

## Acil Servisten İntihar Girişimi Nedeniyle Psikososyal Destek Birimine Yönlendirilen 18 Yaş Altı Olguların Değerlendirilmesi

Evaluation of Cases Under 18 Years Admitted for Attempted Suicide to the Emergency Service and Transferred to the Psychosocial Support Unit

Cem Gökçen<sup>1</sup>, Ramazan Köylü<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Psikiyatri Birimi, Konya, Türkiye

<sup>2</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis Birimi, Konya, Türkiye

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı bu yaş grubunda intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özelliklerini, risk etkenlerini ve diğer belirleyicileri değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışma Ocak 2009-Ocak 2010 tarihleri arasında Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvurup 'İntihar Girişimleri Kayıt Formu' doldurulan 18 yaş ve altı 121 olgunun retrospektif olarak değerlendirilmesi yoluyla yapılmıştır.

**Bulgular:** Olgularımız yaşları 12-18 yaş arası değişen 100 (%82.6)'ü kız, 21 (%17.4)'i erkek toplam 121 çocuk ve ergendir. En sık intihar girişim sebepleri ailesel sorunlar, karşı cinsle sorunlar ve okul problemleri olarak saptanmıştır. Olguların 99 (%81.8)'ü ilk kez intihar girişiminde bulunurken 22 (%18.2)'sinin öncesinde intihar girişim öyküsünün olduğu görülmüştür. Olguların 38 (%31.4)'ünün gece gelmeleri sebebiyle Psikososyal Destek Biriminde görevli psikologlarca değerlendirilemediği, 83 (%68.6)'ünün ise görüşme yapılarak Psikiyatri ve Çocuk Psikiyatri polikliniklerine yönlendirildiği saptanmıştır.

**Sonuç:** Olgularımızın çoğu kız çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır. İntihar girişimlerin en önemli nedeni ailesel sorunlar ve karşı cins ile olan sorunlardan oluşmaktadır. (*JAEM 2011; 10: 18-21*)

**Anahtar kelimeler:** İntihar girişimi, çocuk, ergen, psikososyal destek birimi, ailesel sorunlar, karşı cins

**Alındığı Tarih:** 02.05.2010

**Kabul Tarihi:** 03.06.2010

### Abstract

**Objective:** The aim of this study is to evaluate the socio-demographic characteristics, risk factors and other determiners of this age group of children and adolescent who have attempted suicide.

**Materials and Methods:** In our study we retrospectively revised the 'Suicide Attempt Record Form' of 121 patients in the 18 years old and under who were admitted to the emergency service of Konya Research Hospital for suicide attempts between January 2009-January 2010.

**Results:** Our subjects were 121 children and adolescents, 100 of whom were female (82.6%) and 21 were male (17.4%) between the ages of 12-18 years. The most common reasons for suicide attempts are family problems, problems with the opposite sex and school problems. In 99 (81.8%) subjects it was the first suicide attempt, while 22 (18.8%) subjects were found to have a history of prior suicide attempts. 38 of the cases were not evaluated at the psychosocial support unit because they were admitted at night. 83 of the cases were evaluated and were then transferred to Child Psychiatry Clinics and Adult Psychiatry Clinics.

**Conclusion:** Most of our subjects were composed of female children and adolescents. The most important causes of suicidal attempts are conflicts in the family and problems with the opposite sex. (*JAEM 2011; 10: 18-21*)

**Key words:** Suicide attempt, child, adolescent, psychosocial support unit, conflicts in family, opposite sex

**Received:** 02.05.2010

**Accepted:** 03.06.2010

### Giriş

Çocuk ve ergenler arasında intihar girişimleri tüm toplumlar için önemli bir sağlık sorunudur. 1980 ve 1990'lı yıllarda bu grupta olan intihar girişimlerinin artması konuya olan ilgiyi arttırmaktadır (1). Ülkemizde 1990-2001 yılları arasında kaba intihar hızı yüz binde 2.42'den 3.77'ye çıkmış olup, intiharların %29.7 ile %36'sı 15-24 yaşları arasındaki gençlerde meydana gelmiştir (2).

