oquendo MA, Barrera A, Mann J. Psychopharmacologic strategies for the prevention of suicidal behavior in bipolar patients *Clinical Neuroscience Research* 1 (2001) 387–393
- 42 Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007, 20:17–22
- 43 Khrisnan KRR. Psychiatric and Medical Comorbidities of Bipolar Disorder. *Psychosomatic Medicine* 2005, 67:1–8
- 44 Beghi M and Rosenbaum JF. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a critical appraisal. *Curr Opin Psychiatry* 2010, 23:349–355

- 45 DeJong TM, Overholser JC, Stockmeier CA. Apples to oranges?: A direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *J Affect Disord.* 2010 Jul;124(1-2):90-7.
- 46 Can SS, Sayıl' I. Yineleyici intihar girişimleri. *Kriz Dergisi* 12 (3): 53-62
- 47 Atay İM, Gündoğar D. İntihar davranışında risk faktörleri: bir gözden geçirme. *Kriz Dergisi* 12 (3): 39-5
- 48 Bondy B, Buettner A, Zill P. Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry* 2006;11: 336–351
- 49 Perlis RH, Huang J, Purcell S, Fava M, Rush AJ et all. Genome-wide association study of suicide attempts in mood disorder patients. *Am J Psychiatry.* 2010 Dec;167(12):1499-507.
- 50 Hamdan S, Melhem N, Orbach I, Farbstein I, El-Haib M, Apter A, Brent D. Risk factors for suicide attempt in an Arab kindred. *Journal of Affective Disorders* 2011;132:247–253
- 51 Güleç H, Tamam L, Usta H, Saygılı İ, Güleç MY, Zengin M, Karakuş G. Bipolar bozuklukta dürtüsellik. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:198-203
- 52 Yazıcı K, Yazıcı AE. Dürtüsellğin Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010, 2(2):254-280.
- 53 Batıgün A. İntihar ile ilişkili bazı değişkenler: Öfke/saldırganlık, dürtüsel davranışlar, problem çözme becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri. *Kriz Dergisi* 12 (2): 49-61.
- 54 Zouk H, Tousignant M, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Characterization of impulsivity in suicide completers: Clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *Journal of Affective Disorders* 92 (2006) 195 – 204.
- 55 Giegling I, Olgiati P, Hartmann A, Calati R, Möller HJ, Rujescu D, Serretti A. Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity *Journal of Psychiatric Research* 43 (2009) 1262–1271.

- 56** Perroud N, Baud P, Mouthon D, Courtet P, Malafosse A. Impulsivity, aggression and suicidal behavior in unipolar and bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders* 134 (2011) 112–118.
- 57** Ekinçi O, Albayrak Y, Ekinçi AE, Caykoçlu A. Relationship of trait impulsivity with clinical presentation in euthymic bipolar disorder patients *Psychiatry Research* 190 (2011) 259–264.
- 58** Kaplan H.I., Sadock B.J., *Synopsis of Psychiatry Part 33 Psychiatric Emergencies* Eight Edition 1998; 33.1 s:864-872.
- 59** Gülöksüz S, Oral ET, Kocal N, Erten E, Kurt E, Hariri A, Gökalp A. Suicide in bipolar patients: is it possible to predict & prevent? Abstracts for Poster Session II / *European Psychiatry* 23 2008;192-30360)
- 60** Sarısoy G, Kaçar ÖF, Korkmaz I ve ark. Özkıyım girişiminde bulunan bipolar bozukluk hastalarının mizaç ve karakter özellikleri. 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildiri Özet kitabı 2009;114
- 61** Uğur K. Bipolar bozuklukta özkıyım davranışının değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Anabilim Dalı. 2012
- 62** Hıdıroğlu C. Bipolar bozukluk tanılı ötimik hastalar ve birinci derece akrabalarında dürtüsellik:Sağlıklı kontrollerle karşılaştırmalı bir çalışma.2009
- 63** Tunç S. Özkıyım öyküsü olan ve olmayan bipolar bozukluğu olan olguların mizaç özellikleri ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. 2012
- 64** Chen, Y.W., Dilsaver, S.C., 1996. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol. Psychiatry* 39 (10),896 – 899 15.
- 65** Goodwin Fk, Jameson KR. *Manic Depressive İllness. Bipolar Disorders and Recurrnt Depression. Second Edition* 2007 Oxforw Uniersity pres. 247-270

