



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**GEÇMİŞ İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN VE OLMAYAN BİPOLAR
BOZUKLUK TANILI HASTALARDA DÜRTÜSELLİK VE OBSESİF
BELİRTİLER**

YÜKSEK LİSANS

BÜŞRA AYDIN

TEZ DANIŞMANI

YRD.DOÇ.DR.BİRİM SUNGU TALU

İSTANBUL - 2017

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**GEÇMİŞ İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN VE OLMAYAN BİPOLAR
BOZUKLUK TANILI HASTALARDA DÜRTÜSELLİK VE OBSESİF
BELİRTİLER**

BÜŞRA AYDIN

144102071

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
YRD.DOÇ.DR.BİRİM SUNGU TALU**

İSTANBUL - 2017



T.C.
ÜSKÜDAR
ÜNİVERSİTESİ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 144102071
Öğrenci Adı Soyadı	: Büşra Aydın
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Birim Sungu Talu
Tezin Başlığı	: Geçmiş Sürsüt Riski Olan ve Olmayan Bipolar Hastalıklarda Dürtü ve Obsesif Belirtiler

Toplantı Tarihi	: 18.01.2017	Saati	: 10:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> Geldi		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir.			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak KABUL edilmesine,			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının DÜZELTİLMESİNE , düzeltme için adaya ay EK SÜRE verilmesine (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonunda tezin REDEDİLMESİNE			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUĞU			
İle karar verilmiştir.			
Savunmada Tezin Başlığı : <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti			
Tezin Yeni Başlığı : <input type="checkbox"/> Değişmedi			
Öğrenci Savunmaya : <input type="checkbox"/> Gelmedi			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ İLE REDDEDİLMİŞTİR.			

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan		
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Birim Sungu Talu	
Üye	Doç. Dr. Gökbelen Hızlı Sayar	
Üye	Doç. Dr. Korlut Uluçan	
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Sayı No :

Tarih 18.../1.../2017.

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Not: Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

Doç. Dr. Gökbelen Hızlı Sayar
Anabilim Dalı Başkanı
(Unvanı, Adı Soyadı, İmza)

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Geçmiş intihar girişimi Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Dürtüsellik ve Obsesyon” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../.....

BÜŞRA AYDIN

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİK SAYFASI	i
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
GİRİŞ	1
BİPOLAR BOZUKLUK	1
1.1.1 BİPOLAR BOZUKLUKTA İNTİHAR GİRİŞİMLERİ GİRİŞİMLERİ.....	3
1.1.2. DÜRTÜSELLİK.....	5
1.1.3. OBSESYON	6
2.YÖNTEM VE GEREÇLER.....	8
2.1.EVREN VE ÖRNEKLEM.....	8
2.2.VERİLERİN TOPLANMASI.....	8
2.3.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ.....	9
2.4.VERİLERİN ANALİZİ.....	9
3.BULGULAR.....	10
3.1. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Hastalarının Demografik Özellikleri	10
3.2. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Hastalarının Dürtüsellikleri ve Obsesif Belirtiler.....	13
3.3. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Hastalarının Dürtüsellikleri ve Obsesif Belirtileri Arasındaki İlişkiler.....	15

3.4. Bipolar bozukluk hastalarının demografik özelliklerine göre ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	16
4.SONUÇ VE TARTIŞMA.....	20
ÖNERİLER.....	25
KAYNAKÇA.....	26
EKLER	
DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....	27
MAUDSLEY OBSESYON ÖLÇEĞİ.....	29
BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ.....	35
ÖZGEÇMİŞ.....	37

TEŞEKKÜR

Tez araştıma konusunu seşmemde bana yardımcı olan değerli hocam ve danışmanım Sayın Yrd.Doc.Dr. Birim Sungu Talu'ya , tım katılımcılara, araştırmam boyunca desteğini esirgemeyen arkadaşlarım Nergiz Aktaş, Özlem Akkel ve Gül Alpar'a, tım arkadaş ve meslektaşlarıma, Maddi ve manevi yönden desteğini, sevgisini, anlayışını esirgemeyen çok değerli babam Nezir Aydın'a, hayat boyu öğrenme, yenilenme ve anlamayı ilke edinmiş ve beni bu yönde güdülemiş, bu zorlu sürecimde ilgi, sevgi ve desteğini daima hissettiren ve her sıkıntıda bana güven veren annem Habibe Aydın'a, aynı evi paylaştığım bana her anlamda destek olan canım abim Habib Aydın'a, eşi Büşra Nur Aydın'a ve yeğenim Ali şamil Aydın'a teşekkürlerimi sunarım.



ÖZET

(Aydın,Büşra,Yüksek Lisans Tezi,2017)

GEÇMİŞ İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN VE OLMAYAN BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA DÜRTÜSELİK VE OBSESİF BELİRTİLER

Bu araştırmada geçmiş dönemde intihar girişimi olan olmayan bipolar bozukluk tanısı almış insanların dürtüsellik ve obsesyon ilişkisinin etkenlerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın hasta grubunu NP İstanbul Hastanesi'nde yatmakta ve ayaktan tedavi olan 31 katılımcı oluşturmaktadır. Tüm katılımcıları barratt dürtüsellik ölçeği ve maudsley obsesyon ölçeği uygulatılarak araştırılmıştır. Kadın hastaların intihar girişiminin erkek hastalara oranla daha fazla olduğu bulunmuştur. İntihar girişimi olan bipolar bozukluk tanısı alan hastalarının MOK kontrol alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile Barratt dikkat eksikliği dürtüsellik alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaş oranı arttıkça intihar girişimi de artmakla beraber anlamlı bir fark bulunmamıştır. Medeni hal, eğitim durumu ile intihar girişiminde anlamlı bir fark bulunmamıştır. İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının Maudsley Obsesif Belirtiler Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar, Dürtüsellik, intihar, obsesyon

ABSTRACT

(Aydın, Büşra, Master of Science Thesis, 2017)

IMPULSIVITY AND OBSESSIVE SYMPTOMS IN BIPOLAR DISORDER DIAGNOSED PATIENTS WITH AND WITHOUT PREVIOUS SUICIDE ATTEMPT

Aim of this study is to investigate relationship between impulsive behavior and obsessive symptom among suicidal and non-suicidal bipolar mood disordered patients. Participants of the research were consisted of 31 in-patients and outpatients of NP Istanbul Hospital. Participants were answered Barratt Impulsivity Scale and Maudsley Obsessive Symptom Scale. Data collected from participants showed that female patients' suicidal attempts are significantly higher than male patients. Suicidal patients' scores from MOK control subscale and Barratt attention deficit impulsivity subscale were significantly and positively correlated. There was also significant correlation between age and suicidal attempts but there were no significant suicidal attempt difference between age groups. There was no significant difference between mean scores of Barratt Impulsivity Scale and Maudsley Obsessive Symptom Scale according to marital status, education and suicidal and non-suicidal patients.

