

İNTİHARLA MÜCADELEDE SOSYAL HİZMETİN ÖNEMİ VE TÜRKİYE'DE İNTİHARLARIN ÖNLENMESİNE YÖNELİK KURUMSAL BİR MODEL ÖNERİSİ

Nurettin ÖZDEN¹

Zehra İPEK²

Öz

Küresel bir halk sağlığı sorunu olan intihar davranışı; boyutları her geçen gün artarak bireyleri, aileleri ve toplumları derinden etkilemeye devam etmektedir. Vaka sayısının artması ve risk gruplarının çoğalması nedeniyle farklı disiplinler, intihar olgusunu çeşitli boyutlarıyla açıklamaya çalışmakta ve bu davranışın önlenmesi konusunda birtakım öneriler sunmaktadır. İntihar davranışına etki eden faktörlerin geniş bir yelpazede yer aldığı ve bilhassa sosyal hizmetin müdahalede bulunabileceği sosyal sorun alanları ile çakıştığı göz önüne alındığında, odak noktası insanın değişimi ve toplumun olumlu yönde gelişimi olan sosyal hizmet disiplininin intiharların önlenmesi konusunda önemli bir rol oynayabileceği değerlendirilmektedir. İntihar davranışı ile mücadelede sosyal hizmet disiplininin de dahil olduğu bütüncül bir bakış açısı ile hareket edilmesi ve bu süreçte görev alan kurumlar arasında iş birliğinin sağlanması çok önemlidir. Bu çalışma, günümüz toplumları açısından ciddi bir sosyal sorun haline gelmiş olan intihar olgusuna sosyal hizmet perspektifinden bakmayı ve Türkiye'de intiharların önlenmesi konusunda kurumsal düzeyde uygulanabilecek bir model önerisi geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda, konunun teorik temellerini anlamak, etkili çözümler üretmek için kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: İntihar, intiharla mücadele, sosyal hizmet, intiharı önleme stratejileri

¹ Dr., Avrupa Birliği Uzmanı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, E-posta: nurettinoz@gmail.com, ORCID: 0009-0005-2261-7639

² Dr., Uzman Psikolog, Bilecik Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, E-posta: zehra.ipek@ogr.iuc.edu.tr, ORCID: 0000-0001-7406-8460

ÖZDEN, N., İPEK, Z. (2024). İntiharla Mücadelede Sosyal Hizmetin Önemi ve Türkiye'de İntiharların Önlenmesine Yönelik Kurumsal Bir Model Önerisi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 24(65), 631-661. DOI:10.21560/spcd.vi.1436475

THE IMPORTANCE OF SOCIAL WORK IN SUICIDE PREVENTION AND AN INSTITUTIONAL MODEL PROPOSAL FOR PREVENTING SUICIDES IN TÜRKİYE

Abstract

Suicide behaviour, a global public health issue, continues to deeply affect individuals, families and communities with its increasing prevalence. Due to the rising number of cases and the expansion of risk groups, various disciplines are attempting to explain the phenomenon of suicide from different perspectives and offer some suggestions for preventing this behaviour. Considering the broad range of factors influencing suicidal behaviour and the overlap with social problem areas where social work can intervene, it is assessed that the social work discipline, which focuses on human change and the positive development of society, can play a significant role in preventing suicides. It is very important to address the behaviour of suicide with a holistic perspective that also includes the discipline of social work, and to ensure cooperation among the institutions involved in this process. This study aims to look at the phenomenon of suicide, which has become a serious social problem in today's societies, from a social work perspective and to develop a model proposal that can be applied at the institutional level to prevent suicides in Türkiye. In this context, understanding the theoretical foundations of the subject is critical to producing effective solutions.

Keywords: *Suicide, suicide prevention, social work, suicide prevention strategies*

GİRİŞ

İntihar, düşünceyle başlayıp ölümle sonuçlanan karmaşık ve derin bir süreci içermektedir. Alanyazında intihar olgusuna ilişkin çok sayıda tanım yapıldığı ve nedenlerine yönelik farklı bakış açıları geliştirildiği görülmektedir. Bu bağlamda, Durkheim'in intihar teorisi, intihar davranışını sosyolojik açıdan açıklamada önemli bir başlangıç noktası sunmaktadır. Durkheim (1897) bu olguyu “*kurbanın kendisi tarafından gerçekleştirilmiş olumlu ya da olumsuz bir edimin, dolaylı ya da dolaysız sonucu olarak gerçekleşen her ölüm*” şeklinde tarif etmiştir. İntihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar olmak üzere geniş bir zaman diliminde belirginleşen intihar davranışı aslında sadece sonuç olmaktan öte bir süreç olarak değerlendirilmektedir (Eskin, 2014). İntihar davranışı, psikolojik, ekonomik, kültürel, sosyal ve diğer faktörlerin bileşkesinde kişiye özgü bir davranış türü olarak görülse de aslında, önlenebilir bir ölüm nedeni olarak kabul edilmektedir. Nitekim ani verilen kararlar neticesinde yaşanan intihar vakaları olmakla birlikte intihar davranışında bulunan kişinin çoğu kez intihar öncesinde çevresine mesajlar verdiği ve takındığı tavır ve davranışları ile çevresinden yardım isteğinde bulunduğu belirtilmektedir (Turgut, 2021).

Öznesi ve nesnesi insan olan bu olgunun karmaşıklığı karşısında bugüne kadar ciddi bir mesafe kat edilmiş olmasına rağmen, günümüzde hala “*insanlar neden intihar ediyor?*” sorusuna kesin bir cevap verilebilmiş değildir. Çeşitli disiplinler intiharı anlamaya ve açıklamaya yönelik farklı perspektiflerden kuramsal yaklaşımlar geliştirmişlerdir. Hâlihazırda bu alana dair çokça veri ve yeni kuram olmakla birlikte yapılan araştırmalar disiplinler arası bütüncül bir yaklaşımı temsil etmekten uzaktır (Yakar, 2021). Eskin (2014), intiharı açıklamaya yönelik kuramsal yaklaşımları **biyolojik yaklaşımlar** (genetik yaklaşım ve endokrinolojik yaklaşım), **psikolojik yaklaşımlar** (psikodinamik teori, sosyal öğrenme kuramı, umutsuzluk kuramı, kaçış kuramı) ve **toplumsal yaklaşımlar** (Durkheim'in sosyolojik kuramı, Henry ve Short kuramı) olmak üzere üç ana başlıkta toplamaktadır. Birinci nesil kuramlar olarak bilinen bu yaklaşımlara daha yakından bakıldığında, intiharı anlama çalışmalarının ya bireysel özelliklere ya da toplumsal ilişkiselliklere odaklandığı görülmektedir. Eskin (2014), intiharı anlayabilmek adına ihtiyaç duyulan en iyi modelin hem bireyselliğin hem de toplumsallığın birlikte ele alındığı bütüncül bir model

olduğunu ifade etmektedir. Bütüncül yaklaşım, kanıta dayalı risk faktörlerinin ele alınmasını ve intihar davranışının geliştiği sürece ilişkin içgörüler sağlayabilen ikinci nesil intihar modellerini (Joiner (2005)'ın kişilerarası intihar kuramı; Klonsky ve May (2014)'in üç aşamalı intihar kuramı; O'connor (2011)'in bütüncül güdüsel-iradesel kuramı; Rudd (2016)'un değişken yakınlık kuramı) içerir.

İntihar davranışı, en nihayetinde karmaşık ve anlaşılması çok zor bir davranış türüdür ve bu alana yönelik yürütülecek araştırmalar dikkatli, özenli ve de çok yönlü bir bakış açısını gerektirmektedir. Zira intiharların, ölüm öncesi ve sonrasındaki gelişmelerden kaynaklanan çok çeşitli ve yüksek maliyetli etkileri bulunmakta, ekonomik ve psikolojik olarak çok büyük tahribatlara yol açmakta ve bu nedenle geniş toplum kitlelerini derinden sarsmaktadır. Bu yönleri ile intihar davranışı, tüm dünyada önemli bir ruh sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir.

Bu çalışma, günümüz toplumları açısından ciddi bir sosyal sorun haline gelmiş olan intihar olgusuna sosyal hizmet perspektifinden bakmayı ve Türkiye'de intiharların önlenmesi konusunda kurumsal düzeyde uygulanabilecek bir model önerisi geliştirmeyi amaçlamaktadır.

1. Dünyada İntihar Yaygınlığı

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre dünya genelinde her yıl 700 binin üzerinde insan, gerçekleşen intiharlar sonucunda hayatını kaybetmektedir. Bu rakam dünyada her 40 saniyede bir kişinin intihar sonucu öldüğünü göstermekte olup son 45 yılda dünyada intihar oranlarının %45 oranında arttığına işaret etmektedir. Öte yandan her bir intihar vakasının beraberinde muhtemel 20 intihar girişimine yol açtığı tahmin edilirken intihar sonucunda ölen kişi sayısının 2030 yılında 1 milyonun üzerine çıkacağı öngörülmektedir (DSÖ, 2024). Bugün gelinen noktada, intiharlar bütün dünyada en yaygın 10 ölüm sebebi arasında gösterilmektedir. DSÖ'nün 2019 verilerine göre, dünya üzerinde genel intihar oranı yıllık 100 binde 9'dur³.

³Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı intihar oranları, temel alınan yıllar bakımından 1978 ila 2009 yılları arasında çeşitlilik göstermektedir. Ayrıca bu rakamlar dünya ülkelerinin yarısından elde edilen verilere dayanan varsayımlardır. Bu durum sağlıklı bir ülke karşılaştırması yapılmasına imkân vermemektedir.

Dünya genelinde 2019 yılında gerçekleşen intihar vakalarının ülke nüfuslarına göre yüz binde oranları yani kaba intihar hızı dikkate alınarak yapılan sınıflandırmada, ülkeler, dört ana intihar grubunda toplanabilir (DSÖ, 2021a).

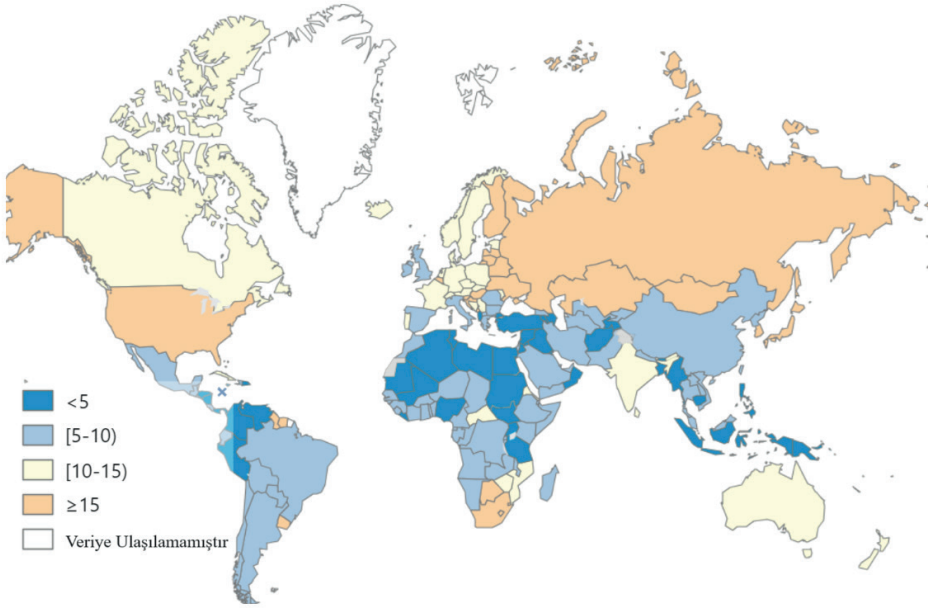
Birinci intihar grubunda bulunan ülkelerde kaba intihar hızı en yüksek seviyededir. Guyana (40,28), Kore Cumhuriyeti (28,57), Litvanya (26,14), Rusya (25,11), Ukrayna (21,63), Belarus (21,2), Belçika (18,29), Kazakistan (17,57), Macaristan (16,65), ABD (16,14), Japonya (15,34), Finlandiya (15,29) gibi ülkeler bu grupta yer almaktadır.

İkinci intihar grubunda bulunan ülkelerde ise kaba intihar hızı bir seviye daha düşüktür. İsveç (14,74), Avusturya (14,60), İsviçre (14,54), Fransa (13,76), Avustralya (12,5), Almanya (12,31), Hollanda (11,84), Kanada (11,81) ve Danimarka (10,7) gibi ülkeler bu grupta bulunmaktadır.

Üçüncü intihar grubunda bulunan ülkelerde kaba intihar hızı, dünya ortalamasına (100 binde 9) yakın ve dünya ortalamasının altındadır. İrlanda (9,62), Pakistan (8,93), Arjantin (8,37), Çin (8,07), İngiltere (7,89), İspanya (7,72), Brezilya (6,89), İtalya (6,68), Suudi Arabistan (5,97), İsrail (5,32) ve İran (5,23) bu ülke grubuna girmektedir.

Dördüncü intihar grubunda bulunan ülkelerde ise kaba intihar hızı en düşük seviyededir. Libya (4,48), Afganistan (4,13), Kolombiya (3,9), Mısır (3,01), Kuveyt (2,91), Cezayir (2,49), Endonezya (2,42), Venezüella (2,05) ve Ürdün (1,64) bu sınıfta yerini almaktadır. Türkiye, DSÖ'nün 2019 yılı verilerine göre intiharların (2,4) en az olduğu bu dördüncü intihar grubuna girmektedir. Bu veriler, intiharın küresel bir halk sağlığı sorunu olduğunu ve her bölgenin farklı risk faktörlerine sahip olduğunu göstermektedir.

İntiharlar, 2021 yılı verilerine göre, 15-29 yaş grubunda en yaygın üçüncü ölüm nedeni olarak belirlenmiştir. Öte yandan, dünya üzerinde 2021 yılında gerçekleşen intihar vakalarının %73'ü orta gelir seviyesi ve altındaki ülkelerde yaşanmaktadır (DSÖ, 2024). Dünya üzerinde yaşanan intiharların %58'i, 50 yaşın altındaki bireyler tarafından gerçekleştirilmektedir. Ölümle sonuçlanan intihar vakalarından 20 kat daha sık görülen intihar girişimleri de hesaba katıldığında, intihar davranışının, birey ve toplum yaşamını ciddi düzeyde tehdit eden evrensel ve önemli bir sorun olduğu ifade edilebilir (DSÖ, 2021a).



Şekil 1. DSO 2019 Yılı Dünya Geneli Kaba İntihar Hızı (100 binde) (DSÖ, 2021a)

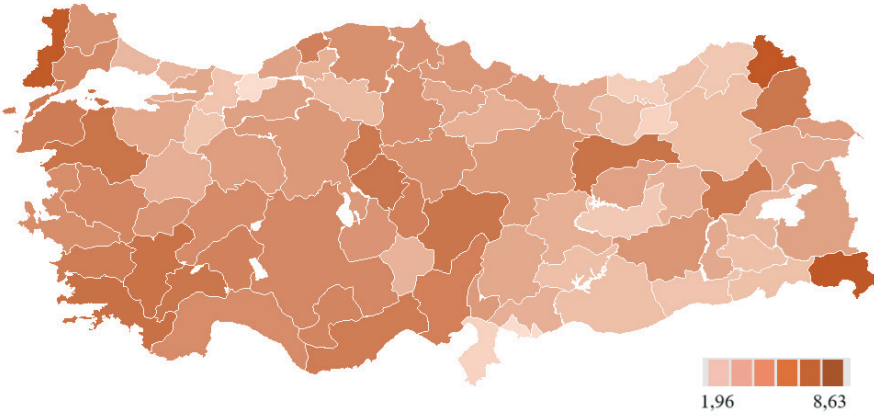
Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (3.4)⁴ ve DSÖ'nün 2013-2030 Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planı kapsamında, intiharların küresel çaptaki bu yıkıcı etkileri de dikkate alınarak, DSÖ'ye üye devletlerde, intihar kaynaklı ölüm oranlarının 2030 yılına kadar üçte bir oranında azaltılması yönünde ciddi bir hedef ortaya konulmuştur. Bu hedef doğrultusunda üye ülkeler tarafından sürdürülen çalışmalar sonucunda, 2013-2019 yılları arasındaki dönemde küresel çaptaki intihar oranlarında %10'luk bir azalma olduğu tespit edilmiştir (DSÖ, 2021b). Bu bağlamda küresel verilerin ışığında, Türkiye'deki intihar vakalarının dağılımını ve bu vakaların yerel özelliklerini incelemek, konunun ülkemiz açısından da önemini ortaya koyacaktır.

⁴ "Sağlık ve Kaliteli Yaşam" amacı kapsamında belirlenen bu alt amaç şu şekildedir; 3.4. "2030'a kadar bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümlerin, bu hastalıkların önlenmesi ve tedavisi yoluyla üçte bir oranında azaltılması ve akıl ve ruh sağlığının ve esenliğinin geliştirilmesi"

2. Türkiye'de İntihar Yaygınlığı

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, intihar vakalarının dağılımı yaş, cinsiyet ve bölge bazında farklılık göstermektedir. Söz konusu verilere göre Türkiye'de 2012 yılından itibaren intihar oranlarında belirgin bir artış ya da azalış olmadığı anlaşılmaktadır. Gerek TÜİK verileri gerekse DSÖ'nün verileri incelendiğinde, Türkiye'de intihar hızının diğer ülkelere oranla çok yüksek düzeyde olmadığı ve belirgin bir artış sergilemediği ortaya çıkmaktadır. 2013-2023 yılları arasında Türkiye'deki kaba intihar hızı ortalama **100 binde 4** olarak belirlenmiştir.