- 66** Galfalvy, H., Oquendo, M.A., Carballo, J.J., Sher, L., Grunebaum, M.F., Burke, A., Mann, J.J. Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: a prospective study. *Bipolar Disord.* 8, 586 – 595.
- 67** Fiedorowicz JG, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Rice JP and Coryell WH. Do risk factors for suicidal behaviour differ by affective polarity? *Psychological Medicine* (2009),39,763-771
- 68** Simon N, Zafra AK, Michael WO, Ostacher MJ, Fischmann D, Candice WC, Thompson EH, Stevens JC, Demopulos CM, Nirenberg AA, Pollack MH. The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research* 41 (2007):255-264
- 69** Chaudhury SR, Grunebaum MF, Galfavy HC, Burke AK, Sher L, Pasey RV, Everett B, Mann JJ, Oquendo MA. Does first episode polarity predict risk for suicide attempt in bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders* 104 (2007)245-250
- 70** Sublette ME, Carballo JJ, Moreno C, Galfavy HC, Brent DA, Birmaher B, Mann JJ, Oquendo MA. Substance use disorders and suicide attempts in bipolar subtypes. *Journal of Psychiatric Research* 43 (2009):230-238
- 71** Diniz LF, Neves FS, Abrantes SSC, Fuentes D, Correa H. Suicide behavior and neuropsychological assessment of type I bipolar patients. *Journal of Affective Disorders* 112 (2009) 231-236
- 72** Valtonen HM, Suominen K, Matere O, Leppamaki S, Arvillomi P, Isometsa ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders* 2006;8:576-585
- 73** Aslan S, Demir EY. yineleyici ve tek dönem major depresif bozukluğu olan hastaların kişilik ve affektif mizaç özellikleri. *Klinik Psikiyatri* 2008;11:61-71
- 74** Annagür BB, Tamam L. Major depresyon hastalarında diğer psikiyatrik bozukluklar. *Anatol J Clin Investig* 2010;4(2):111-117

- 75 Elbozan B, Kaya B, Yalvaç D, Emul MH, Kaya M, Ünal S. Bir üniversite psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören depresyon hastalarının bazı sosyodemografik ve klinik özellikler yönünden incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:167-17
- 76 Ataoğlu A, Özkan M, Sır A, Altındağ A, Özbulut Ö. Depresif hastalarda serum kolesterol, trigliserid seviyeleri ile intihar girişimi ve depresyon arasındaki ilişki. *Düşünen Adam*; 1998, 11 (2): 33-37
- 77 Yıldırım F. Major depresyonlu hastalarında çocukluk çağı travmasının dürtüsellik, öfke ve intihar davranışı ile ilişkisi. Uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. 2010
- 78 Hocaoglu Ç, Tekin Ç. Bir psikiyatri hastânesinde tedavi gören şizofrenik hastalarda intihar düşüncesi: Pozitif ve Negatif Belirtiler, Depresyon ve Umutsuzluk ile ilişkisi. *Yeni Symposium Ekim* (2007) 45: 4: 180-188
- 79 Evren EC, Evren E., Erkıran M. Şizofrenili hastalarda özkıyım düşüncesi: Pozitif, negatif belirtiler, depresyon ve içgörüle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(4):255-264
- 80 Arıkan Z, Kuruoğlu ÇA, Eltutan H, Işık E. Alkol bağımlılığı ve depresyon. *Düşünen Adam*; 2000 (3):217-221
- 81 Dilbaz N, Aytekin Y. Alkol bağımlılarında intihar düşüncesi, davranışı ve niyeti. *Bağımlılık Dergisi* 2003; 4: 1-9
- 82 Evren CE, Ögel K, Çakmak D. Esrar ve meperidin (Petidin) kullanım bozukluğu nedeni ile yatarak tedavi gören hastaların özelliklerinin karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3(1):20-27
- 83 Kural S, Evren CE, Can S, Çakmak D. Alkol ve Madde bağımlılarında travma sonrası stres bozukluğunun sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004;14:1-8
- 84 Tondo L, Lepri B, Baldessarini RJ. Suicidal risk among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (2007)116, 419–428.