Key Words: bipolar, impulsivity, suicide, obsession

TABLolar LİSTESİ

- Tablo 1** İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının demografik özelliklerine göre frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare bulguları10
- Tablo 2.** İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının yaş ve hastalık başlangıç yaşı ortalamaları, standart sapmaları ve Mann Whitney U testi bulguları.....11
- Tablo 3.** İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının obsesif belirti ortalamaları, standart sapmaları ve Mann Whitney U testi bulguları.....12
- Tablo 4.** İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının dürtüsellik ortalamaları, standart sapmaları ve Mann Whitney U testi bulguları.....13
- Tablo 5** İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının obsesif belirtileri ile dürtüsellikleri arasındaki korelasyon matrisi.....14
- Tablo 6.** Bipolar bozukluk hastalarının medeni durumlarına göre obsesif belirti ve dürtüsellik ortalamaları, standart sapmaları ve Mann Whitney U testi bulguları.....16
- Tablo 7.** Bipolar bozukluk hastalarının eğitim durumlarına göre obsesif belirti ve dürtüsellik ortalamaları, standart sapmaları ve Kruskal Wallis testi bulguları.....17

1.GİRİŞ

1.1BİPOLAR BOZUKLUK

Bipolar bozukluk hipomanik, manik, depresif veya karma ataklarla giden, ataklar arasında iyilik dönemlerinin de olabildiği ve genellikle mevsimsel özellik gösteren bir duygudurum bozukluğudur. ‘Bipolar bozukluk’ başlığı altında bipolar bozukluklar tip-I, tipII siklotimik bozukluk, madde veya ilaç kullanımının bağlı bozukluk, diğer tıbbi durumlarla ilişkili bipolar bozukluk, belirtilmemiş bipolar bozukluk yer almaktadır (Bozkurt ve oral, 2015).

Bipolar bozukluk (iki uçlu bozukluk), düzenli veya düzensiz olarak tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma (mikst) dönemlerle ve dönem aralarında kişinin bazen eşik altı belirtiler gösterdiği bir dönemdir. Bu belirtiler bazen görülmeye de bilir. Hiçbir belirtinin bulunmadığı “sağlıklı” dönemlerle giden kronik seyirli bir şekilde de hastalık ilerleyebilmektedir. Bipolar bozukluk işlev kaybına yol açan psikiyatrik bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından toplumda yeti yitimi oluşturan hastalıklar arasında sekizinci sırada yer aldığı bildirilmektedir(Yüksel, 2001).

Bu ara dönemlerde tanımlanan alevlenmeler sırasında hastalarda sosyal ve mesleki işlevsellik kaybı görülebilmektedir. Bipolar hastalarda ilk döngü süresi uzundur. Bu süreler zamanla kısalmaktadır. Sadece manik semptomları olan hastalar depresif ya da mikst semptomları olan hastalara göre daha fazla iyilik hali gösterirler. Kişi yaşlandıkça epizodlar arasında geçen süre de kısalma eğilimi gözlemlenir.

Yapılan son klinik ve epidemiyolojik çalışmalar bipolar spektrum bozukluklarının toplumun yaklaşık %6’sını etkilediğini bize göstermektedir. Bipolar bozukluğun genellikle tüm yaşam boyunca devam ettiği bilinmektedir. Aralarda ötimik dönemlerin bulunduğu manik veya depresif dönemler içermektedir.

Bipolar Bozukluk DSM-IV-TR Sınıflandırması’nda:

1. Bipolar I Bozukluğu
2. Bipolar II Bozukluğu
3. Siklotimik Bozukluk
4. Başka Türlü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk olarak yer almaktadır (Tunç,2012).

BipolarI bozukluğunun en belirgin özelliği, bir ya da birden çok manik epizodun ya da karma epizodun tanımlandığı bir klinik gidişin olmasıdır. Tekrarlayan duygu durum dönemleri arasında tam iyileşme periyotlarının ve işlevsellikte herhangi bir bozukluğun olmaması bipolar tip I için tipiktir. DMS-IV'e göre manik dönem tanısı konması için en az bir hafta boyunca kabarmış, taşkın ya da iritabl duygudurumun bulunması gerektiği bilinmektedir. Manik dönemler benlik saygısında abartılı artma ya da grandiyozite, uyku ihtiyacında azalma, basınçlı konuşma, fikir uçuşmaları, distraktibilite (dikkatin çelinebilirliği) amaca yönelik etkinliklerde artma ya da psikomotor ajitasyon ve kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere katılma ile karakterize olduğu bilinmektedir. Manik epizod ile psikotik belirtiler birlikte görülebilir ve şiddetli olgularda çoğunlukla yatarak tedavi gerekmektedir. Depresif dönemlerin süresi genellikle daha uzun sürdüğü ve şiddetinin değişken olduğu bilinmektedir. Kesitsel olarak bakıldığında bipolar depresyon, bipolar olmayan depresyona göre çok yönden farklılık göstermektedir. Bipolar depresyonu olan hastalar, bipolar bozukluğu olmayan depresyonlu hastalarla karşılaştırıldığında daha fazla psikomotorretardasyon ve toplam uyku süresi, intihar girişimleri, sanrı ve varsanılar, birden kapanma türü depresyonlar, postpartum başlangıç, bölünmüş REM uykusu, hastalık dönemleri arası değişkenlik ve dönem içi duygudurum artma ve azalmalarını göstermektedirler. Öte yandan anksiyete, aşırı öfke dışavurumları, bedensel yakınmalar, psikomotorajitasyon, ağrıya duyarlılık ve kilo kaybının da bipolar olmayan depresyonlarda daha çok görüldüğü çeşitli çalışmalar sonucunda ortaya çıkmıştır.

Bipolar bozukluğun genetik geçişinin olduğuna ilişkin fazlaca kanıt bulunmaktadır. Hastalıktan etkilenmiş kardeşlerde başlangıç yaşları birbirine yakın olduğu bilinmekte ve aile öyküsünde bipolar bozukluk olanlarda, ergenlik döneminde hastalığın başlaması beklendik bir durumdur. Yapılan araştırmalarda Hastaların üçte birinden fazlasının, belirtilerin başlamasından yaklaşık 10 yıl sonra doğru tanı aldığı bilinmektedir. Bu dönemde tanının doğru konulması ve doğru tedavinin uygulanabilmesi hastalığın gidişini önemli ölçüde etkilemektedir. Yanlış veya gecikmiş tanı durumlarında subsendromal depresif belirtilerin ortaya çıkabildiği bilinmekte veya dönemler arası iyileşme kalitesinde bozulma görülebilmektedir. Hastalığın başladığı yaşın tespitinde, hastanın ilk hastaneye yattığı yaş ya da ilk hastalık dönemi tanı ölçütlerinin karşılandığı ilk yaşın dikkate alındığı bilinmektedir. Son dönem çalışmalarda tanı araçlarının gelişmiş olması nedeniyle bunlardan ikincisi tercih edilmektedir. Zira, hastaneye yatış tarihi objektif bir veri olması

nedeniyle güvenilir olmakla birlikte, hastalığın başladığı dönem ile hastanın hastane yatış tarihi farklılık gösterebilmektedir(Özalmete, 2009).

Bipolar bozuklukta psikososyal işlevsellik olumsuz olarak etkilendiği bildirilmiş hastalık dönemi sayısının, erken başlangıç yaşının, madde kullanım bozukluğunun, bilişsel işlev kusurlarının olup olmadığı kesin olarak bilmemektedir. Ancak sınırlı sayıda yapılan çalışmalar bu noktada bilgi verici nitelikte olmaktadır(Bozkurt ve Oral, 2015).

1.1.1 BİPOLAR BOZUKLUKTA İNTİHAR GİRİŞİMİ

Özkıyım davranışı insanın kendi ölümüyle sonuçlanabilecek bir girişimde bulunması ve kişinin kendisine yönelttiği bir şiddet eylemidir. Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de özkıyım sonucu ölümler ve özkıyım girişimlerdeki artış dikkat çekicidir(Uğur,2012).

İntihar davranışının yaş, cinsiyet, medeni hal, yaşanılan bölge ve meslek ile etkili olduğu ve davranışın bu duruma göre değişiklik gösterdiği yapılan araştırmalarda incelenmiştir (Yüksel,2001). Bu davranış dönemsel farklılık gösterebilmektedir. Manik dönemde dünyayı kurtarma düşüncelerine bağlı olarak intihar davranışı gözlenirken, bazı bipolar hastalarda intiharlar daha çok depresyona bağlı olarak olmaktadır.

