

Batman İlinde 2013-2018 Yılları Arasında Gerçekleşmiş İntihar Girişimlerinin Geriye Dönük Olarak Değerlendirilmesi

The Retrospective Evaluation of the Suicide Attempts which Occurred in the Batman Province in between 2013-2018

Binay Kayan Ocakoğlu¹, Meltem Oğuz², Zehra İpek³

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Sosyal Hizmet Merkez Müdürlüğü, Batman, Türkiye

³Batman Aile Çalışma Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, Batman, Türkiye

ÖZ

Amaç: İntiharlar 15-29 yaş arası meydana gelen ölümlerin en sık ikinci sebebidir. İntihar oranları sosyodemografik, klinik ve psikolojik faktörlere göre farklılıklar göstermektedir. Ülkemizde önemli bir ruh sağlığı sorunu olması nedeniyle, intihar girişimleri ve ilişkili faktörlerin Batman ilinde geriye dönük olarak araştırılması planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kapsamında 2013-2018 yılları arasında meydana gelen intihar girişimlerinin adli dosyalarına ulaşılmış, dosyada yer alan iletişim bilgilerinden intihar girişiminde bulunan 88 olguyla klinik görüşme yapılmıştır. Sosyodemografik bilgiler, risk faktörleri ve intihar girişimi ile ilgili özelliklere ulaşılmıştır. Elde edilen bilgiler cinsiyete göre ve intihar risk düzeyine göre değerlendirilmiştir.

Bulgular: İntihar yaş ortalaması 17,3±2,3 yıldır. Olguların %73,9'u kız, %26,1'i erkek olarak belirlenmiştir. Her iki cinsiyette ve tüm intihar risk seviyelerinde en sık kullanılan yöntem yüksek doz ilaç alımı olarak saptanmıştır. Suça karışma öyküsü ve intihar sebeplerinden fiziksel sebepler erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İntihar risk seviyesine göre değerlendirildiğinde intihar öncesi depresif duygudurum, alkol madde kullanımı, intihar nedenlerinden fiziksel ve psikolojik sebepler hafif risk grubunda anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda intihar girişimlerinin kızlarda daha sık görülmesi ve girişiminde bulunanlardan 18 yaş altı olguların büyük çoğunluğunun okula devam etmediği veya 18 yaş üstü olanların da büyük oranda çalışmaması intihar girişimine ait risk faktörleri açısından önemli bir fikir vermektedir. Alkol madde kullanımı, algılanan desteğin düşük olması, fiziksel hastalıklar daha ciddi girişimler için önemli etmenler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İntihara teşebbüs, ergenlik, risk faktörleri

ABSTRACT

Objectives: Suicides are the second most common cause of death between the ages of 15-29. Suicide rates vary according to the sociodemographic, clinical, and psychological factors. Since it is an important mental health problem in our country, it is planned to investigate suicide attempts and relevant factors in Batman province retrospectively.

Materials and Methods: As part of this study, forensic files of suicide attempt between the years of 2013 and 2018 were reached, and clinical interviews were conducted with 88 cases who attempted suicide. Sociodemographic information, risk factors and features related to suicide attempt were obtained. The information obtained was evaluated according to gender and suicide risk level.

Results: The average age of suicide is 17.3±2.3 years. 73.9% of the cases were female and 26.1% were male. The most frequently used method in both sexes and at all suicide risk levels was determined as high dose drug intake. The history of get involved in crime and physical causes were found to be significantly higher in males. When the suicide was evaluated according to the risk level, pre-suicidal depressive mood, alcohol substance use, and physical and psychological causes were significantly lower in the mild risk group.

Conclusion: In our study, the fact that suicide attempts are seen more frequently in girls and that most of the patients under the age of 18 do not attend school and those who are over the age of 18 do not work to a large extent give an important idea in terms of risk factors related to suicide attempt. Alcohol use, presence of perceived support, physical diseases are important factors for more serious attempts.

Keywords: Suicide attempts, adolescence, risk factors

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Binay Kayan Ocakoğlu, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Tel.: +90 544 873 29 34 **E-posta:** dr.binaykayan@gmail.com **ORCID:** orcid.org/0000-0003-0043-6288

Geliş Tarihi/Received: 29.05.2020 **Kabul Tarihi/Accepted:** 26.08.2022

©Telif Hakkı 2023 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre 2016 yılında her 100,000 de 10,6 dünya ortalaması ile her yıl yaklaşık 800,000 kişi intihar nedeniyle ölmektedir. Dünya çapında bir sorun olmakla beraber, intihar nedeniyle ölümlerin %79,0'u düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde meydana gelmektedir. İntihar 15-29 yaş arası gençlerde ise mortalitenin en sık ikinci sebebi olarak saptanmıştır.¹ Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine bakıldığında ise, intihar edenlerin %34,3'ünü 15-29 yaş grubundakiler oluşturmaktadır.² İntihar oranları bölgeler arası on kata kadar görülen farklılıkla ülkeler içinde ve ülkeler arasında farklılık göstermekte; bu farklılığın kısmen ekonomik durum ve kültürel farklılıklarla ilişkili olduğu bildirilmektedir.³

Çocuk ve gençlerde intihara yol açan faktörler, erişkinlerden farklılık göstermektedir.⁴ Depresyon, bu popülasyonda intihar eğilimi ile güçlü bir şekilde ilişkili faktörlerden biridir,⁵ fakat tüm olgularda görülmemesi,⁶ suicidal davranışın çoklu faktörlerin etkileşiminden sonuçlandığını göstermektedir. Ayrıca tüm depresif ergenler ve çocuklar intihar düşüncesi ve davranışı geliştirmemektedir.⁷ Biyolojik, psikolojik ve sosyal risk faktörleri çocuk ve gençlerdeki intihar risk profiline katkıda bulunmaktadır.⁸