- 85** Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56,617-626
- 86** Lester D. Suicidal behavior in bipolar and unipolar affective disorders: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 27, 117-121
- 87** İbilioglu AO, Çayköylü A. Bipolar-I, bipolar-II ve majör depresif bozuklukta ayrışan sosyodemografik, klinik ve mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri dergisi* 2011;22(3):159-165
- 88** Zalsman G, Braun M, Arendt M, Grunebaum MF, Sher L, Burke AK, Brent DA, Chaudhury SR, Mann JJ, Oquendo MA. A comparison of the medical lethality of suicide attempts in bipolar and major depressive disorders. *Bipolar Disord.* 2006 Oct;8(5 Pt 2):558-65.
- 89** Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: Follow-up over 34-38 years. *Journal of Affective Disorders* 2002;68:167-181
- 90** Osby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparén P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry.* 2001 Sep;58(9):844-50.
- 91** Borges G, Nock MK, Medina-Mora ME, Benjet C, Lara C, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of suicide-related outcomes in Mexico. *Suicide Life Threat Behav.* 2007 Dec;37(6):627-40.
- 92** Borges G, Angst J, Nock MK, Ruscio AM, Kessler RC. Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: a 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys.. *J Affect Disord.* 2008 Jan;105(1-3):25-33. Epub 2007 May 16.
- 93** Lee JI, Lee MB, Liao SC, Chang CM, Sung SC, Chiang HC, Tai CW. Prevalence of suicidal ideation and associated risk factors in the general population. *J Formos Med Assoc.* 2010 Feb;109(2):138-47.

- 94** Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, L epine JP, de Girolamo G, Vilagut G, Gasquet I, Torres JV, Kovess V, Heider D, Neeleman J, Kessler R, Alonso JRisk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *J Affect Disord.* 2007 Aug;101(1-3):27-34. Epub 2006 Oct 30.
- 95** Polat z  , Kuğu N, Doğuan O, Aky z G. Sivas İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı ve Bazı Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2011;24:13-23
- 96** Deveci A, Taşkın O, Dündar E, Demet M, Kaya E,  zmen E, Dinç G. Manisa İli Kent Merkezinde İntihar Düşüncesi ve Girişimi Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(3):170-178
- 97** Atay M, Eren İ, G ndoğuar G. Isparta İl Merkezinde İntihar Girişimi,  l m Düşünceleri Yaygınlığı ve Risk Faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012;23(2):89-98
- 98** Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T, Keck PE Jr, McElroy SL, Denicoff KD, Obrocea G, Nolen WA, Kupka R, Walden J, Grunze H, Perez S, Luckenbaugh DA, Post RM. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J Clin Psychiatry.* 2003 May;64(5):506-15
- 99** Guillaume S, Jaussent I, Jollant F, Rihmer Z, Malafosse A, Courtet P Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempters with recurrent depression. *J Affect Disord.* 2010 Apr;122(1-2):53-9. Epub 2009 Jul 15
- 100** Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry.* 2005 Jun;66(6):693-704.
- 101** Grunebaum MF, Ramsay SR, Galfalvy HC, Ellis SP, Burke AK, Sher L, Printz DJ, Kahn DA, Mann JJ, Oquendo MA. Correlates of suicide attempt history in bipolar disorder: a stress-diathesis perspective. *Bipolar Disord.* 2006 Oct;8(5 Pt 2):551-7.
- 102** Tondo L, Isacsson G, Baldessarini R Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs.* 2003;17(7):491-511.

- 103** López P, Mosquera F, de León J, Gutiérrez M, Ezcurra J, Ramírez F, González-Pinto A. Suicide attempts in bipolar patients. *J Clin Psychiatry*. 2001 Dec;62(12):963-6.
- 104** Undurraga J, Baldessarini RJ, Valenti M, Pacchiarotti I, Vieta E. Suicidal risk factors in bipolar I and II disorder patients. *J Clin Psychiatry*. 2012 Jun;73(6):778-82. Epub 2011 Dec 27.
- 105** Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord*. 2000 Aug;59(2):107-17.
- 106** Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Arvilommi P, Isometsä ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder.
- 107** Sher L, Carballo JJ, Grunebaum MF, Burke AK, Zalsman G, Huang YY, Mann JJ, Oquendo MA. A prospective study of the association of cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels with lethality of suicide attempts in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2006 Oct;8(5 Pt 2):543-50.
- 108** Yerevanian B, Koek R, Mintz J, Akiskal A. Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior Part 2. The impact of antidepressants. *Journal of Affective Disorders* 103 (2007) 13 – 21
- 109** Simon NM, Zalta AK, Otto MW, Ostacher MJ, Fischmann D, Chow CW, Thompson EH, Stevens JC, Demopulos CM, Nierenberg AA, Pollack MH. The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *J Psychiatr Res*. 2007 Apr-Jun;41(3-4):255-64. Epub 2006 Oct 18
- 110** Schwartzmann AM, Amaral JA, Issler C, Caetano SC, Tamada RS, Almeida KM, Soares MB, Dias Rda S, Rocca CC, Lafer BA. Clinical study comparing manic and mixed episodes in patients with bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007 Jun;29(2):130-3

