



Özgün Makale (Teorik Araştırma)

Unique Article (Theoretical Research)

Geliş Tarihi – Submitted: 13.04.2023

Kabul Tarihi – Accepted: 23.07.2023

Atıf Bilgisi / Reference Information

Erdem, E., Kesgin, B. & Zengin, O. (2023). Klinik sosyal hizmet alanında intiharın yeri. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 23 (1), 22-41.

Doi: <https://doi.org/10.54961/uobild.1282697>

KLİNİK SOSYAL HİZMET ALANINDA İNTİHARIN YERİ

Metin ERDEM¹

Bedrettin KESGİN²

Oğuzhan ZENGİN³

ÖZET

İntihar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Dünya genelinde yılda bir milyona yakın kişi intihar etmekte olup 15-29 yaş aralığında gençlerin ölüm nedenleri arasında intihar üçüncü sırada yer almaktadır. Bu duruma yönelik ruh sağlığı alanında yer alan disiplinler çeşitli çalışmalar yapmaktadır. Bu disiplinlerden biri de sosyal hizmetin alt alanı olan klinik sosyal hizmet alanıdır. Sosyal hizmet disipliniinde intihar ile ilgili akademik çalışmaların türlerine bakıldığında çalışmaların çoğunluğunun (%60) açıklayıcı çalışmalar olduğu sonrasında betimleyici çalışmaların (%30) geldiği, müdahaleye yönelik çalışmaların ise

¹ Arş. Gör. Dr, Bingöl Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, e-posta: metin.erdem.21@gmail.com ORCID: 0000-0002-9192-6102

² Prof. Dr., Yalova Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, e-posta: bedrettink@gmail.com, ORCID: 0000-0001-9812-8966

³ Doç. Dr., Karabük Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, e-posta: oguzen04@gmail.com, ORCID: 0000-0002-2682-0870

bu çalışmaların çok azını (%10) oluşturduğu görülmektedir. Bununla birlikte, literatürde intihar olgularıyla çalışan sosyal hizmet uzmanlarının müdahale konusunda kendini yetersiz gördükleri ve durumla ilgili eğitimler talep ettikleri görülmüştür. Bu verilerden hareketle sosyal hizmet disiplininde intihar konusunda müdahale araştırmalarına yönelik ihtiyacın söz konusu olduğu ve bu ihtiyacın karşılanmasına yönelik çabaların sosyal hizmet uzmanlarını bu alanda güçlendireceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İntihar, Klinik sosyal hizmet, Ruh sağlığı

SUICIDE IN CLINICAL SOCIAL WORK

ABSTRACT

Suicide is recognized as a public health problem by the World Health Organization. Around the world, close to one million people commit suicide every year and suicide is the third leading cause of death among young people between the ages of 15-29. Disciplines in the field of mental health carry out various studies for this situation. One of these disciplines is clinical social work, which is a subfield of social work. When we look at the types of academic studies on suicide in the social work discipline, it is seen that the majority of the studies (60%) are explanatory studies, followed by descriptive studies (30%), and interventional studies make up very few (10%) of these studies. However, it has been seen in the literature that social workers working with suicide cases consider themselves inadequate in intervention and demand trainings about the situation. Based on these data, it is seen that there is a need for intervention research on suicide in the social work discipline, and it is thought that efforts to meet this need will strengthen social workers in this field.

Keywords: Suicide, Clinical social work, Mental health

GİRİŞ

Dünyada intihar oranlarına bakıldığında 15-29 yaş aralığındaki gençlerin ölüm şekli sıralamasında intihar üçüncü sırada yer almaktadır. İntiharların üçte biri bu yaş aralığında bulunanlarda gerçekleşmektedir. Dünyada ise yaklaşık bir milyon kişi intihar etmektedir (Sartorius, 2021). Dolayısıyla intiharı küresel bir sorun olarak tanımlayan

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), intihar için “halk sağlığı sorunu” ifadesini kullanmıştır. DSÖ’ye (2020) göre yılda 800.000’e yakın insan intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Son 45 yılda intihar oranları yüzde 65 oranında artmıştır. Dünyada intihar hızı yüz binde 16 iken her 40 saniyede, bir kişi intihar etmektedir. Bu oranlara bakıldığında intiharın bir halk sağlığı sorunu olarak kabul nedeni anlaşılmalıdır. İntiharın halk sağlığı sorunu olması nedeniyle sosyal hizmette ciddi bir alan haline gelmiştir. Özellikle intiharlara yönelik iyileştirici müdahale klinik sosyal hizmet alanına girmektedir. Çalışmada intihar olgusunun klinik sosyal hizmet alanında yeri ele alınmıştır. Bu bağlamda öncelikle intihar kavramı ve epidemiyolojisi, intihar kuramları, intiharın risk ve koruyucu faktörleri sonrasında ise sosyal hizmet alanında yapılan intihar çalışmalarının, klinik sosyal hizmet ile ilişkisi ve sosyal hizmet uzmanlarının intihara yönelik yaklaşımları incelenecektir.

İNTİHARIN TANIM VE EPİDEMİYOLOJİSİ

İntihar kavramının kullanımının tarihine bakıldığında oldukça yeni olduğu görülmektedir. Uludüz’e (2001) göre intihar kavramı ilk olarak 17. yüzyılda kullanılmaya başlanmıştır. Türkiye’de ise ilk defa Tanzimat Dönemi’nde kullanılmaya başlandığı görülmektedir (Poyraz ve Çalışkan, 2019; Sercan, 2019:). Yunan ve Roma’da intihar tek bir tanım veya bakış açısı altında toplanmamıştır. İntihara bakış açısı eylem çeşitliliği ve tanım çokluğuyla ele alınmaktadır. Bu bakış açıları tıbbi veya patolojik olmaktan ziyade felsefi ve politik olarak tartışılmaktadır. 4. yy. sonu – 5. yy. başında Saint Augustinus intiharı bir günah olarak nitelendirmiştir. Çünkü intihar etmek Tanrı’nın verdiği canı reddederek en büyük günahı işlemek olarak değerlendirilmiştir. Sonra kilise ve örfi hukuk intiharı suç olarak kabul etmişlerdir. Daha önce bu eyleme yönelik özel bir kelime yoktur. Bu kavram yerine daha çok “kendini öldürme”, “kendi canına kıyma” ve “kendi yaşamına son verme” tanımları kullanılmaktadır. Zamanla intihar kavramı profanlaşmıştır. 18. yy. sonlarına doğru intiharın patolojikleştirilmesiyle beraber tıbbın konusu haline gelmiştir. İntihar, zihinsel süreci veya sorunun bir sonucu olarak ele alınmıştır. Bu süreç anlaşılabilirliği takdirde intiharın gerçek sebebinin anlaşılacağı savunulmaktadır. Bundan dolayı intihar 17. ve 18. yy. tıbbının en önemli konusu haline gelmiştir. 19. yy.dan itibaren otopsilerde yapılan araştırmalarda intiharın anatomik olabileceğine dair yeterli kanıt bulunamamıştır. Bundan dolayı kavram bu yüzyılın ikinci yarısından itibaren psikolojik ve psikanaliz boyutuyla ele alınmıştır. Bu

süreçte intiharın nedeni içgüdü, dürtü, çocukluk anıları ve hastanın öz geçmişinde aranmaya başlanmıştır (Marsh, 2017).

