

# ACİL SERVİSİNE İNTİHAR GİRİŞİMİ SEBEBİYLE BAŞVURAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER YÖNÜNDEN İNCELENMESİ

Selma Çilem Kızılpınar\*, Berker Duman\*\*

\*Araş. Gör., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

\*\* Uzm. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne intihar girişimi sebebi ile başvuran hastaların sosyodemografik verileri, tanıları ve seçtikleri intihar yöntemlerini tanımlayarak 18 yaş üstü bireylerde intihar girişimleri ile ilgili olası riskleri belirlemek, böylece takip ve tedavide yeni yöntemler geliştirilmesine aracılık etmektir. **Yöntem:** Bu çalışma 2015 Ağustos ve 2016 Temmuz ayları arasında üniversite hastanesi acil servisinden istenmiş psikiyatri konsültasyonlarının ve hasta dosyalarının geriye dönük incelenmesi şeklinde gerçekleştirilmiştir. Hastaların cinsiyeti, psikiyatrik tanıları, seçtikleri intihar yöntemleri, ilaç içerek intihar girişiminde bulunan hastaların kullandıkları ilaç tercihi ve kan etanol düzeyleri verilerine ulaşılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya alınan 54 hastanın %77.8'i (n=42) kadın, %22.2'si (n=12) erkek idi. Yaş ortalaması 31.07±11.21 olan vakaların en büyüğü 81 en küçüğü 18 yaşında idi. Vakaların 44'ünün (%81.5) ilaç ile, %14.8'inin (n=8) kesici aletler ile, %3.7'sinin (n=2) yüksekten bir yerden atlama ile kendine zarar vererek başvurduğu tespit edildi. Hastaların %37'sinin daha önceden bir psikiyatrik tanısı olduğu, %63'ünün herhangi bir psikiyatrik tanı ve tedavisinin olmadığı görüldü. İntihar girişimlerinin daha çok kriz durumu sonrası ortaya çıktığı saptandı. Girişim sırasında etanol düzeyi bakılan 51 hastanın %86.7'sinde etanol düzeyi negatif iken %13.3'ünde etanol düzeyi pozitifti. Etanol düzeyi ile hastanın tanısının olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. İlaç içerek intihar eden vakalar incelendiğinde 44 hastanın 26'sinin (%59.1) psikiyatrik olmayan ilaçlar ile 18'inin (%40.9) psikiyatrik ilaçlar ile girişimde bulunduğu görülmüştür. **Sonuç:** İntihar girişimleri kadınlarda ve 26-35 yaş aralığında daha sık görülmektedir. En sık seçilen yöntem ilaç ile kendine zarar vermedir. Hastalara uygun krize müdahale yapılması ve psikiyatrik takip konusunda anlaşmaya varılması gelecekteki intiharları önlemede en önemli adım olabilir.

**Anahtar kelimeler:** intihar, intihar girişimi, risk faktörleri, kriz

## EVALUATION OF THE SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH SUICIDE ATTEMPT ADMITTED TO AN EMERGENCY DEPARTMENT

### SUMMARY

**Objective:** The aim of this study is to identify sociodemographic data, diagnoses, possible risks related to suicide attempts and preferred suicide methods of patients over 18 years old admitted to an emergency department with suicide attempt. Besides, we purpose to mediate the development of new methods in follow-up and treatment about suicide attempt. **Methods:** This study was carried out as a retrospective analyzing of the psychiatric consultations and patient files in an emergency department of a university hospital between August 2015 and July 2016. We reached the data of gender of patients, psychiatric diagnoses, preferred suicide methods, drug preferences and blood ethanol levels from the clinical records. **Results:** We enrolled 54 patients in the study. 42 patients were female (77.8%) and 12 patients were male (22.2%). The mean age range was 31.07 ± 11.21 years. The youngest patient was 16 years old, the oldest patient was 81. We found that 44 patients (81.5%) used self-poisoning with drugs, 8 patients (14.8%) used self-harm methods by sharp objects and 2 patients (3.7%) used self-harm methods by jumping high place. When we checked the previous psychiatric diagnosis, we detected that 37% of all study patients had a previous psychiatric diagnosis and 63% of all study patients did not have any psychiatric diagnosis and treatment. Suicide attempts have emerged after the crisis situation. Ethanol level was negative in 86.7% and positive in 13.3% of the 51 patients who had ethanol level measured during the procedure. There was no significant relationship between ethanol level and the presence or absence of the diagnosis of the patients. When the cases involving drug-related suicide were examined, 26 of the 44 patients (59.1%) were found to have completed non-psychiatric drugs and

18 pateints (40.9%) with psychiatric medications. **Conclusion:** Suicide attempts are more common in women and in the age range of 26-35 years. The most commonly preferred method is self-poisoning with the drug. Proper crisis intervention and psychiatric follow-up may be the most important step in preventing future suicides.