- 111** Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP, Bowden CL, Sachs GS, Nierenberg AA Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry*. 2004 May 1;55(9):875-81.
- 112** Azorin JM, Kaladjian A, Adida M, Hantouche EG, Hameg A, Lancrenon S, Akiskal HS. Factors associated with rapid cycling in bipolar I manic patients: findings from a French national study. *CNS Spectr*. 2008 Sep;13(9):780-7
- 113** Correlates of historical suicide attempt in rapid-cycling bipolar disorder: a cross-sectional assessment. Gao K, Tolliver BK, Kemp DE, Ganocy SJ, Bilali S, Brady KL, Findling RL, Calabrese JR. *J Clin Psychiatry*. 2009 Jul;70(7):1032-40.
- 114** Coryell W, Solomon D, Turvey C, Keller M, Leon AC, Endicott J, Schettler P, Judd L, Mueller T. The long-term course of rapid-cycling bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Sep;60(9):914-20.
- 115** Oquendo MA, Mann JJ. Identifying and managing suicide risk in bipolar patients. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 - 25:31-4.
- 116** Ahrens B, Berghöfer A, Wolf T, Müller-Oerlinghausen B. Suicide attempts, age and duration of illness in recurrent affective disorders. *Affective Disorder*. 1995 Dec 2;36 (1-2):43-9
- 117** Levine J, Chengappa KN, Brar JS, Gershon S, Kupfer DJ. Illness characteristics and their association with prescription patterns for bipolar I disorder. *Bipolar Disord*. 2001 Feb;3(1):41-9.
- 118** Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rihmer Z. Agitated "unipolar" depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord*. 2005 Apr;85(3):245-58.

- 119** Marangell LB, Bauer MS, Dennehy EB, Wisniewski SR, Allen MH, Miklowitz DJ, Oquendo MA, Frank E, Perlis RH, Martinez JM, Fagiolini A, Otto MW, Chessick CA, Zboyan HA, Miyahara S, Sachs G, Thase ME. Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years.
- 120** Marneros A. Mixed affective disorders. *Nervenarzt*. 2007 Jan;78(1):15-20.
- 121** Johnson SL, McMurrich SL, Yates M. Suicidality in bipolar I disorder. *Suicide Life Threat Behav*. 2005 Dec;35(6):681-9.
- 122** Song JY, Yu HY, Kim SH, Hwang SS, Cho HS, Kim YS, Ha K, Ahn YM. Assessment of Risk Factors Related to Suicide Attempts in Patients With Bipolar Disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2012 Nov;200(11):978-984.
- 123** Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: a prospective study. Galfalvy H, Oquendo MA, Carballo JJ, Sher L, Grunebaum MF, Burke A, Mann JJ. *Bipolar Disord*. 2006 Oct;8(5 Pt 2):586-95.
- 124** Slama F, Bellivier F, Henry C, Rousseva A, Etain B, Rouillon F, Leboyer M. Bipolar patients with suicidal behavior: toward the identification of a clinical subgroup. *J Clin Psychiatry*. 2004 Aug;65(8):1035-9.
- 125** Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord*. 2006 Oct;8(5 Pt 2):625-39.
- 126** Serretti A, Chiesa A, Calati R, Linotte S, Sentissi O, Papageorgiou K, Kasper S, Zohar J, De Ronchi D, Mendlewicz J, Amital D, Montgomery S, Souery D. Influence of family history of major depression, bipolar disorder, and suicide on clinical features in patients with major depression and bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 May 9
- 127** Cassidy F. Risk factors of attempted suicide in bipolar disorder. *Suicide Life Threat Behav*. 2011 Feb;41(1):6-11