Suicidal davranışlar cinsiyet, yaş grupları, coğrafik bölgeler ve sosyo-politik koşullar açısından farklılık göstermektedir.³ Hangi gencin intihar davranışında bulunacağını veya intihar girişiminin tekrarlayacağını öngörebilmek gençlerdeki suicidaliteye karşı önlem ve tedavilerin geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde intihar girişiminin özellikle 15-24 yaş aralığında yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir.^{9,10} Cinsiyet farklılığı açısından değerlendirildiğinde ise acil servise intihar girişimi ile gelen olguların kadın cinsiyette daha yüksek oranda olduğunu görülmektedir. Aktepe ve ark.'nın¹¹ çalışmasında intihar girişimi ile değerlendirilen olguların %89,7'sinin kız olduğu belirtilmiştir. Tüm yaş gruplarının değerlendirildiği başka bir çalışmada ise intihar girişimi ile gelen hastane başvurularında kadın-erkek oranının 2,3:1 olduğu saptanmıştır.¹²

Bu çalışmada intihara bağlı ölümlerden en çok etkilenen yaş grubu olan 13-22 yaş grubundaki sosyo-demografik ve klinik faktörleri ortaya koymak amacıyla 2013-2018 yılları arasında Batman ilinde meydana gelen intihar girişiminde bulunun olgularla görüşme yapılarak olguların geriye dönük olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Hakimler ve Savcılar Kurulu'ndan alınan yazılı izin ve Batman Bölge Devlet Hastanesi Etik Kurul onayı (karar no: 135, tarih: 28.01.2019) alınmıştır. Alınan izinler sonrasında Cumhuriyet Başsavcılığı'nın 2013-2018 yılları arasında adli kayıtlara girmiş 443 olgunun intihar girişimiyle ilgili verilerine ulaşılmıştır. Bu olgulardan intihar girişiminde bulunduğu ve görüşme yapıldığı sırada 13-22 yaş grubunda olanlara telefonla ulaşılmış, telefonla

ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 88 olguyla yüz yüze görüşme yapılmıştır. Görüşmeler çocuk ve ergen psikiyatri uzmanı öncülüğünde, bir sosyal hizmet uzmanı ve bir psikoloğun katılımıyla, 60 olguyla kendi evinde, geri kalan 28 olgu adliye binasında çalışmacılara ayrılan odada olmak üzere gerçekleştirilmiştir.

Olgularla ilgili bilgiler sosyo-demografik bilgilerin ve intihar girişimiyle ilgili özelliklerin sorgulandığı görüşme formuna kaydedilmiştir. Görüşme formu, araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, çalışmaya katılan olguların sosyo-demografik özellikleri, bilinen psikiyatrik ve tıbbi tanıları, daha önceden psikiyatrik destek alıp almadıkları, madde kullanım öyküsü ve suça karışma öyküsü kaydedilmiştir. Bunlara ek olarak, travmatik yaşantıların varlığı cinsel istismar, fiziksel istismar, ihmal, kayıp ve yoksulluk başlıkları altında sorgulanmıştır. İntihar davranışlarıyla ilgili olarak, intihar girişiminin yöntemi, intihar öncesi depresif duygudurumun süresi, intihar öncesi depresif duygudurum, intihar girişimi öncesi ve sonrası faktörler (yardım arayışı, plan varlığı, kendine zarar verme davranışı, desteğin varlığı, pişmanlık, stigma, yardım arayışı) değerlendirilmiştir. İntihar ağırlık düzeyleri Chu ve ark.'nın¹³ kişilerarası psikolojik intihar kuramı çerçevesinde önerdiği risk değerlendirmesi formundan yararlanılarak hafif, orta ve ciddi girişimler olarak belirlenmiştir.

Bu sınıflamada;

Hafif düzey risk grubu:

- Semptomsuz,
- Çoklu girişim + diğer risk faktörlerinin yokluğu,
- Tek girişim + düşünce (yoğunluk/sürenin kısıtlı olduğu), plan veya hazırlığın olmadığı veya hafif olduğu ve eşlik eden belirgin bulgunun olmadığı girişimleri içermektedir.

Orta düzey risk grubu ise

- Çoklu girişim + diğer bulguların varlığı,
- Tek girişim + orta/ciddi plan ve hazırlık varlığı,
- Tek girişim + orta/ciddi istek/düşünce, plan ve hazırlığın olmadığı ya da hafif olduğu ve 2'den fazla risk faktörünün olduğu girişimler olarak tanımlanmıştır.

Son olarak ciddi düzeyde risk grubu ise

- Çoklu girişim + 2'den fazla risk faktörü,
- Tek girişim + orta/ciddi düzeyde plan ve hazırlık ve 1'den fazla önemli bulgunun olduğu girişimleri içermektedir.

Değerlendirmedeki semptomlar/bulgular ajitasyon, içe çekilme, insomni/gece kabusları, belirgin irritabilite, ciddi afektif durumlar, belirgin kilo kaybı şeklinde sıralanmaktadır. Risk etkenleri ise; edinilmiş intihar yeterliliği (örn., kendine zarar verme davranışı, ölüm hakkında korkusuzluk), engellenmiş ait olma (thwarted belongingness), başkalarına yük olma (perceived burdensomeness), umutsuzluk, aile öyküsü, yakın zamanda meydana gelen stresli yaşam olayı, impulsiviteyi içermektedir.

Bağımsız değişkenler arasında farklılık olup olmadığı ilk etapta cinsiyet değişkenine göre incelenmiş, daha sonra belirlenen intihar risk düzeyine göre değerlendirilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS 22.0 paket programı (IBM Inc., Armonk, NY) kullanılarak analiz edilmiştir. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılan veriler için ANOVA; normal dağılmayan veriler için ikili gruplarda Mann-Whitney U testi, ikiden fazla değişkenin bulunduğu grupta ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir (çift yönlü).

Bulgular

İntihar girişiminde bulunan kişilerin görüşme yapıldığı sıradaki yaş ortalaması $19,4 \pm 2,7$ yıl, intihar girişiminde buldukları sıradaki yaş ortalamaları ise $17,3 \pm 2,3$ yıl olarak saptanmıştır. Olgulara ait diğer sosyo-demografik veriler Tablo 1'de belirtilmiştir.

İntihar ile ilişkili sosyo-demografik özellikler cinsiyet grupları arasında değerlendirilmiştir (Tablo 2). Erkek ve kadınlarda en sık görülen iki neden sırasıyla duygusal ve ailesel sebepler iken; kadınlarda bunu psikolojik, ekonomik, fiziksel sebepler izlemekte, erkeklerde ise ekonomik ve fiziksel sebepler üçüncü sırayı alırken, son sırada psikolojik sebepler yer almaktadır.