Türkçede intihar kelimesi Arapçadan “nahr” kökünden türetilmiştir. “Nahr”ın kelime anlamı ise “göğüs, göğse vurma, boğazından asılma, deveyi boğazlama, gırtlığı bıçakla kesme” anlamlarına gelmektedir. TDK ise intihar kelimesi yerine “öz kıyım” veya “öze kıyım”ı önermektedir (TDK, 2019). İntiharın İngilizce karşılığı “insanın kendini öldürmesi” anlamına gelen “suicide”, Latince ise “sui” yani ben ve “cedere” yani öldürmek kıymak anlamına gelen iki kelimenin birleşmesinin sonucu “suicidedere” den İngilizceye suicide şeklinde geçmiştir (Eskin, 2014). Genellikle intihar kelimesi “tamamlanmış intihar” anlamında kullanılır. Ancak tanımlara bakıldığında intihar kavramının çatı kavram olduğu anlaşılmaktadır. Eskin’e göre (2014) intihar tanımı, düşünceyle başlayıp ölümlle sonuçlanacak kadar geniş yelpazede tanımlanmaktadır. İntihar girişimi kavramı ise ölümlle sonuçlanmayan intiharlar olarak tanımlanır (Perlman ve ark., 2011).

Dünyada yaşa göre standardizasyon intihar oranı 100.000’de 10.5 oranı kullanılarak hesaplanmaktadır. Bu oranların çeşitliliği 100.000’de 5 ve 30 arasında değişmektedir. Dünya’da yaşa göre standardizasyon erkeklerde 13.7 iken kadınlarda 7.5’tir. Küresel olarak erkeklerin kadınlara göre yaşa göre standardizasyon intihar oranı 1.8 kat daha fazladır. Yüksek gelirli ülkelerde bu oran 3 kata yakındır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde bu oran eşite yakındır. Bangladeş, Çin, Lesoto, Fas ve Myanmar gibi bazı ülkelerde kadınların intihar oranı erkeklerden yüksektir. Tüm dünyada intiharların %52.1’i 45 yaşından önce gerçekleşmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde genç intiharları %90 oranında (genç nüfusun %90’ı bu ülkelerde yaşamaktadır) gerçekleşmektedir. Bölgeler arasında intihar oranlarında farklılık olmaktadır. Yaşa göre standardizasyon Afrika’da 12, Avrupa’da 12.9, Güneydoğu Asya’da 13.4 ve Doğu Akdeniz’de 4.3 seviyesindedir. Dünyada intiharların çoğu, düşük orta gelirli ülkelerde (%79) meydana gelmesine rağmen yaşa göre standardizasyon oranına bakıldığında yüksek gelirli ülkeler en yüksek intihar oranına (11.5) sahiptir. Düşük gelirli ülkelerin oranı (11.4) daha düşüktür. 2010-2016 yıl aralığında küresel anlamda yaşa göre standardizasyon intihar oranları (9.8) düşerken sadece Amerika’da oran (6.0) artmıştır.

Türkiye’de 2019 yılında 3406, 2020 yılında 3703 ve 2021 yılında ise 4158 kişi intihar etmiştir. Kaba intihar hızı ise 2019’da 4.12; 2020’de 4.44; 2021’de ise 4.94 olarak

kaydedilmiştir. Buna göre 2021 yılında günde ortalama 11 kişi intihardan dolayı hayatını kaybetmiştir. TÜİK'e (2023) göre 2021 yılında cinsiyete göre intihar sayısına bakıldığında erkeklerde 3238 iken kadınlarda 920 olarak kayıtlara geçilmiştir. Bu oran erkeklerde kadınların 3.5 katı şeklindedir. Yaş aralığına bakıldığında 1. sırada 12.6 oranla 25-29 yaş, 2. sırada 12.2 oranla 20-24 ve 3. sırada ise 10.8 oranla 30-34 yaş arasındadır. Evlilik durumuna bakıldığında 1. Sırada 45.8 oranla evli, 2. sırada 40.8 oranla hiç evlenmemiş, 3. Sırada 9.0 oranla boşanmış ve 4. sırada ise 4.5 oranla eşi ölenler gelmektedir. İntihar şekline göre, 48.7 oranla ası, 26.3 oranla ateşli silahlar, 12.5 oranla ise yüksekten atlama şeklinde sıralanmıştır. İntihar nedenlerine bakıldığında; hastalık 26.1, geçim zorluğu 7.8, aile içi geçimsizlik 4.6, bilinmeyen ise 20.0 olarak belirlenmiştir. Eğitim durumlarına bakıldığında en yüksek oran lise 26.1, sonrasında ise ortaokul 25.7, ilkokul 17, yüksek öğretim 14.9, ilköğretim 9.7, okuma yazma bilmeyenler ise 2.0 şeklinde takip etmiştir. Şehirlere göre bakıldığında; en yüksek üç şehir, Tunceli (11.97), Kilis (9.70), Kars (8.13) iken en düşük orana sahip üç şehirde Gümüşhane (1.37), Trabzon (2.21) ve Düzce (2.76) şeklinde açıklanmıştır.