- 128** Statham DJ, Heath AC, Madden PA, Bucholz KK, Bierut L, Dinwiddie SH, Slutske WS, Dunne MP, Martin NG. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med.* 1998 Jul;28(4):839-55.
- 129** Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* 2000 Oct;157(10):1552-62.
- 130** Carballo JJ, Harkavy-Friedman J, Burke AK, Sher L, Baca-Garcia E, Sullivan GM, Grunebaum MF, Parsey RV, Mann JJ, Oquendo MA. Family history of suicidal behavior and early traumatic experiences: additive effect on suicidality and course of bipolar illness? *J Affect Disord.* 2008 Jul;109(1-2):57-63
- 131** Peluso MAM, Hatch JP, Glahn DC, Monkul ES, Sanches M, Najt P, Bowden CL, Barratt ES, Soares JC. Trait impulsivity in patients with mood disorders. *J Affect Disord* 2007; 100: 227–231.
- 132** Rogers RD, Moeller FG, Swann AC, Clark L. Recent research on impulsivity in individuals with drug use and mental health disorders: implications for alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res.* 2010 Aug;34(8):1319-33
- 133** Dervic K, Carballo JJ, Baca-Garcia E, Galfalvy HC, Mann JJ, Brent DA, Oquendo MA. Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2011 Oct;72(10):1390-6
- 134** Oquendo MA, Dragatsi D, Harkavy-Friedman J, Dervic K, Currier D, Burke AK, Grunebaum MF, Mann JJ. Protective factors against suicidal behavior in Latinos. *J Nerv Ment Dis.* 2005 Jul;193(7):438-43.

9. EKLER

EK-1

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı' nda Affektif Hastalıklar Birimi ve yataklı birimlerde yürütülen bir uzmanlık tezi çalışmasıdır. Çalışmanın amacı, bipolar bozukluk tanısı olan kişilerde özkıyım düşüncesini, özkıyım girişimini ve bu özkıyım davranışları ile sosyodemografik özellikler, hastalık özellikleri ve kişiyi yaşama bağlayan özellikler arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Bu amaçla, Affektif Hastalıklar Birimi' nde ayaktan izlenen ve yataklı birimlerde yatarak tedavi gören bipolar bozukluk tanılı hastalar çalışmaya davet edilecektir. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu aşamada çalışmaya katılmayı uygun gören kişilerle yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme yapılacaktır. Psikiyatrik bozukluğa dair ayrıntılı bilgi alabilmek için hasta ve en az bir hasta yakını ile görüşülecek ve klinik kayıtları (dosya ve kartlar) değerlendirilecektir. Sosyodemografik özellikler, hastalığa ait özellikler, özkıyım davranışı ile ilgili özellikler doktor tarafından çeşitli formlar yardımıyla elde edilecektir. Doktor ile yapılan görüşmenin yaklaşık 30-40 dakika sürmesi beklenmektedir. Bu görüşmenin ardından katılımcılardan yaklaşık 20-30 dakika sürecek olan Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği - 11 isimli iki öz bildirim ölçeğini doldurmaları istenecektir.

“Bu çalışmanın ayrıntıları ve çalışmaya katılmam durumunda ismimin gizli tutulacağı konusunda Dr Burcu Yüçetürk tarafından bilgilendirildim. Bu çalışmanın sonuçlarının bilimsel olarak yayınlanmasının benim açımdan hiçbir sakıncası yoktur. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.”

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Uygulayıcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih

EK-2

Tarih:

Sosyodemografik Veri Formu

Hasta protokol no:	
Ad- soyad	
Cinsiyet	0) Kadın 1) Erkek
Doğum tarihi	/ /
Doğum yeri	
Evlilik durumu	0) Hiç evlenmemiş 1) Evli 2) Boşanmış 3) Ayrı yaşıyor 4) Eşi ölmüş
Eğitim durumu	0) Okur -yazar değil 1) Okur-yazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniveriste-Yüksekokul
Toplam eğitim yılı	
İş durumu	0) Yok 1) Ev hanımı 2) Öğrenci 3) Memur 4) İşçi 5) Esnaf 6) Çiftçi 7) Emekli 8) Diğer (açıklayınız)
Şimdiki iş durumu	0) Çalışmıyor 1) Çalışıyor
Son 1 yıldaki iş durumu	0) Çalışmıyor 1) Çalışıyor
Özkiyim düşüncesi varsa olduğu dönemdeki iş durumu	0) Çalışmıyor 1) Çalışıyor
Özkiyim girişimi varsa olduğu dönemdeki iş durumu	0) Çalışmıyor 1) Çalışıyor
Sosyal Güvencesi	0) Yok 1) SGK(ES, Bağ-Kur,SSK, YK) 2) Özel sigorta/banka
Hanenin aylık geliri	0) 650 TL altı 1) 651-1000 TL 2) 1001-1500 TL 3) 1501-2500TL arası 4) 2500TL üstü
Hanede kişi- başına düşen gelir	0) 120 TL altı 1) 120TL üstü
Birlikte yaşadığı kişiler	0) Yok 1) Anne-baba 2) Eş..... 3) Çocuklar 4) Arkadaşlar 5) Partner 6) Diğer(açıklayınız)
Yaşadığı yer	0) Köy, belde, nüfusu 25.000 altındaki ilçe 1) İlçe 2) İl 3) Kent 4) Yurt dışı

EK-3

Hastanın ad-soyad baş harfleri: ___ ___ ___

Hasta protokol no: ___ ___ ___

Hastalık Bilgileri Formu

- Tanı: ___ (1. BP I 2. BP II 3. BTA BP)
 - Ek tanı: ___ (1. Var 2. Yok)
Varsa belirt: _____
 - Belirleyiciler: ___ (1. Mevsimsellik 2. Postpartum başlangıç 3. Hızlı döngülülük 4. Atipik özellikler gösteren 5. Dönemler arasında tam düzelme olan 6. Dönemler arasında tam düzelme olmayan)
 - Hastalık başlangıç yaşı: ___ ___
 - Hastalık süresi : ___ ___
 - İlk dönem türü : ___ (1.Depresyon, 2. Mani 3.Karma 4. Hipomani 5.Belirlenemiyor)
 - Bugüne kadar yaşanmış dönem sayıları :
 - Depresyon : ___ ___
 - Mani : ___ ___
 - Hipomani : ___ ___
 - Karma : ___ ___
 - Belirlenememiş : ___ ___
 - Dönemlerin ortalama süresi:
 - Depresyon : ___ ___ hafta
 - Mani : ___ ___ hafta
 - Hipomani : ___ ___ hafta
 - Karma : ___ ___ hafta
 - Belirlenememiş : ___ ___ hafta
 - Egemen dönem tipi : ___ (1.Depresyon 2. Mani 3.karma 4. Hipomani 5. Belirgin bir egemenlik yok 6. Belirlenemiyor)
 - Ağır dönem yaşanmış mı? ___ (1. evet, 2. hayır, 3. belirlenmemiş)
 - Ağır Manik dönem yaşanmış mı? ___ (1. evet, 2. hayır, 3. belirlenmemiş)
 - Evet ise psikotik bulgular : ___ (1. evet, 2. hayır, 3. belirlenmemiş)
 - Ağır Depresif dönem yaşanmış mı? (1. evet, 2. hayır, 3. belirlenmemiş)
 - Evet ise psikotik bulgular : ___ (1. evet, 2. hayır, 3. belirlenmemiş)
 - Ağır Karma dönem yaşanmış mı? (1. evet, 2. hayır, 3. belirlenmemiş)
 - Evet ise psikotik bulgular : ___ (1. evet, 2. hayır, 3. belirlenmemiş)
 - Aile Öyküsü
1. Ailede psikiyatrik hastalık ___ (1 var 2 yok)
Varsa; (kimler/tanı) _____
 2. Ailede BP bozukluk ___ (1. evet, 2. hayır, 3. belirlenmemiş)
Varsa kimlerde/tanı _____
 3. Ailede diğer DD bozukluğu ___ (1. evet, 2. hayır, 3. belirlenmemiş)
Varsa kimlerde/tanı _____
 4. Ailede tamamlanmış özkıyım ___ (1. evet, 2. hayır, 3. belirlenmemiş)
Varsa açıklayınız _____
 5. Ailede özkıyım girişimi ___ (1. evet, 2. hayır, 3. belirlenmemiş)
Varsa açıklayınız _____

