



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMATEM POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OPİYAT
KULLANIM BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA
İNTİHAR DAVRANIŞI VE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Dr. İpek Buse Güzelce

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2020



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EğİTİM VE
ARAşTIRMA HASTANESİ

AMATEM POLİKLİNİğİNE BAşVURAN OPİYAT
KULLANIM BOZUKLUğU TANILI HASTALARDA
İNTİHAR DAVRANIşI VE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Dr. İpek Buse Güzelce

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin

Uzm. Dr. Muhsin Koray Kılıç

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2020

TEŞEKKÜR

Tez süreci boyunca eşsiz yardımlarını asla esirgemeyen, her daim desteğini hissettiğim, hem klinik hem istatistik bilimi alanında tecrübelerinden yararlandığım, değerli ve sevgili hocam Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e, öncelikli teşekkürlerimi sunmak isterim.

Asistanlığıma başladığım günden itibaren tanımış olmaktan büyük mutluluk duyduğum,engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, her daim desteklerini hissettiğim, öğrencileri olduğum için şanslı hissettiğim ve gurur duyduğum çok sevdiğim hocalarım Doç. Dr. Hüseyin Güleç, Doç. Dr. Engin Emrem Beştepe, Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleç'e;

Asistanları ve öğrencileri olduğum için hayatımın sonuna kadar gurur ve şeref duyacağım çok değerli hocalarım; Doç. Dr. Rabia Bilici, Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar, Doç. Dr. Merih Altıntaş, Doç. Dr. Filiz İzci'ye;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan başta Uzm. Dr. Yücel Yılmaz, Uzm. Dr. Salime Gürsoy, Uzm. Dr. Elif Yılmaz olmak üzere Uzm. Dr. Mehmet Fatih Üstündağ, Uzm. Dr. Murat Yalçın, Uzm. Dr. Başak Ünübol Uzm. Dr. Muhsin Koray Kılıç, Uzm. Dr. Özgür Süner, Uzm. Dr. Fikret Ferzan Gıynaş, Uzm. Dr. Sevgi Dicle Görkem Atalay, Uzm. Dr. Pınar Şen Gökçeimam, Uzm. Dr. Çiğdem Küçükali, Uzm. Dr. Özgül Özdimen Güçlü, Uzm. Dr. Tuba Öcek Baş ve hastanemizin diğer değerli uzman doktorlarına;

Nöroloji rotasyonum sırasında katkılarından dolayı Doç. Dr. S. Füsün Mayda Domaç, Uzm. Dr. Rahşan Karacı, Uzm. Dr. Mustafa Ülker ve sevgili asistanlarına;

Çocuk psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Doç. Dr. Özalp Ekinci' ye Yar. Doç. Dr. İbrahim Adak'a ve sevgili asistanlarına;

Hastanemizde birlikte çalışma olanağı bulduğum, tez süresince desteklerini esirgemeyen başta Amatem poliklinik ve Pul servisi ekibi olmak üzere tüm psikolog ve hemşire ekibine, sağlık memuru, personel ve güvenlik görevlilerine,

Tez süresince bilgilerini ve desteklerini esirgemeyen çok sevdiğim

kıdemlilerim ve arkadaşlarım Dr. Sıtar Hezer, Dr. Nazmiye Güçlü ve Dr. Gamze Akçay Oruç'a

Asistanlığımın ilk gününden itibaren tanımış olmaktan çok büyük mutluluk duyduğum, birçok şey paylaştığım her daim desteklerini hissettiğim çok sevdiğim dostlarım başta Dr. Neval Ateş, Dr. Ege Sipahi olmak üzere Dr. Betül Kırşavoğlu, Dr. Begüm Başyigit, Dr. Enes Özel ve Dr. Merve Metin'e,

Asistanlığımın önemli bir kısmında birlikte çalışma fırsatı bulduğum, tanımaktan büyük mutluluk duyduğum, her zaman desteklerini hissettiğim değerli arkadaşlarım Dr. Mehmet Budak ve Dr. Mustafa Güneş'e,

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım uzman olmuş ve halen asistan doktor olan tüm arkadaşlarıma,

20 yılı aşkın bir süredir dostluklarını hissettiğim, çok sevdiğim arkadaşlarım, ikinci ailem İlgen Bülbül ve Demet Köçer'e,

Bugünlere gelmemde en büyük katkıları olan, her daim yanımda hissettiğim ve hissedeceğim, ailenin ferdi olmaktan büyük gurur duyduğum ve şanslı hissettiğim canım ailem, canım ablam Dilek Sevim Altinkaya, canım annem Meral Güzelce ve canım babam Ayhan Güzelce'ye en içten duygularımla teşekkür ediyorum.

Dr. İpek Buse Güzelce

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR.....	vi
TABLolar	vii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
OPIYAT KULLANIM BOZUKLUĞU VE İNTİHAR	4
2.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu.....	4
2.1.1. Tanım.....	4
2.1.2. Tarihçesi.....	4
2.1.3. Epidemiyoloji.....	5
2.1.4. Etiyoloji	6
2.1.5. Tanı	7
2.1.6. Tedavi	9
2.1.7. Prognoz	10
2.2. İntihar.....	11
2.2.1. Sosyodemografik Risk Etmenleri;.....	12
2.2.2. Ailesel Risk Etmenleri;.....	13
2.2.3. Psikiyatrik Hastalıklar ;	14
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1 ÖRNEKLEM VE UYGULAMA.....	15
3.1.1.Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri:	15
3.1.2. Araştırmadan Hariç Tutma Kriterleri:	15

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	16
3.2.1 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu:	16
3.2.2 Madde Kullanımı ve İntihar Davranışı Veri Formu :	16
3.2.3 İntihar Olasılığı Ölçeği ;	16
3.2.4 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):	17
3.2.5 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):	17
3.2.6 Beck Umutsuzluk Ölçeği (BAÖ):	18
3.2.7 Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11):	18
3.2.8 Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) -Kısa Formu;	18
3.2.9 SCID-V (DSM V Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme):	19
3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ	19
4.BULGULAR	20
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	20
4.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri.....	21
4.3. Katılımcıların İntihar ile İlgili Özellikleri	23
4.4. İntihar davranışı olan ve olmayan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması.....	24
4.5. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Katılımcıların Klinik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	25
4.6. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Katılımcıların Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantılarına Göre Karşılaştırılması	29
4.7. İntihar Düşüncesi Olan, İntihar Girişimi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	30
4.8. İntihar Düşüncesi Olan İntihar Girişimi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	31
4.9. İntihar Düşüncesi Olanlar, İntihar Girişimi Olanlar ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantılarının Karşılaştırılması.....	35

4.10. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	36
4.11. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	37
4.12. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantısının Karşılaştırılması.....	40
4.13. İntihar Düşüncesi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Umutsuzluk, Depresyon , Anksiyete ve Dürtüsellik Düzeylerinin Karşılaştırılması	41
4.14. İntihar Düşüncesi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Umutsuzluk, Depresyon Anksiyete Dürtüsellik Düzeylerinin İntihar Olasılığı ile İlişkisi	43
4.15. İntihar Girişim Öyküsüne Göre Katılımcıların Dürtüsellik Düzeylerinin Karşılaştırılması	43
4.16. katılımcıların İntihar Davranışına Göre Bağımlılık Şiddetinin Karşılaştırılması	44
5. TARTIŞMA	46
6. KISITLILIKLAR.....	56
7. SONUÇLAR	57
8. KAYNAKLAR.....	58
9. EKLER.....	67

KISALTMALAR

İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği

BDO-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

DSM-V: Diagnostic and Statystical Manual of Mental Disorders-5, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5

BAPİ-kısa : Bağımlılık Profil İndeksi – Kısa form

UNODC Uluslararası Uyuşturucu ve Suç Ofisi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

IQR: Çeyrekler Arası Aralık

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

EMCDDA : Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

TUBİM : Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

AMKB : Alkol Madde Kullanım Bozukluğu

LAAM : Levometadil Asetattır

AMATEM : Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi

TABLÖLAR

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 2. Katılımcıların Opiyat Kullanım ve Klinik Özellikleri

Tablo 3. Katılımcıların İntihar ile İlgili Özellikleri

Tablo 4. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 5. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Katılımcıların Opiyat Kullanım ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 6. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Katılımcıların Madde Kullanım Özelliklerinin ve Tıbbi Hastalık Öykülerinin Karşılaştırılması

Tablo 7. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Katılımcıların Ailelerinde Alkol Madde Kullanımı ve Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Karşılaştırması

Tablo 8. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Katılımcıların Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantılarına Göre Karşılaştırması

Tablo 9. İntihar düşüncesi olan , intihar girişim olan ve intihar davranışı olmayan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

Tablo 10. İntihar Düşüncesi Olan, İntihar Girişimi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Opiyat kullanımı ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 11. İntihar Düşüncesi Olan İntihar Girişimi Olan İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Madde Kullanımı ve Tıbbi Hastalık Öyküsünün Karşılaştırılması

Tablo 12. İntihar Düşüncesi Olan, İntihar Girişimi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Ailede Alkol Madde Kullanımı ve Psikiyatrik Hastalık Öyküsünün Karşılaştırması

Tablo 13. İntihar Girişimi Olan, İntihar düşüncesi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantılarının Karşılaştırması

Tablo 14. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 15. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Opiyat Kullanımı ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 16. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Madde Kullanımı ve Tıbbi Hastalık Öykülerinin Karşılaştırılması

Tablo 17. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Ailelerinde Alkol Madde Kullanımı ve Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Karşılaştırması

Tablo 18. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantısı Karşılaştırması

Tablo 19. İntihar Düşüncesi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların İntihar Olasılığı, Umutsuzluk, Depresyon, Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 20. İntihar Düşüncesi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Umutsuzluk, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İntihar Olasılığı ile İlişkisi

Tablo 21. İntihar Girişim Öyküsüne Göre Katılımcıların Dürtüsellik Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 22. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Katılımcıların Bağımlılık Şiddetinin Karşılaştırılması

Tablo:23. Lojistik regresyon analizine göre intihar düşüncesini etkileyen faktörlerin incelenmesi

ÖZET

Amaç: Alkol ve madde kullanım bozukluğu intihar riskini en çok arttıran psikiyatrik hastalıklar arasındadır. Madde kullanımı içinde opiyat kullanım bozukluğu ilk sıralarda yer almakta olup, genel popülasyona göre artmış intihar riskine sahiptir. Opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda önemli bir mortalite nedeni olan intihar, risk faktörlerinin değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmada opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda intihar davranışının sıklığı ve intihar davranışına etki eden sosyodemografik/ klinik özelliklerin saptanması amaçlandı.

Yöntem: Çalışma SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Amatem Polikliniği'ne 15 Nisan – 15 Temmuz tarihleri arasında başvuran ardışık 194 opiyat kullanım bozukluğu tanılı hasta ile yapılmış kesitsel bir çalışmadır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, madde kullanımı ve intihar davranışı veri formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği , Beck Umutsuzluk Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, SCID-V (DSM V Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme), Bağımlılık Profil İndeksi(BAPİ)- kısa formu ve İntihar Olasılığı Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastaların %29.4'ünde intihar davranışı (%24.2'sinde intihar girişimi %5.2'sinde son bir hafta içinde intihar düşüncesi) saptandı. Kadın cinsiyet olması , opiyat ve madde kullanımına erken başlanması , ailede psikiyatrik öykü ve intihar davranışının bulunması, ek psikiyatrik hastalık varlığı , çocukluk çağı örselenme yaşantısının olması intihar davranışı için risk faktörleri olarak saptandı. İntihar davranışı olanlarda eğitim yılı, aylık gelir miktarı anlamlı düzeyde daha düşük olarak saptandı($p<0.05$). Depresyon, anksiyete ve dürtüsellik düzeyleri intihar düşüncesi olanlarda anlamlı derecede daha yüksek bulundu.İntihar düşüncesi olanların intihar olasılığı ile depresyon, anksiyete ve dürtüsellik düzeyleri pozitif yönde orta derecede anlamlı düzeyde ilişkili bulundu. Lojistik regresyon analizine göre, depresyon düzeyi ve ailede intihar girişimi öyküsü intihar düşüncesi olanlarda risk faktörü olarak saptandı.

Sonuç: Opiyat kullanımı olan kişilerde intihar yaygın olarak görölmektedir. İntihar davranışına neden olan çok sayıda sosyodemografik ve klinik faktör mevcuttur. Bunların çoğunun değıştirilebilir ve önlenebilir olması önem arz etmektedir. Opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastaların tedavisinde, intihar riskini göz önünde bulunduran kapsamlı değlendirmeler yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Madde kullanım bozukluğu, opiyat kullanım bozukluğu, intihar girişimi, intihar düşüncesi, risk faktörleri



ABSTRACT

Objective: Alcohol and substance use disorders are among the psychiatric diseases that increase suicide risk the most. Opiate use disorder ranks first among substance use and has an increased suicide risk compared to the general population. Suicide, which is an important cause of mortality in patients diagnosed with opiate use disorder, is important for the evaluation of risk factors. In this study, it was aimed to determine the frequency of suicidal behavior and sociodemographic / clinical features affecting suicidal behavior in patients with opiate use disorder.

Method: The study is a cross-sectional study conducted with 194 consecutive patients with opiate use disorder who applied to the Amatem polyclinic of the SBU Erenköy Mental and Neurological Diseases Training and Research Hospital between 15 April and 15 July. Sociodemographic data form, substance use and suicide behavior data form, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale, Beck Hopelessness Scale, Barratt Impulsivity Scale-11, SCID-V (DSM V Axis 1 Disorders Configure for Clinical Vision), Dependency Profile Index (BAPI) - short form and Suicide Probability Scale were applied.

Results: In our study, suicidal behavior was detected in 29.4% of patients with opiate use disorder (suicide attempt in 24.2%, suicidal ideation in 5.2% in the last week). Being a female gender, early use of opiates and substances, having a family psychiatric history and suicidal behavior, presence of additional psychiatric illness, childhood traumatic experience were identified as risk factors for suicidal behavior. The year of education and monthly income was significantly lower in those with suicidal behavior ($p < 0.05$). Depression, anxiety and impulsivity levels were found significantly higher in those with suicidal ideation. Those with suicidal ideation were found to have moderately significant positive correlations with suicide probability and depression, anxiety and impulsivity. According to the logistic regression analysis, the level of depression and a history of suicide attempt in the family were determined as risk factors in those with suicidal ideation.

Conclusion: Suicide is common in people with opiate use. There are many sociodemographic and clinical factors that cause suicidal behavior. It is important that most of these are interchangeable and preventable. In the treatment of patients with opiate use disorder, comprehensive evaluations should be made that take into account the risk of suicide.

Key words: Substance use disorder, opiate use disorder, suicide attempt, suicidal ideation, risk factors



1. GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar insanın öz benliğine yönelmiş bir saldırganlık ve yok etme eylemi olup, bireyin istemli olarak yaşamına son vermesi olarak tanımlanmıştır (1). Dünya Sağlık Örgütüne göre dünyada her 40 saniyede bir kişi, her yıl yaklaşık olarak 800.000 kişi intihar sonucu ölmektedir(2). İntihar bilimciler arasında yaygın kanı ve araştırmaların gösterdikleri kimin kendini öldürmeyi düşüneceğinin, kimin bu yönde bir girişimde bulunacağını ve kimin kendini öldüreceğinin önceden kestirilmesinin neredeyse olanaksız olduğu yönündedir. Son 50 yılda yapılan 365 bilimsel çalışma ile gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasında, intihar davranışlarının yordanabilme gücünün hala şans (%50) düzeyinde olduğu gösterilmiştir(3). İntihar ruhsal, sosyal ve biyolojik birçok risk etmeni ile ilişkilidir. İntiharı önlemeye yönelik adımlar için intihar davranışına ilişkin risk etmenlerinin ortaya çıkarılması, önemli bir konudur(4).

İntihar edenlerin yaklaşık %90'ında psikiyatrik bir hastalık bulunmaktadır (4). Bunlar içerisinde alkol ve madde kullanım bozuklukları intihar davranışı için önemli bir risk faktörüdür; diğer psikiyatrik bozukluklarla birliktelik gösteriyorsa intihar riski daha da artmaktadır(5). Bazı araştırmacılar madde kullanım bozuklukları için tedavi gören hastaların yaklaşık% 40'ında intihar girişimi geçmişinin olduğunu bildirmektedir (6). Alkol ve / veya uyuşturucu madde bağımlısı olan veya bunlara bağımlı olan kişiler, bu maddeleri kötüye kullanmayan insanlardan yaklaşık altı kat daha fazla intihar girişiminde bulunmaktadır(7).

Genel popülasyona kıyasla, eroin bağımlıların intihar sonucu ölme oranın 14 kat daha yüksek olduğu belirtilmekte ve spesifik olarak eroin kullanıcılarıyla yapılan 11 yıllık bir izlem çalışması, eroin kullananların %42.2 sinin intihar girişiminde bulunduğunu ve 18.6'sının birden fazla girişiminin olduğunu ortaya koymuştur(5). Literatürde, 2010 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, intihar girişiminde bulunanların daha çok kadın ve bulunmayanlara göre daha genç olduğu tespit edilmiş, ailede intihar öyküsü, çocukluk çağı travma öyküsü, antidepresan tedavi altında olma ve opiyat ile birlikte alkol ve kokain kullanımı olanlarda riskin daha çok arttığı tespit edilmiştir (8). 2015 yılında Bosna-Hersek'te yapılan bir çalışmada opiyat kullanım süresi, damar yoluyla opiyat kullanımı intihar

girişiminde bulunanlarda oldukça fazla bulunurken, ek psikiyatrik tanının olması, başka madde kullanımı ve ailede intihar öyküsü anlamlı risk faktörleri olarak tespit edilmiştir(7). Avustralya’ da yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında yaş cinsiyet ve iş statüleri denk olan opiyat kullanan ve kullanmayan kontrol grubu karşılaştırılmış, opiyat kullananlarda kontrol grubuna göre intihar düşüncesi %66 ya %55 intihar girişimi %31 e %20 birden çok intihar girişimi %19 a %11 olarak tespit edilmiş olup etki eden faktörler arasında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır(9). Kalyoncu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada intihar girişim öyküsü olan hastalarda opiyat kullanım yaşının daha erken olduğu, çocukluk çağı istismar öyküsünün, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün ve bağımlılık şiddetinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (10).Fırat Üniversitesi’nde 2019 yılında yapılan bir çalışmada dürtüselliğin erkek opiyat kullanım bozukluğu tanısı olan hastalarda intihar girişim öyküsü ile ilişkisine bakılmış, dürtüselliğin intihar girişimi ile ilişkisinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur(11). Koyuncu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise bu grup hastanın %27 sinde intihar girişimi %70’ nde ise intihar düşüncesi olduğu belirtilmiştir(12).

Opiyat bağımlılıklarında intiharın sık karşılaşılan bir durum olması bunu önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir. Madde kullanım bozukluğunda intihar davranışı üzerine yapılan çalışmalar son yıllarda artmakla birlikte oldukça az sayıdadır. Yaptığımız literatür taramasında bu konuyla ilgili dünyada az sayıda çalışma mevcut olup Türkiye’de ise belirli faktörlerin etkisini araştıran az sayıda çalışma vardır. Bu çalışma hem intihar girişim öyküsü hem de hali hazırda intihar düşüncesi üzerine etkili olan faktörleri saptamayı amaçlayan bir araştırmadır. Çalışma sonucunda intihar davranışına etki eden faktörlerin saptanarak bunlara yönelik önleyici müdahalelerin tasarımında önemli katkılar sağlayacaktır.

Çalışmamızda, opiyat kullanım bozukluğu tanısı olan hastalarda yaşam boyu intihar girişimi ve mevcut intihar düşüncesi sıklığını ve intihara davranışına etki eden faktörleri saptamayı amaçladık.

Çalışmanın Hipotezleri :

Hipotez 1: Opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarda intihar davranışı(yaşam boyu intihar girişimi öyküsü ve son bir hafta içinde olan intihar düşüncesi) oldukça sıktır.

Hipotez 2: Sosyodemografik faktörler , madde kullanımının süresi ve şiddeti, çocukluk çağı istismar öyküsü intihar davranışında etkilidir.

Hipotez 3: Depresyon , anksiyete , umutsuzluk , dürtüsellik , ek psikiyatrik hastalık tanısı varlığı intihar davranışını etkileyen faktörlerdir.

2. GENEL BİLGİLER

OPIYAT KULLANIM BOZUKLUĞU VE İNTİHAR

2.1. OPIYAT KULLANIM BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım

Opioid ve türevleri papaver somniferum adıyla bilinen bir bitkiden elde edilir. Papaver somniferum afyon haşhaş ve opiyum gelinciği olarak da isimlendirilir. Opiyum gelinciğinden morfin kodein narkotin ve papaverin maddeleri elde edilir. Doğal opioidler morfin ve kodein olup morfinin kimyasal yapısında değişiklikler yapılarak sentetik opioidler elde edilir. Bu sentetik opioidler narkotik etkili analjezik ve diğer tıbbi alanda ilaç olarak kullanılan maddelerdir(13). Opioidlerin beyinde Mü, Kappa, Sigma ve Delta opioid reseptörleri üzerine etkili oldukları ve madde kullanımını sonucu bu reseptörlere bağlı olarak klinik bulgular ortaya çıkardıkları söylenebilmektedir. Eroin yarı sentetik opioiddir. Kötüye kullanma ve bağımlılığa en sık eşlik ettiği görülen opioid eroindir(14).