Tablo 1. Batman ilinde 2013-2018 yılları arasında intihar girişiminde bulunan 13-22 yaş aralığındaki çocuklar ve gençlerin sosyo-demografik verileri

Tüm yaş gruplarında		
Değişken	N (%)	
Cinsiyet		
Kadın	65 (%73,9)	
Erkek	23 (%26,1)	
Yerleşim yeri		
Kentsel	76 (%86,4)	
Kırsal	12 (%13,6)	
Medeni durum		
	18 yaş ve altı	18 yaş üstü
Bekar	33 (%94,3)	32 (%60,4)
Resmi nikah	1 (%2,9)	16 (%30,2)
İmam nikahı	-	3 (%5,7)
Çok eşli	-	1 (%1,9)
Nişanlı	1 (%2,9)	1 (%1,9)
Çalışma durumu		
Öğrenci	21 (%60,0)	12 (%22,6)
Çalışmıyor	10 (%28,6)	33 (%62,3)
Çalışan	4 (%11,5)	8 (%15,1)

Yalnızca fiziksel sebepler erkeklerde kadınlardan 4,2 kat fazla bulunmuştur.

İntihar yöntemlerine bakıldığında her iki cinsiyette de en sık kullanılan yöntem yüksek doz ilaç alımı olarak belirlenmiştir. İntihar girişimi sonrası pişmanlık oranları cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılaşmakta, kadınlar daha yüksek oranda pişmanlık bildirmektedir.

İntihar risk seviyesine göre değerlendirildiğinde ise intihar öncesi depresif hissetme süresi, düşük risk grubundakilerde orta ve ciddi risk grubuna göre anlamlı olarak daha düşük seviyede bulunmuştur ($p < 0,001$). Düşük risk grubu, cinsiyet değişkeni açısından orta ve ciddi risk grubundan farklılaşmaktadır; düşük risk grubunda kadınlar daha sık görülmektedir. Alkol madde kullanımı düşük risk grubunda %3,6, orta risk grubunda %21,1 ve ciddi risk grubunda %42,9 oranında görülmekte ve düşük risk grubu ciddi risk grubundan anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($p < 0,001$). Düşük risk grubundakiler desteğin varlığını (%63,6), orta (%31,6) ve yüksek (%14,3) risk grubuna göre daha yüksek düzeyde hissettiklerini belirtmişlerdir. İntihar sonrası pişmanlık düşük risk grubunda (%85,5), orta (%52,6) ve ciddi (%38,5) risk grubuna göre daha yüksek düzeyde saptanmıştır. İntihar risk seviyelerinin tümünde yüksek doz ilaç alımı en sık kullanılan yöntem olarak bulunmuştur ve hafif, orta ve ciddi risk gruplarında sırasıyla %87,3, %94,7 ve %50,0 oranında bulunmuştur. Belirtilen intihar nedenlerinden her 3 grupta da duygusal nedenler en sık neden olarak saptanırken; fiziksel nedenler istatistiksel olarak anlamlı bulunacak şekilde orta ve ciddi risk grubunda hafif risk grubundan fazla bulunmuştur. Psikolojik sebepler ise hafif ve ciddi risk grubu arasında anlamlı olarak farklı bulunmuştur (Tablo 3).

Tartışma

Bu çalışmada, Batman ilinde intihar girişiminde bulunan gençlerde sosyo-demografik özellikler ve intihar davranışının özellikleri geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Bu özellikler cinsiyete ve intihar davranışının ağırlık düzeyine göre karşılaştırılmıştır.

Sosyo-demografik veriler ele alındığında, intihar girişiminde bulunanların %73,9'unun kadın cinsiyette olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda ergenlik ve genç erişkinlik döneminde intihar girişimlerinin kadınlarda erkeklere oranla 3-9 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir.^{14,15} On sekiz yaş altı olguların öğrenim çağında olmalarına karşın yalnızca %60,0'ının okula devam ettiği öğrenilmiştir. Aktepe ve ark.'nın¹¹ Trabzon'da klinik örnekleme yaptığı bir çalışmada ise, intihar girişiminde bulunan olguların %96,6'sının öğrenimine devam ettiği gösterilmiştir.¹¹ İstanbul'da yapılan bir çalışmada ise intihar girişiminde bulunan gençlerin %83,3'ünün okula devam ettiği belirtilmiştir.¹⁶ Örnekleminizde, okula devam oranlarının diğer çalışmalara göre daha düşük bulunmasının bölgesel özellikler ve sosyo-kültürel etmenlerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu durum, olguların ergenlik döneminde daha fazla ihtiyaç duydukları sosyal desteğin getirdiği iyilik halinden ve koruyucu etkisinden mahrum kalmalarına yol açmaktadır.

Tablo 2. Batman ilinde 2013-2018 yılları arasında intihar girişiminde bulunan 13-22 yaş aralığındaki çocuklar ve gençlerin cinsiyetlerine göre intihar girişiminin özellikleri