**Key words:** Suicide, suicide attempt, risk factors, crisis

## GİRİŞ

İntihar önemli bir halk sağlığı sorunudur, önlenabilir olması sebebi ile risk faktörlerinin iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. İntihar kişinin ölme niyetiyle kendine yönelen şiddet davranışı sonucu gerçekleşen ölüm olarak tanımlanırken intihar girişimi kişinin ölme niyeti ile yaptığı ama ölümlü sonuçlanmayan ancak potansiyel olarak zarar verici olan davranışlar olarak tanımlanır. İntihar düşüncesi ise intiharı düşünmek veya planlamak olarak tanımlanır. İntiharla ilgili terim ve tanımların kullanımları ile ilgili çeşitli tutarsızlıklar vardır. Terimlerle ilgili belirsizlik ve tutarsızlıklar epidemiyoloji çalışmalarında çelişkili sonuçlar ortaya çıkmasına neden olabilir. Başarısız intihar girişimi, ölümcül olmayan intihar, başarılı intihar, intihar tehdidi ve parasuicid şeklindeki kullanımlar çalışmalarda karmaşaya sebep olmaktadır (CDC 2015; Crosby vd. 2011; Klonsky vd., 2016). Her yıl yaklaşık 800.000 ile 1 milyon arasında insan intihar sebebiyle hayatını kaybetmektedir (Nock vd.; 2008; WHO 2017). Bu oranın yaklaşık 10-20 katı da intihar girişimi olduğu düşünülmektedir. Bu veriler her geçen 20 saniyede bir, 1 kişinin intihar sebebi ile öldüğü ve her 1-2 saniyede bir 1 kişinin intihar girişiminde bulunduğu anlamına gelmektedir (Bertolote & Fleischmann, 2002). İntihar oranları cinsiyete ve yaşa göre farklılık göstermektedir (Nock vd., 2008a; WHO 1999, 2014; Klonsky vd., 2016). Erkeklerde kadınlardan 3 kat daha sık intihar görülmektedir. Cinsiyetler arasındaki bu farklılık, yüksek gelirli ülkelerde daha da yüksektir (WHO, 2014). Yaşa göre sınıflandırıldığında; intihar oranları hem erkek hem de kadınlarda en yüksek 70 yaş üstünde görülmesi ve yaşla birlikte artış göstermesine rağmen; gelişmiş ülkelerde, özellikle de Avustralya ve Yeni Zelanda'da genç erkekler arasında intihar son 30 yıl içinde 3 kat artış göstermiştir. (Klonsky vd., 2016; Goldney, 2002; Atlı vd., 2002). Bununla birlikte, genel intihar oranları çocuklarda ve genç erişkinlerde daha düşük olmasına rağmen, intihar bu yaş aralıklarında orantısız olarak çok sayıda ölümlü sonuçlanmaktadır. Örneğin, 15 ila 29 yaş arasındaki ölümlerin en büyük ikinci ölüm sebebi olan intihar, 15 ile 19 yaş arasındaki genç kadınlar arasında en önemli ölüm nedenidir (Patton vd., 2009). 2015 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye'de intihar sebebiyle ölümlerin sayısı 3211 kişi olup, intihar ile ölümlerin %72,7'sini erkekler, %27,3'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır ve yaş grupları incelendiğinde en sık intiharın kadınlarda %18 ile 15-19 yaş aralığında, erkeklerde ise %12,8 ile 20-24 yaş grubunda yaşandığı gözlenmiştir (TÜİK, 2015) İntihar ile psikiyatrik rahatsızlık arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda intihar eden kişilerin %90'ından fazlasında ruhsal bozukluklar olduğu belirtilmektedir (Bertolote & Fleischmann, 2002; Shaffer vd., 1996; Hirschfeld vd., 1997; Teti vd. 2014). Ancak, ruhsal bozukluğu olan bireylerin oldukça büyük bir kısmının -% 98'inden fazlasının - intihar etmediği de gerçektir (Nordentoft vd., 2011). Bazı ruhsal bozukluklar, intihar riskini diğerlerine göre daha fazla arttırmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda bir sonraki intihar girişimini en güçlü şekilde öngören bozukluklar bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve majör depresyon iken gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda en belirleyici bozukluklar travma sonrası stres bozukluğu, davranış bozukluğu ve madde bağımlılığı olarak gösterilmiştir (Nock vd., 2009). İsveç'te yapılan bir kohort çalışmasında ruhsal bir hastalığı bulunan intihar olgularının yaklaşık %50'sinde depresyon olduğu ve depresyonun intihar riskini 15 kat arttırdığı, özellikle tanının konduğu ilk 3 ayda bu riskin 32 kata kadar çıktığı gösterilmiştir (Crump vd., 2014). Bipolaraffektif bozuklukta hayat boyu intihar sonucu ölüm riski yaklaşık %20'dir. Diğer duygudurum bozuklukları için bu oran %15 civarındadır. Şizofrenide hayat boyu risk %10'dur. Kişilik bozukluklarında ise en çok borderline kişilik bozukluğu intihar konusunda artmış riske sahiptir (Sadock vd., 2009).