İntihar Kuramları

Dinamik açıdan intihara bakıldığında, öncelikle Freud'un görüşlerine yer vermek gerekir. Çünkü psikolojik boyutta intihara dair ilk yorumları kendisi getirmektedir. Psikanalitikte intihara yönelik ilk çalışmaların 20. yy. başlarında yapıldığı görülmektedir. Bu dönemde bu ekoldekilerin yaptıkları toplantılarda intihar, bireyin kendine yönelik saldırganlığı olarak tanımlanmıştır. Ancak bu yargının netliği için daha çok klinik çalışmalara ihtiyaç olduğu kararına varılmıştır (Canbolat ve Gençöz, 2019). Sonrasında ise Freud, intiharın bilim açısından çözülmediği tespitini yapmış ve sonra intiharı açıklamaya girişmiştir. Freud, "Haz İlkesinin Ötesi" adlı kitabında ilk defa "ölüm içgüdü" kavramından yani insanın kendisine yönelik zarar verme eğiliminden bahsetmiştir. Akabinde bu cümle bağlamında psikanalitik kuram intiharı, iki bağlamda ele almıştır: Öze yönelik saldırılar ve sevgi nesnesinin kaybı (Cebeci, 2015). Psikanalitikte, kişinin içinde bulunan mevcut saldırganlık duyguları bulunmaktadır. Süperegö saldırganlık duygularını bazı nedenlerden (toplum, din, gelenek vb.) dolayı kontrol etmeye çalışmaktadır. Kontrol altına alınmadığında saldırganlık dürtüleri başkalarına yönelme şeklinde olmaktadır. Ancak bazı durumlarda başkalarına saldıramayan kişi, saldırganlık duygusunu kendisine yöneltmektedir. Dolayısıyla

nevrotik ve melankolik kişilerde intihar ihtimali yüksektir. Freud buna paralel olarak intiharı 360 derece döndürülmüş bir saldırganlık olarak tanımlanmıştır. Sevgi nesnesi kaybı ise kişinin içindeki duyguları yönlendireceği nesneyi bulamamasından kaynaklanır. Bu durum, saldırganlığın dönüşerek kendisine yönelmesine neden olur (Arkun, 1963). Nesne ilişkileri temsilcilerinden Klein'e göre intihar içselleştirilmiş objeyi esas alarak yorumlamalıdır. Kişi aslında bu içselleştirilmiş objenin "kötü" tarafını yok ederek "iyi" tarafını korumaya çalışmaktadır. Kendilik psikolojisi kurucusu olan Kohut'a göre intihar, narsisistik ilişki sonucu ortaya çıkmaktadır. Kişi, içinde bulunan değersiz benlik duygusunu örtmek için büyülenmeci (narsisistik) bir ilişkiye girmektedir. Böylelikle kişinin kendiliğinde parçalanma meydana gelmektedir. İntihar ise bunun sonucunda ortaya çıkmaktadır (Ronningstam, Weinberg ve Maltzberger, 2009). Winnicott intiharı sahte-gerçek benlikle açıklamaya çalışmaktadır. Gerçek benlik, bebeğin birincil ebeveynle kurduğu bağ üzerinden tanımlanmaktadır. Birincil ebeveyn ile kurulan bağ güçlü oldukça kişinin gerçek benliği de güçlü olmaktadır. İntihar ise sahte benliğin tüm benliği ele geçirmesi üzerine gerçek benliğin bunu engellemeye çalışması ve tüm benliği yok etmesidir (Winnicott, 1964). Kernberg, intiharı Klein'den aldığı ayrılma-birleşme mefhumuyla açıklamaktadır. Kişi bebeklikten sağlıklı bir şekilde ayrılma-birleşme sürecini tamamlamadığından bu kişilik dağılmasını yaşamaktadır. İntihar bu durum sonucunda ortaya çıkmaktadır (Kernberg, 1993; Ronningstam, Weinberg ve Maltzberger, 2008). Adler ise intiharı iki bağlamda ele almaktadır. İlk bağlamda, içsel durumları sosyal ilgi ve çevreyle ilişkilendirerek açıklamaktadır. Kişi sosyal çevreden istediği ilginin karşılanamaması durumunda intiharı tercih etmektedir. İkinci bağlam ise intikam alma duygusundan kaynaklanmaktadır. Adler'e göre kişi, ömrü boyunca aşağılık duygusuyla baş etmeye çalışmaktadır. Bununla baş edemeyeceği için intihar etmektedir. Bu intiharların gerçek amacı ise kişinin karşıdakilerinin acı çekmesini istemesidir. Böylelikle kişi intihar etmekle kendi yaşadığı acıyı, karşıdakinin içine atmaya çalışır. Menninger, intiharı Freud'un saldırganlığın dönüşü bağlamında ele almıştır. Menninger'e göre intiharın üç bileşeni vardır: 1) başkasını öldürme isteği, 2) başkaları tarafından öldürülme isteği, 3) kendini öldürme isteği (Odağ, 2005). Bu bileşenler, kişinin ölüm ve yaşam arasındaki gerilimlerini ve kişinin yaşam arzusundan ölüm arzusuna evrilme sürecini tanımlar. Jung intiharı kolektif bilinç dışı bağlamında ele almaktadır. İnsanda kendini koruma adına saldırganlık dürtülerinin var olduğunu ancak medeniyetin gelişimiyle beraber artık kişide saldırganlığın dışarıdan içeriye doğru yöneldiğini ifade etmekte ve geçmişe göre

cinayetin azaldığı, intiharların da arttığı tezini örnek vererek savunusunu doğrulamaktadır.

Sosyal öğrenme kuramına göre kişinin davranışı ve tepkileri çevreleriyle uyumludur. Bu durum intihar için de geçerlidir. Kişiler sosyal ortamlarında, sorunlarla baş edemeyen kişilerin intihar ettiklerini gördüklerinden intiharı kendisi için çözüm yolu olarak görebilmektedir. Ancak kişilerin bu öğrenmeyi uygulamaya koyma sebepleri vardır. Stresli bir ortamda bu öğrenme aktif olmaktadır. Buna en iyi örneği Goethe'nin "Genç Werther'in Acıları" adlı kitabıdır. Kitabın etkisiyle yaşanan intiharlar şaşırtıcıdır. Kitapta intihar eden bir gencin ruh durumu anlatılmaktadır. Kitabın yayınlamasından kısa süre sonra Avrupa'da kitabın kahramanı olan Werther model alınarak intihar salgını başlamıştır. Hatta literatürde bu durum "Werther Sendromu" diye tanımlanmaktadır (Eskin, 2014).

Bilişsel psikolojide ise Beck ve arkadaşları intihar üzerinde durmuştur. Beck ve arkadaşlarına göre intiharların temel sebebi umutsuzluk duygusundan geleceğe yönelik karamsar olmak ve bu sebepten dolayı umutsuz olmaktan kaynaklanmaktadır (Minkoff ve ark., 1973). İntihar ile ilgili önemli çalışmaları olan Shneidmann bilişsel kuram içinde ele alınabilir. Shneidmann (1993) intiharın asıl sebebinin ümitsizlik, depresyon ve karamsarlık gibi duygulardan olmadığını savunmaktadır. İntiharın asıl sebebi kişinin süreç içinde yaşadığı psikolojik acıdır. Kişinin psikolojik ihtiyaçları karşılanmadığında acı çekmekte ve bunun sonucunda intihar etmektedir. Shneidman'da bahsedilen acıları beşe ayırmıştır. Bunlar bağlanma, kabul görme ve sevilme ihtiyacı, kontrol, düzen ve ön görülebilirlik ihtiyacı; utanç ve yenilgiden kaçma, benlik imajını sürdürebilme ihtiyacı; temel ve besleyici ilişkisini sürdürebilme ihtiyacı ve egemenlik veya saldırganlık ihtiyacıdır (Sargın ve Türkçapar, 2019).