İntiharla ilgili kavramlara baktığımızda; *intiharla ilgili düşünceler*; bir kişinin ölme isteğini yansıtan ifadeler kullanması ya da bunu ifade etmese bile tutum ve davranışlarından böyle bir niyete sahip olduğu kanaatine varılması, *intihar girişimi*; ölümle sonuçlanın veya sonuçlanmasın intihara teşebbüs etme durumu olarak belirtilmekte, girişim ölümle sonuçlanmış ise de *tamamlanmış intihar* kavramı kullanılmaktadır (3). Yapılan bazı çalışmalarda ergenlerin %7-10'unun intihar girişiminde bulunduğu ve bunların yaklaşık %2-3'ünün tıbbi bakım

aldığı, %50'den azının acil servislere görüldükten sonra psikoterapiye gönderildiği ve tedaviye başlananların çoğunun tedavilerini tamamlamadığı saptanmıştır (4).

İntihar girişim öyküsü gerek sonraki intihar girişimleri gerekse tamamlanmış intiharlar için ön belirleyici etkenlerdendir. Psikolojik otopsi çalışmaları sonucunda intihar eden bireylerin %18-50'sinde eski intihar girişimi öyküsüne rastlanırken, intihar girişimcilerinin uzun süreli takip çalışmaları sonucunda ise, bu kişilerin %10-15'inin daha sonra intiharı tamamladıkları bildirilmiştir (5).

Çocuk ve ergenlerdeki intihar davranışının nedenleri ile ilgili yapılan çalışmalarda; ebeveynler arası uyumsuzluk, çocuk-ebeveyn ilişkilerinde sorunlar, çocukluk çağında yaşanan fiziksel ve cinsel istismar öyküsü, düşük sosyoekonomik durum, okul başarısızlığı, karşı cinsle yaşanan sorunlar en sık nedenler olarak gösterilmiştir (6-9).

Bu çalışmanın amacı acil servise intihar girişimi sebebiyle başvuran 18 yaş altı olguların intihar girişim şekilleri, sebepleri, kendisi ve ailesinde bulunan psikiyatrik hastalık öyküsü gibi özelliklerin belirlenmesi, ayrıca bu konudaki kayıtların değerlendirilerek intihar girişimlerine yönelik koruyucu sağlık politikalarının oluşturulmasına katkıda bulunmaktır.

## Gereç ve Yöntem

Hastanemizde intihar girişimiyle başvurularda Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış ve Acil Servis'te acil tıp teknisyenleri veya hemşireler tarafından doldurulan "İntihar Girişimleri Kayıt Formu" bulunmaktadır. Bu çalışma Ocak 2009-Ocak 2010 tarihleri arasında intihar girişimiyle Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran ve 'İntihar Girişimleri Kayıt Formu' doldurulan 18 yaş altı olgular üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya 2009 yılında hastanemiz acil serviste doldurularak Psikososyal Destek Birimine gönderilen 402 olgudan 18 yaş ve altında olduğu tesbit edilen 121 olgu alınmıştır. Bu formlarda sosyodemografik veriler, eğitim durumu, intihar girişim saati, intihar yöntemi, intihar nedeni, kendisinde veya ailesinde intihar girişim öyküsü, kendisinde veya ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü gibi bilgiler bulunmaktadır. Hastanemizde Acil Servise başvuran intihar girişimi veya kriz olgularının değerlendirildiği bir 'Psikososyal Destek Birimi' bulunmaktadır. Bu birimde 2007 yılında intiharı önleme programı çerçevesinde Konya'da düzenlenen "Acil Serviste Kriz Odası Uygulamaları" eğitimini tamamlayan sertifikalı psikologlar çalışmakta ve bu vakaların ilk değerlendirilmesi bu birimde olmaktadır. Bu değerlendirilme sonucunda uygun görülen olgular Psikiyatri veya Çocuk Psikiyatri hekimlerine yönlendirilmektedir. Biz bu yönlendirilen olguların ne kadarının tedavi almak amacıyla hekimlere başvurduğunu hastane bilgi sisteminden verileri kontrol ederek araştırdık. Ayrıca hastane bilgi sisteminden bu olguların önceden Psikiyatri/Çocuk Psikiyatri başvuruları olup olmadığı bilgisi de alındı.