Hastanın ad-soyad baş harfleri: ___ ___ ___

Hasta protokol no: ___ ___ ___

- o Hastaneye yatış ___ (1.var, 2.yok)

Varsa

❖ Sayısı: __, __

❖ Yatışa neden olan dönem türleri(sırasıyla) (1.depresyon 2. mani 3..karma 4. hipomani
6. belirlenemiyor)

___, __, __, __, __, __, __, __, __

- o Duygudurum dengeleyici ilaç başlama yılı ve süresi

<u>Adı</u>	<u>Başlangıç yılı</u>	<u>Süresi</u>
Lityum	_____	_____
Karbamazepin	_____	_____
Valproik Asit	_____	_____
Lamotrijin	_____	_____

- o Diğer bazı önemli tedavilerin başlama yılları ve kullanım süreleri

<u>Adı</u>	<u>Başlangıç yılı</u>	<u>Süresi</u>
Klozapin	_____	_____
EKT	_____	_____

- o Halen bedensel hastalığı: ___ (1.var, 2.yok, 3. belirlenemedi)

- o Halen kullanmakta olduğu psikotrop ilaçlar/süresi/dozlar

<u>Adı</u>	<u>Süresi</u>	<u>Doz</u>
1.	_____, __	_____ mg/gün
2.	_____, __	_____ mg/gün
3.	_____, __	_____ mg/gün
4.	_____, __	_____ mg/gün
5.	_____, __	_____ mg/gün
6.	_____, __	_____ mg/gün
7.	_____, __	_____ mg/gün

- o Halen kullanmakta olduğu psikotrop olmayan ilaçlar/süresi/dozlar

<u>Adı</u>	<u>Süresi</u>	<u>Doz</u>
1.	_____, __	_____ mg/gün
2.	_____, __	_____ mg/gün
3.	_____, __	_____ mg/gün
4.	_____, __	_____ mg/gün
5.	_____, __	_____ mg/gün
6.	_____, __	_____ mg/gün
7.	_____, __	_____ mg/gün

- o Tedaviye uyum özellikleri: ___

1. Belirgin uyumlu
2. Kısmen uyumsuz
3. Belirgin uyumsuz
4. Belirlenemedi

- o Halen nerede izleniyor: ___

1. Ayaktan Hasta Birimi (AHB)
2. Genel poliklinik
3. Özel (öğretim üyeleri)
4. Devlet Hastanesi
5. Özel Hastane
6. Özel, diğer
7. Diğer

- o AHB' de izleniyorsa ne zamandan beri Ayaktan Hasta Birimi' nde (AHB) izlendiği

EK-4**ÖZKIYIM DÜŞÜNCESİNİN VE GİRİŞİMİNİN GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ FORMU**

- Son bir yılda özkıyım girişi: ____ (1. Var 2. Yok)
Varsa kaç kez: __ __
- Son bir yıldan daha önce özkıyım girişi: ____ (1. Var 2. Yok)
- Varsa kaç kez: __ __
- Yaşam boyu özkıyım girişi sayısı: __ __
Yoksa aşağıdaki soruya geç
- Özkıyım girişi olmayan hastalarda özkıyım düşünceleri
- Son 1 yılda: ____ (1. Var 2. Yok)
Varsa dönem türü ile ilişkisi: ____ (1. Depresyon 2. Mani 3.Karma 4. Hipomani 5. Remisyon 6. Belirlenemeyen)
Psikotik belirti ile ilişkisi: ____ (1. Var 2. Yok 3. Belirlenemedi)
 - Son 1 yıldan daha önce: ____ (1. Var 2. Yok)
Varsa dönem türü ile ilişkisi: ____ (1. Depresyon 2. Mani 3.Karma 4. Hipomani 5. Remisyon 6. Belirlenemeyen)
Psikotik belirti ile ilişkisi: ____ (1. Var 2. Yok 3. Belirlenemedi)
- Son bir yıldaki dönemler ve özkıyım düşünceleri

Dönem türü	Psikotik belirti		Özkıyım Düşüncesi	
	(+)	(-)	(+)	(-)
Toplam Dönem: __				

- Son bir yıldaki stres verici yaşam olayları:

Boşanma/ayrılık: ____ (1. Var 2. Yok)

Varsa ne kadar zaman önce: __ __ (ay)

Aileden birinin ölmesi: ____ (1. Var 2. Yok)