İNTİHAR RİSKİ VE KORUYUCU FAKTÖRLER

Bu başlık altında intiharın risk faktörleri (tetikleyen) ve koruyucu faktörleri (önleyici) incelenmiştir.

Risk faktörleri

Dünya Sağlık Örgütü (2020), intihar riskini beş boyutta ele almaktadır:

1. Sağlık Sistemi: Sağlık sistemine zamanında ulaşmada zorluklar, intihar riskini artırmaktadır. Bu nedenle sağlık sistemi hizmetlerinde etkili erişim esastır.
2. Sosyal: İntihar araçlarına (silah, zehir, yükseklik vb.) ulaşımın kolay olması ve medyanın (TV, internet, gazete vb.) kötü kullanımı intihar riskini artırmaktadır. Medyada görülen intihar örnek teşkil edebilir. Ayrıca intihar davranışları rahatlıkla öğrenebilmektedir. İntiharın diğer sosyal boyutu ise damgalanmadır. Bazı insanların damgalanması yardım çağrısını engelleyebilmektedir ve intihar riskini artırmaktadır.
3. Toplum: Toplumsal şartlar intihar riskini artırmada etkilidir. Bunlar; hastalık, savaş, çatışma, yerinden olma ve etkileşimsizlik stresleri, ayrımcılık ve travma veya istismara uğramaktır.
4. İlişkiler: İzolasyon, sosyal destek eksikliği, ilişkilerde çatışma ve kayıplara neden olabilmektedir.
5. Bireysel: Önceki intihar girişimi, ruhsal bozukluğu, alkol veya madde kullanımı, iş veya para kaybı, umutsuzluk, kronik acı, hastalık, aile öyküsünde intihar olması, genetik ve biyolojik faktörler.

Koruyucu faktörler

Koruyucu faktörler, intiharı önlemede önemli bir etkidir. İntihar üzerine çalışan akademisyenler bu konu üzerinde çokça tartışmışlardır. Sonuç olarak koruyucu faktörler esas alınarak kişilerin intihar durumları engellenebilir hâle getirilebilmektedir.

DSÖ'ye (2020) göre intihar riskine karşı koruyucu faktörler bulunmaktadır. Bu koruyucu faktörler kişi hayatında müdahalede bulunduğu intihar riski ve intihar davranışı ciddi anlamda düşmektedir. DSÖ bunları üç başlık altında toplamıştır:

1. Güçlü kişisel ilişkiler, insan ilişkilerden (aile, arkadaş, akran, eş, sevgili vb.) oluşan bir varlıktır. İnsanların kriz dönemlerinde bu ilişkiler (özellikle aile ve arkadaşların desteği) onlara destek olmaktadır ve kişiler kendilerini yalnız hissetmemektedir. Özellikle yaşlılarda bu boyut intihar riskini ciddi anlamda azaltmaktadır.
2. Dini veya manevi inançlar için intihar riskinden korumada en önemli faktör denebilir. Dini ve manevi duygular insanları, ruhsal, duygusal ve fiziksel anlamda güçlü kılmaktadır. Bu anlamda hayatı anlamlandırma önemli faktördür. Ayrıca bazı dinler

intihara yol açan sebepleri -alkol, uyuşturucu- yasakladığı için intihar riskini de azaltmaktadır. Bunların yanı sıra bazı inanç grupları, kişilere yalnız olmadığını ve bu anlamda sosyal destek sunabileceğini ifade etmektedir.

3. İyi olma ve pozitif başa çıkma stratejileri yaşam stili, i intihar riskini azaltmaktadır. Kişinin benlik saygısı, öz kimlik ve iyimser bakış açısı koruyucu faktörlerdir. Ayrıca bu durum kırılabilirliğe karşı kişiyi pozitif tutar ve kişinin yaşadığı soruna karşı yardım arama yeteneğini güçlendirir. Bunların yanı sıra kişinin yaptığı egzersiz, spor, düzenli uyku kişiye bedenen iyi etkilemekte ve kişilerin sağlıklı ilişkileri geliştirmelerini olanaklı hâle getirmektedir.

KLİNİK SOSYAL HİZMET DİSİPLİNİNDE İNTİHAR ÇALIŞMALARI

İntihar konusu sosyal hizmet uzmanlarının önemli faaliyet alanlarından biridir (Alptekin ve Duyan, 2012). Özellikle Türkiye’de intihar oranlarının -Avrupa ile kıyaslandığında- az olmasından dolayı sosyal hizmetin temel alanlarından biri kabul edilmemektedir. Oysa intihar oranları dikkate alındığında gelecek yıllarda bu alanın ciddi anlamda ele alınması gereken bir konu olacağı düşünülmektedir. Bu gerçekliğe rağmen sosyal hizmet alanında intihar ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında müdahaleye yönelik çalışmaların oranının oldukça düşük olduğu görülmektedir. Sosyal hizmet uygulamalarında intihar müdahalesi önemli yer tutmasına rağmen intihar çalışmalarında çoğunlukla müdahaleden ziyade açıklayıcı (explanatory) ve tanımlayıcı (descriptive) çalışmalar yoğun olarak yer almaktadır (Gregory, 2013: 312). Bu durumda sosyal hizmet uygulamalarında intihar vakalarına nasıl yaklaşılacağına ve etkili müdahalelerin nasıl olacağına yönelik bilgi verilmemektedir. Yapılan klinik çalışmaların bazılarında ise kontrol grubunun olmaması, katılımcıların rastgele seçilmemesi ve katılımcıların yeterli sayıda olmaması nedeniyle güvenilirlik ve genelleştirme sağlamadıklarından sonuçlar tatmin edici değildir. Dolayısıyla sosyal hizmet uzmanlarının etkili intihar müdahalesi için klinik çalışmalara ciddi bir şekilde yönelmesi gerekmektedir (Rosen ve ark. 1999; akt. Joe ve Niedermeier, 2006). Çünkü Callahan’a (1996) göre sosyal hizmet dışında diğer disiplinler intihar vakalarıyla ilgili uygulama ilkelerini geliştirmelerine rağmen sosyal hizmet disiplini bazı girişimleri olsa da halen herhangi bir ilke geliştirememiştir. Oysa sosyal hizmet disiplinin intihar vakalarıyla ilgili standartları belirleyerek uygulama kılavuzunu geliştirmesi gerekmektedir.