TÜİK verilerine göre ülkemizde 2023 yılında toplam 4.061 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmiştir. İntihar edenlerin 3.062'si erkek, 999'u kadındır. İntihar yöntemlerine bakıldığında ise Türkiye'de 2023 yılında en sık görülen intihar yöntemlerinin sırasıyla %45,6'lık bir oranla ası ve %24,5'lik bir oranla ateşli silahlar olduğu anlaşılmaktadır. 2023 yılında 563 ölümlü intihar vakasının en fazla yaşandığı il İstanbul olurken bu ili sırasıyla 293 ölümlü Ankara, 251 ölümlü İzmir, 155 ölümlü Antalya, 146 ölümlü Adana takip etmektedir. 2023 yılında Türkiye'de kaba intihar hızı 100 binde 4,76 olarak tespit edilmiştir. Kaba intihar hızının en yüksek olduğu illerin başında **Ardahan** (8,63), **Hakkâri** (8,53), **Edirne** (8,39) ve **Muğla** (7,19) gelmektedir. Bu farklılıklar, intiharla mücadele stratejilerinin belirlenmesinde kritik rol oynamaktadır.



Şekil 2. TÜİK - 2023 Yılı Türkiye'de Kaba İntihar Hızı (100 binde)

2013-2023⁵ yılları arasında Türkiye’de toplam 39.029 tamamlanmış intihar vakası görülmüştür. Bu intiharların nedenlerine bakıldığında ise, 9.017’sinin hastalık, 3.036’sının geçim zorluğu, 2.042’sinin aile geçimsizliği, 1.029’unun hissi ilişki ve istediği ile evlenememe, 161’inin ticari başarısızlık ve 81’inin de öğrenim başarısızlığı nedeniyle gerçekleştiği anlaşılmaktadır. 14.913 kişinin neden intihar ettiği bilinmemekte olup 8.750 kişinin ise “diğer” nedenlerle intihar ettiği saptanmıştır. “Bilinmeyen” (%38) ve “diğer” (%22) olarak kategorileştirilen intihar vaka sayısının toplam intihar vakalarının %60’ına karşılık geldiği düşünüldüğünde intihar vakaları sonrasında yapılacak psikolojik otopsinin ve intihar nedenlerine yönelik ilgili kurumlarca tutulan resmi kayıtların ne kadar önemli olduğu daha iyi anlaşılmaktadır.

Her ne kadar Türkiye’de intihar oranları dünya oranlarına göre daha düşük bir seviyede seyretse de intiharlar ülkemizde de ciddi bir psikososyal sorun olmaya devam etmektedir. Ülkemizde intihar kültürel ve toplumsal olarak onaylanmayan ve kimsenin üzerinde konuşmak istemediği olumsuz çağrışım yüklü bir olgu olarak görülmesine rağmen intihar vakaları Türkiye’de 1970’li yıllardan günümüze beş kattan daha fazla bir artış sergilemiştir. 1975-2023 yılları arasında Türkiye’de 100 binin üzerinde insan intihar sonucunda hayatını kaybetmiştir (TÜİK, 2023). Türkiye’de intiharla mücadele konusunda yürütülen çalışmaları ve bu çalışmalara yön veren stratejileri anlamak, bu vakaların önlenmesinde hangi yaklaşımların daha etkili olabileceğini gösterecektir.

3. Türkiye’de İntiharla Mücadele Çalışmaları

Günümüzde, intiharla mücadele sürecinde doğrudan veya dolaylı olarak çalışma yürüten çeşitli kamu kurum ve kuruluşları bulunmaktadır. İntihar vakaları ve intihar girişimleri ile ilişkilendirilen bu kurumlara bakıldığında, bu kurumların başında **Sağlık Bakanlığı** (İl Müdürlükleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri, Hastaneler, Bölge Psikiyatri Hastaneleri, Psikiyatri Klinikleri, Hastanelerin Acil Servisleri, Aile Hekimlikleri, Alkol ve

⁵ 2023 yılında Türkiye’de gerçekleşen 4.061 intihar vakasının nedenlerine bakıldığında ise bu nedenlerin %31,3 ile diğer % 26,4 ile hastalık, %6,8 ile geçim zorluğu, %4,6 ile aile geçimsizliği, %2,7 ile hissi ilişki ve istediği ile evlenememe, %0,2 ile ticari başarısızlık ve %0,1 ile öğrenim başarısızlığı olduğu tespit edilmiştir. İntiharların %27,9’unun ise nedeninin bilinmediği saptanmıştır. TÜİK, İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması ve Nedene Göre İntiharlar, 2000-2023

Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri), İçişleri Bakanlığı (Valilikler, İl Emniyet Genel Müdürlüğü, İl Jandarma Komutanlığı, 112 Acil Çağrı Merkezi), **Milli Eğitim Bakanlığı** (Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, Rehberlik ve Araştırma Merkezleri), **Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı** (İl Müdürlükleri, Sosyal Hizmet Merkezleri, Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi, Kadın Konukevleri, Çocuk Evleri Sitesi, İhtisaslaştırılmış Çocuk Evleri Sitesi ve Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezleri), **Gençlik ve Spor Bakanlığı** (Gençlik Merkezleri bünyesinde İntiharı Anlama Müdahale Stratejileri Eğitimleri, Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumuna bağlı yurtlarda danışmanlık hizmetleri), **Adalet Bakanlığı** (Cumhuriyet Başsavcılığı, Adli Tıp Kurumu, Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, Ceza İnfaz Kurumları) ve Üniversiteler gibi kurum ve kuruluşların geldiği görülmektedir. İntiharların bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmesi nedeniyle Türkiye’de bu alanın daha çok Sağlık Bakanlığının sorumluluğuna bırakıldığı anlaşılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011-2023 yılları için hazırlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planının 2011 ve 2016 yılları için belirlediği stratejiler arasında “*intiharların azaltılması*” gibi önemli bir hedef yer almıştır. Bu hedef kapsamında da *intiharı önleme konusunda farkındalık yaratılması, geride kalanlara yönelik girişimlerde bulunulması, medyanın intihar konusunda haber yapma tutumu ile ilgili çalışmalar yapılması ve intihar girişiminde kullanılan araçlara ulaşımın azaltılması* gibi bazı stratejiler belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Sağlık Bakanlığı’nın 2021-2023 dönemini kapsayan güncellenmiş Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planında ise ruh sağlığı hizmetlerinde *bütünleşik toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin hayata geçirileceği belirtilerek bireylerin ruh sağlığının takip edilmesi, korunması ve iyileştirilmesi* yönünde bir amaç belirlendiği görülmektedir. Planda, ruh sağlığının geliştirilmesine yönelik faaliyetlerin, çok sektörlü bir yaklaşım gerektirdiği belirtilmekte ve bu konuda Sağlık Bakanlığı dışındaki kurumların katılımına da ihtiyaç olduğu ifade edilmektedir⁶. Planda, bu alandaki sorumlu kuruluşun Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü olduğu belirtilmiş ve Aile ve Sosyal Hizmetler

⁶https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Ulusal_Ruh_Sagligi_Eylem_Plani_2021-2023.pdf

Bakanlığı ile Milli Eğitim Bakanlığı gibi kurumların da bu konuya destek vereceği ifade edilmiştir.

2021-2023 yılları için hazırlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planının “İntiharı önleme konusunda farkındalık yaratılması ve intiharın azaltılması” hedefleri doğrultusunda intiharı önleme çalışmalarının daha etkin bir şekilde yürütülebilmesi amacıyla 81 ilin Valiliklerinden yerel eylem planlarının oluşturulması talep edilmiştir. Öte yandan bu eylem planlarında yer verilen sorumlulukların takibi ve yönetilmesi amacıyla illerde Valilikler bünyesinde “İntiharı Önleme İl Koordinasyon Kurullarının” oluşturulması kararlaştırılmıştır. Yerel düzeyde ilgili kurumlarca yürütülecek çalışmaların değerlendirileceği bu kurulların, ilgili Vali yardımcısı başkanlığında ve İl Sağlık Müdürlüğü koordinasyonunda toplanması ve kurula Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürü, Milli Eğitim İl Müdürü, Gençlik ve Spor İl Müdürü, İl Jandarma Komutanlığı Temsilcisi, İl Emniyet Müdürlüğü Temsilcisi, İl Müftüsü, Belediye Başkanlığı ve Üniversite Rektörlüğü temsilcisinin katılım sağlaması planlanmıştır.