Distimik bozukluklar ve uyum bozukluklarının da intihar nedenleri arasında önemli bir yer tuttuğunu araştırmalara bağlı olarak bilmekteyiz. Araştırmalar hastalık süresini ortalama 12 yıl, ortalama atak sayısını 3 olarak vermektedir. İntihar girişimine hastalar daha çok hastalık döneminin başında bulunmaktadır. Bu rakamlar cinsiyetle beraber değişik ırk ve etnik gruplarda farklılık gösterebilmektedir. Psikiyatrik hastalıklarda intihar olasılığı yüksek olduğu bilinmektedir. Bu rakamlar daha çok major depresyon, bipolar bozukluk, psikotik bozukluklar, aynı anda alkol ve madde kullanımının olması olasılığı ile beraber artış göstermektedir. Araştırmalar sonucunda major depresyonda intihar oranının %9-15 kadar olduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırmalar intihar nedenlerinin majör depresyon ve bipolar bozuktan dolayı yüzde 15-20 kat daha fazla olduğunu saptamıştır(Yüksel,2001).

Psikotik ilaçlarında intihara neden olan etkenler arasında olduğu bilinmektedir. Yüksek dozla beraber Psikotrop olmayan ilaçların bazıları depresyona neden olduğu bununda intihar davranışına neden olabileceğini bilmek önemlidir. Bu noktada hekimin hastaya bilgi verme sorumluluğunun önemini bir kez daha görmekteyiz. İlaçların ani olarak kesilmesi yani idame tedaviye girilmeden bırakılması da intihar girişimine sebep olmaktadır. Psikotrop ilaçlardan antipsikotiklerin ve antidepressanların ani olarak kesilmesi depresyon belirtilerini ve

anksiyeteyi taklit edebilmektedir. Bu belirtiler hastalığın yinelemesi olarak yorumlanabilmektedir. Bu nedenle bu ilaçlar ani olarak kesilmemeli, kesme kararı hekim tarafından verilerek azaltılarak, idame tedavi şeklinde kesilmelidir. Kesilmeye bağlı semptomlar dışında antipsikotiklerin kesilmesi psikotik belirtilerin yinelemesine, antidepressanların kesilmesi de depresyon belirtilerinin yinelemesine neden olmaktadır. Bunlarında intihar nedeni olabileceği unutulmamalıdır.

İntihar davranışında risk etkenleri arasındaki nedenlerden bir diğeri mevsim değişikleri de önem taşıyabilmektedir. Sıcak aylarda olasılık diğeri aylara göre artış göstermektedir. Sabah saat 8.00 ile akşam 6.00 arasında da olasılık daha yüksek olduğu bilinmektedir. Yüksek risk grubunda yer alan intiharlar daha çok hastanın kendi evinde gerçekleşmektedir. İntihar davranışının tipi de önem taşımaktadır (Yüksel, 2001).

Bu süreci anlamadaki ilk basamak intiharın nedenlerini anlamaktır.

İntihar riskinin affektif bozuklukta diğeri tanı gruplarından çok daha yüksek olduğunu bilmekteyiz. Sık hastaneye yatış ve yüksek doz ilaç kullanımını da bu gruba ekleyebiliriz. Bipolar bozukluk olarak durumu ele alacak olursak daha önce majör depresif epizod geçirmiş olma, daha önce intihar girişimlerinin olması da intihar olasılığını daha yüksek kılan nedenler arasındadır. Bipolar bozukluğu anlama çabasına en önemli katkılardan biri affektif mizaç çalışmaları olduğunu bilmekteyiz. Bipolar bozuklukla affektif mizaç özellikleri arasında ilişki bulunduğunu ve affektif mizaç özelliklerinin duygudurum dönemlerinin ortaya çıkmasına yatkınlık yarattığına dair çalışmalar olduğunu bilmekteyiz (Tunç, 2014).

1.1.2. DÜRTÜSELLİK

Dürtüsellik; planlı olarak yapılmayan veya bilinçli olarak karar almaksızın hızlı eyleme geçme, yeterince değerlendirmeden davranma ve benzer yetenek ve bilgiye sahip kişilerden daha az düşünerek faaliyete geçme eğilimi olarak tanımlanır. Dürtüsellik, insan hayatının her alanını etkileyebilen geniş kapsamlı bir özelliktir. Dürtüsellik karmaşık bir kavram olduğu; kişilik yapısını, davranışsal ve bilişsel bileşenleri içeren çok yönlü bir kavram olduğu söylenebilir. Günümüzdeki nöropsikolojik çalışmalar dürtüsellik çok yönlü bir bilişsel kavram olduğu düşüncesini desteklemektedir (Hıdıroğlu, 2009).

Dürtüsellik normal bir davranış örüntüsü olabileceği gibi birçok ruhsal hastalığın psikopatolojik bir parçası da olabilir. Dürtü kontrol bozuklukları (DKB) genel olarak zararlı eylemleri gerçekleştirme isteklerine karşı koyamama ile belirli bir ruhsal hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır ve ana belirti tekrarlayan dürtüsel davranışlar şeklinde ortaya çıkar. (Bilge Burçak Annagür)

Araştırmalara bakıldığında bipolar (iki uçlu bozukluk) olguların sağlıklı kontrollerden daha yüksek dürtüsellik skorlarına sahip oldukları sonucuna ulaşılmaktadır. Araştırmalarda hastaların ataklar arasındaki iyilik dönemlerinde de dürtüselliklerinin fazla olduğu ve bu durumun kişilik özellikleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur(Güleç, 2009).

DKB olan hastalar üç temel özelliğe sahiptir:

- 1- Kendilerine ya da başkalarına zarar verebilecek bazı eylemleri gerçekleştirme arzularına ya da dürtülerine karşı koymayı başaramazlar.
- 2- Eylem öncesinde artan bir gerginlik ve uyarılma vardır.
- 3- Eylem gerçekleştirilirken haz, doyum ve rahatlama sağlanır. Bu temel öğeler dışında yapılan eylemler benlikle uyumludur, yani hastanın birdenbire ortaya çıkan bilinçli arzularına uygundur. Eylemin gerçekleştirilmesinden sonra hastalar yoğun suçluluk ya da pişmanlık duyabilirler .(Annagür ve Tamam, 2011)

Psikiyatrik hastalıklarda, özkıyım riski, saldırganlık ile ilişkisi açısından dürtüsellik büyük önem taşır. Bipolar bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, borderline (sınır) kişilik bozukluğu, dürtü-denetim bozuklukları, madde kötüye kullanımı/bağımlılığı gibi birçok psikiyatrik hastalıkta dürtüsel davranışlar en temel belirtilerden birini oluşturmaktadır. Günümüzde dürtüsellığı değerlendiren test ve ölçekler sınırlı sayıdadır. Bipolar bozukluk bilişsel süreçlerde bozulmayla seyreden, dürtüsellik özelliğine sahip nöropsikiyatrik bir hastalıktır. Bipolar bozuklukta artmış olan dürtüsellik, hastalık dönemlerine (epizod) eşlik ediyor olabilir ya da hastalık dönemlerinin ortaya çıkmasından önceki belirtiler ile ilişkili olabilir. (Hıdıroğlu, 2009)

Bipolar bozuklukta özellikle manik dönemin, özkıyım davranışının, madde kullanımının dürtüsellik ile ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (Uğur,2012).

1.1.3. OBSESYON

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize ruhsal bir bozukluktur. Obsesyon veya saplantı kendiliğinden bilinç alanına giren, tekrarlayıcı, sıkıntı yaratan ve kişinin bu düşünce, dürtü ve imajların saçma ve yanlış olduğunu bildiği halde buna engel olamama durumudur.

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3), (4) ile tanımlanır:

(1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.