2.1.2. Tarihçesi

Opiyum tarihin bilinen en eski ilâçlarından biri olup, M.Ö. 4000’li yıllarda Sümer tabletlerinde kullanıldığına, M.Ö. Asurlular dönemine ait tıbbi tabletlerde opiyumdan söz edildiğine rastlanır. M.Ö. 5. yüzyılda Hipokrat ve Bergama’da yaşayan eczacı Galenos, afyonu ilaç olarak kullanmış, Hipokrat ağrı tedavisi için afyon şarabından bahsetmiş, aynı zamanda risklerinden de bahsetmiştir. Mısır papiruslarında da afyonun tedavide kullanıldığına dair bilgilere rastlanır(18, 19). Eski dünyaya afyonun Sümerliler tarafından yayıldığı düşünülmektedir. 8. yüzyılda Arap tüccarlar tarafından Çin ve Hindistan’a getirildiği düşünülmektedir (20). Afyonun iyi bir ağrı kesici olduğu 10.yüzyılda keşfedilir. Dr. John Jones, 1701’de yayımlanan “The Mysteries of Opium Reveal’d” adlı kitabında “afyon yoksunluk sendromu’nu

ilk olarak tarif etmiş ve bu konuda uyarılarda bulunmuştur. Buna rağmen afyon, keyif verici etkileri sebebiyle Avrupa'da kullanılmış ve sıklıkla da suistimal edilmiştir(21). Morfin ve türevleri 19.yüzyılda ortaya çıkmıştır. 1806 yılında Fredrich Sertürner afyondan aktif maddeyi izole etmiş ve adına rüya tanrısı Morpheus'tan ötürü morfin adını vermiştir. İlk zamanlar morfin kullanımı zararsız görülürken, afyon bağımlılarına morfin veriliyormuş.19. yüzyılın sonlarına doğru 'morfinizm' bir hastalık olarak görülmeye başlanmış ve morfininde afyon kadar suistimal edildiği fark edilmesi ile daha etkili ve bağımlı olmayan afyon geliştirilmek istenmiştir. 1898'de eroin sentezlenmiş ve morfinden daha güçlü olduğu ve kötüye kullanma yükümlülüğü bulunmadığı söylenir ancak eroinin ciddi bağımlılık yapıcı etkisi farkedilmiş ve kullanımı önce A.B.D.'de sonra diğer ülkelerde hızlı bir şekilde yasaklanmıştır. Tıbbi kullanımı sonlandırılrsa da eroin kötüye kullanımı o dönemden itibaren her geçen yıl artmış ve şuan dünyada epidemik seviyelere ulaşmıştır (20,22).

2.1.3. Epidemiyoloji

2019 yılı BM Uluslararası Uyuşturucu ve Suç Ofisince (UNODC) Dünya Uyuşturucu Raporuna göre, 2017'de uyuşturucu kullanımı sonucu ölen 585 bin kişinin üçte ikisinin "opioid" çeşitlerini kullanım sonucu öldüğü, aynı yıl 11 milyon kişinin uyuşturucu enjekte ettiği, bu insanların 1 milyon 400 binin HIV virüsü, 5 milyon 600 binin ise hepatit C virüsü taşıdığı belirtildi. 2009-2017 yıllarında opioid kullanımının Afrika, Avrupa ve Kuzey Amerika'da artış gösterdiği belirtilmiştir (25).

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzlem Merkezi (EMCDDA) tarafından hazırlanan raporda, Avrupa'da yüksek riskli opiyat kullanıcısının 1,3 milyon olduğu, bağımlılık nedeniyle tedaviye başvuran kişilerin %38'inin opiyat kullandığı, yüksek doz nedeniyle ölümlerin %81'inin opiyat nedeniyle olduğu vurgulanmıştır. Rapora göre, opiyat nedeniyle tedaviye başvuranların %80'i eroin kullanmakta ve kullananların %60'ı her gün eroin kullanmaktadır. Eroinin en yüksek uygulama yolu ise enjeksiyon olup eroin kullanan kişilerin %80'inin erkek olduğu belirtilmektedir (24). Dünya genelinde hayatının herhangi bir döneminde eroin kullanan kişi sayısı yaklaşık olarak 3 milyon olarak tahmin edilmektedir (23). 2010

yılında yapılan bir çalışmada, tüm dünyada opiyat kullanım bozukluğu olan kişi sayısının 15.5 milyon olduğu, erkeklerde ve 25-29 yaş arasında daha yüksek olduğu saptanmıştır(27). 2011 yılında TUBİM(Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) tarafından yapılan çalışmada Türkiye’de 15-64 yaş grubu nüfusta herhangi bir yasa dışı bağımlılık yapıcı maddenin en az bir kere denenme oranı %2,7’dir. Bu oran erkeklerde %3,1 kadınlarda ise %2,2’dir. Yaşam boyu uyuşturucu madde kullanımı 15-24 yaş grubunda en yüksek (%2,9) orandadır. Cinsiyete göre madde kullanımına bakıldığında erkeklerdeki kullanma oranının kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir(26).

2.1.4. Etiyoloji

Bağımlılık kronik nörobiyolojik bir hastalık olup gelişiminde genetik, psikososyal ve çevresel faktörler rol oynamaktadır(28). Farmakolojik, psikopatolojik, sosyal, genetik, çevresel, ailesel ve kişilikle ilişkili bu faktörler bütün madde kullanım bozukluklarında olduğu gibi opioid bağımlılığı içinde önemlidir. Opioidler de bu faktörlerin dengesi farklıdır. Opioid kullanımında, farmakolojik süreçlerin kullanımın sürekli hale gelmesi ve kullanım bozukluğu gelişmesinde çok önemli olduğu düşünülmektedir (29).

Genetik etkenler doğrudan ya da dolaylı olarak rol oynarlar, impulsivite ve yenilik arama davranışının genetikle olan ilişkisi bulunmaktadır . İlk eroin kullanımından alınana zevk ve doyumun kişiden kişiye değişiklik göstermesinde mü opioid reseptör gen polimorfizmlerinin rolünden söz edilmektedir(30). Psikososyal ve çevresel etkenlere bakıldığında, özellikle erken adölesan dönemde izlenen sorunlar bu konuda önemlidir; depresyon ya da anksiyete gibi durumların yaşanması, sosyo-ekonomik sorunların yaşanması, düşük eğitim düzeyi, çocuklukta ebeveyn yokluğu, çocuk yada gencin fiziksel ya da cinsel yönden kötüye kullanımı, hiperaktivitenin varlığı ailede alkol madde bağımlılığı, kişilik bozukluğu psikiyatrik hastalığın bulunması ilk kullanım yaşının erken olması gibi faktörler bağımlılıkla ilişkilendirilmektedir (31). Genetik faktörler bağımlılık gelişiminde neredeyse yarı yarıya etkilidir. Çevresel faktörler ise kişinin biyolojik yapısıyla etkileşime girerek genetik faktörlerden hangisinin etkinleşeceğini belirler(32).

2.1.5. Tanı

Bağımlılık veya madde kullanım bozukluğu kişinin uzun süreli kompulsif bir şekilde bu maddeleri kullanmasıdır. Kişide oluşan öfori anksiyetenin ortadan kalkması, yoksunluk duygusunun yatışması gibi olaylar maddenin kullanımı konusunda pekiştirici rol oynamaktadır, zamanla etkilerine karşı tolerans gelişir ve alınmadıklarında yoksunluk görülür, kişinin tüm yaşamı bu maddeleri elde etme ve kullanmaya odaklanır(16). “Madde kötüye kullanımı” ve “madde bağımlılığı” dsm-4 de tanı ölçütleri ile birlikte yer alırken dsm-5 de değiştirilerek bu iki tanım birleştirilmiş ve 11 tanı ölçütlü “madde kullanım bozukluğu” tanısı getirilmiştir(15). Dsm-5’de tanımlanan opiyat kullanım bozukluğu; on iki aylık bir süre içinde on bir tanı kriterinden en az ikisi ile kendini gösteren ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir opiyat kullanım örüntüsüdür(17). Tanımlanan on bir tanı kriteri ;

1. Opioidler, çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alınır.
2. Opioid kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Opioid elde etmek, opioid kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Opioid kullanmaya içinin gitmesi ya da opioid kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici opioid kullanımı.
6. Opioidin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın opioid kullanımı.
7. Opioid kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.
8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda opioid kullanma.
9. Büyük olasılıkla opioidin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın opioid kullanımı sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

- a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde opioid kullanma gereksinimi.
- b. Aynı ölçüde opioid kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

- a. Opioide özgü yoksunluk sendromu
- b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için opioid (ya da yakından ilişkili bir madde) alınır. Varsa belirtiniz:

Erken remisyon evresinde: Daha önce opioid kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, opioid kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az 3 aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli remisyon evresinde: Daha önce opioid kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, opioid kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında), 12 aydan daha uzun süredir hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Sürdürme tedavisinde: Kişi, metadon ya da buprenorfin gibi reçetelenmiş bir agonist ilaç alıyorsa ve o ilacın yer aldığı küme için opioid kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü karşılanmıyorsa (agoniste dayanıklılık ya da yoksunluk dışında), bu ek belirleyici kullanılır. Bir kesimsel (parsiyel) agonist, bir agonist-antagonist ya da ağızdan alınan naltrekson ya da depo naltrekson gibi tam antagonistle sürdürme tedavisi yapılan kişilerde de bu kategori kullanılır.

Denetimli çevrede: Kişi, opioide ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: iki-üç belirtinin olması.

Orta derecede: dört-beş belirtinin olması.

Ağır: Altı ya da daha çok belirtinin olması(17)

2.1.6. Tedavi

Opiyat kullanım bozukluğu hastalarında tedavi planlanması yapmak önemlidir. Tedavi seçenekleri görüşülürken yararları ve risklerinin aydınlatılması, tedaviyi kolaştıracak çevre ve ilişkilerin sağlanması komorbid fiziksel ve psikiyatrik ek tanılarının eş zamanlı değerlendirilmesi ve ilişkili psikososyal faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (33).

Hem farmakolojik hem psikososyal müdahaleler ile birlikte hedeflenen opiyat kullanımının azaltılması ve kesilmesi, hastanın sağlığının ve yaşam kalitesinin, işlevselliğinin düzelmesi hedeflenlenmedir. Hastanın motivasyonun ve psikososyal ihtiyaçlarının tanımlanması, önceki tedavi yanıtlarının değerlendirilmesi dikkate alınmalıdır(33).

Çeşitli farmakolojik tedavi stratejileri ile birlikte opioid kullanım bozukluğu tedavisinde ilk ele alınması gerekenlerden biri yoksunluk şikayetleri olmaktadır. Arındırma tedavisi olarak başlanan süreç bulgulara yönelik semptomatik tedavi ya da opiyat yerine koyma tedavisi şeklinde olabilmektedir. Yerine koyma tedavisinde en sık metadon kullanılmaktadır; etki süresi uzun sentetik opioid agonistidir, buprenorfinden daha etkilidir, hem yerine koyma hem de sürdürüm tedavisi için kullanılır. Metadonun ülkemizde kullanım onayı bulunmamaktadır. Diğer tedavi seçenekleri buprenorfin ve levometadil asetattır (LAAM)(14). Ülkemizde onayı bulunan preparat buprenorfindir. Nalokson kombinasyonu ile birlikte bulunmaktadır. Kombinasyon şeklinde olması kötüye kullanımı ve uygunsuz kullanım riskinin daha düşük olmasını sağlamaktadır (13).

Yoksunluk dönemini takiben genellikle sürdürüm tedavisine geçilir. Yerine koyma tedavisi döneminden sonra bağımlının maddeye isteği devam etmektedir. Madde bağımlılığı yoksunluk dönemi atlatıldıktan, tamamlandıktan sonra tamamen geçen bir hastalık değildir, sürekli tedavi edilmesi, kontrol altında tutulması gereken kronik bir hastalıktır. Bağımlılık yapan ilaçlar beyin hücrelerinde uzun süreli ya da kalıcı değişimlere yol açmakta, hasta maddeyi bırakmış olsa bile sürmektedirler. Bağımlılık yapan maddelerin kişinin beyinde yarattığı bu değişimler, diğer psikolojik ve sosyal sorunlar maddenin tekrar alınması açısından risk faktörüdürler. Bu nedenlerle madde bağımlılığı tedavisi hayat boyu devam edecek bir süreç olarak

düşünülmelidir (34). Sürdürüm tedavisinde metadon opiyat reseptör agonisti, LAAM metadon benzeri opiyat reseptör agonisti, buprenorfin parsiyel opiyat reseptör agonisti, buprenorfin ve nalokson parsiyel opiyat agonisti ve opiyat reseptör antagonisti, naltrekson opiyat agonisti olarak kullanılmaktadır. Farmakolojik tedaviye ek olarak psikososyal tedavi yaklaşımlarında tedavi planlamasında yer almaktadır. Psikososyal tedavi; psikososyal ihtiyaçların değerlendirilmesi, destekleyici bireysel ve grup danışmanlığı, aile destek sistemleri ile bağlantı kurulması ve toplum tabanlı merkezlere yönlendirilmesi bileşenlerinden oluşmalıdır (13).

2.1.7. Prognoz

Opiyat kullanım bozukluğu kronik bir hastalık olduğu için bireyde relaps ve remisyon dönemleri olabilmektedir. Bir çok hasta yoksunluk belirtileri ile mücadele edemediği için tekrar opiyat kullanmaya başlayabilmektedir(35). ABD’de ve Avrupa’da, normal popülasyona göre, mortalite oranları, genç opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde 20 kat, yaşlı opiyat kullanım bozukluğu olan bireylerde ise 5 kat yüksek saptanmıştır. En sık ölüm nedenleri, yüksek doz madde kullanımı, maddeye bağlı enfeksiyonlar ve intihardır. ABD’de Opiyat Kullanım Bozukluğu’nun mortalite oranı %1, İngiltere’de ise %2-3 olarak saptanmıştır. Opiyat Kullanım Bozukluğu’na başka madde kullanım bozuklukları ve diğer 1. eksen tanıları ve kişilik bozuklukları eşlik edebilmektedir. Madde kullanım bozukluğu dışı 1. eksen ek tanısı varlığı yaşam boyu %24, akut dönemde %8 olarak saptanmıştır. En sık eşlik eden 1. eksen tanısı grubu, Duygudurum Bozuklukları’dır. En sık görülen Duygudurum Bozukluğu, Major Depresyon’dur. Duygudurum Bozuklukları’ndan sonra 2. sıklıkta görülen 1. eksen ek tanısı, Anksiyete Bozuklukları’dır. ABD’de Opiyat Kullanım Bozukluğu olan bireylerde yapılan çalışmalarda, örneklemin %34,8’inde en az bir 2. eksen tanısı varlığı saptanmış, en sık görülen kişilik bozukluğu Antisosyal Kişilik Bozukluğu olarak bildirilmiştir (36).

2.2. İNTİHAR

İntihar, kişinin kendi ölümü ya da yaralanmasıyla sonuçlanabilecek eylemleri kendini öldürme niyetiyle yapması ya da yapmayı düşünmesi olarak tanımlanmaktadır. İntihar düşünceleri, intihar planları, intihar girişimleri ve tamamlanmış intihar, intihar davranışı olarak tanımlanır(4).

İntihar ölümün bilincinde olmayı, ölümle bir olumsuzluktan kurtulmayı, ölümü ve ölümün sonrasını istemeyi gerektirir. İnsanda olduğu anlamda bu tür bir bilincin ve istencin hayvanlarda bulunduğunu düşünödürecek hiçbir gözlem, veri ya da bilimsel kanıt bulunmamaktadır. Başka canlıların canına kıymaması intiharın biyolojik bileşenleri olsa da tek başına biyolojik kökene dayalı bir davranış olmadığı düşüncesini destekler, bu intiharın insana özgü olduğunu gösterir. Bu da intiharın ruhsal ve toplumsal boyutunu öne çıkarır. İntihar eden kişiyi, bu davranışı henüz düşünceye bile çıkmadan hazırlayan bir takım etkiler olması gerekmektedir. Zorbalıkla karşılaşma, maddi sıkıntılar, işsizlik, yenilgi gibi tamamlayıcı dış koşullar ya da korku, depresyon, umutsuzluk gibi iç koşullar oluştuğunda önce düşünceler, sonra karar planlama ve uygulama olarak intihar davranışı tamamlanacaktır. Gündelik yaşamın olağan getirileri olarak dış koşulları düşünürsek, kişilerin intihara zihinsel hazırlığını sağlayan etmenlerin iyi bir şekilde tanımlanması gerekmektedir(37).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2018 yılı raporuna göre, her yıl yaklaşık 800 bin kişi intihar nedeni ile hayatına son veriyor. Raporda dünya genelinde erkek intihar oranı kadınlara kıyasla daha fazla; her 100 bin erkekten 13.5'i, her 100 bin kadından 7.7'si intihar ediyor. Bir önceki intihar girişimi, genel popülasyondaki intihar için en önemli risk faktörü ve 15-19 yaş çocuklarında üçüncü önde gelen ölüm nedeni. Küresel intiharların %79'u düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmekte olup pestisit yutulması, ası ile girşim ve ateşli silahlar, dünya çapında en yaygın intihar yöntemleri arasında bulunuyor. Türkiye'de ise erkeklerde intihar oranı her 100 bin kişide 11.3 iken kadınlarda 3.2 olarak görölüyor. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; 2002 – 2018 yılları arasında 50 bin 378 kişi intihar nedeni ile hayatına son verdi. Veriler doğrultusunda her gün 8 kişi intihar etti(38,39).

İntihar davranışındaki risk etmenleri çok boyutlu ve karmaşıktır. İntihar riskinin değerlendirilmesi intihar düşüncesi, ölümcül olmayan girişimleri ve tamamlanmış intiharları içeren intihar davranışlarının çeşitliliği ile daha da karmaşık hale gelmektedir(42). Son 50 yıldaki 365 araştırmayı kapsayan bir meta-analiz çalışmasında intihar davranışının öngörülebilmesinin şans düzeyinde (%50) olduğunu göstermiştir(3). Risklerin belirlenebilmesi için kapsamlı bir değerlendirmeye ihtiyaç vardır. Risk etmenleri biyolojik, psikolojik, psikiyatrik ve sosyal etmenler olarak sınıflanmaktadır. İntihar riskinin değerlendirilmesinde kişiyi intihar sürecine sürükleyebilecek biyolojik, ruhsal, sosyal ve kültürel etmenlerin kapsamlı bir şekilde ele alınması gerekir Bunların birbiri ile etkileşimi kişinin intihar riskini artırırken, intihar riskini düşürebilecek koruyucu etmenler de bulunmaktadır(4,40).

İntihar davranışına yatkınlıkta, yaş, cinsiyet, psikiyatrik hastalıklar, umutsuzluk, zorlu yaşam olayları, çocukluk dönemi yaşantıları, cinsel ve fiziksel istismar öyküsü, ailesel ve genetik faktörler, fiziksel hastalık öyküsü, psikososyal ve çevresel faktörler gibi çok çeşitli risk faktörleri yer almaktadır(41).

2.2.1. Sosyodemografik Risk Etmenleri;

Dünya sağlık örgütü verilerine göre gençlerde ve ileri yaşlarda intihar riski artmaktadır(54). Tamamlanmış intiharlar yaşlılarda daha sık görülürken, intihar girişimleri genç yaşlarda daha sık olmaktadır. Yaşlılar toplam popülasyonun %10'unu oluştururken, intiharların %25'i bu yaş grubunda daha fazla görülmekte, yetmiş beş yaşın üzerinde özkıym oranı üç kat artmaktadır(55). Gelişmiş ülkelerde en yüksek intihar hızları yaşlılardadır(4). Gençlerde intihar insidansı geç ergenlikte belirgin şekilde artmakta, 20'li yaşların başına kadar bu artış devam etmektedir (56). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada 15-19 yaş grubunda intihardan ölüm 100.000'de 8.2 ile daha genç gruptan 5 kat fazla bulunmuş olup intihar girişimlerinin 16-18 yaş aralığında en yüksek noktasına ulaştığı, bu noktadan sonra ani bir düşüş gösterdiği bildirilmiştir (57). İntihar için önemli risk faktörleri arasında sayılan duygudurum bozuklukları ve alkol madde kullanımının başlangıcının ergenlikte olması gençlerde intihar hızlarının yüksek olmasında etken

olarak görülmektedir(58). Kadın ve erkek oranları karşılaştırıldığında kadınların daha çok intihar girişiminde bulunduğu erkeklerde ise daha çok tamamlanmış intiharın olduğu belirtilmektedir(59).Yapılan çalışmalarda erkeklerde girişimin ölümle sonuçlanması kadınlara oranla üç kat yüksek bulunurken, kadınlarda intihar girişimi erkeklere göre dört kat yüksek olduğu belirlenmiştir; erkeklerin daha dürtüsel olması, daha ölümcül yöntemler kullanması, daha az yardım arayışı içinde olmaları, alkol-madde kullanım oranlarının daha yüksek olması nedenler arasında gösterilmektedir(60,61). İntiharlar evlilere oranla bekârlarda iki kat, boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda dört-beş kat daha sık görülmekte, erkeklerde bu fark daha yüksektir. Avrupa'da intihar girişiminde bulunan kişilerin çoğunluğu bekâr ya da duldur ve bunların yaklaşık %30'u yalnız yaşamaktadır (62). Ülkemizde 2015 TÜİK verilerine göre, intihara bağlı ölenlerin %50,5'inin evli, %37,7'sinin hiç evlenmemiş, %7,2'sinin boşanmış, %4,6'sının ise dul olduğunu göstermektedir (63). Düşük eğitim düzeyine sahip kişilerde intihar eğiliminin yüksek olduğu bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunanların % 93'ünün eğitim seviyelerinin lise ve altında olduğu, ilkokul ve lise eğitimi olan kişilerde intihar eğilimlerinin farklılık gösterdiği saptanmıştır(62).Düşük sosyoekonomik durum, düşük gelir ve yoksul yaşam intihar davranışı riski ile ilişkilidir (64).