Ruhsal bozuklukların yanı sıra, birçok klinik ve psikolojik değişkenin intihar riskini etkilediği gösterilmiştir. 2014'te yapılan bir çalışmada intihar düşünceleri ve girişimlerinin en önemli yordayıcıları olarak kabul edilen üç psikolojik değişken üzerinde durulmuştur: depresyon, umutsuzluk ve dürtüsellik (O'Connor & Nock, 2014). Aile çalışmalarının incelendiği bir çalışmada ailesinde intihar girişimi olan kişilerde, ailesinde intihar girişimi olmayan kontrollere göre 5 kat daha yüksek oranda intihar davranışı görüldüğü ve ailede ölümlü sonuçlanan intihar durumunda rölatif riskin arttığı gösterilmiştir (Baldessarini vd., 2004). Bu sonuçlar çevresel etkenleri tam olarak dışlayamasa da genetik etiolojinin oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Tüm bunlar dışında kişinin kendisinin daha önce intihar girişiminin olması, yalnız yaşama, boşanmış olma, işsizlik, erkekler için düşük eğitim

düzeıı ve düşük gelir düzeıı, bazı sistemik hastalıklar (kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, kanser, inme vb.) da olası risk faktörleri arasındadır(Sadock vd., 2009;Crump vd., 2013). Hatta kişinin daha önce intihar girişiminin bulunması en önemli risklerden birisidir.1950 ve 1995 yılları arasında intihar oranları erkekler için %49, kadınlar için yaklaşık %33 artmıştır. 2020 yılında ise intihar sonucu hayatını kaybedenlerin sayısı şimdi olandan yaklaşık %50 artarak 1.53 milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2013). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün sunduğu bu oranlar intihar konusuna ilişkin genel bir fikir edinmemize yardımcı olsa da, DSÖ'ye üye olmayan ülkelerin verilerini içermemektedir. Damgalanmadan kaçınmak amacıyla bir çok vakanın da bildirilmediğı düşünölmektedir. Bunlar göz önünde bulundurulduğunda gerçek oranların çok daha yüksek olduğı tahmin edilmektedir (Bertolote vd., 2002).Bu çalışmada, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne intihar girişimi sebebi ile başvuran hastaların sosyodemografik verileri, tanıları ve seçtikleri intihar yöntemlerini tanımlayarak; 18 yaş üstü bireylerde intihar girişimleri ile ilgili olası riskleri belirlemek, böylece takip ve tedavide yeni yöntemler geliştirilmesine aracılık etmek amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

2015 ağustos ve 2016 temmuz ayları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'nde istenen psikiyatri konsültasyonlarının ve hasta dosyalarının geriye dönük incelenmesi şeklinde gerçekleştirilmiştir. Kliniğimizde acil psikiyatri konsültasyonları hastanın intihar girişimini takiben en kısa sürede yapılmakta ve takipte hastanın bilincinin açık olduğı ve kooperasyonunun en iyi olduğı sırada- genellikle acil veya yoğun bakım yatışlarından taburculuğı öncesi- ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme şeklinde yapılmaktadır. Çalışmamızda hastanın konsültasyon notu, intihar girişimi sonrası hastanemize yaptığı başvurular ve yazılan reçeteler incelenerek herhangi bir psikiyatrik tanısının olup olmadığına bakılarak hastaların cinsiyeti, psikiyatrik tanıları, seçtikleri intihar yöntemleri, intihar girişiminde kullandıkları ilaç tercihi ve kan etanol düzeyleri verilerine ulaşılmıştır.

## İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS programı 20.0 versiyonu kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için frekanslar, ortalamalar, standart sapmalar hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak belirlenmiştir. Ayrıca, psikiyatrik tanıyla kendine zarar verme sırasında kullanılan ilaç (psikotrop\nonpsikotrop) arasındaki ilişki  $\chi^2$  yöntemiyle araştırılmıştır.

## BULGULAR

2015 Ağustos ile 2016 Temmuz tarihleri arasında intihar girişimi sebebiyle Acil Kliniğı'nden Psikiyatri Kliniğı'ne konsulte edilen hastalar, psikiyatri bölümüne konsulte edilen hastaların tamamının %20.9'unu oluşturmuştur. Çalışmaya alınan en büyüğü 81 en küçüğü 16 yaşında olan 54 hastanın %77.8'si kadın %22.2'si erkektir. Yaş ortalaması  $31.07 \pm 11.21$  olarak bulunmuştur. Vakaların %81.5'i ilaç ile, %14.8'i kesici aletler ile %3.7'si yüksekten atlama ile kendine zarar verme sonucu başvurmuştur (Tablo 1). İlaçla yapılan intihar girişimi incelendiğinde 44 ilaç ile kendine zarar verme vakasının 26'sının (%59) analjezik, myorelaksan, antihipertansif gibi psikiyatrik olmayan ilaçlarla yapıldığı, 18'inin (%41) antidepresan, anksiyolitik, antipsikotikler gibi psikiyatrik ilaçlarla yapıldığı görölmüştür (Tablo 2). İntihar amaçlı en sık kullanılan psikiyatrik ilaç grubu ise %55 ile antidepresanlar olarak saptanmıştır. Hastalara acil koşullarında yapılan görüşme sırasında konulan tanı ve hastane kayıtları göz önüne alındığında hastaların daha önceden %37'sinin bir psikiyatrik tanısı olduğı, geriye kalan %63'ünün herhangi bir psikiyatrik tanı ve tedavisinin olmadığı görölmüştür. Bu vakalarda intihar girişimi kriz durumu sonrası gerçekleşmiştir. Vakaların %25.9'unda major depresyon, %5.6'sında bipolar affektif bozukluk, %5.6'sında yaygın anksiyete bozukluğı olduğı saptanmıştır. Girişim sırasında hastaların %94.4'ünde etanol düzeyi bakılmış, bu hastaların %86.7'sinde etanol düzeyi negatif iken %13.3'ünde etanol düzeyi pozitif olarak bulunmuştur. Etanol düzeyi ile hastanın tanısının olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. İlaç içerek intihar eden 44 hastanın hastalık tanıları ve seçtikleri ilaç türleri arasındaki ilişki incelendiğinde psikiyatri bölümünde takipli hastaların beklendiğı şekilde daha çok psikiyatrik ilaçlar ile intihar girişimine kalkıştıkları görölmüştür ( $p=0,004$ )(Tablo 2).

## TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

HASTA  
( n : 54 )

YAŞ ort±s.s	31,07 ±11,21
CİNSİYET	
ERKEK	%22,2(12)
KADIN	%77,8(42)
TANI	
MAJOR DEPRESYON	%25,9(14)
YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU	%5,6(3)
BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUK	%5,6(3)
KRİZ	%63(34)
KULLANILAN YÖNTEM	
İLAÇ	%81,5(44)
KEŞİCİ ALET	%14,8(8)
YÜKSEKTEN ATLAMA	%3,7(2)
KENDİNE ZARAR VERMEDE KULLANILAN İLAÇ TÜRÜ(44)	
PSİKİYATRİK İLAÇ	%59,1(26)
PSİKİYATRİK OLMAYAN İLAÇ	%40,9(18)
ALKOL KULLANIMI	
VAR	%13,7(7)
YOK	%86,3(44)

**Tablo 1:** Çalışmaya alınan hastaları sosyodemografik verileri

		İlaç ile kendine zarar verme		Toplam
		Psikiyatrik olmayan ilaç	Psikiyatrik ilaç	
Tanı	Psikiyatrik eş tanı varlığında intihar girişimi	6	12	18
	Kriz durumunda intihar girişimi	20	6	26
Toplam		26	18	44