## Bulgular

2009 yılı içerisinde Acil serviste doldurulan 402 İntihar Girişim Formu üzerinde yapılan inceleme sonucu bu olguların 121 (%30)'ünün 18 yaş ve altı olduğu tesbit edilmiştir. Bu olguların 100 (%82.6)'ü kız, 21 (%17.4)'i erkek çocuk ve ergenden oluşmaktadır. En küçüğü 12 en büyüğü 18 yaşında olan olguların yaş ortalaması 16.08 olarak belirlenmiştir. Eğitim durumları incelendiğinde 68 (%56.2)'i lise öğrenimini sürdürürken, 15 (%12.5)'i ilkököl eğitimini, 1 (%0.8)'i ise üniversite

eğitimi sürdürmekteydi. 37 (%30.5) olgu ise ilköğretim mezunu olup eğitim hayatına devam etmiyordu. Olguların tamamı ilaç/toksik madde alım yoluyla intihar girişiminde bulunmuştur. Olguların sosyodemografik verileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Olguların 99 (%81.8)'ü ilk kez intihar girişiminde bulunurken 22 (%18.2)'sinin öncesinde intihar girişim öyküsü vardı. İntihar girişiminde bulunan olguların nedenleri formda belirtilen nedenler incelenerek belirlenmiştir. Bu nedenler arasında ailevi sorunlar ilk sırada yer alırken, karşı cinsle olan sorunlar, iletişim sorunları, ruhsal hastalık, yalnızlık hissi, okul sorunları, hastalık ve ölüm-kayıp diğer nedenler olarak belirlenmiştir. İntihar nedenleri ve dağılımı Tablo 1'de belirtilmiştir. Olguların 16 (%13.2)'sinin ailesine psikiyatrik hastalık öyküsü varken, 5 (%4)'ünün ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunmuştur. İntihar girişimi olan ergenlerin 28 (%23)'ünün son 6 ay içinde psikiyatrik tedavi alma öyküsü vardı. Olguların intihar girişim sebepleri ve psikiyatrik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir. İntihar girişiminin aylara göre dağılımına bakıldığında en sık olarak Mayıs (%14.9) ve Ekim (%11.5) aylarında girişimlerin meydana geldiği bulunmuştur. Olguların intihar girişimlerinin aylara göre dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir. Olguların 38 (%31.4)'i gece gelmeleri sebebiyle Psikososyal Destek Biriminde görevli psikologlarca değerlendirilememiş, 83 (%68.6)'ü ise görüşme yapılarak Psikiyatri ve Çocuk Psikiyatri polikliniklerine yönlendirilmiştir. Yönlendirilen 83 kişinin ise sadece 36 (%43.3)'ünün yönlendirilen hekimlere başvurduğu saptanmıştır.

## Tartışma

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan ergenlerin çoğunluğu (%82.6) kızlar oluşturmaktaydı. Bu sonuç daha önceden bu konuda yapılmış çalışmalarla uyumludur. İntihar girişimleri kadınlarda erkeklerle oranla daha fazla gözlenirken, tamamlanmış intiharlar ise erkeklerde daha fazla gözlenmektedir (10). Kızların erkeklerle oranla daha fazla intihar girişiminde bulunması, kızların bu yolla gizli yardım istemesi, ergenlik dönemi sonrasında kızlarda duygulanım bozukluklarının daha sık görülmesi, aile içindeki baskı unsurlarından kızların daha fazla etkilenmesi gibi bir dizi sebebe bağlanmıştır.

Çalışmamızda olguların tamamının intihar girişim yöntemi olarak ilaç/toksik madde içmeyi tercih ettikleri saptanmıştır. Ülkemizde bu konuda yapılmış çalışmalarda da ilaç içme en sık tercih edilen yöntem olarak bulunmuştur (11, 12). Bizim çalışmamızda ilaç/toksik madde alım dışı girişim bulunmamış olması gerçekten başvuru olmamasının yanında, kayıt eksikliğine de bağlı olabilir. Ülkemizde