(2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

(3) Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

(4) Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir). (Bayar ve Yavuz, 2008)

Bipolar bozukluk ile obsesyonun görülme olasılığı son zamanda daha fazla karşılaşılan bir durum haline gelmiştir. Yapılan araştırmalarda bipolar eş tanısı olan hastalarda daha çok dini ve cinsel obsesyonlarla karşıımıza çıkmaktadır. Bipolar tanısı ek olarak çıkan hastaların okb hastalarının hastalık başlangıç yaşı erken yaşta olmakla beraber bu hastalarda alkol ve madde kullanımının daha sık olduğu yapılan araştırmalar sonrasında bilinmektedir.(Fıstıkçı, 2011). Obsesif kompulsif semptomların manik epizot boyunca nispeten daha az olduğu, manik epizot iyileştikten sonra ise tekrar baskın semptom olduğu ise yapılan araştırmalarla belirtilmiştir (Annagur, 2011).

Diğer anksiyete bozukluklarına oranla özellikle OKB ile bipolar bozukluğun daha sık birlikte görülmesinden dolayı OKB si olan hastalarda afektif mizaç özellikleri ve özellikle siklotimik mizaç özellikleri konusunda yapılan çalışmaların sonuçları ise dikkati çekmektedir (Fıstıkçı, 2011).

Majör depresyon ve anksiyete bozukları okb hastalarında sık görülebilen bir durumdur.

Epidemiyolojik saha çalışmalarında OKB ile anksiyete bozukluklarının birlikte bulunma oranı major depresyon ile birlikte bulunma oranından yüksektir. OKB’u olan kişilerde anksiyete bozukluklarının birlikte görülme sıklık oranı %24.5 ile 69.6 arasında verilmektedir. Bu oran major depresyon için % 12.4 ile 60.3 arasındadır (Bayar ve Yavuz, 2008)



2.YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu araştırma 26 Ağustos – 25 Aralık 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Bipolar tanısı almış grup için DSM tanı kriterlerine uygun olma kriterleridir. Çalışma katılımcılara anlatılmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır. Araştırma projesi Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından onaylanmıştır.

2.1 EVREN VE ÖRNEKLEM

Bu çalışmanın bipolar hastası örneklemini NP İstanbul Hastanesi polikliniği tarafından takip edilen ve tanı kriterlerini taşıyan hastalardan oluşmaktadır. 31 bipolar tanısı kişiden oluşmaktadır. Araştırmanın evrenini, 26.08.2016- 25.12.2016 tarihleri arasında DSM V tanı ölçütlerine göre bipolar tanısı almış, yatan hastalar ve ayaktan tedavi gören katılımcı grupları oluşturmaktadır.

Bu çalışma geçmiş dönemde intihar girişimi olan ve olmayan hastalarda obsesyon ve dürtüselik ilişkisini saptamak amacıyla 2016-2017 yılları arasında yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini NP İstanbul hastanesinde tedavi gören 30 bipolar bozukluk tanısı almış hasta oluşturmaktadır. Değerlendirmede Sosyodemografik form, Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve Maudsley Obsesyon Ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların yazılı olurları alındıktan sonra, “Sosyodemografik/Tıbbi Bilgi Formları” ve araştırma için oluşturulan test bataryasını sakın bir ortamda doldurmaları sağlanmıştır. Örneklem başlığının altında yazman için:

Araştırma n=21 kadın (yaş ort.=43,13; ss=13,580) ve n=10 erkek (yaş ort.=38,00; ss=10,744), toplamda n=31 katılımcı (yaş ort.=41,35; ss=12,662) ile yürütülmüştür. Katılımcılar n=16 intihar girişimi olan (yaş ort.=41,73; ss=14,185) ve n=15 intihar girişimi olmayan (yaş ort.=41,00; ss=11,724) bipolar bozukluk hastasından oluşmaktadır.

2.2 VERİLERİN TOPLANMASI

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, medeni hali, hastalığın başlangıç yaşı ve intihar girişimi olup olmaması) belirlemek için kullanılmıştır.

Bunun yanı sıra;

Barratt Dürtüsellik Ölçeği, 11. versiyon (BIS11): Dürtüsellığı ölçmek için geliştirilmiş, 30 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir.5 Bireyin kendisinden yanıt olarak ‘nadiren/ hiçbir zaman’, ‘bazen’, ‘sıklıkla’ ve ‘hemen her zaman/her zaman’ seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Faktör analiziyle 3 alt faktör elde edilmiştir: 1) Dikkatle ilişkili dürtüsellik, 2) Motor dürtüsellik, 3) Tasarlanmamış dürtüsellik. Yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyini gösterir. Türkçe uyarlaması yapılmıştır.

Moudsley Obsesyon Ölçeği: Maudsley Obsesif Kompulsif belirti ölçeği obsesyonlar (takıntılar) ve kompulsiyonları test etme amacıyla geliştirilmiştir. Testten yüksek puanlar alma çoğunlukla obsesyon (takıntı) hastalığına işaret ederken, bazı obsesif olgular düşük puan alabilmektedir. Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Sn. Erol N., ve Savaşır I., tarafından yapılmıştır. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi (19-23 Eylül 1988 Gata-Ankara).

2.3 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GENELLENEBİLİRLİĞİ

Zaman kısıtlılığı ve hastane yatışına bağlı olarak istenen katılımcı sayısına ulaşılamaması, tek bir hastaneden veri toplanması araştırmanın sınırlılığıdır. Veri sayısının düşük olması nedeniyle araştırma sonuçları araştırmaya katılan bipolar bozukluk tanısı almış hastalar gruplara genellenebilir.

2.4 VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilerin istatistiksel analizleri SPSS v21 (Statistical Package for Social Sciences) ile yürütülmüştür. Araştırmanın bağımsız değişkenlerine göre ortalama karşılaştırmaları, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleriyle, korelasyon hesaplamaları Spearman korelasyonu ile yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin bağımsız değişken gruplarına dağılımları ki-kare analizi ile test edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlere yer verilmiştir. İlk olarak, geçmiş dönemde intihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, yüzdeleri ve bu dağılımlar arasındaki farkın anlamlılığı için ki-kare analizi bulguları verilmiştir. İkinci olarak, geçmiş dönemde intihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının araştırmada kullanılan ölçeklerden aldıkları ortalama puanların karşılaştırıldığı parametrik olmayan Mann Whitney U analizlerinden elde edilen bulgular verilmiştir. Üçüncü olarak, geçmiş dönemde intihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının ölçeklerden aldıkları puanlara ilişkin Spearman korelasyon değerleri verilmiştir. Dördüncü bölümde demografik değişkenlere göre ölçeklerden alınan ortalama puanların karşılaştırıldığı Kruskal Wallis ve Mann Whitney U analizlerinden elde edilen bulgular verilmiştir.

3.1. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Hastalarının Demografik Özellikleri

Tablo 1’de intihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, yüzdeleri ve bu dağılımlara ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

İntihar girişimi olan hastaların %93,8’i kadınlardan ve %6,3’ü erkeklerden oluşmaktadır. İntihar girişimi olmayan hastaların %40’ı kadınlardan ve %60’ı erkeklerden oluşmaktadır. İntihar girişimi olan ve olmayan kadınların dağılımları arasında ve intihar girişimi olan ve olmayan erkeklerin dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2=10,236$; $p<0,05$].

İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların yaş gruplarına göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Katılımcıların %3,2’si 18 yaş altı, %12,5’i 18-24, %35,5’i 25-36 ve %48,4’ü 37 yaş ve üstü grupta dağılmıştır. Her yaş grubunda birbirine denk sayıda intihar girişimi olan ve olmayan hasta bulunmaktadır.