Klinik çalışmaların yetersizliğinden dolayı alanda bulunan sosyal hizmet uzmanlarının yetersiz deneyime sahip oldukları görülmektedir. Feldman ve Freedenthal (2006) yaptıkları araştırmada 598 sosyal hizmet uzmanlarıyla görüşmüşlerdir. Çalışma örnekleminde bulunan sosyal hizmet uzmanlarının tümü, intihar vakalarıyla karşılaştıklarını ifade etmektedirler. Buna göre sosyal hizmet uzmanları alanda çok fazla intihar vakalarıyla karşılaştıklarını ancak lisansüstü eğitim dâhil olmak üzere sosyal hizmet eğitiminin intihara yönelik önleme ve müdahale konusunda yetersiz kaldığını ifade etmektedirler. Aynı zamanda Sanders, Jacobson ve Ting (2008)'in yaptığı araştırmada intihar, alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının çok sık denk geldiği bir vakadır. Sağlık merkezlerinde çalışan ve yüksek lisans derecesine sahip olan 515 sosyal hizmet uzmanlarıyla yapılan araştırmada, sosyal hizmet uzmanlarının %86'sı herhangi bir şekilde intihar olaylarına denk gelmesine rağmen %50'sinden daha azı intihar ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı belirlenmiştir. Osteen, Jacobson ve Sharpe (2014), sosyal hizmet uzmanlarının alanda intihar vakaları ile karşılaşmasına rağmen intiharı önleme ve müdahale noktasında eğitimlerinin yetersiz olduklarını ifade edilmektedir. Bu konuda sosyal hizmet uzmanlarına yönelik eğitimlerinin sağlanması gerektiğini ifade etmektedir. Joe ve Niedermeier'a (2008) göre ise sosyal hizmet uzmanları her ne kadar diğer disiplinlerden intihar ile ilgili teorileri, perspektifleri alsada bu teoriler ve perspektifler sosyal hizmet bakış açısını sunmamaktadır. Bundan dolayı sosyal hizmet uzmanlarının intihar ile ilgili deneye dayalı çalışmalar yürüterek kendi alanında bilgiler oluşturmaları gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, bu çalışmalar eşliğinde sosyal hizmete uygun müdahale tasarlayarak intiharı önlemede önemli bir role sahip olabilirler. Aksi takdirde müdahalelerde istenilen düzeyde etkili olamayacaklardır (Joe, 2006; Rosen, Proctor ve Staudt, 1999).

Sosyal hizmet alanında intihar ile ilgili literatür çalışması yapıldığında klinik çalışmaların oranının düşüklüğü açıkça görülmektedir. Joe ve Niedermeier (2006), sosyal hizmet alanında yaptıkları literatür araştırması 1980 ve 2006 yılında sosyal hizmet alanında yapılan, intihar ile ilgili çalışmaları kapsamaktadır. Bu çalışmada, sosyal hizmet alanında toplam 131 intihar çalışması yapılmıştır. Bu makalelerin 85'i (%64.9) açıklayıcı (explanatory), 36'sı (27,5) tanımlayıcı (descriptive) ve 10'u ise (%7.6) klinik (Control-oriented) çalışmalarıdır. Bu çalışmaların 47'si (11 tanımlayıcı, 28 açıklayıcı ve 8 klinik) sosyal hizmet dergilerinde, 84'ü (25 tanımlayıcı, 57 açıklayıcı ve 2 klinik) ise sosyal hizmet dışı dergilerde yayınlanmıştır. Ayrıca bu çalışmaların

çoğunluğu (68) 2000'li yıllardan sonra gerçekleşmiştir. Maple ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada, 2003-2013 yılları arasında sosyal hizmet alanında yayınlanan İngilizce makalelerden intihar ile ilgili çalışmaları haritalandırmıştır. Bu çalışmada 241 makale bulunmuştur. Bu makalelerin %57'sinin (137) açıklayıcı (explanatory), %33'ünün (79) betimleyici (descriptive) ve %10'unun (25) ise klinik (control studies) olduğu belirlenmiştir. Betimleyici çalışmalara bakıldığında çoğunluğu (%68) nitel araştırma iken nicel araştırmalar (%27) ve karma yöntem (%5) araştırmaları bunu takip etmektedir. Betimleyici çalışmalarda çocuk ve genç (7-24) intihar davranışı konulu çalışmaların oranı yüksektir. Açıklayıcı makalelerde ise nicel makaleler büyük çoğunluğu (%95) oluştururken nitel (%4) ve karma (%1) yöntem makalelerin oranı sınırlı sayıdadır. Betimleyici çalışmalara benzer şekilde açıklayıcı makalelerde de çocuk ve gençlerin konu olduğu çalışmaların oranı baskın olmaktadır. Klinik (Control) makalelerde ise çoğunluğu nicel (%88) makaleler oluşurken karma yöntemle (%12) yapılan çalışmalarla da karşılaşılmaktadır. Bu makalelerin %28'i intiharı tedavi ve önleme çalışmalarıdır. Bu çalışmaların başarılı oldukları ifade edilmektedir. Ayrıca bu alanda klinik çalışmaların azlığı, sosyal hizmet uzmanlarını alanda güçlü bir kanıttan yoksun bırakmaktadır.

İNTİHAR MÜDAHALESİNDE SOSYAL HİZMET UZMANIN YERİ

Sanders, Jacobson ve Ting (2008) sosyal hizmet uzmanlarının intihar ve intihar girişimleriyle ilgili kesinlikle eğitim alması gerektiğine vurgu yapmaktadır. Çünkü bu eğitimlerle sosyal hizmet uzmanları, klinik çalışmalarında intihar vakalarına yargılayıcı bir tavır içinde olmayacak, danışanları rahatlatmaya yönelik ilişki geliştirecek ve aynı zamanda intihar girişiminde bulunan kişilerin aileleriyle de ilişki kurulmasını profesyonel düzeyde öğrenecektir. Sosyal hizmet uzmanları ancak klinik alanda eğitim alarak bu profesyonel ilişkiyi geliştirebilirler. Böylelikle intiharlara yönelik müdahalelerde istenilen sonuç alınabilir (Manthorpe ve Iliffe, 2011). Ayrıca bu müdahalede danışan ile iletişim kurmak çok önemlidir. Böylelikle kişilerle terapötik ilişki kurulur. Sosyal hizmet uzmanı kişileri kaynaklarla buluşturmaları gerektiği için kişinin kaynaklarından haberdar olması gerekmektedir. Terapist sosyal hizmet uzmanları, intihar alanında çalışmanın zor ve stresli olduğunu bilmelidir. Bunlarla baş etmek için bu alanda çalışan diğer sosyal hizmet uzmanları ile iletişim halinde olunması gerekmektedir. Çünkü, Sanders, Jacobson ve Ting'a (2005) göre sosyal hizmet