2.2.2. Ailesel Risk Etmenleri;

İntihar davranışının birden fazla genin birbiriyle etkileşimi ve çevresel faktörlerin de katkısıyla kuşaklar arasında kalıtım yoluyla aktarıldığı düşünülmektedir (65). İntihar davranışının aktarımı sadece psikiyatrik bozuklukların ailesel aktarımı ile ilişkili gibi görünmemektedir. Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, intihar davranışının ailesel aktarımının kısmen genetik olduğu ve dürtüsellik, saldırganlık, nörotiklik gibi ara fenotiplerin aktarımının buna aracılık edebileceği görüşünü desteklemektedir(66,67). Ailesel aktarımın genetik bileşeninin dışında, ailesel sıkıntıların kuşaklar arası aktarımı, istismar, yas, ayrılık gibi ailesel zorlayıcı faktörler, taklit gibi çevresel nedenleri de olabileceği bildirilmektedir (68). Ailede intihar davranışı öyküsü ve psikiyatrik hastalık genetik ve çevresel faktörler ile birlikte intihar davranışı için risk faktörleri arasındadır.

2.2.3. Psikiyatrik Hastalıklar ;

İntihar eden kişilerin yaklaşık %90'nda psikiyatrik bir hastalık bulunmaktadır. Psikiyatrik sorunları olan kişilerde hem intihar davranışı hemde kendini yaralama davranışı genel nüfusa göre daha fazladır (69). Bir ruhsal bozukluğa sahip insanların yaklaşık %25- 50'si yaşamboyu en az bir kez intihar girişiminde bulunmakta, %8-19'u ise tamamlanmış intihar sonucunda hayatını kaybetmektedir (70). 54-64 yıllık ileriye dönük bir izlem çalışmasında kişilerin yaşam boyu geçirmiş oldukları psikiyatrik hastalık tipleri ve sayıları ile intihar riski arasında artan bir ilişki saptanmıştır. Buna göre intihar riski kişi bir kez psikiyatrik hastalık geçirdiyse %3.4 eğer birden fazla geçirdiyse %6.4 olarak saptanmıştır. Çalışmada en sık görülen eş tanı depresyon olurken şizofreni ve alkol/madde kullanım bozuklukları intihar riskinin arttığı diğer bozukluklar olarak bildirilmiştir (71). Alkol madde kullanım bozukluğu depresif bozukluktan sonra intihar riskini en çok artıran ikinci psikiyatrik hastalıktır(72). İntihar davranışı genellikle AKMB kişinin beden sağlığı, sosyal, ekonomik, mesleki durumu ve kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkilemeye başladıktan sonra ortaya çıkmaktadır (73). 2004 yılında yapılan bir meta –analizde AMKB'de intihara bağlı mortalitenin alkol kullanım bozuklukları için 10 kat, opioid kullanım bozukluğu için 13 kat, İntravenöz madde kullanımı için 14 kat, çoklu madde kullanımı için 17 kat arttığı gösterilmiştir(74). AMKB olan kişilerde yakın ilişkilerde bozulma ve kayıp uzun süreli ve yoğun alkol-madde kullanımı, psikososyal krizler, yalnız yaşama ve sosyal desteğin yetersiz olması riski artıran etmenlerdendir (73). Depresyon tanısı olması, erkek olmak, işsiz olmak, dürtüsellik ve ek tıbbi hastalık varlığı da intihar riskini artırmaktadır (74). Opioid kullanım bozukluğu olan kişilerin de genel popülasyona göre artmış intihar girişimi riskine sahip oldukları bilinmektedir (9). Eroin bağımlılarında yapılan bir çalışmada kişilerin %40'nın geçmişte intihar girişiminde bulunduğu görülmüştür. Genç yaş, kadın olmak, çocukluk çağı travması, ailede intihar öyküsü, yüksek saldırganlık düzeyleri intihar girişimi bulunan grupta daha yüksek saptanmıştır (8).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ÖRNEKLEM VE UYGULAMA

SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Amatem Polikliniği'ne 15 Nisan - 15 Temmuz 2019 tarihleri arasında başvuran, DSM-5'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı konulan , araştırma için bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 194 hasta ile yapılmış kesitsel bir çalışma olup üç aylık süre içerisinde başvuran hastaların tamamı bu çalışma kapsamında değerlendirildi.

Hastalara yapılan klinik görüşme sürecinde; hastaların tümü ile DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı psikiyatrik görüşme yapıldı, DSM-5 tanı ölçütlerine göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı alan hastalara sosyodemografik bilgi, madde kullanımı ve intihar davranışı veri formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği , Beck Umutsuzluk Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, SCID-V (DSM V Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme), Bağımlılık Profil İndeksi(BAPİ)- kısa formu ve İntihar Olasılığı Ölçeği uygulandı.

Hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alındı. Araştırmanın etik kurul onayı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi yerel etik kurulundan, kurum onayı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden alındı.

3.1.1.Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri:

- 1) DSM- 5'e göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış olmak
- 2) Öz bildirime dayalı ölçeklerin doldurulabilmesi için okuryazar olmak

3.1.2. Araştırmadan Hariç Tutma Kriterleri:

- 1) 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak
- 2) Madde etkisinde veya yoksunlukta olanlar
- 3) Soruları cevaplamayacak düzeyde mental retardasyonu olmak
- 4) Ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalığın olması

3.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu:

Bu form araştırmacılar tarafından bu çalışma için hazırlandı. Daha önceki çalışmaların incelenmesi ve konu ile ilgili olabilecek parametrelerin eklenmesi ile oluşturulan sosyodemografik özellikler ve çocukluk çağı örselenme öyküsünü öğrenmeye yönelik bir formdur.

3.2.2 Madde Kullanımı ve İntihar Davranışı Veri Formu :

Madde kullanımı ve intihar davranışını ayrıntılı sorgulayan araştırmacılar tarafından oluşturulmuş bir formdur.

3.2.3 İntihar Olasılığı Ölçeği ;

Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilmiş, 1-4 arası Likert tipi puanlanan, 36 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Ölçeğin orjinalinde, maddelere verilen yanıtlar “hiçbir zaman veya nadiren” (1), “bazen” (2), “sık sık” (3) ve “çoğu zaman veya her zaman” (4) şeklindedir. Puan aralığı 36-144’dür, ölçekten alınan yüksek puanlar intihar olasılığının yüksekliğine işaret eder. Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması Eskin (1993) tarafından yapılmıştır(43). Umutsuzluk, intihar düşüncesi, düşmanlık ve olumsuz kendilik değerlendirmesi olmak üzere 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Her alt ölçek intihara ilişkin ayrıntılı bir şekilde üzerinde durulacak olan farklı bir kuramsal yaklaşım temelindedir. Bu nedenle ölçeğin diğer araçlardan farklı olarak intihar gibi karışık bir olguyu pek çok boyut ile değerlendiren bir araç olduğu belirtilmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puan değerlendirmeciye kişinin intihar girişiminde bulunup bulunmayacağını değil ne kadar bir olasılıkla böyle bir girişimde bulunabileceği hakkında bilgi vermektedir(44).

3.2.4 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):

Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve güdüsel belirtileri ölçmek üzere Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Yirmi bir sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her sorunun puanı 0-3 arasında değişmekte olup ölçeğin toplam puanı 0-63 arasında değişebilmektedir. Yirmi bir ve üzerindeki puanlar orta şiddette ya da ağır depresyonun varlığına işaret etmektedir.(45)

Her madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giden (0-3), 4 seçeneği olan 21 tane kendini değerlendirme cümlesini içermektedir. Puan yorumlasında 0-9 puan aralığı normal depresyonsuz durum, 10-15 puan aralığı hafif şiddette depresyon, 16-23 puan paun aralığı orta şiddette depresyon, 24-63 puan aralığı şiddetli depresyondur.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır.1988'de Hisli tarafından poliklinik hastalarında yapılan uyarlama çalışmasında, kesme puanları incelenmiş, 17 ve üstündeki puanların depresyonu %90'ın üzerinde bir doğrulukla ayırt edebileceği gösterilmiştir.(46) Hisli (1989)'nin üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ölçeğin yarıya bölme güvenirlik katsayısı .74 olarak hesaplanmıştır.(44)

3.2.5 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):

Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.(47) Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 63'tür. Belirlenen 21 kategori şu şekildedir; duygudurum, karamsarlık, başarısızlık, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, kendinden hoşnutsuzluk, kendini suçlama, kendini öldürme düşünceleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal geri çekilme, kararsızlık, beden imgesinin çarpıtılması, çalışmanın ketlenmesi, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah

azalması, kilo kaybı, bedensel yakınmalar, cinsel dürtü kaybı, cezalandırılma hissidir.

3.2.6 Beck Umutsuzluk Ölçeği (BAÖ):

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Seber ve ark. tarafından yapılmış olup bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini belirlemek amacıyla kullanılır. Daha sonra Durak ölçek üzerinde çalışmış; ölçeğin geçerliliğine, güvenilirliğine ve faktör yapısına ilişkin daha ayrıntılı bilgiler elde edilmiştir. BUÖ 20 maddeden oluşan, 0-1 arasında puanlanan bir ölçektir. Alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır(48). İntihar girişimde bulunan yatan hastalar ve ayaktan hastalar üzerinden yapılan iki ayrı çalışmada ölçekten 9 ve üzerinde puan alan hastaların daha düşük puan alan hastalara göre gelecekte intihar etme olasılıklarının çok daha fazla olduğu bulunmuştur (49,50).

3.2.7 Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11):

Dürtüsellliği değerlendirmede kullanılan hastanın doldurduğu bir ölçektir. Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır; dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük). BDS-11 değerlendirilirken 4 farklı alt puan elde edilir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik. Toplam BDS-11 puanı ne kadar yüksekse kişinin dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. BDS-11'in Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(51).

3.2.8 Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) -Kısa Formu;

Bağımlılığın farklı boyutlarını değerlendirmek ve bağımlılık şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Araştırmanın yapıldığı popülasyonda bağımlılık riskini belli bir derecelendirme yaparak ortaya koyabilen 22 sorudan oluşmaktadır. BAPİ'den kısaltılarak oluşturulmuştur.(52)

3.2.9 SCID-V (DSM V Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme):

Bu yapılandırılmış görüşmede 32 tanısal kategori ayrıntılı tanı ölçütleriyle, 16 tanısal kategori ise yalnızca araştırmacı sorularıyla yer almaktadır. Toplam 10 modülden oluşmaktadır: duygudurum dönemleri, psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırmacı sorular, ve uyum bozuklukları(53). Ülkemizde yaygın olarak kullanılan DSM-5 için hazırlanmış DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyonunun (SCID-5) Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bayad ve arkadaşları tarafından 2018 senesinde yapılmıştır. Çalışmaya katılacak hastaların tanılarını doğrulamak, ek psikiyatrik tanı varlığını araştırmak amacıyla kullanılmıştır.

3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma verileri bilgisayar ortamında ve SPSS 20.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Normal dağılıma uyması durumunda İkili sayısal değişkenler için student t testi, kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanıldı. Normal dağılıma uygun olmayan sayısal verilerin iki örneklem grubu arasındaki istatistiksel değerlendirmesinde Mann Whitney-U testi; ikiden fazla grup arasındaki analizlerinde ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kruskal Wallis testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık saptanması durumunda Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi uygulandı Sayısal değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisi Pearson Korelasyon Analizi; değişkenlerden en az birisinin normal dağılıma uymaması durumundaysa Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirildi. İkili bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin gücünü incelemek üzere lojistik regresyon analizi yapıldı. Tüm analizler için $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4.BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya opiat kullanım bozukluğu tanısı almış olan, yaşları 18 ile 65 arasında değişen (Ort±s.s; 30,6±9.2), 21'i kadın (%10.8), 173'ü erkek (%89.2) 194 hasta dahil edildi. Hastaların eğitim yılı ortalaması 9.1 ±2.3 olarak saptandı. Hastaların 131'i bekar (%67.5), 49'u evli (%25.3) olup 86'sı (%43) düzenli çalışıyordu. Hastaların çalışma süreleri arasında bir ile beş yıl arasında çalışan grup yoğunlukta idi (%34). Hastaların aylık gelir miktarı ortalama değeri 3000 olarak saptandı. (Tablo 1)

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	21	10.8
	Erkek	173	89.2
Yaş ort ± s.s (medyan; IQR)		30.6±0.66 (28.0; 10)	
Eğitim yılı ort ± s.s (medyan; IQR)		9.1±0.16 (8.0 ; 3)	
Medeni durumu	Evli	49	25.3
	Bekar	131	67.5
	Boşanmış/eşinden ayrı	14	7.2
İş durumu	Çalışmıyor	108	55.7
	Düzenli çalışıyor	86	44,3
Çalışma süresi	< 1 yıl	47	24,2
	1-5 yıl	66	34,0

5-10	40	20,6
> 11 yıl	41	21,1

Aylık gelir miktarı ort $\pm$ s.s (medyan ; IQR) 3777 $\pm$ 243.1 (3000 ; 3000)

4.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri

Katılımcıların opiat ilk kullanım yaşları 12 ile 43 arasında değişmekteydi (22.3 $\pm$ 6.4), ortanca değeri 21.0 olarak saptandı. Opiyat kullanımı en sık folyo yolu ile olduğu görüldü(%70.1). Katılımcıların 63'ünde (%32.5) damar yolu ile kullanım öyküsü saptandı. Opiyat kullanım süreleri ortalama 87.4 ay, opiat kullanım miktarı ortalama 2.7 gram, opiyat kullanımı nedeni ile hastane başvuru sayısı ortalama 3.9 olarak saptandı. Katılımcıların yarısına yakının hayatlarının bir döneminde hastane yatışı olduğu saptandı. Hastaların 128'i (%66) opiyat kullanım bozukluğu tanısı ile tedavi altındaydı. Opiyat kullanımı nedeni ile tedavi altında olanların tedavi süreleri ortalama 8.2 ay olarak saptandı ve buprenorfin/nalokson alan grup yoğunlukta idi. . Hastaların 166 'sında (%85.6) ek tıbbi hastalık yokken tıbbi hastalığı olanların 10'nunda (%35.7) Hepatit C olduğu görüldü. Hastaların 35'inde (%18) eksen 1 ek psikiyatrik hastalık tanısı saptandı. En sık olarak sırasıyla depresyon (%10.3) ve anksiyete bozuklukları (% 3.6) saptandı (Tablo 2)

Tablo 2: Katılımcıların Opiyat Kullanımı ve Klinik Özellikleri

	N	%
Opiyat ilk kullanım yaşı	22.3 $\pm$ 6.4 (21 ;7)	
Ort $\pm$ s.s (medyan ; IQR)		
Opiyat kullanım şekli		
Folyo yolu ile kullanım	136	70.1
Damar yolu ile kullanım	22	11.3
Diğer /nazal	36	18.6
Damar yolu kullanım öyküsü		
Var	63	32.5
Yok	131	67.5

Opiyat kullanım süresi(ay) 87.4 ± 86.4 (60 ; 61.5)

Ort ± s.s (medyan ; IQR)

Opiyat kullanım miktarı(gram) 2.7 ± 1.9 (2 ;2.25)

Ort ± s.s (medyan ;IQR)

Hastane başvuru sayısı 3.9 ± 3.9 (3 ;3)

Ort ± s.s (medyan; IQR)

Hastane yatış öyküsü

Evet 95 49.0

Hayır 99 51.0

Opiyat kullanım bozukluğu tedavisi altında

Evet 128 66

Hayır

İlk başvuru 32 16.5

Tekrarlayan başvuru 34 17.5

Kullanmakta olduğu tedavi (n=128)

Buprenorfin/nalokson 117 91.4

Diğer 11 8.6

Tedavi süresi (ay)

Ort ± s.s (medyan ; IQR) 4.7±10.2(1 ;5)

Tıbbi hastalık

Evet 28 14.4

Hayır 166 85.6

Tıbbi hastalık (n=28)

Hepatit C 10 35.7

Hepatit B 3 10.7

Astım 4 14.3

Diğer 11 39.3

Ek psikiyatrik hastalık

Var 159 82.0

Yok 35 18.0

4.3. Katılımcıların İntihar ile İlgili Özellikleri

Çalışmaya alınan hastaların 47'sinin (%24.2) yaşam boyu en az bir kez intihar girişimi olduğu, intihar girişiminde bulunanların 15'nde (%31.9) birden fazla intihar girişiminde bulunduğu saptandı. Hastaların 10'nunda (%5.2) son bir hafta içinde intihar düşüncesi olduğu, 137'sinin (%70.6) yaşam boyu intihar girişimi veya düşüncesi (intihar davranışı) olmadığı görüldü. Hastaların 15'inde (% 7.7) ailede intihar girişimi öyküsü olduğu saptandı. (Tablo 3)

Tablo 3: Katılımcıların İntihar ile İlgili Özellikleri

	N	%
İntihar davranışı		
Var	57	29.4
Yok	137	70.6
İntihar girişimi		
Var	47	24.2
Yok	147	75.8
İntihar girişimi sayısı		
Bir	32	68.1
Birden fazla	15	31.9
İntihar düşüncesi		
Var	10	5.2
Yok	184	94.8
Ailede intihar girişimi		
Var	15	7.7
Yok	179	92.3

4.4. İntihar davranışı olan ve olmayan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

Çalışma örnekleminde intihar davranışı olan grubun yaş ortanca değeri 27 (9.5), intihar davranışı olmayan grubun yaş ortanca değeri 29 (9.5) bulunmuş olup, intihar davranışı olan grup görece daha gençti (p =0.052). Çalışmaya katılan 21 kadının 12'sinde (%57.1), 173 erkeğin 45'inde (%26) intihar davranışı saptanırken, bu fark istatistiksel olarak anlamlı seviyede idi (p=0.03). İntihar davranışı olan katılımcıların eğitim yılı ortanca değeri 8 (1.5), intihar davranışı olmayanların eğitim yılı ortanca değeri 8 (3.0) olup istatistiksel açıdan anlamlı bulundu(p=0.020). İntihar davranışı olan katılımcıların eğitim yılı ortalaması (8.5 ± 2.3) olmayanların ortalamasına (9.3 ± 2.2) göre daha düşüktü.İntihar davranışı olan ve olmayan katılımcılar arasında medeni durum, kardeş sayısı, çalışma durumu ve çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p > 0.05). İntihar davranışı olan katılımcıların maddi gelir düzeyi ortanca değeri 2000 (IQR 2000) iken intihar davranışı olmayan katılımcıların ortanca değeri 3000 (IQR 3000) olup bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu(p= 0.026). (Tablo 4)

Tablo 4 : İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	İntihar davranışı Olanlar (n=57) (n%)	İntihar davranışı Olmayanlar (n=137) (n%)	P
Yaş Medyan (IQR)	27.0 (9.5)	29.0 (9.5)	0.052
Cinsiyet			
Kadın	12 (57.1)	9 (42.9)	0.03*
Erkek	45 (26.0)	128 (74)	
Eğitim (yıl) Medyan(IQR)	8.0 (1.5)	8.0 (3.0)	0.020*
Medeni durumu			

evli	14(28.6)	35 (71.4)	0.985
bekar	39(29.8)	92 (70.2)	
boşanmış /eşinden ayrı	4 (28.6)	10 (71.4)	
Kardeş sayısı Medyan (IQR)	3.0 (2)	3.0 (2)	0.818
Çalışma			
Çalışmıyor	35(32.4)	73(67.6)	0.30
Düzenli çalışıyor	22(25.6)	64(74.4)	
Çalışma süresi			
<1 yıl	17(36.2)	30(63.8)	
1-5 yıl	18(27.3)	48(72.7)	0.177
5-10 yıl	7(17.5)	33 (82.5)	
>11	15(36.6)	26(63.4)	
Aylık Gelir Miktarı Medyan (IQR)	2000(2000)	3000(3000)	0.026*

*p<0.05 anlamlılık seviyesi

4.5. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Katılımcıların Klinik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

İntihar davranışı olan grubun opiyat ilk kullanım yaşı ortanca değeri 19 (5.5) intihar davranışı olmayan grubun opiyat ilk kullanım yaşı ortanca değeri 21 (7.5) bulunmuş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.005). Eksen 1 ek psikiyatrik hastalık tanısı olanların %48.6'sında intihar davranışı saptanırken gruplar arasında fark anlamlı saptandı (p=0.006) İntihar davranışı olan ve olmayan gruplar arasında opiyat kullanım şekli, damar yolu kullanım öyküsü, opiyat kullanım süresi, opiyat kullanım miktarı, hastane başvuru sayısı, hastane yatış öyküsü, tedavi durumu, tedavi süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmadı (p>0.05). (Tablo 5)

Tablo 5 : İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Katılımcıların Opiyat Kullanım ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	İntihar davranışı Olanlar (n=57) (n%)	İntihar davranışı Olmayanlar (n=137) (n%)	P
Opiyat ilk kullanım yaşı	19.0 (5.5)	21 (7.5)	0.005*
Medyan (IQR)			
Opiyat kullanım şekli			
Folyo yolu ile kullanım	41 (71.9)	95 (69.3)	0.805
Damar yolu ile kullanım	7 (12.3)	15(10.9)	
Diğer /Nazal yolu ile kullanım	9 (15,8)	27(19.7)	
Damar yolu kullanım öyküsü			
Var	18(28.6)	45 (71.4)	0.864
Yok	39(29.8)	92 (70.2)	
Opiyat kullanım süresi(ay)			
Medyan(IQR)	72.0 (60)	60.0 (62)	0.210
Opiyat kullanım miktarı(gram)			
Medyan (IQR)	2 (2.5)	2 (2)	0.420
Hastane başvuru sayısı			
Medyan (IQR)	2 (3)	3 (4)	0.203
Hastane yatış öyküsü			
Evet	31(32.6)	64(67.4)	0.330
Hayır	26(26.3)	73(73.7)	
Tedavi altında			
Evet	37(64.9)	91(66.4)	0.913
Hayır			
İlk başvuru	9(15.8)	23(16.8)	
Tekrarlayan başvuru	11(19.3)	23(16.8)	
Kullanmakta olduğu tedavi (n=128)			
Buprenorfin/nalokson	33 (89.2)	84 (92.3)	0.729