Tablo 1. İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının demografik özelliklerine göre frekans dağılımları, yüzdelikleri ve ki-kare bulguları

Değişken	Kategori	İntihar Girişimi		Toplam	χ^2	P	
		Evet	Hayır				
Cinsiyet	Kadın	n	15	6	21	10,236	0,002
		%	93,8	40,0	67,7		
	Erkek	n	1	9	10		
		%	6,3	60,0	32,3		
Yaş	18 yaş altı	n	1	0	1	1,126	0,771
		%	6,3	0,0	3,2		
	18-24	n	2	2	4		
		%	12,5	13,3	12,9		
	25-36	n	6	5	11		
		%	37,5	33,3	35,5		
	37 ve üstü	n	7	8	15		
		%	43,8	53,3	48,4		
Medeni Durum	Bekar	n	9	4	13	2,783	0,096
		%	56,3	26,7	41,9		
	Evli	n	7	11	18		
		%	43,8	73,3	58,1		
Eğitim Durumu	İlkokul	n	3	1	4	1,948	0,378
		%	18,8	6,7	12,9		
	Orta-Lise	n	5	8	13		
		%	31,3	53,3	41,9		
	Üniversite	n	8	6	14		
		%	50,0	40,0	45,2		
Toplam	n	16	15	31			
	%	100,0	100,0	100,0			

İntihar girişimi olanların %56,3'ü bekarlardan ve %43,8'i evlilerden oluşmaktadır. İntihar girişimi olmayanların %26,7'si bekarlardan ve %73,3'ü evlilerden oluşmaktadır. Medeni durumlarına göre intihar girişimi olanlar ve olmayanların dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

İntihar girişimi olan hastaların %18,8'i ilkokul, %31,3'ü orta-lise ve %50'si üniversite mezunudur. İntihar girişimi olmayan hastaların %6,7'si ilkokul, %53,3'ü orta-lise ve %40'ı üniversite mezunudur. Eğitim durumlarına göre intihar girişimi olanlar ve olmayanların dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 2'de intihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının yaş ve hastalık başlangıç yaşı ortalamaları, standart sapmaları ve parametrik olmayan Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının yaş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=-0,185$; $p>0,05$]. Aynı şekilde intihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının hastalık başlangıç yaşı ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$z=-1,960$; $p>0,05$].

Tablo 2. İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının yaş ve hastalık başlangıç yaşı ortalamaları, standart sapmaları ve Mann Whitney U testi bulguları

		N	ORT	SD	z	P
Yaş	Evet	11	41,73	14,185	-0,185	0,853
	Hayır	12	41,00	11,724		
	Toplam	23	41,35	12,662		
Hastalığın başlangıç yaşı	Evet	15	25,80	8,596	-1,960	0,053
	Hayır	12	31,50	7,598		
	Toplam	27	28,33	8,517		

3.2. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Hastalarının Dürtüsellikleri ve Obsesif Belirtileri

Tablo 3'te intihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının Maudsley Obsesif Belirtiler Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve parametrik olmayan Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının Maudsley Obsesif Belirtiler Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 3. İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının obsesif belirti ortalamaları, standart sapmaları ve Mann Whitney U testi bulguları

		N	ORT	SD	z	P
MOK Kontrol	Evet	16	4,44	2,851		
	Hayır	15	3,27	2,685	-1,178	0,239
	Toplam	31	3,87	2,790		
MOK Temizlik	Evet	16	4,75	3,066		
	Hayır	15	4,53	2,669	-0,080	0,936
	Toplam	31	4,65	2,835		
MOK Kuşku	Evet	16	4,50	1,673		
	Hayır	15	3,93	1,438	-0,924	0,355
	Toplam	31	4,23	1,564		
MOK Ruminasyon	Evet	16	6,19	2,762		
	Hayır	15	4,93	2,840	-1,277	0,201
	Toplam	31	5,58	2,826		
MOK Toplam	Evet	16	19,88	9,032		
	Hayır	15	16,67	7,798	-1,069	0,285
	Toplam	31	18,32	8,475		

Tablo 4'te intihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve parametrik olmayan Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4. İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının dürtüsellik ortalamaları, standart sapmaları ve Mann Whitney U testi bulguları

		N	ORT	SD	z	P
Dikkat Eksikliği Dürtüselligi	Evet	15	19,13	4,324		
	Hayır	15	19,07	4,234	-0,125	0,901
	Toplam	30	19,10	4,205		
Motor Dürtüsellik	Evet	15	23,07	6,829		
	Hayır	15	21,87	4,704	-0,482	0,630
	Toplam	30	22,47	5,794		
Barratt Plan	Evet	15	33,87	7,080		
	Hayır	15	32,07	7,045	-0,562	0,574
	Toplam	30	32,97	7,000		
Barratt Toplam	Evet	15	76,07	14,528		
	Hayır	15	73,00	11,607	-0,561	0,575
	Toplam	30	74,53	13,014		

3.3. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Hastalarının Dürtüsellikleri ve Obsesif Belirtileri Arasındaki İlişkiler

Tablo 5’te intihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının obsesif belirtileri (Maudsley Obsesif Belirtiler Ölçeği) ile dürtüsellikleri (Barratt Dürtüsellik Ölçeği) arasındaki Spearman korelasyon katsayıları verilmiştir.

İntihar girişimi olan bipolar bozukluk hastalarının MOK kontrol alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile Barratt dikkat eksikliği dürtüselligi alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,566$; $p<0,05$). Kontrol ile ilgili obsesif belirtiler arttıkça dikkat eksikliği dürtüselligi de artmaktadır. İntihar girişimi olan hastaların diğer ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 5. İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının obsesif belirtileri ile dürtüsellikleri arasındaki korelasyon matrisi

İntihar Girişimi		Dikkat Eksikliği Dürtüselligi	Motor Dürtüsellik	Barratt Plan	Barratt Toplam
Evet	MOK Kontrol	.566*	.007	-.078	.209
	MOK Temizlik	.248	-.220	-.212	-.121
	MOK Kuşku	.446	-.133	-.170	-.013
	MOK Ruminasyon	.489	.072	-.116	.180
	MOK Toplam	.481	-.032	-.181	.097
Hayır	MOK Kontrol	.121	.458	.315	.433
	MOK Temizlik	-.018	.241	.452	.323
	MOK Kuşku	-.397	.081	.229	-.024
	MOK Ruminasyon	-.102	-.167	-.125	-.197
	MOK Toplam	-.092	.205	.181	.149
Toplam	MOK Kontrol	.363*	.263	.118	.339
	MOK Temizlik	.120	-.027	.089	.112
	MOK Kuşku	.047	.004	.008	.032
	MOK Ruminasyon	.202	-.010	-.108	.017
	MOK Toplam	.216	.104	.015	.168

* $p<0,05$

İntihar girişimi olmayan bipolar bozukluk hastalarının Maudsley Obsesif Belirtiler Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Bipolar bozukluğu bulunan hastaların tamamında ise MOK kontrol alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile Barratt dikkat eksikliği dürtüselligi alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,363$; $p<0,05$). Kontrol ile ilgili obsesif belirtiler arttıkça dikkat eksikliği dürtüselligi de artmaktadır. Bipolar bozukluk hastaların diğer ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

3.4. Bipolar bozukluk hastalarının demografik özelliklerine göre ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması

Bipolar bozukluk hastalarının cinsiyetlerine ve yaş gruplarına göre obsesif belirti ve dürtüsellik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 6'da bipolar bozukluk hastalarının medeni durumlarına göre Maudsley Obsesif Belirtiler Ölçeği ve alt ölçekleri ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortama puanlar standart sapmalar ve parametrik olmayan Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Medeni duruma göre Barratt plan alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$z=-2,162$; $p<0,05$]. Bekar hastaların Barratt plan ortalamaları ($\bar{X}=35,85$) evli hastaların ortalamalarından ($\bar{X}=30,76$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Medeni duruma göre diğer ölçek ve alt ölçeklerden alınan puanlar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 6. Bipolar bozukluk hastalarının medeni durumlarına göre obsesif belirti ve dürtüsellik ortalamaları, standart sapmaları ve Mann Whitney U testi bulguları