uzmanlarının kişisel faktörler ve daha önceki intihar girişimlerinin getirdiği deneyimlerle güçlendiğini belirtirler. Fox ve Copper (1998), intihar ile çalışan terapist sosyal hizmet uzmanlarının empati sahibi, bilgili ve sorumlu olmaları gerektiğini belirtmişlerdir. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanları, eğitim, destek ve paylaşım grupları oluşturmaları gerekmektedir. Böylelikle bu çalışmalar daha hesap verilebilir bir uygulama haline getirilecektir. Petrakis ve Joubert (2013) intihar ile çalışan sosyal hizmet uzmanlarına yönelik şu öneride bulunmaktadır: İntihar riskinin direkt açığa çıkartılarak değerlendirilmesi gerekmektedir; değerlendirmenin kendisi müdahale değildir; danışana yönelik takip çok olmakla birlikte, sosyal hizmet uzmanı proaktif davranmalıdır. İntihar vakalarında diğer vakalara oranla yoğunlukla depresyon yaşanmaktadır. Bu sebeple randevuları çok iyi düzenlenmeli ve takip edilmelidir; sosyal hizmet uzmanları müdahale aşamasında danışanlara umut vermeli ve yaşadığı sorunların geçiciliği üzerinde durmalıdır. Bu bağlamda terapötik ilişki kurularak danışana güvence verilmelidir. Ayrıca terapötik yaklaşım ile danışan terapi sürecinin bir parçası haline getirilmelidir. Danışan merkezli mesleklerde psikolojik stres faktöründen dolayı intihar oranının yüksek olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmada sosyal hizmet uzmanları, intihar düzeylerinin %55,6 oranında artmasına rağmen diğer profesyonel mesleklerle karşılaştırıldığında intihar oranının yüksek olmadığı görülmektedir. Bu durumda sosyal hizmet uzmanlarının psikolojik kaynakları ve mesleki bilgileri destekleyici kaynak olabilmektedir (Stack, 2004).

İntihar vakalarıyla -ki bunlar genellikle akut ve kronik vakalardan oluşmaktadır (Callahan, 1994)- çalışmak, klinik sosyal hizmet uzmanları için en zor alanlardan biridir (Jacobson ve ark. 2004). Bu yaşanan zorluk, alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları için oldukça görünürdür. Bergmans ve arkadaşlarının (2009) yaptığı araştırmada, intihar girişimi ile çalışan terapistlerin yaşadığı sorunlar ele alınmaktadır. Toplamda 27 terapistle görüşülmüştür. Bu terapistlerin 10'u sosyal hizmet uzmanıdır. Genellikle terapistlerin intihar vakalarıyla çalışmalarında kaygı yaşadıkları ifade edilmiştir. Ayrıca alanda müdahaleye yönelik çalışan temel terapist grup, sosyal hizmet uzmanlarıdır. Ancak yüksek riskli hastalarla çalışmak için uzun süreli müdahaleler gereklidir. Sosyal hizmet uzmanları, bu grupla çalışmak için gerekli araçlara ihtiyaç duyacaktır. Jacobson ve arkadaşları (2004) 697 sosyal hizmet uzmanları ile yaptıkları araştırmada, ölümlü ve ölümlü olmayan intihar risklerine karşı sosyal hizmet uzmanlarının tutumlarını ele almaktadır. Çalışmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının çoğunluğu,

intihar vakalarıyla çalıştıklarını belirtmiştir. İntihar vakalarını yürüten sosyal hizmet uzmanları stres yaşamaktadırlar. Kadın sosyal hizmet uzmanları, erkek sosyal hizmet uzmanlarından daha fazla stres, suçluluk, kaygı ve utanç hissini yaşamaktadırlar. Erkekler ise daha fazla kaçınma davranışı sergilemektedirler. Bazı danışanlar, terapistlerin sınırlarını test etmek için zorlayabilirler. Özellikle telefonla rahatsız -ki çoğu terapist haftada 10 dakikadan fazla danışanlarla telefonla görüşmek istemez-edebilirler. Bundan dolayı terapi süreci başlamadan önce kesinlikle sözleşme hatırlatılmalıdır. Bu durum danışanların yararınadır. Çünkü ciddi anlamda profesyonellikten uzaklaşarak şefkat duygusu devreye girebilmektedir. Diğer bir zorluğu ise bazı danışanların, terapisti arayarak intihar edeceğini söylemesidir. Bu durumda klinisyen süreci çok iyi yönetmelidir. Danışan açık veya imayla bile olsa intiharı kastediyorsa sosyal hizmet uzmanları onu ciddiye almalıdır. Klinisyen danışanın güvenliğinden emin olmalıdır. Danışan güven vermiyorsa hemen sözleşme hatırlatılarak acil servise gitmesi istenilmelidir. Kabul etmediği taktirde derhal ambulans ve polise haber verilmelidir. Ancak danışan canına kıymayacağına yönelik güven veriyorsa klinisyen onu destekleyerek sonraki randevuda konuyu ele alacağını ifade etmelidir. Yine de bu durum çok risklidir. Eğer kişiler intihar konusunda emin ise klinisyenin yapabileceği sınırlı şeyler vardır (Callahan, 1996:). İntiharlarda risk oranı yüksek olduğu için özel grup olan yaşlılarda oldukça dikkatli olunmalıdır. Bunun için Ron'a (2008: 67-68) göre sosyal hizmet uzmanları, yaşlılarla terapötik ilişki kurarken bu yüksek riski dikkate alarak ilişki geliştirmelidir. Klinik sosyal hizmet uzmanı bu ilişkide umut duygusunun (umutsuzluk, yalnızlık, çaresizlik ve ruhsal) sağlıklı olmasını dikkate almalıdır. Umutsuzluk duygusu kişilerin depresyona ve intihara yönelmesine yol açmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı terapötik ilişki kurarken umut dilini kullanmalıdır. Ayrıca yaşlıların anlam dünyasında –habitatında- olan kişilerle iletişimin ne anlama geldiğini fark etmesini sağlamaya yönelik terapötik ilişki geliştirilmelidir. Fraser'a (2004) göre ise müdahale eden sosyal hizmet uzmanları klinik becerileri yüksek ve sosyal bilimleri yorumlamada yetenekli olmalıdır. Ayrıca sosyal hizmet uzmanlarının son dönemlerde yaşanan gelişmelerden dolayı müdahale potansiyellerini geliştirdikleri görülmektedir. Bu gelişimin esas sebepleri temel ve metodolojik olarak ayrılmıştır. Bunlar üç temel (substantive) ve üçü de metodolojik ayrımlardır:

Temel

- 1) Risk faktörü perspektifinin gelişmesi,

- 2) Pratik ile ilgili mikro sosyal teorilerin ortaya çıkması,
- 3) Yapılandırılmış tedavilerinin artan kabulü.