Koordinasyon kurulu toplantılarının senede bir defa gerçekleşmesi, toplantıların genellikle İl Sağlık Müdürlüğü başkanlığında gerçekleştirilmesi, eylem planlarının etkinliğinin zayıf olması, kurumların konuya sadece kendi kurumsal bakış açılarından yaklaşması ve kendi üzerlerine düşen görev ve sorumlulukları yerine getirmesi, ilgili kurumlarda doğrudan bu alanda çalışan yeterli sayıda personelin bulunmaması, kişisel verilerin korunmasına ilişkin mevzuatın bu alanda yapılan/yapılacak çalışmaları sınırlandırması gibi hususlar, 2019 yılından beri illerde oluşturulan İntiharı Önleme İl Koordinasyon Kurullarının etkinliği ve etkililiğinin tartışılmasına neden olmaktadır. Bu konuda sürdürülen tartışmalar, Türkiye’de intiharların önlenmesi konusunda önleyici ve koruyucu çalışmalar ile psikososyal destek hizmetlerinin ve sosyal hizmet bakış açısının daha etkin olduğu ulusal bir modelin uygulanmasının gerekli olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu çalışmalar, intihar oranlarını azaltmada önemli bir rol oynarken, etkinliklerini artırmak için bu alandan görev yapan kurumlar arasında daha geniş çaplı iş birliklerine ihtiyaç duyulduğuna işaret etmektedir. Bu sebeple intihar vakalarının etkin bir şekilde önlenmesi, yalnızca bir kurumun çabalarıyla değil, kurumlar arası iş birliğinin tesisi ile mümkün görünmektedir.

4. Sosyal Hizmetin İntihar Olgusuna Bakışı

Sosyal hizmetin temel odağı, insanın ve dolayısıyla toplumun değişmesi ve olumlu yönde gelişmesidir. Bütün insanların daha iyi yaşam koşullarına kavuşmasını amaçlayan sosyal hizmet, bireylerin hayatlarında ve işlevselliklerinde olumlu yönde bir değişim elde edilmesi için çalışmalar gerçekleştirir. Özetle sosyal hizmet, sosyal işlevselliğin artırılması mesleğidir ve bireylerin iyi oluşlarına ve iyilik hallerine vurgu yapmaktadır (Tuncay ve Tekin, 2021).

Sosyal hizmetin bireylerin iyilik hallerinin sağlanması ve işlevsel hale getirilmesindeki bu rolü dikkate alındığında, bireyler, aileler ve toplum açısından çok ciddi sonuçları olan intiharın, sosyal hizmet mesleğinin de ilgi ve müdahale alanına doğrudan girdiği ifade edilebilir. Zira intihar davranışında tetikleyici olduğu tespit edilen faktörlerin neredeyse tümü, sosyal hizmetin mesleki müdahalede bulunabileceği alanları içermektedir. Genel olarak bakıldığında, olumsuz yaşam deneyimlerinin intihar vakalarına büyük oranda etki ettiği görülmektedir.

İntihar davranışının özellikle çocukluk döneminde maruz kalınan cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmal sonucunda çocuk ve ergenlerde (Sekowski vd., 2020; İpek, 2022), kadına yönelik şiddet ve sosyal dinamikler sonucunda kadınlarda (Indu vd., 2020; Ziyalar vd., 2016) daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Ayrıca aile, arkadaş ve diğer yakın sosyal çevre ile olan çatışmaya dayalı etkileşimlerin, kişilerarası çatışmaların, çoğunlukla da aile veya evlilik ilişkisinde yaşanan sorunların, önemli bir ilişkinin yitirilmesinin veya yaşanan finansal sorunların intihar davranışına neden olan psiko-sosyal stres faktörlerinden olduğu bildirilmektedir (Çelebi, 2017; Yıldız-Bozdoğan, 2013; Weissman, 1974). Araştırmalar, ayrılma, boşanma ve işsizlik gibi olumsuz yaşam deneyimleri sonrasında intihar girişimlerinin daha yüksek bir oranda gerçekleştiğini ortaya koymaktadır (Devrimci-Özgül, 2008; Kozatepe, 2015; Preuss vd. 2002; Tunca, 2017; Yeğenoğlu, 2015). Söz konusu olumsuz yaşam deneyimlerine doğrudan maruz kalmanın yanı sıra dolaylı etkileri sebebiyle de bireylerde intihar davranışı görülebilmektedir. Onat (2016) intihar girişimli ergenlerin ebeveynlerinin boşanma oranlarının yüksek olduğunu tespit etmiştir.

Ergen bireylere ilişkin gerçekleştirilen çalışmalarda travmatik veya olumsuz yaşam deneyimlerinin, ebeveyn ve aile ilişkilerinin yanı sıra olumsuz akran ilişkilerinin de intihar risk düzeyini artırdığı görülmüştür. Ayrıca, intihar düşüncesinin akran zorbalığına başvuran ve zorbalığı mağduru olan ergenlerde daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (Cui vd., 2011; Hepburn vd., 2012).

İntihar davranışının bir diğer sosyal belirleyicisi ve güçlü risk faktörü ise sosyal destekten yoksunluk ve yalnızlık, bir başka deyişle sosyal izolasyondur (Büyükbodur, 2019). Yapılan çalışmalara bakıldığında özellikle yaşlı bireylerde yalnızlık ve sosyal izolasyonun intihar riskini arttırdığı görülmektedir (Akbaş vd., 2020; Arslan ve Hocaoğlu, 2014; Turan, 2008). Öte yandan kitlesel ve yoğun etkileri olan salgın hastalıkların karantina, sosyal mesafe, bulaş riski gibi sebeplerle sosyal izolasyona kimi zaman zorunlu maruz bırakılması bireyi sosyal ve ruhsal açıdan zorlayabilmektedir. Nitekim pandemi nedeniyle yaşantılanan sosyal izolasyonun intihar riskinin arttığı yönünde çalışmalar mevcuttur (Gariboğlu vd., 2020; Hocaoğlu ve Erdoğan, 2020). Bu bağlamda bireyin toplumsal bir varlık olarak sosyal yaşam içerisinde yer alması ve sosyal temasın varlığı birey için koruyucu bir etki sağlamaktadır.

Bütün bu olumsuz yaşam olayları ve sosyal sorunlara karşı mücadele yürüten sosyal hizmet disiplini ve mesleğinin, intihar davranışını mücadele edilmesi gereken önemli bir sosyal sorun olarak gördüğü söylenebilir. Sosyal hizmet mesleği, amaçları arasında yer alan; bireyin onur ve haysiyetine odaklandığından, intiharı insani birikime dönük ciddi bir tehdit olarak algılamakta (Şeker, 2019) ve bu olguyu mücadele edilmesi gereken bir sorun olarak değerlendirmektedir.

İntihar davranışını “çevresi içinde birey” yaklaşımıyla ele alan sosyal hizmet mesleği (Özdemir, 2000), bu sorun alanına yönelik müdahale ve uygulamalarında birçok unsuru birlikte ele almakta ve bireyi çevresi içerisinde değerlendirmektedir. Bireyleri buldukları çevre içerisinde ele almak, sosyal hizmet disipliniinde sıklıkla sistem kuramı ya da ekolojik yaklaşım ile açıklanmaktadır. Birbiriyle bağlantılı olan bu iki kuram, sosyal hizmet vakalarını değerlendirmek için uygulayıcılara önemli bir çerçeve sunmakta ve sosyal hizmet uzmanının müdahalede bulunabileceği çeşitli hedef alanlarını

belirlemeye yardımcı olmaktadır (Teater, 2015). Öte yandan intihar davranışı, bireyleri bu davranışa iten faktörlerle birlikte değerlendirildiğinde, sadece bireysel nedenlerle gerçekleşen bir davranış tarzı olmaktan çok uzaktır. Dünya çapında intihar nedenleri incelendiğinde intiharların bireysel birtakım faktörlerin haricinde genel olarak salgın yüzünden yaşanan iş kayıpları, ekonomik sıkıntılar, yoğun stres, depresyon ve ruhsal sıkıntılar sonucu ortaya çıkan sosyal izolasyon gibi nedenlerle gerçekleştirildiği görülmektedir. DSÖ de benzer şekilde intihar davranışını, birey odaklı değerlendirmemiş ve intihar sonucu hayatını kaybeden kişinin yakın çevresinin yaşadığı ruhsal acı ve kayıpları da göz önüne alarak intiharın toplumun önemli bir kesimini etkilediğine dikkat çekmiştir.

İntihar davranışı ile ilgili yürütülecek herhangi bir sosyal hizmet müdahalesinde görev alacak sosyal hizmet uzmanları yukarıda aktarılan bu kuramsal bakış açılarından yararlanmakta ve intihar davranışında bulunan bireyleri, içerisinde buldukları çevreleri ile birlikte değerlendirmektedir. Sosyal hizmet uzmanları, intihar davranışına ilişkin süreçte müdahalede bulunurken, bu davranışa yol açan tüm faktörleri içeren bütüncül bir bakış açısı ortaya koymakta ve bu sorun alanına yönelik uyguladıkları müdahale sürecinde geneli sosyal hizmet yaklaşımı sergilemektedir.