**Tablo 1.** İntihar girişiminde bulunan ergenlerin sosyodemografik verileri

	N	%
<b>CİNSİYET</b>		
Kız	100	82.6
Erkek	21	17.4
<b>EĞİTİM DURUMU</b>		
İlköğretim	15	12.5
Lise	68	56.2
Üniversite	1	0.8
İlkokul Mezunlu	37	30.5
<b>İNTİHAR ŞEKLİ</b>		
İlaç/toksik madde alımı	121	100

**Tablo 2.** Olguların intihar girişim sebepleri ve psikiyatrik özellikleri

	N	%
<b>GİRİŞİM NEDENLERİ</b>		
Ailesel Problemler	47	38.8
Karşı Cinsle Sorun	26	21.5
Okul	17	14
İletişim Sorunları	10	8.3
Ruhsal Sorunlar	7	5.8
Yalnızlık hissi	7	5.8
Hastalık	4	3.3
Diğer	3	2.5
<b>GİRİŞİM SAYISI</b>		
İlk Girişim	99	81.8
Tekrarlayıcı Girişim	22	18.2
<b>AİLEDE RUHSAL HASTALIK</b>		
Var	16	13.2
Yok	105	86.8
<b>AİLEDE İNTİHAR GİRİŞİMİ</b>		
Var	5	4.1
Yok	116	95.9
<b>GİRİŞİMDEN ÖNCE PSİKİYATRİK TEDAVİ ÖYKÜSÜ</b>		
Var	28	23.1
Yok	93	76.9

**Tablo 3.** Olguların intihar girişimlerinin aylara göre dağılımı

AY	N	%
Ocak	10	8.3
Şubat	10	8.3
Mart	7	5.8
Nisan	8	6.6
Mayıs	18	14.9
Haziran	7	5.8
Temmuz	11	9.1
Ağustos	5	4.1
Eylül	11	9.1
Ekim	14	11.5
Kasım	9	7.4
Aralık	11	9.1

yapılan bazı çalışmalarda 18 yaş altı grupta ilaç içimi dışı intihar girişimi %1-%5 arasında değişen sıklıkta saptanmıştır (11, 14, 15). Bu durum, intihar girişimlerinde 18 yaş altı grupta ilaç içim dışında kalan yöntemlerin oldukça az görüldüğünü göstermektedir. İlaç içme yönteminin sık kullanılması ilaçlara kolay ulaşım, ergenler arasında bu yöntemin sık kullanılması sebebiyle yöntemin toplumsal olarak çok yadırganmaması ve bu yaş grubunun takip ettiği televizyon programlarında intihar girişimlerinin genellikle ilaç içim yöntemiyle olmasına bağlı olabilir. Beautrais ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada

kırsal bölgede yaşayan ergenlerde intihar metodu olarak daha fazla ateşli silah kullanıldığını belirlenmiştir (7).

Çalışmamızdaki olgularda intihar nedeni olarak en sık karşımıza çıkan nedenler ailesel problemler, karşı cinsle sorun ve okul problemleridir. Biz kullandığımız formda belirtilen nedenlerden aile, aile içi şiddet, ebeveyn çatışmalarını ailesel problemler başlığında topladık. Ergenlerde intihar girişimi konusunda ülkemizde yapılan çalışmalarda da en sık neden olarak ailesel problemler saptanmıştır (11, 13, 14). Şıklar ve Sayar'ın yaptığı çalışmalarda da bizim çalışmamızdaki gibi aile baskısı, erkek-kız arkadaşlıkları ile ilgili sorunlar ve okul başarısızlığı en sık intihar girişim nedenleri olarak bulunmuştur (15, 16).

Çalışmamızda olguların 22 (%18.8)'sinde birden fazla intihar girişim öyküsü bulunmaktaydı. İntihar girişiminde belirlenen riskler arasında en önemlilerinden biri önceki intihar girişim öyküsüdür. Tüm intiharların %19-24'ünde daha önce yapılmış intihar girişimleri bulunmakta, girişimlerin %10'u ise tamamlanmış intihar ile sonlanmaktadır. Bir intihar girişiminden sonraki 3-6 ay intihar riskinin en yüksek olduğu dönemdir. Ayrıca daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerde sonraki girişimin mortalitesi daha yüksektir (17).