	Medeni Durum	N	ORT	SS	Z	P
MOK Kontrol	Bekar	13	4,54	2,787	-1,193	,233
	Evli	18	3,39	2,768		
MOK Temizlik	Bekar	13	5,46	3,126	-1,159	,247
	Evli	18	4,06	2,532		
MOK Kuşku	Bekar	13	4,62	1,609	-1,038	,299
	Evli	18	3,94	1,514		
MOK Ruminasyon	Bekar	13	5,00	2,799	-1,132	,258
	Evli	18	6,00	2,849		
MOK Toplam	Bekar	13	19,62	9,042	-,702	,483
	Evli	18	17,39	8,176		
Dikkat Eksikliği Dürtüselligi	Bekar	13	19,46	4,313	-,441	,659
	Evli	17	18,82	4,231		
Motor Dürtüsellik	Bekar	13	22,23	4,867	-,317	,751
	Evli	17	22,65	6,557		
Barratt Plan	Bekar	13	35,85	5,113	-2,162	,031
	Evli	17	30,76	7,571		
Barratt Toplam	Bekar	13	77,54	10,469	-1,571	,116
	Evli	17	72,24	14,554		

Tablo 7’de bipolar bozukluk hastalarının eğitim durumlarına göre Maudsley Obsesif Belirtiler Ölçeği ve alt ölçekleri ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortama puanlar standart sapmalar ve parametrik olmayan Kruskal Wallis testi bulguları verilmiştir.

Eğitim durumuna göre MOK Ruminasyon alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [$\chi^2=6,322$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda ilkökul mezunu hastaların MOK Ruminasyon alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanların ($\bar{X}=7,75$) ortaokul-lise mezunu

hastaların ortalamalarından ($\bar{X}=4,15$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur [$z=-2,121$; $p=0,034$]. Eğitim durumuna göre diğer ölçekler ve alt ölçeklerden alınan ortalama puanlar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 7. Bipolar bozukluk hastalarının eğitim durumlarına göre obsesif belirti ve dürtüsellik ortalamaları, standart sapmaları ve Kruskal Wallis testi bulguları

		N	ORT	SS	χ^2	p
MOK Kontrol	İlkokul	4	5,75	1,893	1,983	,371
	Ortaokul-Lise	13	3,46	2,696		
	Üniversite	14	3,71	3,024		
	Toplam	31	3,87	2,790		
MOK Temizlik	İlkokul	4	6,25	2,500	3,137	,208
	Ortaokul-Lise	13	4,85	2,794		
	Üniversite	14	4,00	2,935		
	Toplam	31	4,65	2,835		
MOK Kuşku	İlkokul	4	4,50	1,732	,396	,820
	Ortaokul-Lise	13	4,31	1,548		
	Üniversite	14	4,07	1,639		
	Toplam	31	4,23	1,564		
MOK Ruminasyon	İlkokul	4	7,75	1,500	6,322	,042
	Ortaokul-Lise	13	4,15	2,853		
	Üniversite	14	6,29	2,525		
	Toplam	31	5,58	2,826		
MOK Toplam	İlkokul	4	24,25	7,136	2,112	,348
	Ortaokul-Lise	13	16,77	8,298		
	Üniversite	14	18,07	8,783		
	Toplam	31	18,32	8,475		
Dikkat Eksikliği Dürtüselligi	İlkokul	4	22,75	1,708	4,260	,119
	Ortaokul-Lise	13	19,38	4,857		
	Üniversite	13	17,69	3,425		
	Toplam	30	19,10	4,205		

	İlkokul	4	27,50	8,347		
Motor	Ortaokul-Lise	13	21,85	5,886	1,634	,442
Dürtüsellik	Üniversite	13	21,54	4,390		
	Toplam	30	22,47	5,794		
	İlkokul	4	33,00	5,164		
Barratt Plan	Ortaokul-Lise	13	35,69	5,721	5,452	,065
	Üniversite	13	30,23	7,928		
	Toplam	30	32,97	7,000		
	İlkokul	4	83,25	13,525		
Barratt	Ortaokul-Lise	13	76,92	11,339	4,910	,086
Toplam	Üniversite	13	69,46	13,252		
	Toplam	30	74,53	13,014		

SONUÇ VE TARTIŞMA

Bipolar bozukluk tanısı almış olan kişilerin intihar girişimlerinin dürtü ve obsesyonla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Araştıma 31 bipolar bozukluk tanısı alan hastadan oluşmaktadır. Çalışmanın hasta grubunu Np İstanbul hastanesinde yatmakta olan ve ayaktan tedavi gören bipolar bozukluk tanısı alan hastalar oluşturmaktadır. Hastaların büyük bir çoğunluğunu kadın hastalar oluşturmaktadır. Ölçek doldurum sırasında hastaların bazılarının içgörü kazanmamış oldukları göz önünde bulundurularak, ölçek cevaplarını verirken kendilerini iyi gösterme çabası içerisinde oldukları dikkati çekmiştir.

İntihar girişimi olan hastaların %93,8'i kadınlardan ve %6,3'ü erkeklerden oluşmaktadır. İntihar girişimi olmayan hastaların %40'ı kadınlardan ve %60'ı erkeklerden oluşmaktadır. İntihar girişimi olan ve olmayan kadınların dağılımları arasında ve intihar girişimi olan ve olmayan erkeklerin dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde bu konuda yapılan benzeri bir çalışmalara rastlanmıştır. Bulunan literatür sonuçları bulguları desteklemektedir.

Çalışmalarda, cinsiyet açısından intihar girişiminin farklılık gösterdiği, iki uçlu kadın hastaların erkeklere göre daha yüksek oranda intihar girişimi oranlarına sahip oldukları belirtilmektedir (Hocaoğlu,2013).

Özkıyım davranışı tek bir nedene bağlanamayacak, kompleks, birçok değişkenden etkilenen bir davranıştır. Psikiyatrik rahatsızlıkların başlangıcı ya da alevlenmesi, psikosoyal sorunlar, kişilik özellikleri, sorun çözme becerileri, dürtüsellik, biyolojik etmenler ve buna benzer durumlar riski artırabilir. intihar girişiminde dürtünün ilişkili olduğu bulunmuştur (Uğur,2012).

İntihar girişimi olan ve olmayan hastaların yaş gruplarına göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Katılımcıların %3,2'si 18 yaş altı, %12,5'i 18-24, %35,5'i 25-36 ve %48,4'ü 37 yaş ve üstü grupta dağılmıştır. Her yaş grubunda birbirine denk sayıda intihar girişimi olan ve olmayan hasta bulunmaktadır.

Yüksel ve Yüçetürk'ün çalışmalarında ise intihar girişiminin genç yaşlarda daha fazla olduğu bulunmuştur.

Yaş dağılımında da intiharın türü önemlidir. İntiharlar ileri yaşlarda daha fazla olurken intihar girişimleri genç yaşlarda daha sık olmaktadır. Yapılan son araştırmalarda bu durumu desteklemektedir. Son yıllarda adolosan intiharlarında eskiye oranla son 30 yılda 3 kat artış olduğu izlenmektedir (Yüksel,2001).