Metodolojik

- 1) Yıpranma ile başa çıkma yöntemleri,
- 2) Seçim etkileriyle başa çıkmak için yarı deneysel tasarımlar,
- 3) Hem metin hem de sayısal analiz için analitik yöntemlerin gelişmesi.

Fraser (2004) ile Joe ve Niedermier'e (2008) göre sosyal hizmet disiplinin diğer disiplinlerden temel farklılığı müdahaleye yönelik olmasıdır. Ancak buna rağmen müdahaleye yönelik çalışmaların oldukça az olduğuna da dikkat çekilmektedir. Oysa belirtildiği gibi eğer sosyal hizmet uzmanları, bu alanda yeterli teori ve müdahalede beceri kazanırlarsa yeterince etkili olmaktadır. Hamilton ve Rolf (2010) yaptığı araştırmada, sosyal hizmet uzmanlarının intihara yönelik çalışmalarında oldukça başarılı olduğunu aktarmaktadır. Bunun temel sebebi ise sosyal hizmet uzmanlarının teori ve müdahalede beceri kazanmalarıdır. Bu kazanımlar sonrasında sosyal hizmet uzmanlarının olduğu bölgelerde intihar oranı oldukça azalmıştır.

SONUÇ

İntihar oranlarına bakıldığında intiharın Dünya ve Türkiye'de ciddi bir sorun olduğu görülmektedir. Dolayısıyla klinik sosyal hizmet alanının önemli bir parçası haline gelmiştir. Ancak sosyal hizmet alanında intihar çalışmalarına bakıldığında intihara yönelik müdahale çalışmalarının sayısının yetersiz olduğu görülmektedir. Genellikle çalışmalar betimleyici ve açıklayıcı özellikte yapılmıştır. Kontrol gruplu deneysel çalışmalar ise toplam çalışmaların küçük bir kısmını oluşturmaktadır. Türkiye'de ise sosyal hizmet alanında intihar ile müdahale çalışmaları yapılmamıştır. Uygulama iddiası olan bir disiplin olan sosyal hizmet uygulamaya dönük çalışmalara ihtiyaç duymaktadır. Uygulama alanında ise intiharlara yönelik sosyal çalışmacının en önemli amacı; danışanlarla terapötik ilişki ve ümit verici bir dil kurması ve danışanları proaktif bir şekilde ilişkiye dahil etmesidir. Aynı zamanda intihar vakalarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanları bu alanda çalışmanın etkileri noktasında dikkatli olmalıdır.

KAYNAKÇA

- Arkun, N. (1963). *İntiharın psikodinamikleri*. İstanbul Üniversitesi. Edebiyat Fakültesi. Yayın no: 1052. İstanbul: Baha Matbaası.
- Alptekin, K., & Duyan, V. (2009). *İntihar ve intiharı önleme*. İstanbul: Yeni İnsan.
- Bergmans, Y., Spence, J. M., Strike, C., Links, P. S., Ball, J. S., Rufo, C., ... & Eynan, R. (2009). Repeat substance-using suicidal clients—How can we be helpful?. *Social Work in Health Care*, 48(4), 420-431.
- Callahan, J. (1994). The ethics of assisted suicide. *Health & Social Work*, 19(4), 237-244.
- Callahan, J. (1996). A specific therapeutic approach to suicide risk in borderline clients. *Clinical Social Work Journal*, 24(4), 443-459. <https://doi.org/10.1007/BF02190749>.
- Canbolat, F., & Gençöz, T. (2019). *İntihara ilişkin psikanalitik kuramlar: Freud ve sonrası*. In *İntiharı Anlama ve Müdahale*. Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Cebeci, O. (2015). *Psikanalitik edebiyat kuramı*. İstanbul: İthaki Yayınları.
- Eskin, M. (2014). *İntihar: açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme (Suicide: explanation, assessment, treatment and prevention-in Turkish)*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yay.
- Feldman, B. N., & Freedenthal, S. (2006). Social work education in suicide intervention and prevention: An unmet need?. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(4), 467-480.
- Fox, R., & Cooper, M. (1998). The effects of suicide on the private practitioner: A professional and personal perspective. *Clinical Social Work Journal*, 26(2), 143-157.
- Fraser, M. W. (2004). Intervention research in social work: Recent advances and continuing challenges. *Research on Social Work Practice*, 14(3), 210-222.
- Gregory, M. J. (2013). Dying together: suicide pacts and other episodes of paired suicides in Yorkshire and the Humber. *British Journal of Social Work*, 43(2), 298-316.

- Hamilton, S. M., & Rolf, K. A. (2010). Suicide in adolescent American Indians: Preventative social work programs. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 27(4), 283-290.
- Jacobson, J. M., Ting, L., Sanders, S., & Harrington, D. (2004). Prevalence of and reactions to fatal and nonfatal client suicidal behavior: A national study of mental health social workers. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 49(3), 237-248.
- Joe, S. (2006). Implications of national suicide trends for social work practice with black youth. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23(4), 458-471.
- Joe, S., & Niedermeier, D. (2006). Preventing suicide: A neglected social work research agenda. *British Journal of Social Work*, 38(3), 507-530.
- Joe, S., & Niedermeier, D. M. (2008). Social work research on African Americans and suicidal behavior: A systematic 25-year review. *Health & social work*, 33(4), 249-257.
- Kernberg, O. F. (1993). Suicidal behavior in borderline patients: diagnosis and psychotherapeutic considerations. *American Journal of Psychotherapy*, 47(2), 245-254.
- Manthorpe, J., & Iliffe, S. (2011). Social work with older people—reducing suicide risk: A critical review of practice and prevention. *British Journal of Social Work*, 41(1), 131-147.
- Maple, M., Pearce, T., Sanford, R. L., & Cerel, J. (2017). The role of social work in suicide prevention, intervention, and postvention: A scoping review. *Australian Social Work*, 70(3), 289-301.
- Marsh, Ian. (2017). *İntihar, Foucault, Tarih ve Hakikat*, (Çev. Yonca Aşçı Dalar), İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayınları.
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., & Beck, R. (1973). Hopelessness, depression, and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130(4), 455-459.
- Odağ, C. (2002). *İntihar (Özkıyım): Tanım, kuram, sağaltım*. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları No 3: İzmir.