Geneli sosyal hizmet yaklaşımı, sosyal hizmet uzmanlarının her müracaatçıya ve duruma özgü olarak çeşitli model, kuram ve teknikleri kullanabilmesini öngörmektedir. Bu yaklaşım tarzında sosyal hizmet uzmanı bireyin sosyal işlevselliğini azaltan faktörleri tanımlamakta ve bu faktörlerin en aza indirgenmesi için mikro, mezzo ve makro olmak üzere farklı düzeylerde müdahaleler geliştirmektedir (Sheafor ve Horejsi, 1989). Örneğin bir intihar girişimi söz konusu olduğunda, öncelikle intihar girişiminde bulunmuş bireyin korunması ve bakımı esastır. Eskin (2003)'in vurguladığı gibi intihar girişiminden hemen sonra kişinin kafası karışıktır, ego işlevselliği düşüktür ve gerçeği anlayabilme ve değerlendirebilme becerileri azalmıştır. Dolayısıyla bu tür kişiler ile görüşme yapılabilmesi için öncelikle kişinin tıbbi müdahale sonrasında durumunun normale dönmesi beklenmelidir. Nitekim intihar teşebbüsünde bulunmuş birey, gerçekleştirdiği eylem sebebiyle geleceğe dair belli konularda kaygı duymaktadır. Tıbbi müdahale sonrasında, bu bireyle

yapılacak profesyonel görüşmelerin temel amacı öncelikle bu kişinin gelecek ile ilgili kaygı düzeyinin azaltılması ve bu konudaki direncin kırılması olmalıdır.

Bununla birlikte, sosyal hizmet uzmanı, bireyin intihar girişimine neden olan çevresel faktörlerin azaltılması gerektiğini ve bunun da belli bir zaman aldığına dikkate alır. İntihar davranışının tam olarak ortadan kalkabilmesi veya intihar girişimlerinin önüne geçilmesinin; kişinin gelecekle ilgili kaygı düzeyinin azaltılmasının yanı sıra kişinin aile veya çevresiyle mevcut ilişkilerinin düzeltilmesi ve ekonomik olarak güçlendirilmesi ile mümkün olduğuna inanır.

Konuya bu açılardan yaklaşıldığında, sosyal hizmet mesleğinin, intiharlara neden olan faktörlerin tespitinde ve bu davranışın önlenmesinde önemli bir rol oynadığı söylenebilir. İntihar davranışı bireyin kendisini etkilediği gibi çevresinde de derin etkiler bırakabilmekte, diğer aile bireyleri için kalıcı hale gelen psikososyal sorunlara yol açabilmekte ve en önemlisi de bu davranış tarzı toplumsal olarak birbirine bağımlı veya birbirinden bağımsız intiharlara neden olabilmektedir. Dolayısıyla sosyal hizmet, intihar girişimleri sonrasında bireyin güçlendirilmesi konusunda çevresinin aktif bir rol üstlenmesi yönünde mikro düzeyde yapılabilecek çalışmaların yanı sıra (Alptekin, 2008), bireysel ve kurumsal eğitimler ile toplumsal farkındalığın artırılması (Odağ, 2002) gibi mezzo ve makro düzeyde çalışmalar da yapabileceğini öngörmektedir.

Konuya psikiyatrik sosyal hizmet penceresinden bakıldığında da psikolog ve psikiyatristler başta olmak üzere ruh sağlığı alanında görev yapan meslek elemanlarının da bu alana özgü rol ve sorumlulukları olduğu görülecektir. Bu alanın uygulayıcıları, intiharların önlenmesi konusunda klinik ve toplumsal düzeyde sorumluluk almaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının uzmanlık ve yetkinliği dikkate alınarak intihar girişiminde bulunmuş bireyle klinik düzeyde sosyal inceleme, bireysel danışmanlık, taburculuk planlaması, bireyle çalışma, grup çalışması, savunuculuk, psikoterapi ve hizmet içi eğitim gibi mikro ve mezzo düzeyde roller üstlendiği bilinmektedir. Toplumsal düzeyde ise sosyal hizmet uzmanları ruhsal risk taraması yapma, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini temin etme, sosyal içerme, toplum eğitimi ve hizmet geliştirme gibi roller üstlenebilmektedir (Oral ve Tuncay, 2012).

Alptekin (2008) sosyal hizmet uzmanlarının intihar olgusunu öncelikle toplumsal düzeyde ele almaları gerektiğini belirtmekte ve intihar davranışına karşı toplumun bilinçlendirilmesi gerektiğinin altını çizmektedir. İntihar davranışında risk faktörlerini belirleyerek koruyucu ve önleyici sosyal hizmet faaliyetlerinin yürütülmesi ve intihar girişiminde bulunmuş bireylerin tedavi süreçlerinin takip edilmesinin de bu alanın uygulayıcılarının diğer sorumlulukları olduğu belirtilmektedir.

Alptekin ve Duyan (2009), intiharları önlemek için intihar olaylarının ve intihar davranışına neden olan risklerin belirlenmesi gerektiğini ifade etmekte ve intihar olasılığı olan bireylerin izlenmesi ve belli bir dönem aralığında takip edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Dolayısıyla intiharların önlenmesinde özellikle izleme programlarının etkinliği dikkat çekmekte ve intihar girişiminde bulunmuş kişinin veya ailesinin yardım istemesi beklenmeden, intihar riskinin yüksek olduğu grupların titizlikle takip edilmesi büyük önem arz etmektedir. İspanya'da intihar girişiminde bulunmuş 991 kişiyle yürütülen bir çalışmada takip eden bir yıl içerisinde belli aralıklarla telefon ile izlemenin intihar girişim oranını anlamlı derecede azalttığı görülmüştür (Cebria vd., 2013). Telefon ile aramanın yanı sıra intihar girişiminde bulunmuş bireye kısa kişisel öğeler içeren mektupların yazılması, posta kartlarının ya da telefon mesajlarının gönderilmesi de intihar girişiminde bulunan kişilerin yeniden girişimde bulunmasını engellemede etkili bulunmuştur (Beautrais vd., 2008; Berrouguet vd., 2014). Günümüzde internet kullanımının yaygınlaşmasıyla beraber internet üzerinden çeşitli yollarla intiharı önlemeye yönelik girişimler de ivme kazanmıştır (Mishara ve Kerkhof, 2013). İngiltere'de gerçekleştirilen SUPREME projesi kapsamında ergenlerle odak grup çalışmaları, uzmanlardan geri bildirim alabilme ve çevrimiçi sohbet modülleri gibi çok çeşitli intiharı önleme çalışmaları yürütülmüştür (Carli, 2016). Bu tür takip yöntemlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması hem ülkemizde hem de dünya genelinde daha az oranda intihar davranışı ile karşılaşılmasına yardımcı olacaktır. Görüldüğü üzere sosyal hizmetin intiharların önlenmesindeki rolü ve önemi hiç de azımsanacak düzeyde değildir. Buna rağmen bu mesleğin ve disiplinin intihar önleme çalışmalarında çok da yer edinmediği açıkça ifade edilmektedir. Joe ve Niedermeier (2008) tarafından yapılan kapsamlı bir

alanyazın taramasında, intihar araştırmalarında sosyal hizmet disiplininin katılımının az olduğu belirlenmiştir.

Ülkemizde yürütölen saha uygulamalarına bakıldığında, intihar davranışında bulunan bireyler ve bu bireylerin yakınları için takip edilmesi gereken müdahale süreçlerinin maalesef sosyal hizmet odaklı olarak yürütölemediği ve intihara ilişkin alanyazında da sosyal hizmet müdahale ve uygulamalarının etkin bir şekilde yer almadığı gözlemlenmektedir (Kösesoy, 2022). Bu sebeple sosyal hizmet perspektifinden bakılarak intihar davranışının önlenmesine yönelik oluşturulacak yeni bir modele ihtiyaç duyulmaktadır.

YENİ BİR MODEL ÖNERİSİ

İntihar başta olmak üzere çocuk ihmal ve istismarı, aile içi şiddet, madde bağımlılığı gibi sosyal sorunlarla mücadelede, sosyal hizmet müdahalesinin erken bir dönemde başlatılması yürütölecek müdahalenin etkin ve etkililiğinde hayati önem taşımaktadır. Bu tür sosyal sorun alanları, risk odaklı sosyal hizmet uygulamasına öncelik verilmesini ve risk faktörlerinin önceden belirlenerek risk unsurlarının ve gruplarının önceliklendirilmesini gerekli kılmaktadır. Bunun yanı sıra, özellikle intiharlar söz konusu olduğunda, kurumlar arasında eşgüdümün tesis edilmesi, sivil toplum kuruluşları ve toplumun diğer katmanları ile iş birliğini mümkün kılacak bağlantıların kurulması ve bu alanda ulusal çapta güçlü ve etkili bir sistemin oluşturulması önemli ve gereklidir (şeker, 2019).

Ülkemizde intiharın önlenmesi noktasında çalışmalar yürüten İntiharı Önleme İl Koordinasyon Kurullarının bazı illerde etkin bir şekilde çalıştığı ifade edilebilir. Ancak il bazında hazırlanan intiharla mücadele eylem planlarının ve bu planlarda belirlenen faaliyet ve uygulamaların etkin bir şekilde takip edilip edilmediği, bu faaliyetleri yürüten kurumlar arasındaki iş birliğinin etkin bir şekilde tesis edilip edilmediği ve yürütölen faaliyetlerin amacına ulaşıp ulaşamadığı sorgulanmamaktadır.