**Tablo 2:** Yapılan intihar girişimlerinin psikiyatrik eş tanı ve kullanılan ilaçlarla ilişkisi

## TARTIŞMA

Çalışmamızda, intihar girişimlerinin çoğunlukla kadınlarda olduğu, en çok 26-35 yaş aralığında görüldüğü ve en sık seçilen intihar yönteminin ilaç ile yapılan olduğu görülmüştür. Türkiye’de ise intihar sonucu ölümlerin büyük çoğunluğunu erkekler oluşturmakta ve yaş gruplarına göre de kadınlarda 15-19, erkeklerde 20-24 yaşlarında en sık görülmektedir (TÜİK 2015). 2010 yılında Ankara’daki bütün acil servislere intihar girişimi ile başvuranların incelendiği bir çalışmada intihar girişimlerinin 15-24 yaş grubunda ve kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. En sık kullanılan girişim yöntemi ise %96.2 ile ilaçla kendine zarar verme olarak bildirilmiştir (Ercan vd., 2016). Çalışmamızda en çok girişim görülen yaş grubunun farklı olmasının çalışmaya yalnızca 18 yaş üstü vakaların dahil edilmesi sebebiyle olduğu düşünülmüştür. En sık kullanılan ilaçları ulaşılması kolay olan anti-inflamatuarlar ve kas gevşeticiler oluşturmuştur. Kullanılan ilaç ve mevcut tanılar arasındaki ilişki incelendiğinde kişinin bir psikiyatri kliniğinde takipli olmasının kullanılan ilaç olarak psikiyatrik ilaçların seçilmesine neden olduğu bulunmuştur. Bunun sebebi bu kişilerin bu ilaçlara ulaşımının daha kolay olması, halihazırda reçete edilmiş olması olabilir. Bu yüzden poliklinik takipleri sırasında intihar girişimi açısından risk taşıdığı düşünülen kişilere intoksikasyon durumlarında daha az ölümcül ilaçlar tercih edilmelidir. Vakaların çoğunun daha önce psikiyatrik başvurusunun olmadığı, intihar davranışının kriz durumu sonucu ortaya çıktığı görülmüştür. Bu durumları kişiler arası ilişkilerde yaşanan problemler, iş kaybı, eş geçimsizliği, maddi problemlerin oluşturduğu saptanmıştır. Literatürde ise bu durum oldukça farklıdır, çünkü birçok çalışmada intihar girişimlerine yüksek oranlarda psikiyatrik hastalık komorbiditesi olduğu gösterilmiştir (Bertolote & Fleischmann 2002; Shaffer vd.,1996; Hirschfeld vd., 1997; Teti vd., 2014). Çalışmamızdaki bu farklılığın önemli bir sebebi olarak, kişilerin acil servis takibi sonrası poliklinik başvurularının oldukça düşük olmasından dolayı edinilen verilerin yetersizliğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Bu durum çalışmamızın önemli bir kısıtlılığını oluşturmaktadır. Ancak kişide bir psikiyatrik rahatsızlık olsun veya olmasın kriz durumu intihar girişimi açısından önemli bir risk oluşturmakta ve krize müdahale ciddi önem arz etmektedir. Çünkü intihar eden kişilerin yaşamlarında, diğerlerinden daha fazla travmatik olayla karşılaştıkları birçok çalışmada gösterilmiştir (Blaauw vd., 2002; Goldney vd., 2000; Roy, 2001; Statham vd., 1998; Eskin vd., 2006). İntihar için en önemli göstergenin geçmiş intihar girişimi olduğu düşünülürse acilde görülen hastalarla uygun krize müdahale yapılması ve psikiyatrik takip konusunda anlaşmaya varılması gelecekteki intiharları önlemede en önemli adım olabilir. Çalışmanın bir kısıtlılığı tanı konulup ilaç kullanımı olmayan vakaların göz ardı edilmesidir. Çünkü hastaların poliklinik kayıtlarına ulaşılammış olup yalnızca reçeteler üzerinde değerlendirme yapılmıştır. Çalışmanın önemli bir kısıtlılığı da değerlendirilen vaka sayısının az olması ve bu vakaların acile başvuran toplam intihar vakaları arasında durumu stabil olan, acil gözlem süresi dolduktan sonra taburculuk öncesi değerlendirilmesi istenen kişilerden oluşmasıdır. Bu sebeple ağır vakalar değerlendirme dışında kalmış olabilir. Bu sebeple intihar girişimleri ile ilgili riskleri değerlendirebilmek için geniş örneklemler, prospektif çok merkezli çalışmalara gereksinim vardır.