		Kadın	Erkek	
İntihar yaşı	Ort.	17,29	17,35	p=0,87
	SS	2,32	2,10	
Görüşme yaşı	Ort.	19,5	19,13	p=0,58
	SS	2,75	2,47	
Kronik hastalık varlığı	N (%)	10 (15,6)	2 (8,7)	p=0,40
Ailede ruhsal hastalık	N (%)	23 (35,4)	9 (39,1)	p=0,74
Alkol madde kullanım öyküsü	N (%)	7 (10,8)	5 (21,7)	p=0,19
Suçta karışma öyküsü	N (%)	2 (3,1)	6 (26,1)	p=0,001*
Yakın çevresinde intihara tanıklık	N (%)	25 (38,5)	10 (43,5)	p=0,67
Travmatik yaşantı	N (%)	37 (56,9)	16 (69,6)	p=0,29
İntihar girişimi sayısı	Ort.	1,3	1,3	p=0,68
	SS	0,782	0,55	
İ.Ö. depresif dd (süre, ay)	Ort.	11,16	13,78	p=0,26
	SS	20,7	18,57	
İ.Ö. intihar düşüncesinin varlığı	N (%)	17 (26,2)	7 (30,4)	p=0,69
İ.Ö. intihar planı	N (%)	7 (10,8)	6 (26,7)	p=0,07
İ.Ö. intihar planının paylaşımı	N (%)	16 (24,6)	6 (26,1)	p=0,88
İ.Ö. KZVD varlığı	N (%)	14 (21,5)	9 (39,1)	p=0,09
İ.Ö. yardım arayışı	N (%)	21 (32,3)	5 (21,7)	p=0,34
İ.Ö. desteğin varlığı	N (%)	35 (53,8)	8 (34,8)	p=0,11
İntihar nedenleri				p=0,059
Ekonomik		8 (12,7)	7 (30,4)	p=0,433
Duygusal		52 (82,5)	18 (78,3)	p=0,280
Ailesel	N (%)	31 (49,2)	9 (39,1)	p=0,024
Fiziksel		6 (9,5)	7 (30,4)	p=0,576
Psikolojik		16 (25,4)	6 (26,1)	Hesaplanan üstünlük oranına göre, fiziksel nedenler erkeklerde kadınlara oranla yaklaşık 4,16 kat fazladır
İntihar Yöntemleri				
Ası		-	2 (8,7)	
Yüksekten atlama	N (%)	5 (7,7)	2 (8,7)	
Kesi		4 (6,2)	2 (8,7)	
Yüksek doz ilaç alımı		56 (86,2)	17 (73,9)	
İ.S. pişmanlığın varlığı	N (%)	50 (76,9)	12 (54,5)	p=0,045*
İ.S. stigma	N (%)	25 (38,5)	13 (59,1)	p=0,09
İ.S. psikolojik destek	N (%)	26 (40,0)	11 (47,8)	p=0,51

İ.Ö.: İntihar öncesi, İ.S.: İntihar sonrası, dd: Duygudurum, KZVD: Kendine zarar verme davranışı, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma. *p<0,05

İntiharla ilişkili risk faktörleri açısından değerlendirildiğinde suça karışma öyküsü erkeklerde anlamlı ölçüde daha fazla bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda psikopatolojiler açısından, cinsiyetler arası farklılık olduğu belirtilmektedir. Madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu erkeklerde intihar riskini artırmaktadır.¹⁷⁻¹⁹ Bu bağlamda agresyon, hostilité ve impulsif özellikler taşıyan psikopatolojilerin, erkeklerde daha yaygın olduğu ve suicidal davranışların riskini artırdığı

belirtilmektedir.²⁰ Bu bilgiler ışığında, çalışmamızda erkeklerde suça karışma davranışının daha yüksek oranda bulunmasının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Kesitsel ve ileri dönük çalışmalar ergenler arasında alkol kullanımının suicidal davranışlar açısından bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir.^{6,21-23} Alkol kullanımının depresif semptomların yokluğunda dahi suicidal düşünceyi tetikleyebileceği bildirilmiştir.²³ Ülkemizde yapılan bir çalışmada alkol kullanım bozukluğu olan hasta grubunda kontrollere göre

Tablo 3. Batman ilinde 2013-2018 yılları arasında intihar girişiminde bulunan 13-22 yaş aralığındaki çocuklar ve gençlerin intihar risk değerlendirmesine göre intihar girişimlerinin özellikleri

		İntihar risk değerlendirmesi			
		Düşük (N=55; %62,5)	Orta (N=19; %21,6)	Ciddi (N=14; %15,9)	
İntihar yaşı (yıl)	Ort. ± SS	17,2±2,3	17,5±2,3	17,7±2,2	p=0,67
Görüşme yaşı (yıl)	Ort. ± SS	19,1±2,6	19,12±2,89	19,2±2,5	p=0,21
Cinsiyet					
Kadın	N (%)	46 (70,8)	11 (16,9)	8 (12,3)	1<2 p=0,02*
Erkek	N (%)	9 (39,1)	8 (34,8)	6 (26,1)	1<3 p=0,03*
Kronik hastalık varlığı	N (%)	7 (13,0)	2 (16,5)	3 (21,4)	p=0,64
Ailede ruhsal hastalık	N (%)	20 (36,4)	7 (36,8)	5 (35,7)	p=0,64
Alkol madde kullanım öyküsü	N (%)	2 (3,6)	4 (21,1)	6 (42,9)	1<3 p<0,001**
Suçta karışma öyküsü	N (%)	4 (7,3)	2 (10,5)	2 (14,3)	p=0,69
İ.Ö. depresif dd		5,88±12,81	15,63±20,26	30,14±30,33	1<2 p=0,004* 1<3 p<0,001**
İ.Ö. desteğin varlığı	N (%)	35 (63,6)	6 (31,6)	2 (14,3)	1<3 p<0,001** 1<2 p=0,001*
Yakın çevresinde intihara tanıklık	N (%)	19 (54,3)	8 (22,9)	8 (22,9)	p=0,29
Travmatik yaşantı	N (%)	28 (50,9)	14 (73,7)	11 (78,6)	p=0,067
İ.S. pişmanlığın varlığı	N (%)	47 (85,5)	10 (52,6)	5 (38,5)	1<3 p<0,001** 1<2 p=0,003*
İ.S. stigma	N (%)	19 (34,5)	10 (52,6)	9 (62,9)	p=0,051
İ.S. psikolojik destek	N (%)	18 (32,7)	10 (52,6)	9 (64,3)	p=0,7
İntihar Yöntemleri					
Ası		-	-	2 (14,3)	
Yüksekten atlama	N (%)	2 (3,6)	1 (5,3)	4 (28,6)	
Kesi		5 (9,1)	-	1 (7,1)	
Yüksek doz ilaç alımı		48 (87,3)	18 (94,7)	7 (50,0)	
İntihar nedenleri					p=0,39
Ekonomik		7 (13,2)	5 (26,3)	3 (21,4)	p=0,53
Duygusal		45 (84,9)	14 (73,7)	11 (78,6)	p=0,63
Ailesel	N (%)	26 (49,1)	7 (36,8)	7 (50,0)	1<3 p<0,001**
Fiziksel		2 (3,8)	4 (21,1)	7 (50,0)	1<2 p=0,01*
Psikolojik		9 (17,0)	6 (31,6)	7 (50,0)	1<3 p=0,01*