Sağlık Bakanlığının İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde yapılandırılan Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlıklarının “*intiharı azaltmak ve intiharı önleme konusunda farkındalık oluşturulması için çalışmalar yürötmek*” gibi bir görevi olduğu bilinmektedir. Bu göreve istinaden, Halk Sağlığı Hizmetleri

Başkanlıkları, illerde intiharla mücadele konusunda faaliyet yürüten kurum ve kuruluşların bir araya geldiği “İntihar Önleme İl Koordinasyon Kurulu” toplantılarını koordine etmekte ve bu alanda sürdürülen faaliyetlerin takibini yürütmektedir. İllerde senede bir ya da iki defa gerçekleştirilen bu kurul toplantılarında, her bir kamu kurumunun, il intihar eylem planı kapsamında üstlendiği faaliyetler gözden geçirilmekte ve intiharla mücadele konusunda kaydedilen gelişmeler ele alınmaktadır.

Tamamlanmış intihar vakalarını ve intihar girişimlerini önlemede en önemli adımlardan birisi bu süreçte rol alan yapıların kurumsallaşması, kurumlar arası iş birliğinin ve veri paylaşımının etkin bir şekilde sağlanması ve bu anlayışın kurumsal bir kültür şeklinde bütün taraflarca sürdürülmesidir. Buradan hareketle, illerde Valilik bünyesinde oluşturulan intihar önleme il koordinasyon kurullarının ve bu kurullarda görev alan kurumların daha aktif ve sistemli bir şekilde çalışması gerektiği değerlendirilmektedir. Bu kurumlar içerisinde özellikle Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve de Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının ve de bu kurumların taşra teşkilatlarının koordineli bir şekilde çalışması ve bu alanda koruyucu, önleyici ve risk odaklı bir hizmet modelini hayata geçirmeleri önemlidir.

İntihar davranışında koruyucu ve önleyici faaliyetlerin öncelendiği bir modelde öncelikle yüksek risk grubunda bulunan bireyler tespit edilmelidir. İntiharlar söz konusu olduğunda, bireylerin yaşı, medeni durumu, iş ve meslek durumları ile daha önce travmatik yaşam olaylarına maruz kalmış olmalarının önemli risk faktörleri olarak belirlendiği tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra, plansız hareket etme, ani ve sonucu düşünmeden karar verme, sabırsızlık gibi yüksek düzeyde dürtüsel davranışlara sahip olmanın, olumsuz ailevi ve sosyal ilişkilere ve birtakım ruhsal bozukluklara sahip olmanın da intihar vakaları açısından ciddi risk faktörleri arasında olduğu değerlendirilmektedir (Alptekin ve Duyan, 2009; Brådvik, 2018; Demirbaş ve Bulut, 2021; İpek vd., 2022). Koruyucu faktörlerin düşük ve risk faktörlerinin yüksek olduğu durumlarda, karşılaşılabilecek herhangi olumsuz bir durum, olası bir intihar davranışının tetikleyicisi olabilmektedir.

İntihar risk düzeyi yüksek grupların tespitinde ilgili Bakanlıklara ve taşra teşkilatlarına önemli görevler düşmektedir. Bu konuda yapılacak

çalışmaların öncelikli olarak çocuk ve ergen grubu üzerinde başlatılabileceği değerlendirilmektedir. Nitekim intihar davranışında bulunan bireylere yönelik ulusal ve yerel bulgular, yüksek risk grubunu oluşturan yaş grubunun genellikle ergenlerden oluştuğunu göstermektedir.

İntihar davranış eğiliminin ergenlikle beraber artış gösterdiği; erken ve orta yetişkinlik dönemlerinde sabit bir seyir izlediği görülmektedir (Eskin, 2012; Yeğenoğlu, 2015; Sayım, 2019). Öte yandan, TÜİK'in 2018-2023 yıllarına ait verilerine bakıldığında, 19 yaş ve altı bireylerde kaba intihar hızının her yıl bir önceki yıla oranla artış gösterdiği ve 2023 yılında meydana gelen tamamlanmış intiharların %11,5'ini oluşturduğu görülmektedir. DSÖ (2021a) verilerine göre ise intihar vakalarının üçte birini genç nüfus oluşturmaktadır. Ergenlik dönemi ile çocukluk dönemi; olumsuz yaşantı ve travmatik deneyimlerin yeniden ele alınarak işlendiği zihinsel bir sürece tekabül etmektedir. Bu dönem, dürtüsellüğün arttığı, kendini ispatlama çabasının ve akranlarla kurulan güçlü bağların ve dolayısıyla riskli davranışların görüldüğü bir evre olarak bilinmektedir.

Bu nedenlerle, ergenler ile yürütülecek görüşmeler ve yapılacak taramalar sayesinde, intihar riskinin değerlendirilmesi ve tespiti mümkün görünmektedir. Bu aşamada, okul psikolojik danışma ve rehberlik birimlerine ve Milli Eğitim Bakanlığına bağlı Rehberlik Araştırma Merkezlerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde hizmet veren tüm okullarda, her eğitim öğretim döneminde, okul rehber öğretmenleri ve sınıf öğretmenleri tarafından öğrencilere yönelik psikososyodemografik taramalar gerçekleştirilmesi; bu risk belirleme çalışmaları sonucunda risk düzeylerine göre müdahale planlarının oluşturulması, intihar davranışının önlenmesinde Milli Eğitim Bakanlığı tarafından atılacak ilk ve öncelikli adımlardan biri olabilir. Yapılan bu çalışma neticesinde belirlenen her bir risk grubu için yürütülecek müdahale süreci farklılaşacaktır. Bu aşamada öncelikle yüksek risk grubunda olduğu değerlendirilen ergenler için gerekli müdahale süreçleri yürütülebilecek ve bu kişiler ilgili kurum ve kuruluşlara daha doğru bir şekilde yönlendirilebilecektir.

Bu modelde önemli bir rol üstlenen kurumlardan biri de Sağlık Bakanlığıdır. Sağlık Bakanlığına intikal eden vakalar, yoğunluklu olarak intihar girişimi

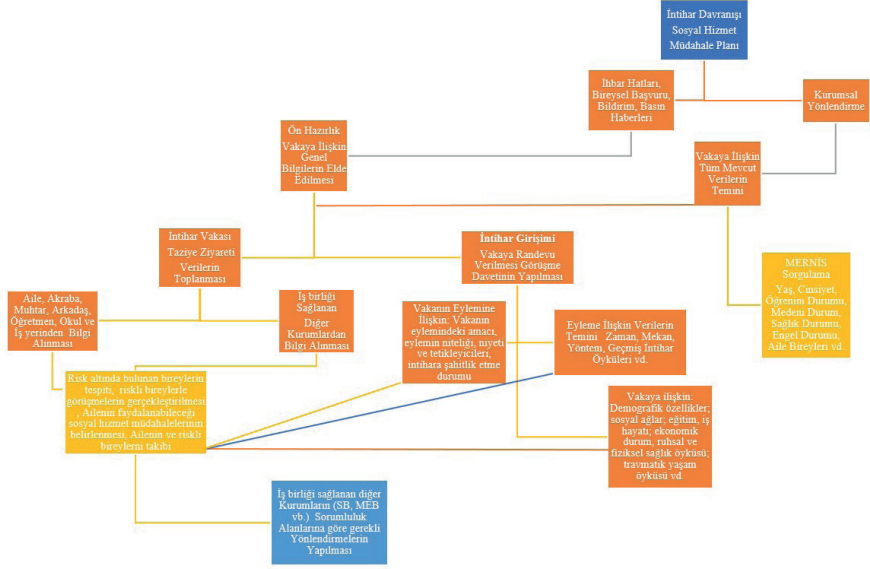
sebebiyle hastane acil servislerine yapılan başvurulardan oluşmaktadır. Hastanelerde, kişinin uyguladığı intihar yöntemine göre, gerekli müdahale ve tedaviler sağlanmakta ve her bir intihar davranışının aynı zamanda adli bir vaka olması nedeniyle durum adli birimlere de bildirilmektedir. Hastanelerin acil servislerinde yürütülen tıbbi müdahaleler sonrasında her intihar olgusu için psikiyatrik konsültasyon talep edilmekle birlikte çoğu vakanın psikiyatri servislere çeşitli sebeplerle ulaşmadığı bilinmektedir. Bu nedenle, bu süreçte, intihar girişiminde bulunmuş bireylere muhakkak surette bir sağlık personelinin eşlik etmesi önemlidir. Hekim tarafından intihar riski yüksek görülen bireyin hastane yatışı gerçekleştirilerek psikiyatrik tedavi ve psikolojik destek hizmetlerinin yürütülmesi ve risk düzeyinin ve tehlikeliliğin azalması ile birlikte de psikososyal destek hizmetleri bağlamında Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına gerekli bildirim yapılması etkin sosyal hizmet müdahalesinin uygulanabilmesi açısından oldukça önem arz etmektedir. Olayın tamamlanmış bir intihar vakası olması durumunda ise Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının konuya ilişkin ivedilikle bilgilendirilmesi ve böylelikle geride kalan aile fertleri için ihtiyaç duyulan psikososyal destek hizmetlerinin zamanında yürütülmesi, intihar davranışının önlenmesinde hayati bir rol oynayacaktır.