Çalışmamızda olguların 28 (%23.1)'i son 6 ay içinde psikiyatrik tedavi almıştı. Bu oran daha önceki çalışmalarda uyumludur (12). Bu 28 kişinin 4'ünün girişimden önceki 10 gün içinde psikiyatri/çocuk psikiyatri polikliniğine başvurduğu saptanmıştır. Psikiyatrik hastalıkları olan kişilerin intihar riskinin olmayanlara göre 3-12 kat arttığı bilinmektedir. İntihar eden veya intihar girişiminde bulunan kişilerin %94'ünde en az bir ruhsal hastalık bildirilmektedir (17). Bu sonuç intihar girişiminde bulunmayı düşünen ve intihar girişiminde bulunan ergenlerde intihar düşüncesi olmayan ergenlere göre daha fazla ruhsal sorun olduğu yönündeki literatür bilgisiyle uyumludur (18, 19).

Toros ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada intihar girişimi açısından akrabalarda ruhsal sorunların olması en önemli risk faktörlerinden biri olarak belirtilmiştir (20). Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan ergenlerin 16 (%13.2)'sinin ailesinde ruhsal hastalık saptanırken, 5 (%4.1)'inin ailesinde intihar girişim öyküsü bulunmaktaydı. Bu oranların ülkemizde yapılan diğer çalışmalara göre biraz düşük bulunmuş olması formun acil serviste doldurulmuş olması sebebiyle bilgilerin aileler tarafından yetersiz verilmesi veya psikiyatrik yardım aramanın kültürel ve bölgesel olarak farklı düzeylerde olmasına bağlı olabilir (12, 14). Daha önce yapılan çalışmalarda İntihar girişimlerinin daha çok Mayıs ve Haziran aylarında sıklaştığı bulunmuştur (13, 14). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde en sık intihar girişimi (%14.9) Mayıs ayında meydana gelmiştir. Bu sonuç Mayıs ve Haziran aylarının okul döneminin sonuna doğru geldiği ve akademik başarısızlıkların sonucu olarak intihar girişimlerinin artmasına bağlanmıştır.

Hastanemizde Acil Servise başvuran intihar girişimi veya kriz olgularının değerlendirildiği bir Psikososyal Destek Birimi bulunmaktadır. Bu birim, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı'nın acil servislerde intihar girişimleri ve diğer kriz durumları ile başvuran kişiler ve aile ükürülmüştür. Bu birimde bu konuda eğitim almış sertifikalı psikologlar çalışmakta ve bu vakaların ilk değerlendirilmesi bu birimde olmaktadır. Bu değerlendirilme sonucunda uygun görülen olgular Psikiyatri veya Çocuk Psikiyatri hekimlerine yönlendirilmektedir. Çalışmamızda olguların 38 (%31.4)'i gece gelmeleri sebebiyle Psikososyal Destek Biriminde görevli psikologlarca değerlendirilemediği, 83 (%68.6)'ü ise görüşme yapılarak Psikiyatri ve Çocuk Psikiyatri polikliniklerine yönlendirildiği, yönlendirilen 83 kişinin ise sadece 36 (%43.3)'ünün yönlendirilen hekimlere başvurduğu saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunan

ergenlerin yeterli psikiyatrik destek alamadığı bilinmektedir (4). Psikososyal destek birimi sayesinde bu ergenlerin büyük bölümüne (%68.6) destek sağlanmış olsa da gece gelen olgularda görüşmenin sağlanamamış olması sebebiyle bu konuda düzenleme yapıp bu hastalarında değerlendirilmeye tabi tutulmasının büyük önemi bulunmaktadır. Ayrıca bu birimde değerlendirilip psikiyatrik tedavi almaları için yönlendirilen olguların yarısından azının hekimlere başvurduğu saptanmıştır. Bu durum ailelerin psikiyatrik tedaviye bakımının önyargılı olması, intihar girişiminin önemini yeterince kavrayamamaları, damgalanma korkuları veya girişimi gizli tutma eğilimleri-ne bağlı olabilir.