Diğer	4 (10.8)	7 (7.7)	
Tedavi süresi (ay)			
Medyan (IQR)	1 (4)	1 (10.2)	0.426
Ek Psikiyatrik Hastalık			
Var	17(48.6)	18(51.4)	0.006*
Yok	40 (55.2)	119 (74.8)	

*P<0.05 anlamlılık seviyesi

İntihar davranışı olan hastaların ilk madde kullanım yaşı ortanca değeri 16 (4), intihar davranışı olmayan grubun ilk madde kullanım yaşı ortanca değeri 18 (5) olup gruplar arasında bu fark istatistiksel olarak anlamlı seviyedeydi (p=0.001). İntihar davranışı olan ve olmayan gruplar arasında geçmişte eroin dışı düzenli madde kullanımı, geçmişte düzenli alkol kullanımı, sigara kullanım miktarları ve tıbbi hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmadı (p> 0.05). (Tablo 6)

Tablo 6 : İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Katılımcıların Madde Kullanım Özelliklerinin ve Tıbbi Hastalık Öykülerinin Karşılaştırılması

	İntihar davranışı Olanlar (n=57) (n%)	İntihar davranışı Olmayanlar (n=137) (n%)	P
İlk madde kullanım yaşı			
Medyan (IQR)	16 (4)	18 (5)	0.001*
Geçmişte eroin dışı düzenli madde kullanımı			
Evet	40 (30.8)	90(69.2)	0.545
Hayır	17(26.6)	47(73.4)	

Geçmişte kullanılan eroin dışı madde (n=130)

Esrar	18 (45)	64 (71.1)	0.17
Bonzai	11 (27.5)	14 (15.6)	
Kokain ve diğer	11 (27.5)	12 (13.3)	

(ekstazi,metamfetamin, rivotril)

Geçmişte düzenli alkol kullanımı

Evet	22 (34.9)	41(65.1)	0.240
Hayır	35 (26.7)	96 (73.3)	

Sigara kullanım miktarı

<20	22(25.6)	64 (74.4)	0.300
>20	35 (32.4)	73 (67.6)	

Tıbbi hastalık

Evet	10 (38.5)	16 (61.5)	0.426
Hayır	47 (28)	121 (72)	

*p<0.05 anlamlılık seviyesi

Ailede intihar girişimi öyküsü olanların %53.3'ünde intihar davranışı bulunurken, %46.7'sinde intihar davranışı saptanmadı, gruplar arasında bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.042). Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanların %54.5'inde intihar davranışı bulunurken %45.5'inde intihar davranışı saptanmadı, gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı (p<0.05). İntihar davranışı olan ve olmayan gruplar arasında ailede alkol-madde kullanım öyküsü açısından fark saptanmadı (p>0.05). (Tablo 7)

Tablo 7: ve İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Katılımcıların Ailelerinde Alkol Madde Kullanımı ve Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Karşılaştırması

	İntihar davranışı Olanlar (n=57) (n%)	İntihar davranışı Olmayanlar (n=137) (n%)	P
Ailede intihar girişimi öyküsü			
Evet	8 (53.3)	7 (46.7)	0.042*
Hayır	49 (27.4)	130 (72.6)	

Ailede alkol madde kullanım öyküsü

Evet	14(24.6)	29(21.2)	0.604
Hayır	43 (75.4)	108(78.8)	

Ailede psikiyatrik hastalık

Evet	12 (54.5)	10 (45.5)	0.006*
Hayır	45 (26.2)	127(73.8)	

*p<0.05 anlamlılık seviyesi

4.6. İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Katılımcıların Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantılarına Göre Karşılaştırılması

İntihar davranışı olan katılımcıların 38'inde (%66.7) çocuklukta ailede sevildiğini hissetme ve 32'sinde (%56.1) aile tarafından aşağılayıcı söze maruz kalma saptanmış olup intihar davranışı olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı farklılıklar bulundu($p < 0.05$). Çocuklukta cinsel istismara maruz kalan katılımcıların 13'ünde(%22.8) intihar davranışı saptanırken 12'sinde (%8.8) saptanmamış olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı seviyedeydi (0.008). (Tablo 8)

Tablo 8: ve İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Katılımcıların Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantılarına Göre Karşılaştırması

	İntihar davranışı Olanlar (n=57) (n%)	İntihar davranışı Olmayanlar (n=137) (n%)	P
Duygusal istismar ve ihmal			
Aile tarafından aşağılayıcı söz	32 (56.1)	41 (29.9)	0.001*
Ailede ilgilenen birinin olması	43 (75.4)	102 (74.5)	0.886
Ailede beslenmesine önem verilme	52 (91.2)	128 (93.4)	0.589
Ailede sevildiğini hissetme	38 (66.7)	117 (85.4)	0.003*
Fiziksel istismar			

Var	23 (40.4)	45 (32.8)	0.318
Yok	34 (59.6)	92 (67.2)	
Cinsel istismar			
Var	13 (22.8)	12 (8.8)	0.008*
Yok	44 (77.2)	125 (91.2)	

*p<0.05 anlamlılık seviyesi

4.7. İntihar Düşüncesi Olan, İntihar Girişimi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Kadın katılımcıların 11'inde (%52.4) intihar girişimi öyküsü, 1 'inde (%4.8) intihar düşüncesi , 9'unda (%42.9) intihar davranışı olmadığı saptanırken, erkek katılımcıların 36'sında (%20.8) intihar girişimi, 9'unda (%5.2) intihar düşüncesi 128'inde intihar davranışı saptanmamış olup cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p =0.006). İntihar girişimi olan, intihar düşüncesi olan ve intihar davranışı olmayan katılımcılar arasında yaş, eğitim yılı, medeni durum, çalışma durumu ve aylık gelir miktarı açısından farklılık saptanmadı (p>0.05) (Tablo 9)

Tablo 9 : İntihar düşüncesi olan , intihar girişim olan ve intihar davranışı olmayan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

	İntihar girişimi Olanlar (n=47) (n%)	İntihar düşüncesi Olanlar (n=10) (n%)	İntihar Davranışı Olmayanlar (n=137)(n%)	P
Yaş medyan(IQR)				
Ort ± ss	26 (10)	30.4 ± 9.1	29 (9.5)	0.114
Cinsiyet				
Kadın	11 (52.4)	1 (4.8)	9 (42.9)	0.006*
Erkek	36 (20.8)	9 (5.2)	128 (74)	
Eğitim(yıl) medyan(IQR)				
Ort ± ss	8.0 (1)	8.6 ± 2.7	8.0 (3.0)	0.064

Medeni durumu

evli	11(22.4)	3 (30)	35 (25.5)	0.900
bekar	32 (68.1)	7 (70)	92 (67.2)	
boşanmış/eşinden ayrı	4 (8.5)	-	10 (7.3)	
Kardeş sayısı medyan(IQR)	3.0 (2)	3 (0.25)	3 (2)	0.929

Çalışma

Çalışmıyor	29(61.7)	6 (60)	73(53.3)	0.581
Düzenli çalışıyor	18(38.3)	4 (40)	64 (46.7)	

Çalışma süresi

<1 yıl	12(25.5)	5 (50)	30 (21.9)	
1-5 yıl	17(35.8)	1 (10)	48 (35.0)	0.186
5-10 yıl	6(15.0)	1 (10)	33 (24.1)	
>11	12(29.3)	3 (30)	26 (19.0)	

Aylık gelir miktarı

medyan(IQR)	2000(2000)	3750 ± 3368	3000 (3000)	0.076
-------------	------------	-------------	-------------	-------

*p<0.05 anlamlılık seviyesi

4.8. İntihar Düşüncesi Olan İntihar Girişimi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

İntihar girişimi olanların opiyat ilk kullanım yaşı ortalaması 19 ± 4.6 , intihar düşüncesi olanların opiyat ilk kullanım yaşı ortalaması 24.8 ± 9.3 iken intihar davranışı olmayanların opiyat ilk kullanım yaşı ortanca değeri 21 (7.5) saptanmış olup aralarındaki fark anlamlı seviyede idi ($p=0.004$). İntihar girişimi olan grubun opiyat ilk kullanım yaşı ortalaması intihar davranışı olmayan grubun opiyat ilk kullanım yaş ortalamasına göre istatistiksel olarak daha düşüktü ($p= 0.003$).

Opiyat kullanım şekli, damar yolu kullanım öyküsü, opiyat kullanım miktarı , opiyat kullanım süresi, hastane yatış öyküsü , tedavi altında olup olmadığı , kullanmakta olduğu tedavi açısından farklıklar saptanmadı ($p>0.05$). (Tablo 10)

Tablo 10: İntihar Düşüncesi Olan, İntihar Girişimi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Opiyat kullanımı ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	İntihar girişimi Olanlar (n=47) (n%)	İntihar düşüncesi Olanlar (n=10)(%)	İntihar davranışı Olmayanlar (n=137)(%)	P
Opiyat ilk kullanım yaşı	19 ± 4.6	24.8 ± 9.3	21 (7.5)	0.004*
Medyan (IQR) Ortalama ± ss				
Opiyat kullanım şekli				
Folyo yolu ile kullanım	33 (70.2)	8 (80)	95 (69.3)	0.706
Damar yolu ile kullanım	7 (14.9)	-	15 (10.9)	
Diğer /nazal	7 (14.9)	2 (20)	27 (19.7)	
Damar yolu kullanım öyküsü				
Var	15(23.8)	3 (30)	45 (32.8)	0.979
Yok	32(24.4)	7 (70)	92 (67.2)	
Opiyat kullanım süresi(ay)				
Medyan (IQR)	72 (68)	50.9 ± 35.4	60 (62)	0.114
Ortalama ± ss				
Opiyat kullanım miktarı(gram)				
Medyan (IQR)	2 (3)	3 (1.5)	2 (2)	0.684
Hastane başvuru sayısı				
Medyan (IQR)	2 (4)	3.5(3.25)	3 (4)	0.270
Hastane yatış öyküsü				
Evet	24(25.3)	7 (70)	64 (46.7)	0.345
Hayır	23(23.2)	3 (30)	73 (53.3)	
Tedavi altında				
Evet	30(23.4)	7 (70)	91 (66.4)	0.975
Hayır				
İlk başvuru	8(17.0)	1 (10)	23(16.8)	
Tekrarlayan başvuru	9(19.1)	2 (20)	23(16.8)	

Kullanmakta olduğu tedavi(n=128)

Buprenorfin/nalokson	27 (90)	6 (85.7)	84 (92.3)	0.894
Diğer	3 (10)	1 (14.3)	7 (7.7)	

Tedavi süresi (ay)

Ort (medyan)	1 (4)	3.4(3.5)	1 (10.2)	0.728
---------------	-------	----------	----------	-------

*p<0.05 anlamlılık seviyesi

İntihar girişimi olanların ilk madde kullanım yaşı ortalaması 16.8 ± 4.3 , intihar düşüncesi olanların 24.8 ± 9.3 , intihar davranışı olmayanların ilk madde kullanım yaşı ortanca değeri 21 (7.5) olup , istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0.006$). İntihar girişimi olan grubun ilk madde kullanım yaşı ortalaması intihar davranışı olmayan grubun ilk madde yaşı ortalamasına göre istatistiksel olarak daha düşüktü ($p= 0.008$).

Katılımcıların 130'unda (%67) geçmişte eroin dışı düzenli madde kullanımı saptanmış olup 82'sinde (%63) esrar kullanımı olduğu intihar girişimi olanlar , intihar düşüncesi olanlar ve intihar davranışı olmayanlar arasında bu açıdan istatistiksel olarak fark anlamlı seviyede saptanmadı ($p=0.066$). (Tablo 11)

Tablo 11 : İntihar Düşüncesi Olan İntihar Girişimi Olan İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Madde Kullanımı ve Tıbbi Hastalık Öyküsünün Karşılaştırılması

	İntihar girişimi Olanlar (n=47) (n%)	İntihar düşüncesi Olanlar (n=10) (n%)	İntihar davranışı Olmayan (n=137) (n%)	P
İlk madde kullanım yaşı				
Ort (medyan)	16.8±4.3	24.8 ± 9.3	21 (7.5)	0.006*
Ortalama ± ss				
Geçmişte eroin dışı düzenli madde kullanımı				
Evet	34 (72.3)	6 (60.0)	90 (65.7)	0.627

Hayır	13(27.7)	4 (40.0)	47 (34.3)	
Geçmişte kullanılan eroin dışı madde (n=130)				
Esrar	16(47.1)	2 (33.3)	64 (71.1)	0.066
Bonzai	9 (26.5)	2 (33.3)	14 (15.6)	
Kokain ve diğer	9 (26.5)	2 (33.3)	12 (13.3)	
(ekstazi,metamfetamin, rivotril)				
Geçmişte düzenli alkol kullanımı				
Evet	16(34)	6 (60)	41(29.9)	0.141
Hayır	31 (66)	4(40)	96(70.1)	
Sigara kullanım miktarı				
<20	18(38.3)	4 (40)	64(46.7)	0.581
>20	29 (61.7)	6 (60)	73 (53.3)	
Tıbbi hastalık				
Evet	7 (14.9)	3 (30)	18 (13.1)	0.340
Hayır	40 (85.1)	7(70)	119 (86.0)	

*p<0.05 anlamlılık seviyesi

İntihar girişimi olanların 9'unun (%19.1), intihar düşüncesi olanların 3'ünün (30) intihar düşüncesi ve girişimi olmayanların 10'nun (%7.3) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmış olup fark anlamlı seviyedeydi (p=0.014), ailede intihar girişimi öyküsü intihar düşüncesi olanlar, intihar girişimi olanlar ve intihar davranışı olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede saptanmadı (p=0.066). (Tablo 12)

Tablo 12: : İntihar Düşüncesi Olan, İntihar Girişimi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Ailede Alkol Madde Kullanımı ve Psikiyatrik Hastalık Öyküsünün Karşılaştırması

	İntihar girişimi Olanlar (n=47) (n%)	İntihar düşüncesi Olanlar (n=10) (n%)	İntihar davranışı Olmayanlar (n=137) (n%)	P
Ailede intihar girişimi öyküsü				
Evet	6 (12.8)	2(20)	7 (5.1)	0.066

Hayır	41 (87.2)	8(80)	130 (94.9)	
Ailede alkol-madde kullanım öyküsü				
Evet	11 (23.4)	3 (30)	29 (21.2)	0.788
Hayır	36 (76.6)	7 (70)	108(78.8)	
Ailede psikiyatrik hastalık				
Evet	9 (19.1)	3 (30)	10 (7.3)	0.014*
Hayır	38 (80.9)	7 (70)	127 (92.7)	

*p<0.05 anlamlılık seviyesi

4.9. İntihar Düşüncesi Olanlar, İntihar Girişimi Olanlar ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Çocukluk Çağı Örslenme Yaşantılarının Karşılaştırması

Çocuklukta aile tarafından sevildiğini hissetme ve aile tarafından aşağılayıcı söze maruz kalma intihar girişimi olanlar , intihar düşüncesi olanlar ve intihar düşüncesi/girişimi olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$) fiziksel istismara maruz kalma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. ($p>0.05$). İntihar girişimi olanların 11'inde (%23.4) intihar düşüncesi olanların 2'sinde (%20), intihar düşüncesi /girişimi olmayanların 12'sinde (8.8) cinsel istismara maruz kalma saptanmış olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.028$) (Tablo 13)

Tablo 13: İntihar Girişimi Olan, İntihar düşüncesi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantılarının Karşılaştırması

	İntihar girişimi Olanlar (n=47) (n%)	İntihar düşüncesi Olanlar (n=10) (n%)	İntihar davranışı Olmayanlar (n=137)(n%)	P
Duygusal istismar ve ihmal				
Aile tarafından aşağılayıcı söz	27(57.4)	(50)	41 (29.9)	0.003*

Ailede ilgilenen birinin olması	34 (72.3)	9 (90)	102 (74.5)	0.501
Ailede beslenmesine önem verilme	42(89.4)	10 (100)	128(93.4)	0.471
Ailede sevildiğini hissetme	33 (63.8)	8 (80)	117 (85.4)	0.006*
Fiziksel istismar				
Var	17(36.2)	6 (60)	45 (32.8)	0.217
Yok	30 (63.8)	4 (40)	92 (67.2)	
Cinsel istismar				
Var	11 (23.4)	2 (20)	12 (8.8)	0.028*
Yok	36 (76.6)	8(80)	125 (91.2)	

*p<0.05 anlamlılık seviyesi

4.10. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Çalışma örnekleminde intihar girişimi olan grubun yaş ortanca değeri 26 (10), intihar girişimi olmayan grubun yaş ortanca değeri 29 (10) bulunmuş olup, gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.039$).

Çalışmaya katılan 21 kadının 11'inde (%52.1), 173 erkeğin 36'sında (%20.8) intihar girişimi saptanırken, cinsiyetler arası fark istatistiksel olarak anlamlı seviyedeydi ($p=0.03$).

İntihar girişimi olan ve olmayan katılımcılar arasında eğitim yılı, medeni durum, kardeş sayısı, çalışma durumu ve çalışma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0.05$).

İntihar girişimi olan katılımcıların maddi gelir düzeyi ortanca değeri 2000 (IQR 2000) iken intihar davranışı olmayan katılımcıların ortanca değeri 3000 (IQR 3000) olup bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu($p= 0.029$). (Tablo 14)

Tablo 14 : İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	İntihar girişimi Olanlar (n=47) (n%)	İntihar girişimi Olmayanlar (n=147) (n%)	P
Yaş Medyan(IQR)	26 (10)	29.0 (10)	0.039*
Cinsiyet			
Kadın	11 (52.4)	10 (47.6)	0.001*
Erkek	36 (20.8)	137 (79.2)	
Eğitim (yıl) Medyan (IQR)	8.0 (1)	8.0 (3)	0.060
Medeni			
evli	11(22.4)	38 (77.6)	0.891
bekar	32(68.1)	99(67.3)	
boşanmış/eşinden ayrı	4 (8.5)	10 (6.8)	
Çalışma			
Çalışmıyor	29(26.9)	79(73.1)	0.33
Düzenli çalışıyor	18(20.9)	68(79.1)	
Aylık gelir miktarı Medyan (IQR)	2000(2000)	3000 (3000)	0.029*

* $p<0.05$ anlamlılık seviyesi

4.11. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

İntihar girişimi olan grubun opiyat ilk kullanım yaşı ortalaması 19.5 ± 4.6 intihar girişimi olmayan grubun opiyat ilk kullanım yaşı ortalaması 22.9 ± 6.7 bulunmuş olup bu fark istatistiksel olarak bulundu ($p=0.001$). Opiyat kullanım süreleri

açısından bakıldığında intihar girişimi olan katılımcıların ortalama değeri 72(68) ay intihar girişimi olmayan katılımcıların ortalama değeri 60(54) ay olup intihar girişimi olan grubun kullanım süresi görece daha fazlaydı ($p=0.058$). İntihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında opiyat kullanım şekli, damar yolu kullanım öyküsü, opiyat kullanım miktarı, hastane başvuru sayısı, hastane yatış öyküsü, tedavi durumu, tedavi süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmadı ($p>0.05$). (Tablo15)

Tablo 15 : İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Opiyat Kullanımı ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	İntihar girişimi Olanlar (n=47) (n%)	İntihar girişimi Olmayanlar (n=147) (n%)	P
Opiyat ilk kullanım yaşı Ort ± ss	19.5±4.6	22.9±6.7	0.001*
Opiyat kullanım şekli			
Folyo yolu ile kullanım	33 (70.2)	103 (70.1)	0.566
Damar yolu ile kullanım	7(14.9)	15 (10.2)	
Diğer /nazal yolu ile kullanım	7(14.9)	29 (19.7)	
Opiyat kullanım süresi(ay)			
Medyan(IQR)	72.0 (68)	60.0 (54)	0.058
Opiyat kullanım miktarı(gram)			
Medyan (IQR)	2 (3)	2 (2)	0.581
Hastane yatış öyküsü			
Evet	24(25.3)	71(74.7)	0.74
Hayır	23(23.2)	76(76.8)	
Tedavi altında			
Evet	30(23.4)	98(76.6)	0.929
Hayır			
İlk başvuru	8(25.8)	23(74.2)	
Tekrarlayan başvuru	9(26.5)	25(73.5)	
Tedavi süresi (ay)			

Ort (medyan)	1 (4)	1(8)	0.478
---------------	-------	------	-------

*p<0.05 anlamlılık seviyesi

İntihar girişimi olan hastaların ilk madde kullanım yaşı ortalaması 16.8 ± 4.3 , intihar girişimi olmayan grubun ilk madde kullanım yaşı ortalaması 19.2 ± 6.0 olup gruplar arasında bu fark istatistiksel olarak anlamlı seviyede idi ($p=0.005$). İntihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında geçmişte eroin dışı düzenli madde kullanımı, geçmişte düzenli alkol kullanımı, sigara kullanım miktarları ve tıbbi hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmadı ($p > 0.05$). (tablo 16)

Tablo 16 : İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Madde Kullanımı ve Tıbbi Hastalık Öykülerinin Karşılaştırılması