İ.Ö.: İntihar öncesi, İ.S.: İntihar sonrası, dd: Duygudurum, KZVD: Kendine zarar verme davranışı, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma. **p<0,001, *p<0,05

intihar düşüncesi düzeyi, intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı daha yüksek oranda saptanmıştır.²⁴ Avrupa'da yapılan çalışmalarda intiharlarda ve intihar girişimlerinde alkol kullanımının %35,0-60,0 arasında değiştiği bildirilmiştir.²⁵⁻²⁸ Psikososyal faktörlerin ve riskli davranışların değerlendirildiği bir çalışmada ise sosyo-demografik faktörler kontrol altına alındığında marihuana kullanımı suisid düşüncesi ve suisid girişimi açısından risk faktörü olarak belirlenmiştir.²³ Örneklemimizde ise kadınlarda %10,2, erkeklerde ise %21,7 oranında alkol madde kullanımı saptanmıştır. Bu oranın diğer Avrupa ülkelerinden daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durumun kültürel faktörlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Diğer yandan intihar risk seviyesine göre değerlendirildiğinde

hafif risk grubunda olanların, ciddi risk grubunda olanlara oranla daha az alkol madde kullanmakta olduğu ve oranın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, klinik örneklemede alkol madde kullanımının varlığının daha ciddi girişimler açısından uyarıcı olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda hem kadın hem erkeklerde travmatik yaşantıların varlığı sırasıyla %56,9 ve %69,6 gibi yüksek oranlarda bildirilmiştir. Stres diyatez modeline göre stresli yaşam olayları örselenebilirlik faktörleri ile etkileşime girerek suisidal davranışların olasılığını artırmaktadır. Aile içi çatışmalar ve sınav kaygısı gibi stresli yaşam olaylarının yanında erken travmatik deneyimler ve diğer olumsuz yaşam olayları suisidal davranışlarla ilişkilidir.⁸ Örneğin çocukluk çağında cinsel

istismar öyküsü, intihar girişimi olasılığını 4-12 yaşları arasında 10,9 kat, 13-19 yaşları arasında ise 6,1 kat artırmaktadır.²⁹

Çeşitli çalışmalarda, yakın çevresindeki kişilerin intihar veya intihar girişimine tanıklık etmenin, tamamlanmış intiharlar ve intihar girişimleri açısından riski artırdığı saptanmıştır.³⁰⁻³³ Yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan gençlerin %40,0'ının çevrelerindeki intihar girişimine tanık olduğu bildirilmiştir.³⁴ Örneklemimizdeki kadın ve erkek olgular sırasıyla %38,5 ve %43,5 oranında yakın çevresinde intihar girişimine tanıklık ettiğini bildirmiştir. İntihar risk grupları arasında farklılık saptanmamıştır. Literatürde, intihara tanık olma sonrası intihar yatınlığındaki artış, intihar bulaşı^{35,36} veya intiharin yayılması³⁷ başlıkları altında tartışılmış, ancak bu duruma yol açan mekanizmalar tam olarak açığa kavuşturulamamıştır.³⁸ Yapılan bir çalışma, intihara tanıklık etmenin, kişilerin intiharı daha düşünülebilir ve olası görmelerine neden olduğu belirtilmiştir. Bu durumun da kişilerin, edinilmiş intihar kapasitesini artırabileceği ifade edilmiştir. Ayrıca, tanıklık eden kişiler intiharı, psikolojik sıkıntı hali ile baş etmede veya kişisel bir problemle başa çıkmada kullanılabilecek bir yöntem olarak gördüklerini belirtmişlerdir.³⁸ Bu bulgularla uyumlu olarak, çalışmamızda intihar risk grupları arasında fark saptanmaması, intihara tanıklık etmenin, hem intiharı bir baş etme yöntemi olarak değerlendiren dürtüsel girişim riskini hem de ölme niyetinin daha yüksek olduğu ciddi girişimlerin riskini artırdığını düşündürmektedir.

Depresyon çocuk ve ergenlerdeki suisidalite açısından temel faktörlerden biri olarak belirlenmiştir ve hem klinik hem klinik olmayan popülasyonda bildirilmiştir.^{23,39-42} Major depresif bozukluk cinsiyet, yaş, ırk, sosyo-ekonomik faktörler ve diğer hastalıklar kontrol altına alındığında bile intihar girişimi riskinde beş kat artışa neden olmaktadır.⁵ Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan olguların intihar girişimleri öncesi kadın ve erkeklerde sırasıyla ortalama 11,2 ve 13,8 ay süreyle olmak üzere depresif hissettikleri bulunmuştur. Diğer önemli bir bulgu ise intihar riskine göre değerlendirildiğinde intihar girişimi hafif düzeyde olanların orta ve ciddi düzeyde olanlara göre intihar öncesi depresif hissetme sürelerinin daha kısa bulunmuş olmasıdır. Zubrick ve ark.'nın⁴³ yaptığı depresif ergenlerle yaptığı çalışmada, depresif semptomların süresi ve devamlılığının intihar düşüncesi ve intihar davranışları riskini artırdığı bildirilmiştir.