## Sonuç

İntihar girişimlerini tamamen önlemek mümkün olmasa da bu girişimlerin tekrarlayan tarzda olması ve ölümlerle sonuçlanması azaltılabilir. Ergenlerde görülen intihar girişimlerinde ailesel sorunlar, karşı cinsle olan sorunlar ve okul problemleri en önemli nedenlerdendir. Daha önceden psikiyatrik tedavi alınması ve ailede psikiyatrik hastalık ve intihar girişim öyküsü bulunmasının ergen intihar riskini arttırdığı göz önünde bulundurulursa, intihar girişiminde bulunan ergenlerde acil serviste bu konuda ayrıntılı anamnez alınması ve risk faktörleri fazla olan ergenlerin mutlaka bir Psikiyatrist veya Çocuk Psikiyatristi tarafından psikiyatrik muayenelerinin yapılması hayati önem taşımaktadır.

İntihar olguları ile karşılaşılan sağlık merkezlerinde Psikososyal Destek Birimlerinin kurulması, başvuran olgulara medikal destek yanında gerekli psikolojik ve sosyal desteğin sağlanması, orada ilk değerlendirmesi yapılan olguların mutlaka uzman bir hekime yönlendirilmesi gerekmektedir. Acil servislerle bu birimlerin arasındaki iletişimin artırılması, mesai dışında başvuran olgularında değerlendirilmeye alınması konusunda özen gösterilmesi ve bu konudaki kayıtların daha sağlıklı tutulması bu birimlerin işlerliğini arttıracaktır.

## Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.

## Kaynaklar

1. Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 1093-9. [\[CrossRef\]](#)
2. Devlet İstatistik Enstitüsü İntihar İstatistikleri 2001, Ankara, DİE Matbaası
3. Pelkonen, M, Marttunen M. Child and Adolescent suicide epidemiology, risk factors and approaches to prevention *Pediatr Drugs*, 2003; 5: 243-65.
4. Rotheram-Borus MJ, Piacenti J, Cantwell C, Belin TR, Song J. The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. *J Consult Clin Psychology* 2000; 68: 1081-93. [\[CrossRef\]](#)
5. Rudd MD, Joiner T, Rajab MH. Relationships among suicide ideators, attempters and multiple attempters in a young-adult sample. *J Abnorm Psychology* 1996; 105: 541-50. [\[CrossRef\]](#)
6. Ceyhun AG, Ceyhun B. Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* 2003; 6: 217-24.
7. Beautrais AL. Methods of youth suicide in New Zealand: Trends and implications for prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34: 413-9. [\[CrossRef\]](#)
8. Schaffer D, Gould MS, Fisher P. Psychiatric-diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 339-48.
9. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1490-6. [\[CrossRef\]](#)
10. Oral G. İntihar ve adli bilimler. *Yeni Symposium* 1997; 35: 46-7.
11. Öztöp DB, Özdemir Ç, Ünal D, Akgül H, Şahin N. İntihar girişiminde bulunan 6-16 yaş grubuna ait 2002-2006 yılları başvuru kayıtlarının değerlendirilmesi *Firat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4: 11; 159-73.
12. Güleç G, Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik-sosyokültürel ve Aile Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Yeni Symposium Journal*. 2006; 44: 3; 141-50.
13. Şenol V, Ünal D, Avaroğulları L, İkizceli İ. İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 19-29.
14. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, Topbaş M, Özkorumak E. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2006; 5: 444-54.
15. Şıklar Z, Savar S, Sarıoğlu S. Hastanemize başvuran ergen intihar olgularının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi* 2004; 13: 129-32.
16. Sayar MK, Öztürk M, Acar B. Aşırı dozda ilaç alımıyla başvuran ergenlerde psikolojik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 10; 3: 133-8.
17. Roy A. Psychiatric emergencies. *BJ Sadock, VA Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry 7. baskı, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 2031-40.*
18. Gould MS, Shaffer D, Fisher P. The clinical prediction of adolescent suicide. *RW Maris, AL Berman, JT Maltzberger (ed), New York, Guilford Press, 1992; 130-43.*
19. Stewart SM, Lam TH, Betson C. Suicide ideation and its relationship to depressed mood in community sample of adolescents in Hong Kong. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 1999; 29: 227-40.
20. Toros F, Bilgin NG, Buğdaycı R. Çocuk ve ergenlerde intihar girişimi ve risk faktörleri. *Adli Bilimler Dergisi* 2003; 2: 11-7.