	İntihar girişimi Olanlar (n=47) (n%)	İntihar girişimi Olmayanlar (n=147) (n%)	P
İlk madde kullanım yaşı			
Ort $\pm$ ss	16.8 $\pm$ 4.3	19.2 $\pm$ 6.0	0.005*
Geçmişte eroin dışı düzenli madde kullanımı			
Evet	34 (26.2)	96(73.8)	0.372
Hayır	13(20.3)	51(79.7)	
Geçmişte kullanılan eroin dışı madde (n=130)			
Esrar	16(4.1)	66 (68.8)	0.077
Bonzai	9 (26.5)	16 (16.7)	
Kokain ve diğer (ekstazi,metamfetamin, rivotril)	9 (26.5)	14 (14.6)	
Geçmişte düzenli alkol kullanımı			
Evet	16 (25.4)	47(74.6)	0.792
Hayır	31 (23.7)	100(76.3)	
Sigara kullanım miktarı			
<20	18(20.9)	68 (79.1)	0.339
>20	29 (26.9)	73 (73.1)	

Tıbbi hastalık			
Evet	7 (14.9)	21 (14.3)	0.918
Hayır	40 (85.1)	126 (85.7)	

*p<0.05 anlamlılık seviyesi

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanların %40.9’ünde intihar girişimi bulunurken %59.1’inde intihar girişimi saptanmadı, istatistiksel açıdan fark anlamlı saptanmadı (p=0.052). İntihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında ailede intihar girişimi ve alkol-madde kullanım öyküsü açısından fark saptanmadı (p>0.05). (Tablo 17)

Tablo 17 : İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Ailelerinde Alkol Madde Kullanımı ve Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Karşılaştırması

	İntihar girişimi Olanlar (n=47) (n%)	İntihar girişimi Olmayanlar (n=147) (n%)	P
Ailede intihar girişimi öyküsü			
Evet	6 (40)	9 (60)	0.205
Hayır	41 (22.9)	138(77.1)	
Ailede alkol madde kullanım öyküsü			
Evet	11(25.6)	32(74.4)	0.814
Hayır	36(23.8)	115(76.2)	
Ailede psikiyatrik hastalık			
Evet	9 (19.1)	13 (8.8)	0.052
Hayır	38 (80.9)	134 (91.2)	

4.12. İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantısının Karşılaştırılması

İntihar girişimi olan katılımcıların 30’inde (63.8) çocuklukta ailede sevildiğini hissetme ve 27’sinde (%57.4) aile tarafından aşağılayıcı söze maruz kalma saptanmış olup intihar girişimi olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı farklılıklar

bulundu ($p < 0.05$). Çocuklukta cinsel istismara maruz kalan katılımcıların 11'inde(%44.0) intihar girişimi saptanırken 14'ünde (%56.0) saptanmamış olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı seviyedeydi (0.013). (Tablo 18)

Tablo 18 : İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Katılımcıların Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantısı Karşılaştırması

	İntihar girişimi Olanlar (n=47) (n%)	İntihar girişimi Olmayanlar (n=147) (n%)	P
Duygusal kötüye kullanım			
Aile tarafından aşağılayıcı söz	27 (57.4)	46 (31.3)	0.001*
Ailede ilgilenen birinin olması	34 (72.3)	111(75.5)	0.663
Ailede beslenmesine önem verilme	42(89.4)	138(93.9)	0.298
Ailede sevildiğini hissetme	30 (63.8)	125 (85)	0.002*
Fiziksel kötüye kullanım			
Var	17 (36.2)	51 (34.7)	0.854
Yok	30 (63.8)	96 (65.3)	
Cinsel kötüye kullanım			
Var	11 (44.0)	14 (56.0)	0.013*
Yok	36 (21.3)	133 (78.7)	

* $p < 0.05$ anlamlılık seviyesi

4.13. İntihar Düşüncesi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Umutsuzluk, Depresyon , Anksiyete ve Dürtüsellik Düzeylerinin Karşılaştırılması

İntihar düşüncesi olan ve olmayan katılımcılar karşılaştırıldığında, intihar düşüncesi olanlarda İÖÖ toplam puan ortalaması 80.4 ± 13.2 intihar davranışı olmayanlarda İÖÖ toplam puan ortalaması 72.6 ± 14.8 olup anlamlı farklılık

saptandı ($p=0.009$). İntihar olasılığı intihar düşüncesi ve umutsuzluk alt ölçekleri açısından bakıldığında anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$). (Tablo 19)

BUÖ açısından kıyaslandığında intihar düşüncesi olanların puan ortanca değeri 6 (9) olmayanların 4 (5.5) olup gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı, intihar düşüncesi olan katılımcıların BUÖ puan ortalamasının görece daha yüksek olduğu saptandı ($p=0.061$). Gruplar BDÖ VE BAÖ ölçek puan ortalaması açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$)

BDÖ açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmazken, intihar düşüncesi olanların BDÖ-11 puanının daha yüksek olduğu saptandı ($p=0.051$)

Tablo 19 : İntihar Düşüncesi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların İntihar Olasılığı, Umutsuzluk, Depresyon, Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması

	İntihar düşüncesi Olanlar ort ± ss medyan(IQR)	İntihar davranışı Olmayanlar ort ± ss medyan(IQR)	P
İÖÖ ort ± ss	80.4 ± 13.2	68.9 ± 13.1	0.009*
BUÖ medyan(IQR)	6 (9)	4 (5.5)	0.061
BDÖ medyan(IQR)	34 (21)	19 (20.5)	0.001*
BAÖ medyan(IQR)	43 (16)	16 (21.5)	0.001*
BDÖ-11 ort ± ss	70.4 ± 10.5	63.2 ± 11.1	0.051

* $P<0.05$ anlamlılık seviyesi İÖÖ : İntihar olasılığı ölçeği, BUÖ: Beck depresyon ölçeği , BDÖ : Beck depresyon ölçeği , BAÖ : Beck anksiyete ölçeği , a.ö. : alt ölçek, BDÖ-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği

4.14. İntihar Düşüncesi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Umutsuzluk, Depresyon Anksiyete Dürtüsellik Düzeylerinin İntihar Olasılığı ile İlişkisi

İntihar olasılığı ölçeği toplam puanı ile BDÖ ($r= 0.313$, $p<0.001$), BAÖ ($r= 0.489$, $p< 0.001$) ve BDÖ-11 ($r= 0.255$, $p=0.002$) arasında orta derecede pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu görüldü. İntihar olasılığı ölçeği toplam puanı ile BUÖ ($r= 0.70$, $p=0.401$) arasında anlamlı ilişki saptanmadı. (Tablo 20)

Tablo 20 : İntihar Düşüncesi Olan ve İntihar Davranışı Olmayan Katılımcıların Umutsuzluk, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İntihar Olasılığı ile İlişkisi

İÖÖ		
	r	p
BUÖ	0.70	0.401
BDÖ	0.313	<0.001*
BAÖ	0.489	<0.001*
BDÖ-11	0.255	0.002**

* $P<0.01$ (Spearman), ** $P<0.01$ (Pearson) İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği, BUÖ :Beck Umutsuzluk Ölçeği, BDÖ:Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, BDÖ-11 :Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11

4.15. İntihar Girişim Öyküsüne Göre Katılımcıların Dürtüsellik Düzeylerinin Karşılaştırılması

Barratt dürtüsellik ölçeği-11 toplam puanı ve motor dürtüsellik alt ölçeği açısından intihar girişimi olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı fark saptandı($p<0.05$). Plan yapmama ve dikkat alt ölçekleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). (Tablo 21)

Tablo 21 : İntihar Girişim Öyküsüne Göre Katılımcıların Dürtüsellik Düzeylerinin Karşılaştırılması

	İntihar girişimi Olanlar ort $\pm$ ss medyan (IQR)	İntihar girişimi Olmayanlar ort $\pm$ ss medyan (IQR)	P
BDÖ-11	68.2 $\pm$ 11.6	63.3 $\pm$ 11.1	0.017*
Plan yapmama a.ö.	27.9 $\pm$ 4.7	27.1 $\pm$ 4.9	0.363
Dikkat a.ö.	17(6)	16 (5)	0.087
Motor dürtüsellik a.ö.	23 (8)	21 (6)	0.031*

*P<0.05 anlamlılık seviyesi BDÖ-11 :Barratt dürtüsellik ölçeği-11, a.ö. : alt ölçek

4.16. Katılımcıların İntihar Davranışına Göre Bağımlılık Şiddetinin Karşılaştırılması

İntihar davranışı olan ve olmayan katılımcılar arasında BAPİ-kısa toplam puanı açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). (Tablo 22)

Tablo 22: İntihar Davranışı Olan ve Olmayan Katılımcıların Bağımlılık Şiddetinin Karşılaştırılması

	İntihar Davranışı Olanlar medyan (IQR)	İntihar Davranışı Olmayanlar medyan (IQR)	P
BAPİ-kısa toplam puanı			
Medyan (IQR)	7.1(2.08)	6.5 (2.7)	0.226

Bapi: Bağımlılık profil indeksi

Lojistik regresyon analizi :

Tek değişkenli analizlerde, anlamlı bulunan değişkenlerle yapılan lojistik regresyon analizinde, intihar düşüncesi, ailede intihar girişimi olanlarda olmayanlardan 9.4 kat daha fazla olup, beck depresyon ölçeğindeki her artışla beraber intihar düşüncesinin 9 kat arttığı saptandı. (Tablo 23)

Tablo:23 Lojistik regresyon analizine göre intihar düşüncesini etkileyen faktörlerin incelenmesi

	%95 Güven Aralığı				
	B	P	O.R.	Alt sınır	Üst sınır
Cinsiyet	-1.377	0.318	0.252	0.017	3.762
Ailede intihar girişimi	2.249	0.043	9.478	1.073	83.756
BDÖ	- .075	0.010	0.928	0.876	0.982
Barratt Dürtüsellik Ö.	-.023	0.491	0.977	0.914	1.044
Yaş	0.53	0.363	1.055	0.941	1.182
İlk madde kullanım yaşı	-.093	0.172	0.911	0.798	1.041
Constant	6.069	0.043	432,391		

5. TARTIŞMA

Katılımcıların Genel Özellikleri

Çalışmamıza, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Amatem polikliniğine başvuran opiyat kullanım bozukluğu tanılı ardışık 816 hasta dahil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden 202 katılımcı ile çalışma yapılmış olup sekiz katılımcı çalışmayı tamamlamadı. Opiyat kullanım bozukluğu tanılı 194 katılımcı ile yaşam boyu intihar girişimi olan, son bir hafta içinde intihar düşüncesi olan ve intihar davranışı olmayanlar arasında etki eden sosyodemografik ve klinik özellikler karşılaştırıldı.

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların yaş ortalaması 30.6 ± 0.66 , %89.2'si erkek, %10.8'i kadındı. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, opiyat kullanıcılarının yaş ortalaması 26.04 olarak bulunmuştur (80). Literatürde opiyat bağımlılığının on sekiz yaş ve üstünde yıllık prevelansı %0.37 verilmekle birlikte erkeklerde daha sık görülmektedir (75). Başka bir çalışmada, tüm dünyada opiyat kullanım bozukluğu tanısının erkeklerde ve 25-29 yaş arasında daha yüksek olduğu saptanmıştır (27). Yatan hastalarda yapılan beş yıllık bir çalışmada cinsiyet oranı erkek %95,1 kadın %4.9 olarak saptanmıştır (77).

Katılımcıların eğitim yılı ortalaması 9.1 ± 0.16 , % 67.5'i bekar % 25.3' ü evli olup, %55.7'si çalışmıyordu. EMCD 2013 yılı verilerine göre ise ayaktan ve yatarak tedavi başvurusu olanların; %70,5'inin 8 yıl ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu, %66,1'inin işsiz olduğu bildirilmiştir(76). Yapılan bir başka çalışmada opiyat bağımlılarında işsizlik oranı %51.2 olarak saptanmıştır (80). Tedavi altında olan 259 eroin bağımlısı ile yapılan bir çalışmada ise hastaların eğitim yılı ortalaması 9.3 yıl (± 2.8) olarak saptanmıştır (79).

Katılımcıların opiyat ilk kullanım yaş ortalaması 22.3 ± 6.4 olup Avrupa Uyuşturucu Raporu'nun 2018 verilerine göre opiyat ilk kullanım yaş ortalaması 23, ilk tedaviye girişteki yaş ortalaması 34 olarak belirtilmiştir (78). Ülkemize yapılan bir çalışmada opiyat ilk kullanım yaş ortalaması 19.7 olarak saptanmıştır (80).

Katılımcıların opiyat kullanım süresi ortalaması 87.4 ± 86.4 ay olarak saptanmış olup ülkemizde yapılan bir çalışmada olguların ortalama opiyat kullanım süresi 8.3 yıl (99.6 ay) olarak belirtilmiştir(82).

Opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda eşlik eden tıbbi hastalıklar sıklıkla görülmektedir. Özellikle HCV enfeksiyon oranları yüksek olup HBV ve HIV riski de vardır (83). Çalışmamızda katılımcıların %14.4'ünde tıbbi hastalık saptanmış olup bunların %35.7'si Hepatit C tanısına sahipti.

Çalışmamızda katılımcıların %29.4'ünde intihar davranışı saptanmış olup %24.2'sinin intihar girişim öyküsü %7.7'sinin birden fazla girişim öyküsü, %5.2'sinde son bir hafta içinde intihar düşüncesi mevcuttu. Literatürde yapılan çalışmalarda opiyat kullanıcılarında intihar girişim yaygınlığı %39.3 (8), Darke ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %32 , Ögel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %35 gibi yüksek oranlarda saptanmıştır(85,86). Çin'de yapılan bir çalışmada metadon sürdürüm tedavisi altında olan hastaların %15.3'ünde son 6 ay içinde intihar düşüncesi saptanmıştır (87). Literatüre göre bizim çalışmamızda intihar davranış sıklığı görece daha düşük bulunması ile birlikte yüksek oranlar intiharın eroïn bağımlıları arasında sık ve önemli bir sorun olduğunu vurgulamaktadır.

İntihar davranışı genel nüfus içinde büyük bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. İntihar davranışı risk etmenleri üzerine yapılan çalışmalarda psikiyatrik hastalıklar özellikle önemlidir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı intihar davranışı açısından riskli durum oluştururken, intihar davranışı riskini artıran etkenlerde mevcuttur. Opiyat bağımlı hastalar genel popülasyona kıyasla yüksek intihar riski altındadır (84).

Katılımcıların İntihar Davranışı, İntihar Girişimi ya da İntihar Düşüncesine Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

İntihar davranışı olan ve olmayan katılımcılar arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı farklar; cinsiyet, eğitim yılı ve aylık gelir miktarı olarak saptandı. Çalışmamızda erkek katılımcıların %26'sı intihar davranışı gösterirken kadınların %57.1'inde intihar davranışı saptandı. Anlamlı farklılık intihar düşüncesi olan, intihar girişimi olan, intihar davranışı olmayan katılımcılar arasında ya da

intihar girişimi olan ve olmayan katılımcılar arasında da görüldü. Opiyat bağımlı hastalar üzerine yapılan çalışmalar, intihar riskinin kadın cinsiyetiyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Kadın hastalarda intihar davranışı görülme oranı daha yüksek saptanmış olup bizim bulgularımızı desteklemektedir (8,9,88,89,94). Opiyat bağımlı hastalarda intihar davranışı risk faktörlerinin araştırıldığı bir vaka kontrol çalışmasında, kadın hastaların erkek hastalara kıyasla yaşam boyu intihar düşüncesinin, mevcut intihar düşüncesinin ve intihar girişimi oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (9). Bir başka çalışmada opiyat bağımlı kadın hastaların intihar girişim oranlarının daha yüksek olduğu ve cinsiyetler arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (8). Bazı çalışmalar, kadınların yaşadığı zorluklar karşısında yardım isteme konusunda erkeklerden daha istekli olduğunu, daha fazla bilgi verdiklerini bu durumun erkeklerde tanı koyma güçlüğü oluşturduğunu vurgulamışlardır(125,126). Bunun yanında, çalışmalar kadınların intihar girişiminde bulunma olasılığının erkeklerden üç kat daha fazla olmasına rağmen, tamamlanmış intiharlarda erkeklerin oranının daha fazla olduğunu göstermektedir(123).

Çalışma durumu ve aylık gelir miktarı açısından bakıldığında, işsizlik opiyat bağımlı hastalarda intihar riski ile ilişkilendirilmiştir (9,88,89). Çalışmamızda çalışan ve çalışmayan katılımcılar arasında anlamlı fark saptanmamış olup aylık gelir miktarı intihar davranışı olan grupta daha düşük saptandı ve gruplar arasında bu fark anlamlıydı. Aylık gelir miktarı açısından anlamlı farklılık intihar girişimi olan ve olmayan katılımcılar arasında da saptanırken intihar düşüncesi olan, intihar girişimi olan ve intihar davranışı olmayan katılımcılar arasında saptanmadı;intihar düşüncesi olan katılımcıların aylık gelir miktarı ortalamasının diğer iki gruba göre görece daha fazla olduğu görüldü. Bu bulgular ile ekonomik sıkıntıların intihar risk etmenleri arasında olduğu görüşü desteklenmektedir(90). İşsizlik ve düşük maddi gelir intihar davranışı için tetikleyici bir faktör olması ile birlikte madde kullanımının bir sonucu olarak da değerlendirilebilir.

Eğitim yılı incelendiğinde intihar davranışı olan katılımcıların eğitim yılı ortalaması 9.3 ± 2.3 iken olmayan katılımcıların 8.5 ± 2.2 olarak saptanmış olup fark anlamlı seviyeydi. İntihar girişimi olan ve olmayan katılımcıların ya da intihar düşüncesi olan, intihar girişimi olan ve intihar davranışı olmayan katılımcıların

eğitim yılına ilişkin anlamlı farklılık saptanmazken intihar girişimi ve intihar davranışı olmayan katılımcıların eğitim yılı ortalamaları daha yüksekti. Yapılan bir çalışmada intihar girişimi oranı yüksek olan opiyat bağımlı hastalarda ortalama eğitim yılı 8-10 arasında saptanmış olup bulgularımızı desteklemektedir(9). Bir başka çalışmada eğitim düzeyi daha düşük olan opiyat bağımlı hastaların intihar girişim oranları daha yüksek bulunmuştur, literatür verilerine göre intihar davranış riski ile eğitim seviyesi arasında ters bir ilişki olduğu görölmektedir.

İntihar davranışı olan ve olmayan katılımcıların ya da intihar girişimi olan, intihar düşünceşi olan ve intihar davranışı olmayan katılımcıların yaş ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmazken, intihar davranışında bulunan katılımcıların daha genç olduğu saptandı. İntihar girişimi olan ve olmayan katılımcılar arasında yaş ortalamaları açısından fark anlamlıydı. Yapılan çalışmalarda intihar girişimi olan opiyat bağımlı hastaların daha genç olduğu saptanmış olup bulgularımızı desteklemektedir(8,9,89). Yaşa özgü bazı bilişsel özelliklerde yetersizliğin genç yaşta intihar davranışı üzerine etkili olabileceği gibi alkol-madde kullanımının da genç yaşta başlaması, ailesel yatkınlık içeriyor olabilmesi intihar davranışı riskini artırmaktadır (4,91).

Katılımcıların İntihar Davranışı İntihar Girişimi ya da İntihar Düşüncesine Göre Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmada değerlendirilen grupların tümünde opiyat ilk kullanım yaşı ve ilk madde kullanım yaşı açısından fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı. İntihar davranışı olan katılımcıların opiyat ilk kullanım ve ilk madde kullanım yaşı ortanca değerleri sırasıyla 19 ve 16 olarak saptanırken, intihar davranışı olan grup olmayan gruba göre daha gençti. Evren ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada maddeyi ilk kullanma yaşı intihar öyküsü olanlarda(16.04 ± 4.97) olmayanlara (18.69 ± 7.4) göre anlamlı olarak daha genç olarak saptanmış olup, yapılan başka çalışmalarda intihar davranışı olan hastaların madde kullanımına daha erken yaşta başladıkları bulunmuştur (92,93,95). Maddeye daha genç yaşta başlanması intihar davranışı için daha yüksek risk oluşturmaktadır. Ülkemizde opiyat bağımlılıkları ile yapılan bir

çalışmada intihar girişimi olanlarda maddeye başlama yaşı anlamlı düzeyde daha düşük saptanmış olup çalışmamıza benzer şekilde intihar girişimi olanlar olmayanlara göre iki yıl daha erken madde kullanımına başlamaktadır(5).Madde kullanımının kişinin yaşamına erken girmesinin; olumsuz getirlerinin erken yaşta başlamasına neden olabileceğini ve yol açabileceği psikolojik, sosyal etkenlerin intihar için risk oluşturabileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda erken yaşta madde kullanımı olası psikiyatrik hastalıklara yol açabileceğinden hastaların intihar riskini artırmaktadır (92,95).

Literatürde opiyat kullanım bozukluğu tanımlı hastaların klinik özellikleri ve intihar davranışı arasında ki ilişkiye dayalı veri sayısı oldukça kısıtlı olup çalışmamızda değerlendirilen tüm gruplar içinde opiyat kullanım süresi, opiyat kullanım şekli, opiyat kullanım miktarı, tedavi altında olup olmadığı, tedavi süresi ve ek tıbbi hastalık açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Lübnan’da yapılan bir çalışmada intihar girişimi olan ve halihazırda intihar düşüncesi olan eroin bağımlı hastalarda, eroin kullanım süresi ortalaması sırasıyla 6.59 ve 8.0 yıl olarak saptanmış, ülkemizde yapılan bir çalışmada ise intihar girişimi olan opiyat bağımlı hastalarda opiyat kullanım süresi ortalaması 6.45 yıl olarak saptanmış olup intihar davranışı olmayan gruba göre opiyat kullanım süresinin daha fazla olduğu görülmüştür; ancak arada anlamlı bir fark bulunmamıştır, opiyat kullanım süresinin intihar riski ile ilişkili olmadığını destekleyen literatür bilgileri mevcuttur(5,94,95). Çalışmamızın bulguları da literatür bilgilerini desteklemekteydi. Değerlendirilmeye alınan grupların tümünde tedavi altında olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı bir fark saptanmazken, intihar davranışı olan katılımcıların olmayanlara kıyasla daha fazla tıbbi destek aldığı saptandı, bu bulgular literatür bilgileri ile uyumluydu(92,94).