Özkıyım girişimi gençlerde yaşlılara göre daha sık görülmektedir. Tamamlanmış özkıyım oranları ise 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. 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 (Yüçetürk, 2012)

İntihar girişimi olanların %56,3'ü bekarlardan ve %43,8'i evlilerden oluşmaktadır. İntihar girişimi olmayanların %26,7'si bekarlardan ve %73,3'ü evlilerden oluşmaktadır. Medeni durumlarına göre intihar girişimi olanlar ve olmayanların dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Dürtüselliğin evliliğe göre değişkenlik gösterdiği evli kişilerin eşleri veya çocukları tarafından dürtüselliğe ket vuracağı düşünülebilirken bekar olanların yalnız yaşamları veya anne ve babalarının bu duruma engel olamadığı da düşünülebilir.

Medeni durum dürtüselliğe etki etmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalara rastlanmamıştır. Fakat daha medeni durumun intihar girişimine etki ettiğini ve bu durum arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu daha önceki araştırmalarda bulunmuştur (Yüksel,2001).

İntihar girişimi bekar ve boşanmış olan hastalarda daha sık görülürken, evli ve çocuklu olan kişilerde bu girişim 4 kat daha azdır. Bunun yanında kadınlarda evli olmanın ve küçük yaş grubu çocuğa sahip olmanın da intihar girişimine koruyucu etkide bulunduğu yapılan araştırmalarda bulunmuştur (Yüksel,2001).

Yapılan bu araştırmada ise intihar girişiminde medeni hal ile intihar girişiminin dağılımları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

İntihar girişimi olan hastaların %18,8'i ilkokul, %31,3'ü orta-lise ve %50'si üniversite mezunudur. İntihar girişimi olmayan hastaların %6,7'si ilkokul, %53,3'ü orta-lise ve %40'ı üniversite mezunudur. Eğitim durumlarına göre intihar girişimi olanlar ve olmayanların dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Daha önceki literatür bulguları araştırmayı desteklemektedir.

Genel toplumda bireyin eğitim durumunun ve sosyal statüsünün düşük olması artmış özkıyım riski ile ilişkilendirilirken bipolar bozuklukta bu durumlar 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 (Yüçetürk,2012)

İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının Maudsley Obsesif Belirtiler Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

İntihar girişimi olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

İntihar girişimi olmayan bipolar bozukluk hastalarının Maudsley Obsesif Belirtiler Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Bipolar bozukluğu bulunan hastaların tamamında ise MOK kontrol alt ölçeğinden aldıkları puanlar ile Barratt dikkat eksikliği dürtüselligi alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur . Kontrol ile ilgili obsesif belirtiler arttıkça dikkat eksikliği dürtüselligi de artmaktadır. Bipolar bozukluk hastaların diğer ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Bu konu ile ilgili literatür çalışmalarına rastlanmamıştır. Kontrol ile ilgili obsesif belirtiler arttıkça dikkat eksikliği dürtüselligi de artmaktadır. Kontrol durumunun sadece obsesif belirtiler ile ilişkili olduğu değil bu durumun dikkat eksikliği dürtüselligi ile de ilişkili olabileceği düşünülebilir. Dikkat eksikliği olan kişiler belirli bir işe dikkat vermekte zorlanır, başlanan işi yarım bırakabilir, günlük etkinliklerde unutkanlıkla karşı karşıya gelebilirler. Bu durumda kontrol davranışını arttırabilir. Sadece intihar girişiminde olan hastalarda bu bulguların bulunması ise bu hastalığın dönemi ile de ilişki olabileceğini de düşündürebilir.

Bipolar bozukluk hastalarının cinsiyetlerine ve yaş gruplarına göre obsesif belirti ve dürtüsellik ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Medeni duruma göre Barratt plan alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Bekar hastaların Barratt plan ortalamaları evli hastaların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Medeni duruma göre diğer ölçek ve alt ölçeklerden alınan puanlar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

Bu konu ile ilgili literatür çalışmalarına rastlanmamıştır. Bu konu ile ilgili barratt plan alt ölçeğinin medeni durumla ilişkili olması ve bekarlarda evlilere göre daha yüksek olması, bekarların tek başlarına plan yapmalarının kolay olması, etraflarında kişilere uyum sağlamak durumunda olmamaları ve sosyoekonomik durum ile ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Eğitim durumuna göre MOK Ruminasyon alt ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testi sonucunda ilkokul mezunu hastaların MOK Ruminasyon alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanların ortaokul-lise mezunu hastaların ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumuna göre diğer ölçekler ve alt ölçeklerden alınan ortalama puanlar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

Bu konu ile ilgili literatür çalışmalarına rastlanmamıştır. Eğitim seviyesinin artmasıyla kişinin uğraş alanlarının fazla olması ve zihnini meşgul edecek daha fazla alanın olması, geçim noktasında sıkıntının azalması ve stres faktörlerinin azalmasının ruminasyonu etkileyebileceği düşünülebilir.

Araştırmanın kısıtlılığı olarak görülen katılımcı sayısının azlığı, kontrol edemeyeceğimiz değişkenlerin olabileceği ve bu değişkenlerin intihar girişimine etki edebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ölçek yanıtlarının isteğe göre verilebileceği, hastaların iç görü noktasında zayıf olma durumları, örneklem grubunun tek bir hastanede yatan ve tedavi gören hastaların oluşturması, bipolar bozukluk tanısı alan hastalardaki psikoza ayırma noktasında herhangi bir çalışmanın yapılmaması ve bu hastalarda daha fazla hasta grubu ile kontrol edilemeyen ve bilinmeyen değişkenlerin kontrolünün daha kolay olması söz konusu olabileceken aynı zamanda bu hasta grubuna ek olarak sağlıklı bir grupta eklenebilir. Psikoz gibi olumsuz etkenlerin saptanıp araştırmanın seyri bu duruma göre şekillendirilerek ve daha farklı ölçeklerin araştırmaya katılmasıyla beraber daha kapsamlı bir araştırma

yürütülmesi önerilmektedir. Günümüzdeki dürtüsellik ölçeğinin ve diğer ölçeklerin sınırlı sayıda olması da araştırmanın kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir.



ÖNERİLER

Bu araştırma sonuçları doğrultusunda öneriler aşağıdadır:

- Ölçek yanıtlarının isteğe göre verilebileceği, hastaların iç gözü noktasında zayıf olma durumlarının göz önünde bulundurulması önerilmektedir.
- Bipolar hastalardaki psikozu ayırma noktasında herhangi bir çalışmanın yapılmaması ve bu hastalarda psikoz eş tanısının olabileceği göz önünde bulundurulabilir.
- Daha fazla hasta grubu ile kontrol edilemeyen ve bilinmeyen değişkenlerin kontrolünün daha kolay olması söz konusu olabileceken aynı zamanda bu hasta grubuna ek olarak sağlıklı bir grupta eklenebilir.
- Psikoz gibi olumsuz etkenlerin saptanıp araştırmanın seyri bu duruma göre şekillendirilerek ve daha farklı ölçeklerin araştırmaya katılmasıyla beraber daha kapsamlı bir araştırma yürütülmesi önerilmektedir.
- Gelecekteki çalışmaların ele alacağı diğer bir husus ise bulgularımızda çıkan kontrol ile ilgili obsesif belirtiler arttıkça dikkat eksikliği dürtüselliğinin ilişkisini daha iyi anlamlandırmak adına ek ölçekler kullanılabilir.