İntihar davranışına yönelik gerçekleştirilen çalışmalar, vakaların ruhsal bozukluklar ve psikolojik sorunlarına vurgu yapmaktadır. Bu sebeple gerçekleştirilecek değerlendirmeler sonunda intihar davranışı olguları ve ailelerinin, zorunlu psikolojik destek ve psikiyatrik tedaviden faydalandırılmalarının intihar davranışının azaltılmasında etkili ve önleyici olabileceği düşünülmektedir.

İntiharın öncelikle bir halk sağlığı sorunu olması nedeniyle bu konudaki koordinasyon görevinin Sağlık Bakanlığı ve illerde İl Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülmesi esastır. Ancak, her ne kadar İl Sağlık Müdürlüğü bu konuda öncü rol oynasa da Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının da bu süreçlerde etkin bir rol üstlenmesinde fayda olacağı değerlendirilmektedir. Zira 9 Şubat 2013 tarihinde yayınlanan ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının en önemli taşra kuruluşu olan sosyal hizmet merkezlerine ilişkin yönetmeliği, hizmetlerin, sosyal sorunları çözmeyi ve sosyal riskleri azaltmayı amaçladığını belirtmektedir (Madde 6). Bu hüküm kapsamında düşünüldüğünde,

intiharların önlenmesinde ve toplumumuzun karşı karşıya kaldığı bu riskin en aza indirgenmesinde Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığınca yürütülecek çalışmaların önem arz edeceği belirtilebilir. Bu noktadan hareketle, intihar vakalarında ve girişimlerinde illerde Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüklerince, gerekli verilerin temin edilerek intihar eden kişiye yönelik psikolojik otopsinin çıkarılması önemlidir (Kale-Yolcu vd., 2023). Bu süreçte, ailenin sosyal destek ihtiyaçlarının tespiti, intihar eden kişinin geride bıraktığı aile fertlerinin ve özellikle okula giden kardeşlerinin psikososyal durumlarının analizi, aile tarafından gerçekleşen taşınma, şehir değişikliği gibi durumların belirlenmesi ve aile fertlerinin genel psikososyal durumlarının incelenerek belirlenecek ihtiyaçların ve bu ihtiyaçlara yönelik yürütülebilecek hizmetlerin vaka bazında tek tek İl İntihar Önleme Kurullarının gündemine sunulması, intiharların önlenmesi konusunda önemli bir adım olacaktır.

Bir intihar girişiminden sonra, intihar girişiminde bulunan aile bireyine ve ailenin diğer fertlerine yönelik yürütülecek sosyal hizmet müdahaleleri, intihar davranışının önlenmesinde hayatidir. Yapılacak sosyal incelemelerde, intihar girişiminde bulunmuş bireyin durumu, ailesi ve çevresi ile birlikte ele alınmalı ve intihar girişim risk değerlendirmesi diğer aile fertleri de dikkate alınarak yapılmalıdır. Zira intihar girişiminin ardından girişimde bulunan kişiye ve ailesine yönelik yapılan rehberliğin, psikosyal destek, ruhsal durumlarının analizi ve tedavisi ve psikoeğitimlerin, sonraki intihar girişimi risklerini azalttığı, bireylerin topluma uyumunu artırdığı ve bakım sonrası tedaviyi hızlandırdığı belirtilmekte ve bu konudaki göstergelerin intiharların önlenmesinde önemli kanıtlar olduğu bildirilmektedir (Dunne, 2009).



Şekil 3. İntihar Davranışına Yönelik Sosyal Hizmet Müdahale Planı Önerisi

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığında görevli olan meslek elemanlarının bu alanda çalışma yürütebilmesini teminen, Valilikler bünyesinde çalışmalarını koordine edilen İntihar Önleme İl Koordinasyon Kurullarında görev alan kurumlar arasındaki bilgi paylaşımı, bu modelin en önemli unsurları arasında yer almaktadır. Kurulda görev alan Sağlık İl Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü, Jandarma Komutanlığı gibi intihar ve intihar girişimlerine ilişkin somut verileri (intihar eden kişinin yaşı, cinsiyeti, intihar yöntemi vs.) ellerinde bulunduran kurumların, elde ettikleri verileri Valilik onayı ile Aile ve Sosyal Hizmetler ve Milli Eğitim İl Müdürlükleri ile paylaşmaları, izleme ve takip süreçlerinin etkinliği açısından son derece önemli olacaktır. Zira gerek tamamlanmış intihar vakalarına gerekse intihar girişimlerine ilişkin veriler, kişisel verilerin korunmasına ilişkin mevzuat uyarınca gizli tutulmakta; kamuoyu ve diğer ilgili kurumlar ile paylaşılmamaktadır. Ancak bu alanda görev yapması öngörülen Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığının bu verileri kendi aralarında kurumsal düzeyde paylaşması intiharların önlenmesi noktasında son derece önemlidir. Bu kurumların, söz konusu verilere illerde resmi olarak uzman düzeyinde

oluşturacakları teknik komiteler üzerinden ulaşması ve gerekli olan sosyal hizmet müdahalelerini de bu sayede yürütebilmeleri mümkün görünmektedir.

Bu aşamada intiharların önlenmesinde bu üç Bakanlık arasında tesis edilecek iş birliği ve koordinasyona büyük ihtiyaç olduğu değerlendirilmektedir. Nitekim bu iş birliği sayesinde, farklı kurumlar kaynaklarını ve uzmanlıklarını bir araya getirerek daha kapsamlı ve etkili stratejiler geliştirebileceklerdir.



Şekil 4. Kurumlar Arası İş Birliği ve Koordinasyon Önerisi

SONUÇ VE DİĞER ÖNERİLER

İntihar, anlaşılması oldukça zor ve karmaşık bir davranış biçimidir. Bu nedenden dolayı ki intihar vakaları disiplinler arası çalışmayı gerekli kılan bir yapıya sahiptir. Genetik, kültürel, sosyal ve psikolojik pek çok risk faktörü tarafından tetiklenebilen bu davranış türünü anlamak ve önleyebilmek için sadece tıbbi bir bakış açısına değil, yapılan çalışmaları destekleyen psikososyal destek hizmetlerine de büyük ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır. Bu davranışın önlenmesi için öncelikle bu alanda sorumluluğu bulunan kurumlar arasındaki iş birliğinin ve veri akışının sağlanmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu amaçla öncelikle Sağlık Bakanlığına bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri ve Psikiyatri Poliklinikleri, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı Sosyal Hizmet Merkezleri ve Millî Eğitim Bakanlığına bağlı Rehberlik Araştırma Merkezlerinin yakın iş birliği içerisinde çalışması önerilmektedir. Bu kurumlara, Emniyet Müdürlükleri, Jandarma Komutanlığı, Adalet Bakanlığına bağlı kuruluşların ve de Diyanet İşleri Başkanlığının da destek vermesinin yararlı olacağı değerlendirilmektedir.

Yukarıda aktarılan kurumsal modelin uygulanmasında aşağıda belirtilen konulara da azami ölçüde özen gösterilmesi, intiharların önlenmesi noktasında atılacak adımların daha etkin olmasına imkân sağlayacaktır;

- İntihar davranışının görüldüğü bireylerde psikopatolojik bir durumun saptanması halinde öncelikle bunun tedavisi yönünde bir çalışma yürütülmesi ve ardından ailenin ve ilgili bireyin ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik destekleyici sosyal hizmet müdahalelerine yer verilmesi önerilmektedir. Bu itibarla, tamamlanmamış intihar vakalarında, intihar girişiminde bulunan ergen ve bireylerin mutlaka bir psikiyatri konsültasyonunda takibinin sağlanması ve ardından tedaviye devam edip etmediklerinin bir sosyal hizmet uzmanının gözetiminde izlenmesi önemlidir. Vakanın türüne göre aile hekimlerinin ve rehberlik öğretmenlerinin de bu süreçte bilgilendirilmesi ve görevlendirilmesi de önem arz etmektedir.

- Sosyal destekten yoksun, öz değer algısı düşük, sorun çözme ve stresle baş etme becerileri yetersiz ve yaşam enerjisi düşük olduğu tespit edilen ergen ve yetişkin bireylerde, tekrarlanan intihar davranışı riskinin yüksek olacağı değerlendirilmektedir. Yürütülecek çalışmalarda, bu kişilerin baş

etme becerilerinin ve sosyal desteklerinin güçlendirilmesiyle intihar riskinin düşürülebileceği hatırdâ tutulmalıdır. Risk grubunda olan ailelere yönelik olarak ilgili profesyonellerce özellikle stresle başa çıkma ve problem çözme becerisi geliştirmeye yönelik eğitimlerin verilmesi ve bu kişilerin ego fonksiyonlarının desteklenerek zorlu yaşam koşulları karşısında güçlendirilmeleri, intiharla mücadele çalışmalarında atılmış önemli adımlardan biri olacaktır.