İntihar girişimi ile ilgili özellikler açısından değerlendirildiğinde ise kadın ve erkekler, intihar düşüncesinin varlığı, plan yapma, planın paylaşımı, kendine zarar verme davranışının varlığı, sosyal desteğin varlığı ve yardım arayışı açısından farklılık göstermemiştir. Kendine zarar verici davranışların oranı kadın ve erkeklerde %21,5 ve %39,1 oranında saptanmıştır. Literatüre baktığımızda yaşam boyu kendine zarar verici davranış ve intihar girişiminde bulunma birlikteliği %17,0 ile %70,0 aralığında değişmektedir.⁴⁴⁻⁴⁷ Olguların az bir kısmının intihar girişimi öncesi intihar düşüncesine sahip olduğu (kadın ve erkekte sırasıyla %26,2, %30,4) ve yine benzer oranlarda intihar planı olduğu (%10,8, %26,7) göz çarpıcıdır. Bu bulgu bize intihar

girişimlerinin büyük bir kısmının impulsif davranışlar olabileceği yönünde fikir vermektedir. İmpulsivite klinik örnekleme ve toplum temelli örnekleme suisidal davranışlar açısından önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır.^{48,49} Yapılan çalışmalarda intihar girişimi olan gençlerin büyük bir kısmının girişim öncesinde yardım arayışında bulunmadığı gösterilmiştir.^{50,51} Yapılan bir çalışmada yardım istemeyi engelleyen en sık sebebin kişinin yardıma ihtiyacı olduğu düşünmemesinden kaynaklandığı, bunu sorunu tek başına çözmeye isteği, ekonomik sorunlar gibi yapısal nedenler izlemektedir. En az görülen neden ise etiketlenme ile ilişkilidir.⁵² Çalışmamızda da benzer şekilde yardım arayışı kadın ve erkek cinsiyette oldukça düşük oralarda kalmıştır. İntihar risk seviyesine göre yardım arayışı oranı değişmemiştir.

Çalışmamızda dikkat çeken bulgulardan biri hafif risk düzeyine sahip intihar girişimlerinin algıladığı sosyal desteğin orta ve ciddi gruptakilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğudur. Sosyal desteğin önemi, suisidal davranışlarla ilgili teorilerde ve çeşitli araştırmalarla ortaya konulmuştur.⁵³ İntiharin sosyolojik teorisi⁵⁴ ve intihara ilişkin kişilerarası teori,⁵⁵ yetersiz sosyal desteğin intihar girişimi riskini artırdığını öngörmektedir. Kesitsel^{56,57} ve ileri dönük çalışmalar,^{58,59} özellikle ebeveyn ve akranlar tarafından sağlanan sosyal desteğin düşük olarak algılanmasını, ergenlerde intihar düşüncesi ve intihar girişimi için daha yüksek riskle ilişkilendirmiştir.

İntihar nedenleri açısından değerlendirildiğinde her iki cinsiyette de en sık neden duygusal nedenler olarak belirtilmiştir. Benzer şekilde intihar risk seviyelerine göre de en sık belirtilen neden duygusal nedenler olarak saptanmıştır. Fiziksel olarak belirtilen sebepleri ise erkekler kadınlara oranla 4,16 kat fazla bildirmişlerdir. Ayrıca, fiziksel nedenler hafif risk grubunda, orta ve ciddi risk grubuna göre daha az oranda bulunmuştur. İntihar davranış teorilerine göre, kronik hastalıklar, kişinin aidiyet duygusunu, ağrı toleransını ve mevcut başa çıkma kaynaklarını azaltırken, umutsuzluk, sıkışmışlık hissi ve kaçınma davranışlarını artırarak, doğrudan ya da dolaylı olarak intihar davranışı riskinde artışa neden olmaktadır.^{55,60} On bin ergenin alındığı epidemiyolojik bir çalışmada da çeşitli kronik hastalıkların intihar davranış riskinde artışa neden olduğu bildirilmiştir. Özellikle kardiyovasküler hastalıklar, baş ağrısı ve sırt/boyun ağrısı daha yüksek oranda olmak üzere fiziksel hastalıklar hem intihar girişiminde hem de intihar düşüncesinden intihar davranışına geçişte risk faktörü olarak bildirilmiştir.⁶¹

İntihar yöntemleri açısından her iki cinsiyette de yüksek doz ilaç alımı en sık kullanılan yöntem olarak saptanmıştır. Bununla birlikte 2 erkek olgu ası ile intihar girişiminde bulunurken, kadınlarda ası yöntemini kullanan olgu saptanmamıştır. Ülkemizde ergen yaş grubunda yapılan diğer çalışmalarda da yüksek doz ilaç alımı en sık başvurulan yöntem olmuştur.^{11,16,62,63} İntihar girişiminde seçilen yöntem gidişatı belirlemede önemli rol almaktadır.⁶⁴ Çeşitli intihar yöntemleri ülkeler arasında ulaşılabilirlik ve sosyal açıdan kabul edilebilirliğine göre farklılık göstermektedir. Seçilen yöntem ölümcüllük

ile ilişki göstermekte, bu nedenle farklı popülasyonlardaki farklı yöntemler intihar oranlarındaki farklılığa katkıda bulunmaktadır.⁶⁵

İntihar girişimi ile ilgili psikiyatrik destek alma özellikle düşük gelire sahip ülkelerde %17,0 gibi düşük bir orandayken yüksek gelirli ülkelerde bu oran %56,0'a çıkmaktadır.⁵² Örneklemimizde ise bu oranlar kadın ve erkeklerde, sırasıyla %40.0 ve %47,8 olarak bulunmuştur.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Örneklem sayısının küçük olması ve olguları değerlendirirken standardize yöntemlerin kullanılmamasının çalışmamızın sonuçlarını etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Görüşmeye çağrılan olgulardan, çalışmamıza katılmaya gönüllü olan olguların, olmayanlara göre daha iyi bir psikolojik duruma sahip olma olasılığı da çalışmamızın kısıtlılığı olarak düşünülmüştür. İntihar girişimi üzerinden belirli bir zaman geçmesi, olguların bilgileri yanlış ve eksik hatırlama olasılığını içermektedir. Bunlara ek olarak ailede psikiyatrik hastalık varlığı ve ailede intihar girişimi öyküsünün bilinmiyor oluşunun, önemli olabilecek bir risk faktörünün değerlendirilememesine sebep olabileceği düşünülmüştür. Bu kısıtlılıklar göz önüne alındığında, ülkemizde bölgelere özgü intihar davranışlarını daha ayrıntılı bir şekilde değerlendirmek için geniş örneklemli, ileriye dönük ve standardize ölçüm araçlarının kullandığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç

Çalışmamızda ülkemizin güneydoğusunda bulunan Batman iline ait örneklemin değerlendirilmesi, ergenlik döneminde en sık ölüm nedenlerinden olan intihara yönelik risk faktörlerinin ve intihar davranışının özelliklerinin değerlendirilmesine olanak vermiştir. Bu açıdan bölgeye özgü koruyucu girişimlerin belirlenebilmesi açısından önem arz etmektedir. Çalışmamızda olguların hem cinsiyete hem de belirlenen intihar risk seviyesine göre değerlendirilmesinin, klinik uygulamalarda risk faktörlerini ve prognozu belirlemede yol gösterici olacağına düşünmekteyiz.