## KAYNAKLAR

- Atlı, Z., Eskin, M., Dereboy, Ç. (2009). İntihar Olasılığı ölçeğinin (İÖÖ) Klinik Örneklemde Geçerlilik ve Güvenirliği, *Klinik Psikiyatri* 12:111-124
- Baechler, J. (1980). A strategic theory, suicide and life-threatening behaviour, *The Official Journal Of The American Association Of Suicidology*, 10: 70–99.
- Baldessarini, R.J., Hennen, J. (2004). Genetics of Suicide: An Overview. *Harv Rev Psychiatry*. 12(1):1-13.
- Beck, A.T., Ster, R.A., 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.
- Bertolote, J.M., Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide, *Suicidology* (7) 2: 6–8

Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V. vd. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: the influence of types of events, time period and significant others. *J Trauma Stress*, 15: 9-16.

CDC (Cent. Dis. Control Prev.). (2015). Definitions: Self-Directed Violence. Atlanta, GA: CDC. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/definitions.html>

Crosby, A.E., Ortega, L., Melanson, C. (2011) . *Self-Directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements (Version 1.0)*. Atlanta, GA: CDC, Natl. Cent. Inj. Prev. Control

Crump, C. , Sundquist, K., Sundquist, J., Winkleby, M.A. (2014). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study, *Psychological Medicine* 44: 279–289

Ercan, S., Aksoy, M., Yalçın, A., Şimşek, A.Ç., Acar, R.S., Erçin Şahin, T. (2016). Ankara'da acil servislere başvuran intihar girişim olgularının sosyodemografik ve klinik özellikleri, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 1: 5-12

Eskin, M., Akoğlu, A., Uygur, B. (2006). Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 17:266-275

Goldney, R.D., Wilson, D., Dal Grande, E. vd. (2000). Suicidal ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events. *Aust NZJ Psychiatry* 34: 98-106.

Goldney, R.G. (2002). A global view of suicidal behaviour, *Emergency Medicine* 14: 24–34.

Hirschfeld, R.M., Russell, J.M. (1997). Assesment and Treatment of Suicidal Patients *N Engl J Med* 337 910-915

Klonsky, D.E., May, M.A., Saffer, B.Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation, *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 12:307–30

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., Lee, S. (2008a). Suicide and suicidal behavior. *EpidemiolRev.*30(1):133–54.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M. (2008b). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br. J. Psychiatry* 192:98–105

Nordentoft, M., Mortensen, P.B., Pedersen, C.B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 68:1058–64

O'Connor, R.C., Nock, M.K.(2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 1(1):73–85

Patton, G.C., Coffey, C., Sawyer, S.M., Viner, R.M., Haller, D.M., vd. (2009) . Global patterns of mortality in youngpeople: a systematicanalysis of populationhealth data. *Lancet* 374(9693):881–92.

Roy, A. (2001). Childhood trauma and suicidal behavior in male cocaine dependent patients. *Suicide Life Threat Behav* 31: 194-196.

Sadock, B.J., Sadock, V.A.(2009). *Psychiatric emergencies; Suicide*. 9. Baskı, New York 2717-32.

Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M. (1996). Psychiatric Diagnosis in Child and Adolescent Suicide *Arch Gen Psychiatry* 53: 339- 348.

Statham, D.J., Heath, A.C., Madden, P.A. vd. (1998). Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med* 28: 839-855.

Teti, G.L., Rebok, F., Rojas, S.M. (2014). Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. *Rev Panam Salud Publica* 36(2):124-33.

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). (2015). İntihar İstatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516>. Erişim Tarihi: 17 Haziran 2016

Van Heringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality, *Canadian Journal of Psychiatry* 48 (5): 292–299.)

WHO (1999). Facts and figures about suicide. Geneva: WHO. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66097/1/WHO\\_MNH\\_MBD\\_99.1.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66097/1/WHO_MNH_MBD_99.1.pdf)

WHO (2013). World Health Organization Programmes: Mental Health. Suicide prevention, Geneva.

WHO (2014) . Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1)

WHO (2017). erişim [<http://www.who.int/topics/suicide/en/>

Zincir, S.B., Zincir, S., Köşker, S.D. ve ark. (2014). Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında intihar girişiminin klinik özellikler ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi, *Journal of Mood Disorders* 4(2):53-8