Ailede intihar davranışı ve psikiyatrik hastalık olması intihar davranışı için risk etmenlerindendir(61). İntihar girişiminde bulunma davranışının genetik yönü de gösterilmiş olup intihar davranışında bulunanların ailelerinde intihar davranışı ve psikiyatrik hastalıklar toplum ortalamalarına göre yüksek saptanmıştır (97).

Çalışmamızda ailede intihar girişimi öyküsü açısından bakıldığında intihar davranışı olan ve olmayan katılımcılar arasında fark anlamlı iken diğer gruplarda

anlamli saptanmadı. Yapılan bir çalışmada ailede intihar girişimi öyküsü bulunan opiyat bağımlı hastalarda intihar girişim riskinin daha yüksek olduğu, daha ölümcül metodlarla girişimde bulundukları ve tekrarlayan intihar girişimleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur(8). Başka bir çalışmada ailede intihar öyküsünün olması opiyat bağımlı hastalarda intihar davranışı riski ile ilişkili bulunurken intihar düşüncesi olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır(95) .Literatürde opiyat bağımlı hastalarda yapılan diğer çalışmalar ailede intihar girişimi öyküsünün intihar davranışı riski ile ilişkili olduğunu desteklemektedir(7,9). Ailede psikiyatrik hastalık varlığından bağımsız olarak intihar davranışı olmasının model alma dışında katılsal etmenlere de bağlı olabileceği düşünölmekte, psikopatolojinin yarattığı olumsuzluklar kontrol altına alındığında bile intihar riski artmaktadır(61,98). Ailede psikiyatrik hastalık açısından bakıldığında, intihar davranışı olan ve olmayan katılımcılar arasında ya da intihar girişimi olan, intihar düşüncesi olan ve intihar davranışı olmayan katılımcılar arasında anlamlı fark saptanırken intihar girişimi olan ve olmayan katılımcılar arasında fark anlamlı düzeeye yakın olarak saptandı ($p = 0.052$). Ailede intihar davranışı ve psikiyatrik hastalık öyküsü açısından bakıldığında madde kullanımı olan kişilerde yüksek sıklıkla ailede psikiyatrik hastalıklar eşlik etmektedir(84). Bu durum kalıtsal etmenler dışında hem bağımlılıkta hem de intihar davranışında sağlıklı aile ilişkilerinin kurulması, aile desteğinin olması gibi koruyucu etmenlerin önemeine işaret etmektedir. Genel olarak aile psikopatolojisi ve özellikle ailede intihar öyküsü risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (7,84).

Katılımcıların İntihar Davranışı, İntihar Girişimi ya da İntihar Düşüncesine Göre Çocukluk ağı Örselenme Yaşantılarının Değerlendirilmesi

Çocukluk ağı örselenme yaşantıları olarak duygusal istismar ve ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar başlıkları altında çalışmada değerlendirilen tüm gruplar incelendi. Duygusal istismar ve ihmal de tüm gruplarda çocuklukta aşağılayıcı söze maruz kalma ve sevildiğini hissetme açısından ve cinsel istismar açısından anlamlı farklar saptanırken, fiziksel istismar açısından anlamlı fark

saptanmadı. Koyuncu ve arkadaşlarının opiyat bağımlı hastalarda yaptığı çalışmada intihar düşüncesi ve intihar girişimi, duygusal kötüye kullanımı olanlarda daha yoğun saptanmış ve anlamlı farklar bulunmuştur(12). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada erkek opiyat kullanım bozukluğu hastalarında kendine zarar verici davranış ve intihar girişimi öyküsünün çocukluk çağı istismar öyküsü ile yüksek oranda ilişkisi olduğu saptanmıştır(11). Opiyat bağımlı hastalarda intihar davranışı, intihar girişimi ve intihar düşüncesi olanlar üzerine yapılan bazı çalışmalar çocukluk çağı travmasını ve kötü muameleyi intihar için risk faktörü olarak tanımlamıştır (6,8,9).

Çalışmalar, çocuklukta cinsel istismar öyküsü olan ve madde kullanımı olan hastalarda, kendine zarar verici davranışın ve intihar girişiminin daha fazla olduğunu, çocukluk çağı travmasının ve olumsuz yaşantıların adolesan ve erişkinlerde madde kötü kullanımına, depresif bozukluk ve intihar girişimlerine yol açabildiğini bildirmektedir(99,101). Evren ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı bir çalışmada alkol/madde bağımlıların özkıyım girişimi öyküsü olanların daha fazla sözel ve fiziksel şiddet yaşadıklarını bildirmiştir (100). Norveç'te yapılan bir çalışmada ise madde bağımlıların çocukluk çağı olumsuz yaşantıları olanların özkıyım girişimi öyküsünün daha fazla oranda olduğu bildirilmiştir (102). Opiyat bağımlı hastalarda çocukluk çağı örselenme yaşantısının değerlendirilmesi intihar riskini belirleme açısından dikkate değer bir etken olarak düşünülebilir. Çocukluk çağı travma yaşantıları toplumsal bir sorun olmanın yanında yol açtığı bedensel, zihinsel ve psikiyatrik bozukluklarla önemli bir sağlık sorunudur(124).

Katılımcıların İntihar Davranışı, İntihar Girişimi ya da İntihar Düşüncesine göre Dürtüsellik, Depresyon, Anksiyete ve Umutsuzluk Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Dürtüsellğin, alkol ve madde kullanım bozukluğu, kendine zarar verici davranış ve intihar davranışı ile ilişkili olduğu bilinmektedir (103,104). Dürtüsel bireyler özellikle depresif olduklarında ya da alkol madde etkisindeyken intihar girişiminde bulunma riskleri artmaktadır (105). Çalışmamızda intihar girişimi olan

ve olmayan katılımcılar arasında Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt ölçekleri dikkat ve plan yapmama açısından fark saptanmazken, motor dürtüsellik alt ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam puanı açısından intihar girişimi olan grupta daha yüksek olmak üzere anlamlı fark saptandı. İntihar düşüncesi olan ve intihar davranışı olmayan katılımcılar arasında ise anlamlı fark bulunmazken intihar düşüncesi olanların Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam puanı daha yüksek saptanmış olup, intihar olasılığı ile dürtüsellik arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Ülkemizde yapılan bir çalışmada kendine zarar verici davranışı ve intihar girişimi olan opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda daha yüksek olmak üzere Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam puanı ve motor dürtüsellik alt ölçek puanı anlamlı olarak farklı bulunmuştur (11). Başka bir çalışmada, Barratt Dürtüsellik Ölçeği puanları en az bir intihar girişimi olan opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda hiç intihar girişiminde bulunmayanlara göre belirgin olarak daha yüksek bulunmuş olup, intihar girişim sayısı anlamlı olarak Barratt Dürtüsellik Ölçek puanı ile ilişkili bulunmuştur (95). Çalışmamızın sonuçları literatür bilgilerini desteklemektedir. Alkol/madde kullanımı ve dürtüsellik ile giden bozukluklar intihar düşünceleri olan kişilerde intiharı yordamaktadır(112). İntihar riskini değerlendirirken dürtüsellik, düşünceden intihar girişimine geçmenin tetikleyicisi olarak ve tekrarlanan intihar girişimlerini tahmin etmek açısından yararlı olabilir(106,107,108). Madde bağımlılığı ile birlikte gelişen ruhsal ve fizyolojik değişikliklerin dürtüsellliği artırması(11) ve neticede intihar davranışı için önemli bir risk etkeni olarak görülebilir.

Çalışmamızın bulgularına göre, intihar düşüncesi olan ve intihar davranışı olmayan katılımcıların intihar olasılığı ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanırken, umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Koyuncu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, intihar düşüncesi ve intihar girişimi olan eroin bağımlı hastalarda daha yüksek depresyon düzeyi saptanmış, madde kullanımı olan kişilerin bilişsel düzeyde psikopatoloji eğilimlerinin daha yaygın olduğu belirtilmiştir. (12).Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada opiyat kullanımı nedeni ile tedavi altındaki hastalarda , intihar davranışına hem depresyonun hem de anksiyetenin başa çıkma yollarını olumsuz etkileyerek aracılık ettiği belirtilmiş, aynı çalışmada intihar girişimi olan hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek saptanmıştır(5). Literatürde bu bilgileri destekleyen

başka çalışmalarda bulunmaktadır (6,11,89,113,114). Literatür bilgilerine göre intihar girişimi olan depresif hastalar, girişimi olmayan hasta grubuyla karşılaştırıldığında, daha yüksek anksiyete düzeyi ve daha fazla madde kullanım bozukluğu görüldüğü saptanmıştır(109,110,111). Bu bilgilerle birlikte opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyinin şiddeti intihar davranışı riski açısından önem arz etmektedir. Umutsuzluk açısından bakıldığında intihar davranışı için önemli risk etmenleri arasında gösterilmektedir. Umutsuzluğun çok yoğun olması, gelecek ile ilgili olumsuz beklentilerin olması nedeni ile bu kişilerde intihar riski yüksektir(61). Umutsuzluğun intihar riskini depresyonun şiddetinden bağımsız olarak etikileyen çalışmaların bulunmasının yanında , ilişkili olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur(115,116). Yapılan bir çalışmada opiyat bağımlı hastalarda intihar niyeti ile depresyon ve umutsuzluk ilişkisine bakılmış, umutsuzluk düzeylerinin depresyon düzeyinden bağımsız olarak intihar niyeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır (114). Koyuncu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada intihar düşüncesi olan hastaların umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek saptanmıştır(12).Literatür de opiyat bağımlı hastalarda intihar davranışı ve umutsuzluk ilişkisine bakılan çalışma az olup, bizim çalışmamız bu konuda çalışma yapan literatür verileri ile uyumlu saptanmamıştır. Çalışmamızda umutsuzluk düzeyi açısından intihar düşüncesi olan ve intihar davranışı olmayan katılımcılar arasında anlamlı fark saptanmayıp, intihar olasılığı ile umutsuzluk arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Çalışma grubunu oluşturan katılımcıların yoğun olarak tedavi arayışında ve tedavi ihtiyacı olan çoğunluğu oluşturması, ayaktan başvurmak üzere kendi kararlarıyla gelme motivasyonlarının olmalarının bu durumla ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Katılımcıların İntihar Davranışına göre Bağımlılık Şiddeti ve Ek Psikiatrik Hastalıkların Değerlendirilmesi

Madde bağımlılıklarında intihar davranışını inceleyen bir çalışmada, major depresyon gibi ek psikiyatrik tanıların daha fazla ve bağımlılık şiddetlerinin daha

yüksek olduğu bulunmuştur (117). Madde kullanım bozukluğu tanılı hastalarda intihar davranışı olan ve olmayan katılımcılar arasında bağımlılık şiddetine bakıldığında intihar davranışı olan grupta daha yüksek saptanmıştır(6).İntihar girişimi olan ve olmayan eroin bağımlı hastaların karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ise bağımlılık şiddeti puanlarının intihar girişimi olan grupta daha yüksek olduğu görülmüştür (10). Çalışmamızda, intihar davranışı olan ve olmayan katılımcılar arasında bağımlılık şiddeti açısından anlamlı fark bulunmadı, bu bulgumuz literatür bilgileri ile uyumlu değildi. Bağımlılık profil indeksi kısa formunun son bir yıla odaklanması, çalışmamızdaki katılımcılar arasında bir yılı aşkın bir süredir tedavi altında olanların da bulunması göz önüne alındığında bu bulgunun nedeni olarak düşünülebilir.

Madde kullanım bozukluğu ile komorbid görülen pek çok psikiyatrik bozukluk vardır (118). Araştırmalarda en sık tanılar duygudurum bozuklukları , anti-sosyal kişilik bozukluğu ve anksiyete bozukluğudur(13).Yapılan çalışmalar opiyat kullanıcılarının dörtte biri ile üçte biri arasında ömür boyu majör depresyon tanısı kriterlerini karşıladığını göstermiştir(119,120).Eroin bağımlılarında yapılan bir çalışmada depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları antisosyal kişilik bozuklukları öne çıkan ek psikiyatrik tanılar olup intihar girişimi olan ve olmayanlar arasında ek psikiyatrik hastalık açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır(10). Opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda ek psikiyatrik hastalıkların intihar davranışı için risk etkeni olduğunu gösteren başka çalışmalarda mevcuttur (6,113). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda katılımcıların %18'inde ek psikiyatrik hastalık tanısı olup, intihar davranışı olan ve olmayan katılımcılar arasında ek psikiyatrik hastalık açısından anlamlı fark saptandı, en eksen 1 tanı olarak sırasıyla depresif ve anksiyete bozuklukları olduğu görüldü. Ek psikiyatrik hastalık tanısıyla intihar davranışının görülme ihtimali tek psikiyatrik hastalıklarda görülme ihtimalinden yüksektir (121). Ek tanıların tanınması ile intihar davranışının yordanabileceği ve erken müdahalelerle buna ilişkin riskler azaltılabilir.

İntihar davranışı tamamlanmış intiharlar, intihar girişimleri ve intihar düşüncelerini kapsar(68).İntihar dünya genelinde yaralanma ve ölümlerin başlıca

sebeplerinden bir tanesi olup her yıl yaklaşık bir milyona yakın insan intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (59).

İntiharın psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi güçlüdür. (122)En sık depresyon olmak üzere intiharı öngörmede sıklıkla görülen diğer tanılar alkol/madde kullanım bozuklukları ve şizofrenidir (121). Madde kullanımı ve alkol bağımlılığı ile intihar görülme sıklığı %15 gibi yüksek oranlardadır. Opiyat bağımlılarının da normal popülasyona göre intihar davranışında yüksek riske sahip olduğu bilinmektedir (9). Opiyat kullanımının kısa ve uzun dönemde kişinin hayatında yarattığı olumsuz etki bu kişilerde intihar davranışı görülme riskini artırmaktadır. İntihar riskinin değerlendirmesini yapabilmek, risk altındaki kişiler için yaşamsal önemdedir ancak riskin belirlenmesi karmaşık ve zordur. İntihar riskini azaltmada koruyucu etmenlerin güçlendirilip, değiştirilebilir risk etmenlerin azaltılması önemlidir (68) .

6. KISITLILIKLAR

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları vardır. Katılımcı sayısının azlığı ve sadece opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastaların çalışmaya dahil edilmesi intihar davranışı olan katılımcılara genellenebilirliği kısıtlamaktadır. Bu nedenle çalışmaya başvurmayan opiyat kullanım bozukluğu olan hastalarla ilgili sonuç elde edilmemiştir.Çalışmamızda kişilik özellikleri değerlendirilmeyip intihar davranışına olan katkıları irdelenmemiştir.

7. SONUÇLAR

- Opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda %30'a yakın oranda intihar davranışı görülmüş olup oldukça yaygın bulunmuştur. %24.2'sinde intihar girişimi öyküsü , %5.2'sinde son 1 hafta içerisinde intihar düşüncesi saptanmıştır.
- Opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda intihar davranışı kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir.
- İntihar davranışı olan opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda yaş, ilk opiyat kullanım yaşı, ilk madde kullanım yaşı, eğitim yılı ve aylık gelir miktarı ortalaması daha düşüktür.
- Çalışmada en sık saptanan eksen 1 tanısı majör depresif bozukluk olup; bunu anksiyete bozukluğu tanısı izlemektedir. Ek psikiyatrik hastalık tanısı intihar davranışı olanlarda daha sık görülmektedir.
- İntihar davranışı olan ve olmayan hastalar arasında opiyat kullanım şekli , süresi, miktarı, tedavi altında olup olmadığı, almakta olduğu tedavi, ek tıbbi hastalık açısından anlamlı farklılık yoktur.
- İntihar davranışı olan opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda ailede intihar girişimi öyküsü ve psikiyatrik hastalık öyküsü daha fazladır.
- Çocukluk çağı örselenme yaşantısında özellikle duygusal ve cinsel istismarı olan opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda intihar davranışı daha fazladır.
- İntihar davranışı olan opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastaların dürtüsellik düzeyi daha fazladır.
- İntihar düşüncesi olanlarda intihar olasılığı ile depresyon, anksiyete ve dürtüsellik düzeyleri, pozitif yönde anlamlı ve orta derecede ilişkilidir.
- İntihar davranışı olan ve olmayan opiyat kullanım bozukluğu tanılı hastalarda bağımlılık şiddeti açısından anlamlı fark yoktur.
- İntihar düşüncesi olanlarda, depresyon düzeyi ve ailede intihar girişimi öyküsü intihar davranışı için risk faktörüdür.

8. KAYNAKLAR

1. Odağ C İntihar (özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. Ege Üniversitesi Basımevi , Bornova -İzmir, 1995 : 38-81
2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: World Health Organization ; 2014 7-45
3. Walsh CG, Ribeiro JD, Franklin JC. Predicting Risk of Suicide Attempts Over Time Through Machine Learning. Clinical Psychological Science. 2017
4. Öncü B. İntihar Davranışı: Tanım, Epidemiyoloji ve Risk Etmenleri. İntiharı Anlama ve Müdahale Temel Kitap. 1.Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği. 2019
5. Karabulut V, Evren C Opioid sürdürüm tedavisindeki hastalarda intihar girişimi ile stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişki. Klinik Psikiyatri 2018 ; 21:245 -253
6. Rodríguez-Cintas L, Daigre C, Braquehais MD, Alvarez RFP , Grau – Lopez L, Cucurull ER. Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. Psychiatry Research 2018; 262 : 440-445
7. Dragisic T, Dickov A, Dickov A, Mijatovic V. Drug addiction as risk for suicide attempts. Materia socio-medica 2015; 27 (3) : 188-191
8. Roy A. Risk Factors for Attempting Suicide in Heroin Addicts. Suicide and Life-Threatening Behavior 2010 ; 40(4): 416-420.
9. Maloney E, Degenhardt L, Darke S, Mattick RP. Suicidal Behaviour and Associated Risk Factors among Opioid-Dependent Individuals: Case-Control Study. Society for the Study of Addiction 2007 ; 102 (12) : 1933-1941
10. Kalyoncu A, Mırsal H, Tan D, Beyazyürek M. Heroine-Dependent Patients Attempting and Non-Attempting Suicide : A Comparison. Acta Neuropsychiatrica 2007 : 19: 297-303
11. Baykara S, Atmaca M. Erkek Opiyat Kullanım Bozukluğu Hastalarında Kendine Zarar Verici Davranış ve İntihar Girişim Öyküsü. Anadolu Psikiyatri Derg 2019 ; 20 (1) : 29-37
12. Koyuncu A, Mırsal H, Yavuz F, Kalyoncu A, Beyazyürek M. Eroin Bağımlıllarında İntihar Düşüncesi , Planı ve Girişimi. Bağımlılık Dergisi 2003 ; 4 (3)
13. Eren C. Opioid Kullanım Bozukluğunda Tanı ve Tedavi Kılavuzu.1.Baskı : Düşünen Adam 2017

14. Dilbaz N. Opiyat Bağımlılığı Bölümü. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü .2011
15. Öztürk MO, Uluğ B. Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal Hastalıklar Bölümü. Ruh sağlığı ve bozuklukları 13. baskı: Nobel Tıp Kitapları. 2015.
16. Işık U, Işık E. Bağımlılık ve Nörobiyolojisi Bölümü. Alkol ve Madde Bağımlılığı Nörobiyolojisi, Kliniği, Tedavi ve Psikofarmakolojisi 1. Baskı: Sigma Publishing. 2016.
17. Köroğlu E. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Çeviri Hekimler yayın birliği İstanbul. 2013.
18. Uzbay T. Madde Bağımlılığı Tüm Boyutları ile Bağımlılık ve Bağımlılık Maddeler. 1.Baskı. İstanbul:Medikal Sağlık ve Yayıncılık. 2015; 125-133
19. Crocq MA. Historical and Cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. Dialogues Clin Neurosci 2007;9:355-361
20. Brownstein MJ. A brief history of opiates, opioid peptides, and opioid receptors. Proc Natl Acad Sci. 1993;90: 5391-5393
21. Toklu ZH, Hakan T. İngiliz Edebiyatı'nda Romantikler ve Afyon. Türk Farmakoloji Derneği Bülteni 2011; 110:15-17
22. Goldstein A. Heroin addiction: Neurobiology, pharmacology, and policy. J Psychoactive Drugs. 1991;23(2):123-133.
23. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry. Günes Kitapevi Ltd.Sti, Lippincott Williams & Wilkins, 11. Baskı, 2015; 616-694.
24. EMCDDA. European Drug Report 2017: Trends and Developments. Luxembourg; EMCDDA; 2017
25. UNODC. World Drug Report 2019. UNODC; 2019
26. TUBİM. Türkiye Uyuşturucu Raporu 2012. Ankara, Emniyet Genel Müdürlüğü; 2012
27. Degenhardt L, Charlson F, Bradley M, Hall WD, Flaxman AD, Johns N, Vos T. The global epidemiology and burden of opioid dependence: results from the global burden of disease 2010 study. Addiction 2014; 109:1320-1333.
28. Bağımlılık Psikofarmakolojisi, Tuğçe Toker Uğurlu, Ceyhan Balcı Şengül, Cem Şengül, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2012;4(1):37-50
29. Sadock BJ SV. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8 ed. Ankara: Güneş Kitapevi; 2007.