- Osteen, P. J., Jacobson, J. M., & Sharpe, T. L. (2014). Suicide prevention in social work education: how prepared are social work students?. *Journal of Social Work Education, 50*(2), 349-364.
- Perlman CM, Neufeld E, Martin L, Goy M, Hirdes JP (2011). Suicide Risk Assessment Inventory: A Resource Guide for Canadian Health care Organizations. Toronto, ON: Ontario Hospital Association and Canadian Patient Safety Institute.
- Petrakis, M., & Joubert, L. (2013). A social work contribution to suicide prevention through assertive brief psychotherapy and community linkage: Use of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Social Work in Health Care, 52*(2-3), 239-257.
- Poyraz, T., & Çalışkan, A. (2019). Türkiye Özelinde İntihar Olgusunun Sosyolojik Açıdan Analizi. *Itobiad: Journal of the Human & Social Science Researches, 8*(4).
- Ron, P. (2003). Depression and suicide among community elderly. *Journal of Gerontological Social Work, 38*(3), 53-71.
- Ronningstam, E., Weinberg, I., & Maltzberger, J. (2009). *Psychoanalytic theories of suicide: Historical overview and empirical evidence*. In Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention (pp. 149-158). Oxford University Press, Oxford.
- Ronningstam, E., Weinberg, I., & Maltzberger, J. T. (2008). *Eleven deaths of Mr. K.-- Contributing factors to suicide in narcissistic personalities*. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 71*(2), 169–182.
- Rosen, A., Proctor, E. K., & Staudt, M. M. (1999). Social work research and the quest for effective practice. *Social Work Research, 23*(1), 4-14.
- Sanders, S., Jacobson, J. M., & Ting, L. (2008). Preparing for the inevitable: Training social workers to cope with client suicide. *Journal of Teaching in Social Work, 28*(1-2), 1-18.
- Sanders, S., Jacobson, J., & Ting, L. (2005). Reactions of mental health social workers following a client suicide completion: A qualitative investigation. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 51*(3), 197-216.

- Sargın, A.E. ve Türkçapar, H. (2019). *İntiharın bilişsel davranışçı modeli ve terapisi*. İçinde H. Devrimci Özgüven, H. & M. Sercan (Ed.). *İntiharı Anlama ve Müdahale: Temel Kitap* (s. 248-268). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Sartorius, N. (2021). *Suicidology and suicide intervention* (Foreword). Wasserman, D. (Ed.). (2021). *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention*. Oxford University Press.
- Sercan, M. (2019). *Kendine kıymanın zaman içindeki yolculuğu*. İçinde H. Devrimci Özgüven, H. & M. Sercan (Ed.). *İntiharı Anlama ve Müdahale: Temel Kitap* (s. 1-36). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Shneidman, E. S. (1993). "Suicide as psychache". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 145-147.
- Stack, S. (2004). Suicide among social workers: a research note. *Archives of Suicide Research*, 8(4), 379-388.
- Türk Dil Kurumu (2019). İntihar. <https://sozluk.gov.tr>
- Türkiye İstatistik Kurumu (2023). İntihar. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Istatistikleri-2021>
- Uludüz, D. U. (2001). Uğur M. Bir vak'a dolayısıyla intiharların gözden geçirilmesi. In *Yeni symposium* (Vol. 39, pp. 19-25).
- Winnicott, D. W. (1964). *Memories, Dreams, Reflections: By CG Jung*.(London: Collins and Routledge, 1963. Pp. 383. 45s.). *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 450-455.
- World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü) (2020). *Suicide Prevention*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

EXTENDED ABSTRACT

Suicide has been recognized as a public health problem by the World Health Organization (WHO). The reason for this can be understood when we look at the numbers related to suicide. The WHO reports that approximately 800,000 individuals worldwide succumb to suicide annually, while alternative research findings propose a higher figure of 1,000,000 fatalities. Such figures unequivocally underscore the distressing fact that a suicide occurs every 40 seconds. Given that social work is a discipline actively engaged in mental health education, the responsibility of intervening in suicide falls within the purview of social workers. In their efforts to address this critical issue, social workers derive invaluable insights from the academic field of social work. Consequently, scholarly investigations in this domain assume paramount importance. Nevertheless, it is worth noting that studies pertaining to suicide within the realm of social work are conspicuous due to the dearth of intervention-focused research.

The studies on suicide in the field consist of explanatory and descriptive studies. When the literature on suicide in the field of social work is analyzed, the low rate of clinical studies is clearly seen. Joe and Niedermeier (2006) conducted a literature review on suicide in the field of social work and included studies on suicide conducted in the field of social work between 1980 and 2006. In this study, a total of 131 suicide studies were conducted in the field of social work. Of these articles, 85 (64.9%) were explanatory, 36 (27.5%) were descriptive and 10 (7.6%) were clinical (control-oriented). Maple et al. (2017) mapped the studies on suicide from English articles published in the field of social work between 2003 and 2013. In this study, 241 articles were found. It was determined that 57% (137) of these articles were explanatory, 33% (79) were descriptive and 10% (25) were clinical (control studies). Considering the ratio of these studies, 60% of the studies on suicide were explanatory, 30% were descriptive and only 10% were intervention studies. The scarcity of intervention-oriented studies in this field deprives social workers of strong evidence in the field. Although social workers encounter suicide cases in the field, it is stated that their training in suicide prevention and intervention is insufficient.

Social workers should not have a judgmental attitude while working on suicide. Relationships should be developed to comfort the clients and they should also establish relationships with the families of people who attempt suicide. When working

with suicide cases, clinical social workers should know that they are difficult and stressful - in fact, the rate of depression in social workers working with suicide cases is high - and they should be in contact with social workers and other professionals working in the field to cope with stress. Because this relationship strengthens the clinical social workers working in the field when the personal factors and suicide-related experiences of the professionals are known. At the same time, clinical social workers should be empathetic, understanding, knowledgeable, ethical and responsible.

In conclusion, suicide remains a serious problem in the world and in Turkey. One of the professions struggling with this problem is the social work profession. Therefore, social workers should seriously focus on clinical studies for effective suicide intervention. In this regard, it is stated that trainings for social workers should be provided. Therefore, social workers should conduct experimental studies on suicide and create knowledge in their field. Social workers can have an important role in preventing suicide by designing interventions suitable for social work in the light of these studies. Otherwise, interventions will not be as effective as desired.