KAYNAKÇA

Annagür, B. 2011, ‘Bipolar Bozuklukta Obsesif Kompulsif Bozukluk Birlikteliği’, Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi Cilt:27 Sayı:2 s.s:113-115

Annagür,B. Ve Tamam,L. 2011, ‘Depresyon Hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları Eş Tanıları’ Nöropsikiyatri arşivi S:22-30

Bayar, R. ve Yavuz, M. 2008, ‘Obsesif Kompulsif Bozukluk’, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıpfakültesi Sürekli Tıp Fakültesi Eğitimleri, s.s: 185-192

Bozkurt,A ve Oral Timuçin,E. (2015), Bipolar Bozukluk Tip-II ,Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, İstanbul

Bozkurter, Ç. 2012, ‘Bakırköy Ruh sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servise Başvuran ve Bipolar Depresif Dönem Tanısı Alan Hastalarda Suisid Oranları’,Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Eroğlu vd., 2013, ‘Bipolar Bozukluk ve Özkıyım’, Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences Sayı:26, ss:139-147

Fıstıkçı vd., 2011, ‘Bipolar Bozukluğu Olan ve Olmayan Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Klinik ve Afektif Mizaç Özelliklerinin Karşılaştırılması’ Marmara Medical Journal Sayı:25 s.s:26-31

Güleç vd, 2009, ‘Bipolar Bozuklukta Dürtüsellik’, Anadolu Psikiyatri Dergisi, Sayı:10 s.s:198-203

Hıdıroğlu,C.2009 ‘Bipolar Bozukluk Tanılı Ötimik Hastalar Ve Birinci Derece Akrabalarında Dürtüsellik: Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırmalı Bir Çalışma’, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi,İzmir

Hocaoğlu, Ç. 2013 ‘ İki Uçlu Bozukluk ve İntihar Davranışı’, Journal of Mood Disorders (Suppl. 1) s.s:20-S22

Özal, M. 2009, 'Bipolar Bozuklukta Başlangıç Yaşının Afektif Mizaç Özellikleri Ve Bozukluğun Boyutsal Özellikleri İle İlişkisi', Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Sayıl, I. 1997, 'Bipolar Bozukluklarda İntihar', Kriz Dergisi Sayı: 5 s.s:41-44

Tunç vd.,2014, 'Özkıyım Girişimi Öyküsü Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluk Olgularının Mizaç ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması', Anadolu Psikiyatri Dergisi Sayı:15 s.s:214-220

Tunç, S. 2012, 'Özkıyım Girişimi Öyküsü Olan ve Olmayan Bipolar Bozukluğu Olan Olguların Mizaç Özellikleri ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması', Uzmanlık Tezi, Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Yüksel, N. 2001, 'İntiharın Nörobiyolojisi', Klinik psikiyatri s.s: 5-15

Uğur, K. 2012, 'Bipolar Bozuklukta Özkıyım Davranışının Değerlendirilmesi', Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

Yüçetürk, B. 2012, 'Klinikte İzlenen Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Özkıyım Düşüncelerinin ve Girişimlerinin Yaygınlığı ve Risk Faktörleri ile İlişkisi' Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı,

Bu araştırmanın amacı Bipolar tanısı almış kişilerin intihar girişimlerinin dürtü ve obesyonla bağlantısını incelemektir.

Vermiş olduğunuz bütün bilgiler kesinlikle gizli kalacak ve bu araştırmanın dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Sizin bu anketteki açık ve samimi cevaplarınız araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından son derece önemlidir.

Katılımlarınızdan dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Psikolog Büşra Aydın

Cinsiyet : Kadın () Erkek ()

Yaş : 18 yaş altı () 18-24 () 25-36 () 37 ve üstü ()

Medeni Durumu : Bekar () Evli () Diğer()

Eğitim Durumu : İlkokul () Ortaokul-Lise () Üniversite ()

Mesleği :

İntihar girişimi yada düşünceniz : Evet () Hayır ()

Hastalığın Başlangıç yaşı :

MAUDSLEY OBSESYON ÖLÇEĞİ

1- Bir hastalık bulaşır korkusu ile herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.

EVET

HAYIR

2- Çoğunlukla hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.

EVET

HAYIR

3- Dürüslüğe herkesten çok önem veririm.

EVET

HAYIR

4- İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.

EVET

HAYIR

5- Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.

EVET

HAYIR

6- Normalden fazla bir şekilde, doğalgazı, su musluklarını ve kapıları bir kaç kez kontrol ederim.

EVET

HAYIR

7- Değişmez kurallarım vardır.

EVET

HAYIR

8- Aklıma gelen hoş olmayan düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.

EVET

HAYIR

9- Kaza ile birisiyle çarpışırsam rahatsız olurum.

EVET

HAYIR

10- Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.

EVET

HAYIR

11- Çocukken annem de babam da beni fazla zorlardı.

EVET

HAYIR

12- Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimden geri kaldığım olur.

EVET

HAYIR

13- Çok fazla sabun kullanırım.

EVET

HAYIR

14- Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.

EVET

HAYIR

15- Mesajlarımı, e-mailleri postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.

EVET

HAYIR

16- Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.

EVET

HAYIR

17- Temizliğe aşırı düşkünüm.

EVET

HAYIR

18- Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.

EVET

HAYIR

19- Pis tuvaletlere giremem.

EVET

HAYIR

20- Önemli sorunlarımdan biri bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.

EVET

HAYIR

21- Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.

EVET

HAYIR

22- Bazı şeyleri birden fazla kez kontrol ederim.

EVET

HAYIR

23- Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.

EVET

HAYIR

24- Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim.

EVET

HAYIR

25- Alıştığım bir işi yaparken bile kaçkere yaptığımı sayarım.

EVET

HAYIR

26- Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.

EVET

HAYIR

27- Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.

EVET

HAYIR

28- Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.

EVET

HAYIR

29- Geceleri giyeceklerimi kaylayıp asmak uzun zamanımı alır.

EVET

HAYIR

30- Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.

EVET

HAYIR

31- Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.

EVET

HAYIR

32- En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.

EVET

HAYIR

33- Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.

EVET

HAYIR

34- Çoğunlukla kendime bir şeyleri dert edinirim.

EVET

HAYIR

35- Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm.

EVET

HAYIR

36- Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.

EVET

HAYIR

37- Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.

EVET

HAYIR



BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ

Açıklama: Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun seçeneği soruların yanına yazınız

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

- Nadiren/ hiçbirzaman
- Bazen
- Sıklıkla
- Hemen Herzaman
- Herzaman

1. İşlerimi dikkatle planlarım _ _ _ _ _
2. Düşünmeden iş yaparım _ _ _ _ _
3. Hızla karar veririm _ _ _ _ _
4. Hiç bir şeyi dert etmem _ _ _ _ _
5. Dikkat etmem _ _ _ _ _
6. Uçuşan düşüncelerim var _ _ _ _ _
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım _ _ _ _ _
8. Kendimi kontrol edebilirim. _ _ _ _ _
9. Kolayca konsantre olurum _ _ _ _ _
10. Düzenli para biriktirim _ _ _ _ _
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam _ _ _ _ _
12. Dikkatli düşünen birisiyim _ _ _ _ _
13. İş güvenliğine dikkat ederim _ _ _ _ _

14. Düşünmeden bir şeyler söylerim _ _ _ _ _
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim. _ _ _ _ _
16. Sık sık iş değiştiririm _ _ _ _ _
17. Düşünmeden hareket ederim _ _ _ _ _
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım. _ _ _ _ _
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim _ _ _ _ _
20. Düşünerek hareket ederim _ _ _ _ _
21. Sıklıkla evimi değiştiririm _ _ _ _ _
22. Düşünmeden alışveriş yaparım _ _ _ _ _
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim. _ _ _ _ _
24. Hobilerimi değiştiririm _ _ _ _ _
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım. _ _ _ _ _
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur. _ _ _ _ _
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim. _ _ _ _ _
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam. _ _ _ _ _
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim _ _ _ _ _
30. Geleceğini düşünen birisiyim _ _ _ _ _

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

ADI VE SOYADI: BÜŞRA AYDIN

DOĞUM YERİ VE TARİHİ: BATMAN 1990

E-MAIL: busraaydinnn90@gmail.com

TELEFON: 05077522795

EĞİTİM DURUMU

2014-2016 ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS

2009-2014 MALTEPE ÜNİVERSİTESİ PSİKOLOJİ LİSANS