30. Zhu F, Yan C-X, Wen Y-C ve ark. (Dopamine D1 Receptor Gene Variation Modulates Opioid Dependence Risk by Affecting Transition to Addiction
31. Mistry CJ, Bawor M, (2012) Genetics of opioid dependence:A review of the genetic contribution to opioid dependence Curr psychiatry Rev, 10(2);156-167
32. Vink JM. Genetics of Addiction: Future Focus on Gene $\times$ Environment Interaction J Stud Alcohol Drugs. 2016; 77(5):684-687
33. WHO ; World Health Organization. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009
34. Gürpınar D, Tokuçoğlu L. Bağımlılık Yapan Maddeleri Kullanmak İçin Duyulan Arzu ve Bu Maddelerle İlgili Rüyalar. Bağımlılık Dergisi, 2006; 7(1):38-43
35. Yılmaz A, Can Y, Bozkurt M, Evren C. Alkol ve madde bağımlılığında remisyon ve depresyon. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6(3).
36. Strain EC, Lofwall MR, Jaffe JH. Opioid-Related Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, (editors). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th Edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins. 2011;1360- 1387
37. Sercan M. Kendine Kıymanın Zaman İçinde Yolculuğu Bölümü. İntiharı Anlama ve Müdahale Temel Kitap. 1.Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği. 2019.
38. Türkiye İstatistik Kurumu. (2002-2018). İntihar İstatistikleri. Türkiye İstatistik Kurumu.
39. World Health Organization Data: suicide rates 2018
40. Özgüven H.D, Eskin M, intihar riskinin değerlendirilmesi. İntiharı anlama ve müdahale temel kitap
41. Atay İM, Gündoğar D. İntihar Davranışında Risk Faktörleri: Bir Gözden Geçirme. Kriz Dergisi 12 (3): 39-52
42. Cummins N, Scherer S, Krajewski J, Schnieder S, Epps J, Quatier TF. A review of depression and suicide risk assessment using speech analysis Speech Communication 2015;71: 10-49
43. Eskin , M. Reliability of the Turkish version of the Percieved Social Support from Friends and Family Scales , Scale for İnterpersonal Behaviour and Suicide Probability 1993
44. Atlı, Z. (2007). İntihar Olasılığı Ölçeğinin Klinik Örneklemdeki Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi*.
45. Beck AT, World CH , Mendelson M , ve ark (1961) An Inventory for measuring depression.

Arch Gen Psychiatry 4: 561-571

46. Hisli, N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üzerine bir çalışma. Turkish Journal of Psychology, 1988. 6: p. 118-122.

47. Beck AT , Epstein N , Brown G , Steer RA (1988) an inventory for measuring clinical anxiety Psychometric properties . J Consult , Clinical Psychology, 56 : 893-897

48. Durak A (1994) Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması . Türk Psikoloji Dergisi,{Formatting Citation}9 (31) : 1-11

49. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BM, Steer RA (1990) Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. American Journal of Psychiatry, 147: 190–197.

50. Beck AT, Ster RA, Kovacks M, Garrison B (1985) Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation, American Journal of Psychiatry, 142: 559–563.

51. Güleç H , Tamam L , Güleç MY ve ark Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 (BIS)'in Türkçe uyarlamasının Psikometrik özellikleri. Klin Psikofarmakoloji 2018 ; 18: 251-8

52. Ögel K, Evren C , Karadağ F, Tamar Gürol D. Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) Geliştirilmesi , Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2012 ; 23

53. Elbir, M., Topbaş, Ö. A., Bayad, S., Kocabaş, T., Topak, O. Z., & Çetin, Ş. (2019). DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 30(1), 51–56.

54. Preventing suicide: a global imperative. Luxemburg, World Health Organization 2014, s7-45.

55. Özsoy SD, Eşel E. İntihar(Özkırım). Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003; 4: 175- 85

56. Anderson RN (2002) Deaths: Leading causes for 2000. National Vital Statistics Reports, Hyattsville. National Center for Health Statistics

57. Kessler RC, Downey G, Stipp H ve ark. (1989) Network television news stories about suicide and short term changes in total US suicides. J Nerv Ment Dis, 177:551-555.

58. Platt B, Hawton K, Simkin S. Suicidal Behaviour and Psychosocial Problems in Veterinary Surgeons: Systematic Review. Soc Pscyhiarty Psychiatr Epidemiol 2012 ; 47(2): 223-40.

59. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. J Clin Psychiatry 2010; 71(12):1617-28

60. K ro lu E. Psikiyatrik Acil Durumlar. 2.Basım. Hekimler Yayın Birliği, Ankara,1999; 425-443
61. Chehil S, Kutcher S. Suicide Risk Manangement : A Manual for Health Professionals. İkinci Baskı 2012. Jon Wiley and Sons, Ltd.
62. Sayıl I, U an  . Turkiye‘ de İntiharı Konu Alan Yayınlar Uzerine Bir Bibliyografya Calışması. Kriz Dergisi 2009; 30: 56-61
- 63.T  K.  l m  statistikleri 2015. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27592>. (29.12.2019).
64. Skegg K. Self-Harm. Lancet. 2005; 366: 1471-83
65.  zalp E. İntihar davranışının genetiği. Turk Psikiyatri Derg 2009; 20:85-93.
66. Brent DA, Mann JJ Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2015; 133:13–24.
67. Brent DA, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. Psychiatr Clin North Am.2008; 31:157-177
68.  nc  B. İntihar ve intiharda risk etmenleri. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2008; 9:1-15.
69. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide Risk Assessment and İntervention in People with Mental İllness. BMJ 2015; 351:h4978
70. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Suicide in bipolar disorder: a review. Psychiatria Danubina 2014;26(2):108-14.
71. Holmstrand C, Bogren M, Mattison C. Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947–1997. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2015; 132(6):459-469
72. Murphy GE. Psychiatric aspects of suicidal behavior: Substance abuse. In K. and K. van Heeringen (Eds.), The International handbook of suicide and attempted suicide. Chichester, UK:Wiley. 2000; 121-147
73. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behavior. Lancet 2016;387:1227-1239.
74. Wilcox HC, Conner KR Caine ED (2004) Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies
75. DSM-5 (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition.American Psychiatric Publishing. Washington DC, London,England
76. (TUB M) TUB M. EMCDDA 2014 ULUSAL RAPORU (2013 Verileri). 2014

77. akmak D, Evren C. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları 2006 İstanbul: Özgöl Matbaacılık, ss. 11-12
78. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi E. Avrupa Uyuşturucu Raporu, Eğilimler ve Gelişmeler. 2018.
79. Ponizovsky AM, Margolis A, Heled L, Rosca P, Radomislensky I, Grinshpoon A. Improved quality of life, clinical, and psychosocial outcomes among heroin-dependent patients on ambulatory buprenorphine maintenance. *Subst Use Misuse*. 2010; 45(1-2):288-313.
80. Nebioğlu M, Yalnız H, Güven FM, Geçici Ö. Opiyat Bağımlılarında Diğeri Maddelerin Kullanımı ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi. *TAF Prev Med Bull*. 2013;12(1):35-42
81. Asan Ö, Tıkır B, Okay İT, Göka E. Bir AMATEM Birimine Başvuran Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Bağımlılık Derg*. 2015;16(1):1-8.
82. Türkcan A , Türkiye'de madde kullananların profili: Hastane verilerinin incelenmesi, Düşünen Adam; 1998, 11 (3): 56-64
83. SAMHSA; Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Sublingual and Transmucosal Buprenorphine for Opioid Use Disorder: Review and Update. SAMHSA Advis 2016; 15:1-12
84. Darke, S., Ross, J., 2002, Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction*, 97(11): 1383-1394.
85. Darke S, Ross J, Marel C, Mills KL, Slade T, Burns L, Teesson M. Patterns and correlates of attempted suicide amongst heroin users: 11-year follow-up of the Australian treatment outcome study cohort. *Psychiatry Res Elsevier*, 2015; 227:166-70.
86. Ögel K, Tamar D, Evren C, Hızlan C. Madde kullanıcılarının özellikleri, Türkiye'de Çok Merkezli Bir Araştırma (2. Aşama). *3P Derg* 1999; 7
87. Zhang X, Xu H, Gu J, T.F. Lau J, Hao C, Zhao Y, Davis A, Hao Y. Depression, suicidal ideation, and related factors of methadone maintenance treatment users in Guangzhou, China. *Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV* 2016; 851-856
88. Brooner RK, King VL, Kidorf M. Psychiatric and Substance Use Comorbidity Among Treatment-Seeking Opioid Abusers. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(1):71-80
89. Phillips A.B.J, Carpenter K.M, Nunes E.V. Suicide Risk in Depressed Methadone-Maintained Patients: Associations with Clinical and Demographic Characteristics. *American Journal on Addictions*. 2004; 13(4):327-332

90. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB (2003) Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 160:765
91. Platt B, Hawton K, Simkin S ve ark(2012) Suicidal behaviour and psychosocial problems in veterinary surgeons: systematic review. *Soc Pscychiarty Psychiatr Epidemiol* 47(2): 223-40.
92. Cüneyt E, Bilge E, Kültegin Ö, Duran Ç. Madde Kullanımı Nedeni ile Yatarak Tedavi Görenlerde İntihar Girişimi Öyküsü. *Klinik Psikiyatri Dergisi*.2001.
93. Hasin D, Grant B, Endicolt (1988) Treated and untreated suicide attempts in substance abuse patirents. *J Nerv Ment Dis*, 176:289-294
94. B Markus, M Kirsten, S Christian, R Jens. Factors associated with suicide attempts among injection drug users. *Substance use and misuse* 2011; 46:1553-1559
95. Kazour F, Soufia M, Rohayem J, Richa S. Suicide Risk of Heroin Dependent Subjects in Lebanon. *Community Ment Health J* 2016; 52:589-96.
96. Durant RH, Smith JA, Kreiter SR, Krowchuk DP. The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviors among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153:286-91.
97. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. Dan Med Bull* 2007; 54:306- 369.
98. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med* 2002; 136:302-11
99. Schafer M, Schnack B, Soyka M. Sexual and physical abuse during early childhood or adolescence and later drug addiction. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2000; 50:38-50.
100. Evren C E, Üstünsoy S, Can S, Başoğlu C, Çakmak D. Alkol/Madde Bağımlılarında Özkıyım Girişimi Öyküsünün Klinik Belirtilerle İlişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:86-94.
101. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1871- 1877
102. Rossow I, Lauritzen G (2001) Shattered childhood: a key issue in suicidal behavior among drug addicts? *Addiction*, 96:227- 240
103. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 2002;325:1207

104. Acton GS. Measurement of Impulsivity in a Hierarchical Model of Personality Traits: Implications for Substance Use. *Substance use and misuse* 2003; 38:67-83.
105. Sher L. Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006;113:13-22.
106. Bryan, C.J., Rudd, M.D., 2006. Advances in the assessment of suicide risk. *Journal of clinical psychology*, 62(2), 185-200.
107. Anestis, M.D., Soberay, K.A., Gutierrez, P.M., Hernandez, T.D., Joiner, T.E., 2014. Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 18, 366–386.
108. Boisseau, C.L., Yen, S., Markowitz, J.C., Grilo, C.M., Sanislow, C.A., Shea, M.T, McGlashan, T.H., 2013. Individuals with single versus multiple suicide attempts over 10 years of prospective follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 54(3), 238-242.
109. Bolton JM, Belik SL, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(7):1139-49.
109. Kim SW, Stewart R, Kim JM et al. Relationship Between a History of a Suicide Attempt and Treatment Outcomes in Patients With Depression. *J Clin Psychopharmacol*. 2011;31(4):449-56
110. Claassen CA, Trivedi MH, Rush AJ et al. Clinical differences among depressed patients with and without a history of suicide attempts: Findings from the STAR*D trial. *J Affect Disord*. 2007;97(1-3):77-84.
112. Turner, B. J., Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2018). Psychopathology and risk of suicide. In J. N. Butcher & J. M. Hooley (Eds.). *APA handbook of psychopathology: Psychopathology: Understanding, assessing, and treating adult mental disorders* (p. 609–630). American Psychological Association.
113. Krausz M, Degkwitz P, Haasen C, Verthein U. Opioid Addiction and Suicidality. *Crisis* 1996, 17, pp. 175-181
114. Emery G.D, Steer R.A, Beck A.T. Depression, Hopelessness, and Suicidal Intent among Heroin Addicts. *International Journal of the Addictions* 1981 ;16: Pages 425-429
115. Beck A.T . Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Ann NY Acad Sci* 1986; 487:90-6
116. Gould M.S, Shaffer D, Greenberg T. The epidemiology of youth suicide. *Cambridge: Cambridge university press*, s.1-40.

117. O'Boyle M, Brandon EA. Suicide attempts, substance abuse, and personality. *J Subst Abuse Treat*, 1998;15(4):353-356.
118. Bouchard GJ, Faistl KW, Monaco JL. Current options in the management of opioid dependence: a review. *JAAPA* 2011;24:41, 47-50
119. Limbeek JV, Wouters L, Kaplan C, Geerlings PJ, Alem VV. Prevalence of psychopathology in drug addicted Dutch. *J Subst Abuse Treat* 1992;9:43-52.
120. Darke S, Ross J. Polydrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors. *Drug Alcohol Depend* 1997;48:135-141
121. Çolak B, Özgüven Devrimci H. Psikiyatrik Hastalıklarda İntihar Davranışı Bölümü. İntiharı Anlama ve Müdahale Temel Kitap. 1.Baskı : Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 2019.
122. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 2014;13:153-160
123. Lynskey M, Degenhardt L, Hall W. Cohort trends in youth suicide in Australia. *Aust NZJ Psychiatry* 2000; 34:408-412.
124. Özcebe H. Halk sağlığı bakış açısıyla istismar bildirimi ve karşılaşılan güçlükler. <http://cbgd.org/kongre2009>
125. Canetto, S.S., Sakinofsky, I., 1998. The gender paradox in suicide. *Suicide and LifeThreatening Behavior*, 28(1), 1-23
126. Koweszko, T., Gierusm, J., Mosiołek, A., Kamiński, M., Wiśniewska, K.A., Szulc, A., 2016. Differences in Assessment of suicidal tendencies in Men and Women: A pilot study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 77-78.

9. EKLER





BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

“Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastalarda İntihar Davranışı ve Etki Eden Faktörler” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlıklarını bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve çalışmacıyla tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

İntihar insanın öz benliğine yönelmiş bir saldırganlık ve yok etme eylemi olup , bireyin istemli olarak yaşamına son vermesi olarak tanımlanmıştır .Dünya Sağlık Örgütüne göre dünyada her 40 saniyede 1 kişi , her yıl yaklaşık olarak 800.000 kişi intihar sonucu ölmektedir.İntihar bilimciler arasında yaygın kanı ve araştırmaların gösterdikleri kimin kendini öldürmeyi düşüneceğinin , kimin bu yönde bir girişimde bulunacağını ve kimin kendini öldüreceğinin önceden kestirilmesinin neredeyse olanaksız olduğu yönündedir . Son 50 yılda yapılan 365 bilimsel çalışma ile gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasında , intihar davranışlarının yordanabilme gücünün hala şans (%50) düzeyinde olduğu gösterilmiştir. İntihar ruhsal ,sosyal ve biyolojik birçok risk etmeni ile ilişkilidir. İntiharı önlemeye yönelik adımlar için intihar davranışına ilişkin risk etmenlerinin ortaya çıkarılması , önemli bir konudur.

İntihar edenlerin yaklaşık %90'ında psikiyatrik bir hastalık bulunmaktadır . Bunlar içerisinde alkol ve madde kullanım bozuklukları intihar davranışı için önemli bir risk faktörüdür; diğer psikiyatrik bozukluklarla birliktelik gösteriyorsa intihar riski daha da artmaktadır. Bazı araştırmacılar madde kullanım bozuklukları için tedavi gören hastaların

EK-1

yaklaşık% 40'ında intihar girişimi geçmişinin olduğunu bildirmektedir. Alkol ve / veya uyuşturucu madde bağımlısı olan veya bunlara bağımlı olan kişiler, bu maddeleri kötüye kullanmayan insanlardan yaklaşık altı kat daha fazla intihar girişiminde bulunmaktadır.

Genel popülasyona kıyasla , eroin bağımlıların intihar sonucu ölme oranının 14 kat daha yüksek olduğu belirtilmekte ve spesifik olarak eroin kullanıcılarıyla yapılan 11 yıllık bir izlem çalışması , eroin kullananların %42.2 sinin intihar girişiminde bulunduğunu ve 18.6'sının birden fazla girişiminin olduğunu ortaya koymuştur. Literatürde, 2010 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada , intihar girişiminde bulunanların daha çok kadın ve bulunmayanlara göre daha genç olduğu tespit edilmiş, ailede intihar öyküsü , çocukluk çağı travma öyküsü , antidepresan tedavi altında olma ve opiyat ile birlikte alkol ve kokain kullanımı olanlarda riskin daha çok arttığı tespit edilmiştir . Beck ve arkadaşlarının bu grup hastada yaptığı bir çalışmada intihar düşüncesinde umutsuzluğun depresyondan daha etkili olduğu saptanmıştır. 2015 yılında Bosna-Hersek'te yapılan bir çalışmada opiyat kullanım süresi , damar yoluyla opiyat kullanımı intihar girişiminde bulunanlarda oldukça fazla bulunurken , ek psikiyatrik tanının olması, başka madde kullanımı ve ailede intihar öyküsü anlamlı risk faktörleri olarak tespit edilmiştir. Avustralya' da yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında yaş cinsiyet ve iş statüleri denk olan opiyat kullanan ve kullanmayan kontrol grubu karşılaştırılmış , opiyat kullananlarda kontrol grubuna göre intihar düşüncesi %66 ya %55 intihar girişimi %31 e %20 birden çok intihar girişimi %19 a %11 olarak tespit edilmiş olup etki eden faktörler arasında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kalyoncu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada intihar girişim öyküsü olan hastalarda opiyat kullanım yaşının daha erken olduğu , çocukluk çağı istismar öyküsünün , ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün ve bağımlılık şiddetinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir .Fırat Üniversitesi'nde 2019 yılında yapılan bir çalışmada dürtüselliğin erkek opiyat kullanım bozukluğu tanısı olan hastalarda intihar girişim öyküsü ile ilişkisine bakılmış , dürtüselliğin intihar girişimi ile ilişkisinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur .Koyuncu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise bu grup hastanın %27 sinde intihar girişimi %70' nde ise intihar düşüncesi olduğu belirtilmiştir.

Opiyat bağımlıların intiharın sık karşılaşılan bir durum olması bunu önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir. Madde kullanım bozukluğunda intihar davranışı üzerine yapılan çalışmalar son yıllarda artmakla birlikte oldukça az sayıdadır. Yaptığımız literatür taramasında bu konuyla ilgili dünyada az sayıda çalışma mevcut olup Türkiye'de ise belirli faktörlerin etkisini araştıran az sayıda çalışma vardır. Bu çalışma hem intihar girişim öyküsü hem de halihazırda intihar düşüncesi üzerine etkili olan faktörleri saptamayı amaçlayan kapsamlı bir araştırmadır. Çalışma sonucunda intihar davranışına etki eden faktörlerin saptanarak bunlara yönelik önleyici müdahalelerin tasarımında önemli katkılar sağlayacaktır.

EK-1

Araştırmada, araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formu, araştırma ile ilgili anket ve ölçekler kullanılacaktır, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde bu ölçek ve formları doldurmanız beklenmektedir.

Bu araştırmaya , SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Amatem Polikliniği'ne 15 Nisan - 15 Temmuz 2019 tarihleri arasında başvuran, opiyat kullanım bozukluğu tanısı konulan , araştırma için bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların tamamı (tahmini 400 hasta) alınacaktır .

Araştırma Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar vererseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu, imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz..

Bana önerilen araştırma yöntemi dışında başka alternatif yöntemler var mı?

Çalışmamızda, Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastalarda İntihar Davranışı ve Etki Eden Faktörlerin çeşitli ölçekler aracılığıyla değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Sözel değerlendirme dışında herhangi bir girişimsel uygulama yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?

Aşağıda belirtilen ölçek ve formları doldurmanız beklenmektedir

Aydınlatılmış Onam Formu

Uygulanacak Ölçekler:

Sosyo-demografik ve Klinik Veri Toplama Formu: Bu form araştırmacılar tarafından bu çalışma için hazırlanmıştır. Daha önceki çalışmaların incelenmesi ve konu ile ilgili olabilecek parametrelerin eklenmesi ile oluşturulan sosyodemografik özellikler ve çocukluk çağı örselenme öyküsünü öğrenmeye yönelik bir formdur.

Madde Kullanımı ve İntihar Davranışı Veri Formu: Madde kullanımı ve intihar davranışını ayrıntılı sorgulayan araştırmacılar tarafından oluşturulmuş bir formdur.

EK-1

Beck Depresyon Ölçeği ;Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve güdüsel belirtileri ölçmek üzere Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Yirmi bir sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmekte olup ölçeğin toplam puanı 0-63 arasında değişebilmektedir. Yirmi bir ve üzerindeki puanlar orta şiddette ya da ağır depresyonun varlığına işaret etmektedir (Hisli 1989).

Beck Anksiyete Ölçeği ; Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen bireylerin yaşadığı anksiyete belirtile- rinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçek- tir. Türkiye’de geçerlik ve güvenirliği Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.