Varsa ne kadar zaman önce: __ __ (ay)

Önemli kişiler arası çatışma: ____ (1. Var 2. Yok)

Varsa ne kadar zaman önce: __ __ (ay)

İş ile ilgili önemli olaylar: ____ (1. Var 2. Yok)

Varsa ne kadar zaman önce: __ __ (ay)

Parasal/ekonomik kayıplar: ____ (1. Var 2. Yok)

Varsa açıkla: _____

Varsa ne kadar zaman önce: __ __ (ay)

Başka: ____ (1. Var 2. Yok)

Varsa açıkla: _____

Varsa ne kadar zaman önce: __ __ (ay)

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 bölme boş bırakınız. Teşekkür ederiz.		Çok önemli	Oldukça önemli	Biraz önemli	Önemli	Pek önemli değil	Hiç önemli değil
		6	5	4	3	2	1
1.	Kendimi ne kadar kötü hissedersen edeyim, bunun çok uzun sürmeyeceğini biliyorum.						
2.	Ailemi (annem, babam ve kardeşlerim) onlardan ayrılmayacak 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.	Ölümden 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 yüz yüze 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	Orduka önemli	Biraz önemli	Önemli	Pek önemli değil	Hiç önemli değil
		6	5	4	3	2	1
36.	Bunun ahlaki açıdan yanlış olduğuna inanıyorum.						
37.	Zorluklar hayata anlam katar ve onlarla mücadele etmek gerek.						
38.	Ailem onları sevmeyi düşünemiyor.						
39.	Daha sonra ailedekilerin 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 sürdüreceğim kadar değerli bir insan olduğuna inanıyorum.						
43.	Hayatta her zaman için bir anlam ve yaşamak için bir neden bulabileceğime inanıyorum.						
44.	Hayatın bana sunacağı her şeyi tatmak, denemek istiyorum. Henüz yaşamadığım ama yaşamak istediğim pek çok şey var.						
45.	Yaşam bize tanınmış bir fırsattır, bunu değerlendirmek gerekir.						
46.	Sonunda her şeyde bir hayır olabileceğine inanıyorum.						
47.	Diğer insanların hakkımda neler düşünecekleri önemlidir.						
48.	Hayat sona erdirilemeyecek kadar güzel ve değerlidir.						
49.	Sıkıntılarımı 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.						

EK-6

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11)

EK-3				
Yönerge: İnsanlar farklı durumlarda birbirlerinden farklı şekillerde hareket eder ve düşündürler. Bu test sizin ne şekilde hareket ettiğinizi ve düşündüğünüzü ölçmektedir. Her bir ifadeyi okuyunuz ve sayfanın sağ tarafındaki en uygun daire üzerine X işareti koyunuz. Hiç bir ifade üzerinde çok fazla zaman harcamayınız. Hızlıca ve dürtüst olarak cevaplayınız.				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ender olarak/asla	Ara sıra	Sıklıkla	Hemen hemen daima/daima
1	Yapılacak işleri dikkatle planlarım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Düşünmeksizin bir şeyler yaparım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Çabucak karar veririm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Vurdumduymaz biriyimdir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Dikkat etmem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Birbiriyle yarışan düşüncelerim olur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Çıkacağım gezileri çok önceden planlarım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Kendi kendimi kontrol eden biriyimdir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Kolayca konsantre olurum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Düzenli olarak para biriktiririm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Tiyatro ya da derslerde kıpır kıpırımdır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Dikkatli düşünen birisiyim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	İş güvenliği için önlem alırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Düşünmeden bir şeyler söylerim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Karmaşık sorunlar üzerine kafa yormayı (düşünmeyi) severim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	İş değiştiririm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Dürtüsel hareket ederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Düşünsel sorun çözerken kolayca sıkılırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	O an içimden geldiği gibi hareket ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	İstikrarlı biçimde düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	İkametgah (konut) değiştiririm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Dürtüsel olarak alış-veriş yaparım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Bir seferde yalnızca bir tek şey üzerine düşünebilirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Uğraş değiştiririm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Kazandığımdan daha fazla harcarım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Düşünürken aklıma ilgisiz şeyler (düşünceler) gelir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Gelecekte daha çok bugünle ilgiliyimdir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Sunum ya da derslerde yerimde duramam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Bulmacaları severim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Yarımları düşünen biriyimdir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>