Etik

Etik Kurul Onayı: Batman Bölge Devlet Hastanesi'nden Etik Kurul onayı (karar no: 135, tarih: 28.01.2019) alınmıştır.

Hasta Onayı: Geriye dönük çalışma.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: B.K.O., M.O., Z.İ., Dizayn: B.K.O., M.O., Z.İ., Veri Toplama veya İşleme: B.K.O., M.O., Z.İ., Analiz veya Yorumlama: B.K.O., Literatür Arama: B.K.O., Yazan: B.K.O.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Suicide. 2019. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide, cited: 01.04.2020]
2. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar İstatistikleri, 2015. [www.tuik.gov.tr. 2016;21516. cited: 01.04.2020]
3. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387:1227-1239.
4. Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Alvarez M, Garcia-Portilla P, Ruiz-Sancho A, Arango C, Bobes J. Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Res*. 2008;157:131-137.
5. Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, Reboussin BA, Mayfield A, Frazier PH, Treadway SL. Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77:281-290.
6. Arria AM, O'Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED. Suicide Ideation Among College Students: A Multivariate Analysis. *Arch Suicide Res*. 2009;13:230-246.
7. Birmaher B, Brent D; AACAP Work Group on Quality Issues; Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, Chrisman A, Farchione T, Greenhill L, Hamilton J, Keable H, Kinlan J, Schoettle U, Stock S, Ptakowski KK, Medicus J. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1503-1526.
8. Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, Hoekstra PJ, Coghill D, Schulze UME, Dittmann RW, Buitelaar JK, Castro-Fornieles J, Lievesley K, Santosh P, Arango C; STOP Consortium. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29:759-776.
9. Ercan S, Aksoy ŞM, Yalçın A, Şimşek AÇ, Acar SR, Erçin Şahin T. Socio-Demographical and Clinical Characteristic of Suicide Cases That Admitted to Emergency Services in Ankara. *JCBPR*. 2016;5:5-12.
10. Tel H, Uzun S. Social support and coping with stress in patients who were accepted to the emergency room with the suicide. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2003;4:151-158.
11. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, Topbaş M, Özkorumak E. Sociodemographic features of child and adolescents admitted to Karadeniz Technical University Medical Faculty child outpatient clinic with suicide attempt. *TAF Prev Med Bull*. 2006;5:444-454.
12. Devrimci-Ozguven H, Sayıl I. Suicide attempts in Turkey: results of the WHO—EURO multicentre study on suicidal behaviour. *Can J Psychiatry*. 2003;48:324-329.
13. Chu C, Klein KM, Buchman-Schmitt JM, Hom MA, Hagan CR, Joiner TE. Routinized Assessment of Suicide Risk in Clinical Practice: An Empirically Informed Update. *J Clin Psychol*. 2015;71:1186-1200.
14. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU, Carter R. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104:332-339.
15. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Flint KH, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Whittle L, Lim C, Wechsler H; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance - United States, 2011. *MMWR Surveill Summ*. 2012;61:1-162.
16. Akin E, Berkem M. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikiyatrik Tanıların, Demografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi. 2012;17:228-232.
17. Oquendo MA, Bongiovi-Garcia ME, Galfalvy H, Goldberg PH, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2007;164:134-141.
18. Arsenaull-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4:37.

19. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373:1372-1381.
20. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BGC. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord*. 2012;138:19-26.
21. Rossow I, Ystgaard M, Hawton K, Madge N, van Heeringen K, de Wilde EJ, DeLeo D, Fekete S, Morey C. Cross-national comparisons of the association between alcohol consumption and deliberate self-harm in adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37:605-615.
22. Brent DA, Emslie GJ, Clarke GN, Asarnow J, Spirito A, Ritz L, Vitiello B, Iyengar S, Birmaher B, Ryan ND, Zelazny J, Onorato M, Kennard B, Mayes TL, Debar LL, McCracken JT, Strober M, Suddath R, Leonard H, Porta G, Keller MB. Predictors of spontaneous and systematically assessed suicidal adverse events in the treatment of SSRI-resistant depression in adolescents (TORDIA) study. *Am J Psychiatry*. 2009;166:418-426.
23. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, Lahey BB, Shaffer D, Gould MS. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:837-846.
24. Çiçek İE. Death Anxiety and Suicidal Ideation in Patients with Alcohol Use Disorder. *Bağışlılık Dergisi*. 2021;22:413-420.
25. Grøholt B, Ekeberg Ø, Wichstrom L, Haldorsen T. Youth suicide in Norway, 1990–1992: A comparison between children and adolescents completing suicide and age- and gender-matched controls. *Suicide Life Threatening Behav*. 1997;27:250-263.
26. Hawton K, Fagg J, McKeown SP. Alcoholism, alcohol and attempted suicide. *Alcohol Alcohol*. 1989;24:3-9.
27. Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction*. 2001;96:59-75.
28. Pirkola SP, Marttunen MJ, Henriksson MM, Isometsä ET, Heikkinen ME, Lönnqvist JK. Alcohol-related problems among adolescent suicides in Finland. *Alcohol Alcohol*. 1999;34:320-329.
29. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, Karam EG, Kessler RC, Sampson N, Alonso J, Andrade LH, Angermeyer M, Benjet C, Bromet E, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Horiguchi I, Hu C, Kovess V, Levinson D, Posada-Villa J, Sagar R, Scott K, Tsang A, Vassilev SM, Williams DR, Nock MK. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 2010;197:20-27.
30. Bearman PS, Moody J. Suicide and friendships among American adolescents. *Am J Public Health*. 2004;94:89-95.
31. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:1145-1152.
32. Christiansen E, Goldney RD, Beautrais AL, Agerbo E. Youth suicide attempts and the dose-response relationship to parental risk factors: a population-based study. *Psychol Med*. 2011;41:313-319.
33. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs*. 2003;5:243-265.
34. Hedeland RL, Teilmann G, Jørgensen MH, Thiesen LR, Andersen J; Study-Associated Pediatric Departments. Risk factors and characteristics of suicide attempts among 381 suicidal adolescents. *Acta Paediatr*. 2016;105:1231-1238.
35. Velting DM, Gould MS. Suicide contagion. In: Maris RW, Silverman MM, Canetto SS, eds. *Review of suicidology*. New York: Guilford Press; 1997:96-137.
36. Abrutyn S, Mueller AS. Are suicidal behaviors contagious in adolescence? Using longitudinal data to examine suicide suggestion. *Am Sociol Rev*. 2014;79:211-227.
37. Baller RD, Richardson KK. The “dark side” of the strength of weak ties: The diffusion of suicidal thoughts. *J Health Soc Behav*. 2009;50:261-276.
38. Miklin S, Mueller AS, Abrutyn S, Ordonez K. What does it mean to be exposed to suicide?: Suicide exposure, suicide risk, and the importance of meaning-making. *Soc Sci Med*. 2019;233:21-27.
39. Spann M, Molock SD, Barksdale C, Matlin S, Puri R. Suicide and African American teenagers: Risk factors and coping mechanisms. *Suicide life-threatening Behav*. 2006;36:553-568.
40. Vitiello B, Brent DA, Greenhill LL, Emslie G, Wells K, Walkup JT, Stanley B, Bukstein O, Kennard BD, Compton S, Coffey B, Cwik MF, Posner K, Wagner A, March JS, Riddle M, Goldstein T, Curry J, Capasso L, Mayes T, Shen S, Gugga SS, Turner JB, Barnett S, Zelazny J. Depressive symptoms and clinical status during the Treatment of Adolescent Suicide Attempters (TASA) Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:997-1004.
41. Vitiello B, Silva SG, Rohde P, Kratochvil CJ, Kennard BD, Reinecke MA, Mayes TL, Posner K, May DE, March JS. Suicidal events in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). *J Clin Psychiatry*. 2009;70:741-747.
42. Asarnow JR, Baraff LJ, Berk M, Grob C, Devich-Navarro M, Suddath R, Piacentini J, Tang L. Pediatric emergency department suicidal patients: two-site evaluation of suicide ideators, single attempters, and repeat attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:958-966.
43. Zubrick SR, Hafekost J, Johnson SE, Sawyer MG, Patton G, Lawrence D. The continuity and duration of depression and its relationship to non-suicidal self-harm and suicidal ideation and behavior in adolescents 12–17. *J Affect Disord*. 2017;220:49-56.
44. Cheung YTD, Wong PWC, Lee AM, Lam TH, Fan YSS, Yip PSF. Non-suicidal self-injury and suicidal behavior: prevalence, co-occurrence, and correlates of suicide among adolescents in Hong Kong. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:1133-1144.
45. Cloutier P, Martin J, Kennedy A, Nixon MK, Muehlenkamp JJ. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *J Youth Adolesc*. 2010;39:259-269.
46. Nock MK, Joiner TEJ, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2006;144:65-72.
47. Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*. 2010;178:101-105.
48. Gorlyn M. Impulsivity in the prediction of suicidal behavior in adolescent populations. *Int J Adolesc Med Health*. 2005;17:205-209.
49. Horesh N. Self-report vs. computerized measures of impulsivity as a correlate of suicidal behavior. *Crisis*. 2001;22:27-31.
50. De Leo D, Cerin E, Spathonis K, Burgis S. Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: Prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *J Affect Disord*. 2005;86:215-224.
51. Husky MM, McGuire L, Flynn L, Chrostowski C, Olfson M. Correlates of help-seeking behavior among at-risk adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2009;40:15-24.
52. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC, Alonso J, Borges G, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Hu C, Karam EG, Kawakami N, Kostyuchenko S, Kovess-Masfety V, Lee S, Levinson D, Matschinger H, Posada-Villa J, Sagar R, Scott KM, Stein DJ, Tomov T, Viana MC, Nock MK. Treatment of suicidal people around the world. *Br J Psychiatry*. 2011;199:64-70.
53. Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *J Adolesc Heal*. 2015;56:286-292.
54. Durkheim E. *Suicide, a study in sociology* (1951 Edition, Spaulding JA, Simpson G, Trans.). London: Routledge. 1897.
55. Joiner TE. *Why people die by suicide*: Harvard University press. Cambridge, MA. 2005;10.
56. Sharaf AY, Thompson EA, Walsh E. Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk

- adolescent. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2009;22:160-168.
57. Bonanno RA, Hymel S. Beyond hurt feelings: Investigating why some victims of bullying are at greater risk for suicidal ideation. *Merrill-Palmer Quarterly.* 2010;420-440.
58. Winfree Jr LT, Jiang S. Youthful suicide and social support: Exploring the social dynamics of suicide-related behavior and attitudes within a national sample of US adolescents. *Youth Violence Juv Justice.* 2010;8:19-37.
59. Czyz EK, Liu Z, King CA. Social connectedness and one-year trajectories among suicidal adolescents following psychiatric hospitalization. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2012;41:214-226.
60. O'Connor RC. Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Int Handb suicide Prev Res Policy Pract.* 2011;1:181-198.
61. Dean-Boucher A, Robillard CL, Turner BJ. Chronic medical conditions and suicidal behaviors in a nationally representative sample of American adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2020;55:329-337.
62. Sayar K, Acar B. Psikofarmakolojik ajanlarla yapılan intihar girişimlerinde risk etkenleri. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology.* 1999;9:208-212.
63. Ünlü G, Aksoy Z, Ersan EE. Evaluation of child and adolescents with attempted suicide. *Pamukkale Medical Journal.* 2014;7:176-183.
64. Spicer RS, Miller TR. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health.* 2000;90:1885-1891.
65. Kim B, Ahn JH, Cha B, Chung YC, Ha TH, Hong Jeong S, Jung HY, Ju G, Kim EY, Kim JM, Kim MD, Kim MH, Kim SI, Lee KU, Lee SH, Lee SJ, Lee YJ, Moon E, Ahn YM. Characteristics of methods of suicide attempts in Korea: Korea National Suicide Survey (KNSS). *J Affect Disord.* 2015;188:218-225.