Beck Umutsuzluk Ölçeği; Beck ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması Seber ve ark. tarafından yapılmış olup bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini belirlemek amacıyla kullanılır.Daha sonra Durak ölçek üzerinde çalışmış; ölçeğin geçerliliğine, güvenirliğine ve faktör yapısına ilişkin daha ayrıntılı bilgiler elde edilmiştir. BUÖ 20 maddeden oluşan, 0-1 arasında puanlanan bir ölçektir. Alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11; (Barratt Impulsivity Scale-11, BIS-11): Dürtüsellliği değerlendirmede kullanılan hastanın doldurduğu bir ölçektir. Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır; dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa ahammülsüzlük). BIS-11 değerlendirilirken 4 farklı alt puan elde edilir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik. Toplam BIS-11 puanı ne kadar yüksekse kişinin dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. BIS-11’in Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

SCID-V (DSM V Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme): Bu yapılandırılmış görüşmede 32 tanısal kategori ayrıntılı tanı ölçütleriyle, 16 tanısal kategori ise yalnızca araştırmacı sorularıyla yer almaktadır. Toplam 10 modülden oluşmaktadır: duygudurum dönemleri, psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırmacı sorular, ve uyum bozuklukları. Bu çalışmada, ülkemizde yaygın olarak kullanılan

EK-1

DSM-5 için hazırlanmış DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyonunun (SCID-5) Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bayad ve arkadaşları tarafından 2018 senesinde yapılmıştır. Çalışmaya katılacak hastaların tanılarını doğrulamak, ek psikiyatrik tanı varlığını araştırmak amacıyla kullanılacaktır.

SCID –II (DSM V Eksen 2 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme): DSM-III-R'ye göre kişilik bozuklukları (eksen-II) tanımlarını koymak amacıyla Spitzer ve ark. tarafından geliştirilen, bireysel olarak uygulanan bir klinik görüşme yöntemidir. Bireyleri 12 kişilik bozukluğu açısından değerlendirir. Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) -Kısa Formu; Bağımlılığın farklı boyutlarını değerlendirmek ve bağımlılık şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Araştırmanın yapıldığı popülasyonda bağımlılık riskini belli bir derecelendirme yaparak ortaya koyabilen 22 sorudan oluşmaktadır . BAPİ'den kısaltılarak oluşturulmuştur. Özellikle bağımlılık şiddetini saptamak için tercih edilmektedir.

İntihar Olasılığı Ölçeği ; Cull ve Gill (1988) tarafından geliştirilmiş, 1-4 arası Likert tipi puanlanan, 36 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Ölçeğin orijinalinde, maddelere verilen yanıtlar “hiçbir zaman veya nadiren” (1), “bazen” (2), “sık sık” (3) ve “çoğu zaman veya her zaman” (4) şeklindedir. Puan aralığı 36-144'dür, ölçekten alınan yüksek puanlar intihar olasılığının yüksekliğine işaret eder. Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması Eskin (1993) tarafından yapılmıştır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları nelerdir, göreceğim olası bir zarar durumunda ne yapılacak ?

Araştırmada hastalığınız açısından güvenli olmayan bir müdahale ya da girişim olmayacaktır. Bu inceleme sırasında herhangi bir komplikasyon veya yan etki beklenmemektedir. Bilinmeyen etkilerden dolayı değerlendirme sırasında ortaya çıkabilecek olası bir zararın giderilmesi için gerekli her türlü tıbbi müdahale yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar tarafımızca üstlenilecektir.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir ?

EK-1

Çalışmamız; intihar davranışı ve olası belirleyicilerin araştırılması, elde edilen verilerin koruma ve tedavi hizmetleri için klinik pratiğimizde kullanılabilir olmasını sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir ?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. (ulaşım ve yemek paraları da dahil olmak üzere gönüllülere herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.)

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak ?

Araştırma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz araştırma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır..Araştırmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma sonuçları araştırma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Gönüllüler nasıl korunur ?

Gönüllünün serbest iradesi ile araştırmaya dahil edileceğine dair oluru alınır ve bu durum (c) bendinde yer alan bilgilendirmeye yönelik hususları kapsayan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile belgelenir. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu iki nüsha halinde düzenlenir.Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllüye verilir, diğeri ise araştırmacıda kalır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim ?

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

ADI: İPEK BUSE GÜZELCE

GÖREVİ: PSİKİYATRİ HEKİMİ

TELEFON: +905304033383

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Dr. İpek Buse GÜZELCE tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

EK-1



Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).*

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. İpek Buse GÜZELCE 'yi , +90 530 403 33 83 'den arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih

SOSYDEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1)Hasta No:

2)Adı Soyadı:

3)Doğum Tarihi (Yaşı):

4)Telefon / E-posta:

5)Cinsiyeti:

- ☐ Kadın
☐ Erkek

6)Oturduğunuz Yer (İl / İlçe / Mahalle / Köy):

7)Eğitim Düzeyiniz (Yıl):

8)Medeni Durumunuz:

- ☐ Evli
☐ Bekar
☐ Boşanmış
☐ Eşinden ayrı yaşıyor
☐ Dul

9)Varsa sahip olduğunuz çocuk sayısı:

10)Kaç kardeşsiniz, siz kaçınıcı çocuksunuz?

11)Aktif olarak çalışıyor musunuz?

- ☐ Hayır
☐ Düzensiz
☐ Evet (mesleğinizi belirtiniz):
•

12)Meslekte çalıştığınız süre nedir?

- ☐ 1 yıldan az
- ☐ 1-5 yıl arası
- ☐ 5-10 yıl arası
- ☐ 11 yıl ve üzeri

13)Aile içine giren maddi gelir düzeyi (miktarı belirtiniz)

.....

14)Tanısı konmuş tıbbi hastalığınız var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet (ise belirtiniz):

15)Geçmişte tedavi gördüğünüz psikiyatrik bir hastalığınız oldu mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet (tanısını belirtiniz)

16)Tedavisini gördüğünüz psikiyatrik bir hastalığınız var mı ?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet (tanısını belirtiniz)

17)Ailede psikiyatrik hastalığı olan var mı? (OKB, Depresyon, Bipolar Duygudurum Bozukluğu, Şizofreni, Anksiyete Bozukluğu, Tik Bozukluğu vb.):

- ☐ Yok
- ☐ Var
 - ☐ Anne

- ☐ Baba
- ☐ Kardeş
- ☐ Diğer akrabalar (hala, dayı, dede vs.)

18) Çocukluğunuzda aileniz tarafından aşağılayıcı sözlerle maruz kaldınız mı ?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

19) Çocukluğunuzda sizinle ilgilenen / koruyan birileri var mıydı ?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

20) Çocukluğunuzda beslenmenize ve/veya bakımınıza (temizliğinize) önem verilir miydi ?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

21) Çocukluğunuzda sevildiğinizi hisseder miydiniz ?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

22) Çocukluğunuzda ailenizden fiziksel şiddet gördünüz mü , fiziksel şiddet nedeni ile yara aldığınız oldu mu ?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

23) Çocukluğunuzda birileri tarafından cinsel tacize uğradınız mı veya cinsel amaçlı eylemlere maruz kaldınız mı veya cinsel amaçlı eylemleri birilerine yapmaya zorlandınız mı ?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

Madde Kullanımı ve İntihar Davranışı Veri Formu

İlk Madde kullanım yaşıınız nedir?

.....

Daha önce eroin haricinde düzenli kullandığınız başka madde olmuş muydu?

- Evet
- Hayır

2. Soruya yanıtınız evet ise Eroin haricinde en uzun süre düzenli kullandığınız madde neydi?

- Esrar
- Bonzai (sentetik kannabinoid)
- Bally-tiner vb. uçucu maddeler
- Kokain-taş
- Extacy
- Metamfetamin ve türevleri
- LSD
- Rivotril-roş

Yukarıda işaretlediğiniz maddeyi en son ne zaman kullandınız?

.....

Yukarıda işaretlediğiniz maddeyi ne kadar süreyle düzenli kullandınız?

.....

Geçmişte hiç düzenli olarak, haftada 3-4 gün veya daha fazla, içtiğinizde 2 double rakı/4 büyük kutu bira/4 kadeh şarap düzeyinde alkol tükettiğiniz bir dönem oldu mu?

- Evet
- Hayır

(soruya cevabınız evet ise 23 ve 24.soruyu cevaplayınız; hayır ise atlayınız)

Bu düzeydeki alkol kullanımınız ne kadar sürdü? (ay olarak)

.....

Ne kadar süredir bu düzeyde alkol tüketmiyorsunuz?(ay olarak)

.....

Eroini ilk kullanım yaşıınız ?

.....

Toplam eroin kullanım süresiniz(ay) ?

.....
Eroin miktarı (günlük gram) ?
.....

Eroin kullanım şekliniz ?

- Burun yoluyla (nazal)
- Damar yolu ile (intravenöz)
- Folyo ile (inhalasyon)
- Diğer

Daha önce hiç damar yolu ile eroin kullanımanız oldu mu?

- Evet
Ne kadar süre kullandınız?
.....

- Hayır

Eroin bırakmak amacıyla hastaneye kaç kez başvurdunuz?
.....

Eroini bırakmak için hastaneye yatışınız oldu mu ?

- Evet
Kaç kez oldu ?
.....

- Hayır

Eroini bırakmak için tedavi altında mısınız ?

- Evet
Şu an kullanmakta olduğunuz tedavi:

Buprenorfin/Nalokson (Suboxone)
Kaç mg kullanıyorsunuz ?.....

Diğer tedaviler
.....

Ne kadar süredir(ay) tedavi altındasınız ?

.....

- Hayır
 - İlk başvuru
 - Tekrarlayan başvuru
- Bırakmak için kaç kez ayaktan başvurdunuz ?(yatış planlanmayan ayaktan başvurularınız)
-

Ailede başkasında alkol ya da madde kullanımı var mı?

- Yok
- Alkol
- Madde

Sigara kullanıyor musunuz?

- Hayır
- 1-10 adet/gün
- 11-20 adet/gün
- >20 adet/gün

İntihar girişiminde bulundunuz mu ?

- Hayır
 - Evet
- Kaç kez girişiminiz oldu ?

İntiharı son 1 hafta içinde düşündüğünüz oldu mu ?

- Hayır
- Evet

Ailede intihar girişiminde bulunan oldu mu ?

- Hayır
- Evet



EK III.
İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ (İÖÖ)

Açıklama:

Aşağıdaki kişilerin çeşitli duygu ve davranışlarını anlatmak için kullanabilecekleri bazı cümleler verilmiştir. Lütfen sırası ile her bir cümleyi okuyun ve okuduğunuz cümlelerin sizin için hangi sıklıkta doğru olduğunu belirtiniz. Sizden istenen; her cümlemin sağ tarafındaki seçeneklerden size en uygun olanın altındaki "D" harfini daire içine alarak işaretlemenizdir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Ofkelendiğim zaman elime geçen her şeyi fırlatırım.				
2	Bir çok insanın benimle içtenlikle ilgilendiğini hissedirim.				
3	Ani ve kontrolsüz (dürtüsel) davrandığımı hissedirim.				
4	Başkaları ile paylaşamayacağım kadar kötü şeyler düşünürüm.				
5	Çok fazla sorumluluk yüklediğimi düşünürüm.				
6	Yapabileceğim daha bir çok yararlı şey olduğunu hissedirim.				
7	Başkalarını cezalandırmak için intihar etmeyi düşünürüm.				
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular beslediğimi hissedirim.				
9	İnsanlardan koptuğumu hissedirim.				
10	İnsanların bana ben olduğum için değer verdiklerini hissedirim.				
11	Eğer ölürsem birçok insanın üzüleceğini hissedirim.				
12	Oylesine yalnızlık hissedirim ki buna dayanmam.				
13	Başkalarının bana düşmanca duygular beslediğini hissedirim.				
14	Eğer, hayata yeniden başlayabilsem, yaşamımda bir çok değişiklik yapacağımı hissedirim.				
15	Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünürüm.				
16	Beğendiğim bir işi bulmak ve sürdürmekte güçlüğümdür.				
17	Gittiğim zaman beni kimsenin özlemeyeceğini düşünürüm.				
18	Benim için işler yolunda gidiyor gibi gözükür.				
19	İnsanların benden çok fazla şey beklemediklerini hissedirim.				

76

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
20	Düşündüğüm ve yaptığım şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini hissedirim.				
21	Dünyanın yaşamaya değer olmadığını hissedirim.				
22	Gelecek ile ilgili çok titiz bir şekilde plan yaparım.				
23	Kendisine güvenebileceğim kadar çok arkadaşımın olmadığını düşünürüm.				
24	Eğer ölmüş olsaydım insanların daha rahat edeceğini hissedirim.				
25	Bu şekilde yaşamaktansa ölmemin daha az acılı olacağını hissedirim.				
26	Anneme duygusal açıdan yakın olduğumu hissedirim(hissederdim)				
27	Eşime duygusal açıdan yakın olduğumu hissedirim(hissederdim)				
28	İşlerin düzeleceğine ilişkin umutsuzluk hissedirim.				
29	İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissedirim				
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşündüm.				
31	Para ile ilgili endişelerim var.				
32	İntihar etmeyi düşünürüm.				
33	Kendimi yorgun ve bir çok şeye ilgisiz hissedirim.				
34	Çok öfkelenince bazı şeyleri kırıp dökerim.				
35	Babama duygusal açıdan yakın olduğumu hissedirim(hissederdim)				
36	Nerede olursam olayım mutlu olmadığımı hissedirim.				

BAPİ - KISA

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.
Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz tek bir sıklıkla işaretleyin.
Son BİR yıl içinde alkol ve madde kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

	Hiç veya ayda 3 kezden fazla değil	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1 Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?	①	①	②
	Hiçbir zaman	En az bir kez kullandım	Üçten fazla kez
2 Esrar (marihuana, joint, gubar vb) kullandınız mı? Ne sıklıkta?	①	①	②
2b Bonzai, jamaikan (sentetik kannabinoid)	①	①	②
3 Ecstasy (ekstazi) kullandınız mı? Ne sıklıkta	①	①	②
4 Eroin kullandınız mı? Ne sıklıkta	①	①	②
5 Kokain kullandınız mı? Ne sıklıkta	①	①	②
6 Taş (krak kokain) kullandınız mı? Ne sıklıkta	①	①	②
7 Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar kullandınız mı? Ne sıklıkta	①	①	②
8 Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb) kullandınız mı? Ne sıklıkta	①	①	②
9 Akineton, tantum, xanax vb gibi çeşitli haplar kullandınız mı? Ne sıklıkta <i>Eğer bu ilaçları doktor bilgisinde ve önerisiyle kullandıysanız "0" işaretleyiniz</i>	①	①	②
10 Metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri kullandınız mı? Ne sıklıkta	①	①	②
11 LSD, GHB gibi maddeler kullandınız mı? Ne sıklıkta	①	①	②

Dikkat!

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kullanmayı daha çok tercih ettiğiniz maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığınız madde neyse, sorularda onu, [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

“[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” yerine alkol içiyorsanız “Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” veya esrar içiyorsanız “Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” biçiminde okuyun.

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

- 12 Kullandığınız [maddenin] miktarı giderek arttı mı?
① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 13 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?
① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 14 Planladığınızdan daha fazla [madde] kullandığınız oldu mu?
Örneğin az içmeyi düşünüp fazla içtiğin veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullandığın oldu mu?
① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 15 [Madde] kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?
① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 16 Alkol veya uyuşturucu kullanmanız beden veya ruh sağlığınızı olumsuz etkiledi mi? Yani sağlık sorunları yaşadınız mı?
① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 17 Alkol veya uyuşturucu kullanmanız ailenle veya arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?
① Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman
- 18 Alkol veya uyuşturucu kullanmanız eğitim hayatınızı olumsuz etkiledi mi? İş hayatınızı olumsuz etkiledi mi? Ekonomik durumunuzu olumsuz yönde etkiledi mi?

- ③ Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman

19 Gündüz saatlerinde de alkol veya uyuşturucu kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?

- ③ Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman

20 Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla alkol veya uyuşturucu kullandığınızdan endişeleniyor muydu? Ne sıklıkla?

- ③ Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

21 [Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musunuz? Ne sıklıkta?

- ③ Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman

22 Alkol veya uyuşturucuyu bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor muydunuz?

- ③ Hiçbir zaman ① Bazen ② Neredeyse her zaman

Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11

İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Herzaman
1. İşlerimi dikkatle yaparım				
2. Düşünmeden iş yaparım				
3. Hızla karar veririm				
4. Hiçbir 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				

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İsim: _____ Tarih: _____

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki **bugün dahil son bir haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama katlandım</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	①	①	②	③
2	Sıcak/ ateş basmaları	①	①	②	③
3	Bacaklarda halsizlik, titreme	①	①	②	③
4	Gevşeyememe	①	①	②	③
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu	①	①	②	③
6	Başdönmesi veya sersemlik	①	①	②	③
7	Kalp çarpıntısı	①	①	②	③
8	Dengenizi kaybedeceğinize duygusu	①	①	②	③
9	Dehşete kapılma	①	①	②	③
10	Sinirlilik	①	①	②	③
11	Boğuluyormuş gibi olma hissi	①	①	②	③
12	Ellerde titreme	①	①	②	③
13	Titreklik	①	①	②	③
14	Kontrolü kaybetme duygusu	①	①	②	③
15	Nefes almada güçlük	①	①	②	③
16	Ölüm korkusu	①	①	②	③
17	Korkuya kapılma	①	①	②	③
18	Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi	①	①	②	③
19	Baygınlık	①	①	②	③
20	Yüzün kızarması	①	①	②	③
21	Terleme (sıcağa bağlı olmayan)	①	①	②	③
TOPLAM İŞARET SAYISI					

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- **0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- **0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- **0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- **0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- **0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- **0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**
 1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- **0. Kendimden memnunum.**
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- **0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**
 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- **0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- **0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**
 1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabiliirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- **0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğini kaybetmedim.**
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğini kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görüntümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğini hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.**
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.**
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
Evet Hayır
- 20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.**
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu () işaretleyiniz.

Evet Hayır

1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.....
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.....
3. İşler kötüye giderken bile herşeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.....
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.....
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.....
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.....
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.....
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.....
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.....
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.....
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.....
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum....
13. Geleceğe baktığımda şimdikiye oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.
.....
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.....
15. Geleceğe büyük inancım var.....
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre birşeyler istemek aptallık olur.....
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.....
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.....
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.....
20. İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.....

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

ARAşTIRMANIN AÇIK ADI	Amatem Polikliğine Başvuran Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastalarda İntihar Davranışı ve Etki Eden Faktörler
VARSA ARAşTIRMANIN PROTOK�L KODU	

�ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	19 Mayıs mah. Sinan Ercan Cad. No:29 Kazask�r/Kadıköy/İstanbul
	TELEFON	02163025959/232
	FAKS	02164118060
	E-POSTA	erenkoy.etikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erenköy Ruh ve Sinir HEAH			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
İlaç dışı klinik araştırma		☒			
Diğer ise belirtiniz					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ X	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Amatemi Polikliniğine Başvuran Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastalarda İnşih Davranış ve Etki Eden Faktörler
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL NO'SU	

[illegible]

Varamenlik/Beyan	Uzmanlık Alanı	Sorumlu	Clasifikasyon	Arayışın Durumu	Kararlar *	İzlen			
Doç. Dr. Bilal Kadir GÜLTEKİN	Halk Sağlığı/ Poliyatri	Erkeklik RSHEAH	E (X)	K ()	B (X)	B ()	B (X)	B ( )	.....
Doç. Dr. Hürriyet GÜLEÇ	Poliyatri	Erkeklik RSHEAH	E (X)	K ()	B ()	B (X)	B (X)	B (X)	.....
Doç. Dr. E. Emine BEŞTEPE	Poliyatri	Erkeklik RSHEAH	E ()	K (X)	B ()	B (X)	B (X)	B (X)	.....
Doç. Dr. S. Fikret DOMAÇ	Nöroloji	Erkeklik RSHEAH	E ()	K (X)	B ()	B (X)	B (X)	B (X)	.....
Doç. Dr. Yusuf Özgü ÖZDEMİR	Poliyatri	Erkeklik RSHEAH	E (X)	K ()	B ()	B (X)	B (X)	B (X)	.....
Doç. Dr. Fikri İZCİ	Poliyatri	Erkeklik RSHEAH	E ()	K (X)	B ()	B (X)	B (X)	B (X)	.....
Doç. Dr. Özgür ERİNÇİ	Çocuk Poliyatri	Erkeklik RSHEAH	E (X)	K ()	B ()	B (X)	B (X)	B (X)	.....
Doç. Dr. Akın YILDIRIM	Piyano	Musik Uzmanı	E (X)	K ()	B ()	B (X)	B (X)	B (X)	.....
Doç. Dr. Yılmaz AKERİT RUMELİ	Poliyatri	Erkeklik RSHEAH	E ()	K (X)	B ()	B (X)	B (X)	B (X)	.....
Doç. Dr. Murat ALTINTAŞ	Poliyatri	Erkeklik RSHEAH	E ()	K (X)	B ()	B (X)	B (X)	B (X)	.....
Dr. Öğr. Üyesi Ömer DEMİR	Farmakoloji	İlaç Uzmanı	E (X)	K ()	B ()	B (X)	B (X)	B (X)	.....
Uzm. Dr. Mustafa ULKER	Nöroloji	Erkeklik RSHEAH	E (X)	K ()	B ()	B (X)	B (X)	B (X)	.....
Prof. Dr. İzzet GÜLHANİAKERİ	Farmakoloji	Musik Uzmanı	E ()	K (X)	B ()	B (X)	B (X)	B (X)	.....
Tayfun AÇIKGÖZÜ	İlaç	İlaç Uzmanı	E (X)	K ()	B ()	B (X)	B (X)	B (X)	.....
Zeynep Hatice ERGİN	İlaç	İlaç Uzmanı	E ()	K (X)	B ()	B (X)	B (X)	B (X)	.....

Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Filiz İZCİ
İmza: 