- İntihar girişiminde bulunmuş ergen ve bireylere yönelik vakanın durumuna uygun bir tedavi planının oluşturulması, görüşmelerin düzenli bir şekilde yapılması ve görüşmeyi yapacak meslek elemanının vaka ile çalışma devamlılığının sağlanması önemlidir. Ayrıca intihar girişiminde bulunmuş kişiye yönelik tedavi, terapi ve gerekli sosyal hizmetlerin sürdürülmesinin ardından ilgili uzmanların, riskin ortadan kalktığına dair oy birliği ile kanaat getirmesi neticesinde sürecin sağlıklı bir şekilde sonlandırılması, sonlandırılma sonrası ise takip ve izlemenin yine ilgili profesyonellerce belli periyotlarla yapılması önerilmektedir.

- Hastane acil servislerine başvuru yapan intihar davranışlı bireylerin veya psikiyatrik tedavisi süren hastaların vaktinden önce hastaneden taburcu edilmesi, intihar davranışına neden olan stresörlere erken dönüşe sebebiyet verebileceği gibi intihar riskini de artıracaktır. Bu sebeple, hastanelerde özellikle intihar davranışlı bireylerin tedavisi üzerine önemle durulması önerilmektedir.

- Tamamlanmış intihar vakalarında, özellikle yas sürecinde ölen kişinin ailesine yönelik psikolojik destek sağlanması ve ailede risk grubunda bulunan diğer bireylerle özel çalışmaların yürütülmesi son derece önemlidir. İntihar vakası sonrasında öngörülen ziyaretlerin ve sağlanacak psikolojik desteğin aileye mümkün olan en kısa sürede gerçekleştirilmesi ve müteakip hizmetlerinin yine aynı kişi ve birim üzerinden sağlanması da, bu destek sürecinin daha etkili olmasına yol açacaktır.

- Kurum ve kuruluşlarda intiharla mücadele çalışmaları yürüten birimlerde görev alan personelin ikincil travmatik deneyimlere maruz kalmasını engellemek amacıyla süpervizyon desteği ve stresle başa çıkmaya dair destekleyici terapiler uygulanabilir. Bunun öncesinde, bu birimlerde görev yapacak personelin mesleki donanıma sahip, bu alanda çalışmaya gönüllü

uzmanlar arasında seçilmesi ve bu kişilerin ailelerinde intihar öyküsünün olmamasına veya bu alanda gerekli psikolojik iyilik ve esenlik haline kavuşmuş olmasına dikkat edilmesi, bu yönde yürütülecek çalışmaların daha nitelikli sonuçlar vermesini sağlayacaktır.

- Ailede ayrılma, boşanma, ebeveynlerden biri veya her ikisinin vefatı söz konusu olduğu durumlarda ve şiddete başvuran bireylerin var olduğu ortamlarda yetişen bireylerin genellikle sorun çözmede yetersiz kaldıkları ve kurtuluş yolu olarak intiharı **düşündükleri bildirilmektedir**. Bu perspektiften bakıldığında, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının risk odaklı sosyal hizmet anlayışına geçmesi, Aile Sosyal Destek Programı olarak hayata geçirdiği ASDEP uygulamasının risk odaklı olarak daha etkin hale getirilmesi, SHM Yönetmeliği kapsamında illere özgü hazırlanan sosyal risk haritalarının daha sistematik ve uygulanabilir bir şekilde planlanması önem arz etmektedir.

- İntihar girişimleri konusunda, Türkiye genelinde kayıtlara dayalı bir veri bulunmadığı bilinmektedir. Araştırmalarla elde edilen veriler, çoğunlukla belli bölgeleri kapsamaktadır. Alana dair çalışmalar ise bölgesel nitelikleri ile dikkati çekmekte olup genele dair çalışmalara az rastlanmaktadır. İntihar vakalarına yönelik TÜİK tarafından kayıt altına alınan belirli bir standart bulunmakla birlikte vakaların önemli bir bölümünün intiharına ilişkin etken ve tetikleyici unsurlara erişilememekte; ayrıca intihar girişimlerine yönelik kayıtlar bütünlük bir sistemde istatistiki olarak tutulmamaktadır. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı tarafından illerde yürütülen eylem planları kapsamında intihar girişimlerine yönelik olarak da asgari düzeyde bir kayıt tutulması (T.C. kimlik numarası, adı, soyadı, cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, girişim yöntemi, girişim tarihi, girişim yeri, girişim nedeni ve tetikleyicisi) önemlidir.

- TÜİK 2023 verileri dikkate alındığında, son on yıllık süre içerisinde Türkiye'de meydana gelen 39.029 tamamlanmış intihar vakasının %60'ına karşılık gelen ve nedeni "bilinmeyen" ve "diğer" olarak kategorileştirilen vakalara ilişkin gerçekleştirilecek psikolojik otopsinin ve intihar nedenlerine yönelik ilgili kurumlarca tutulan resmi kayıtların, intihar nedenlerine dair daha sağlıklı verilerin elde edilmesi ve bu davranış tarzının önlenmesi noktasında

daha doğru politika araçlarının ve yollarının geliştirilebilmesi için ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

• TÜİK verilerine göre 2022 yılında kaba intihar hızı en yüksek olan Tunceli (14,28), Uşak (10,15) ve Iğdır (9,34) illerindeki intihar vakalarının, 2023 yılı verileri⁷ dikkate alındığında, düşüşe geçmesine ilişkin ayrıntılı bir analizin yapılmasında fayda olacağı değerlendirilmektedir. Nitekim kaba intihar hızı verileri ele alındığında Uşak ve Iğdır illerindeki intihar hızınının 2022 yılında son on yıllık dağılımdan çok farklı bir seyir izleyerek arttığı; Tunceli ilinin ise 2023 yılında yine son on yıl içerisindeki intihar hızı dağılımından farklı bir seyir izlediği görülmektedir.

Türkiye açısından uygulanabilir ve sürdürülebilir bir intihar önleme politikasının olması şarttır. Unutulmamalıdır ki intiharla mücadeleye yönelik çalışmalar emek isteyen ve uzun soluklu olması gereken çalışmalardır. Ayrıca bu yöndeki çalışma ve çabalarda hemen sonuç beklemenin doğru olmadığı değerlendirilmekte ve çalışmaların uzun vadeli etkilerinin analiz edilmesinin daha doğru bir yaklaşım olacağı düşünülmektedir. Her ne kadar bütün dünyada bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etse ve bu sorunun çözümü noktasında büyük çabalar sarf edilse de intiharlar, tamamen ortadan kaldırılamayacak sosyal bir gerçek olarak yerini korumaktadır. Ancak kamu kurum ve kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, eğitimciler, sosyal hizmet uzmanları, aileler, toplum ve toplumun tüm katmanlarının ortak çalışması adı geçen ilgililerin görev ve sorumluluklarını layıkıyla yerine getirmesi ile intihar olgusunun önlenabilir ve önüne geçilebilir bir davranışa dönüşeceği düşünülmektedir.

⁷Tunceli (4,61), Uşak (5,32) ve Iğdır (4,84), İllere Göre Kaba İntihar Hızı 2009-2023, TÜİK, 2023

KAYNAKÇA

- Akbaş, E., Yiğitoğlu, G. T., Çunkuş, N. (2020). Yaşlılıkta sosyal izolasyon ve yalnızlık. *OPUS International Journal of Society Researches*, 15(26), 4540-4562.
- Alptekin, K. (2008). *Sosyal hizmet bakış açısından genç yetişkinlerde intihar girişimlerinin incelemesi: Bir model önerisi (Doktora Tezi)*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Alptekin, K., Duyan, V. (2009). İntiharı önleme: Sorunlar ve öneriler. *Kriz Dergisi*, 17(2), 13-20.
- Aslan, M., Hocaoğlu, Ç. (2014). Yaşlılarda intihar davranışı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(3), 294-309.
- Beautrais, A., Gibb, S., Faulkner, A., Mulder, R. (2008). 12: a randomized controlled trial of a brief intervention to reduce repeat presentations to the emergency department for suicide attempt. *Annals of Emergency Medicine*, 51(4), 474.
- Berrouguet, S., Gravey, M., Le Galudec, M., Alavi, Z., Walter, M. (2014). Post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention: a pilot study. *Psychiatry Research*, 217(3), 154-157.
- Birleşmiş Milletler. (2024). *Sürdürülebilir Kalkınma Amacı: Sağlık ve Kaliteli Yaşam*. Birleşmiş Milletler Türkiye: 01 02, 2024 tarihinde <https://turkiye.un.org/tr/sdgs/3> adresinden alındı
- Brådvik, L. (2018). Suicide risk and mental disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1-4.
- Büyükbodur, A. Ç. (2019). İntihar girişimleri ve retrospektif sosyal inceleme. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 3(1), 28-46.
- Carli, V. (2016). Preventing suicidality through online tools: The SUPREME project. . *Understanding Suicide: From Diagnosis to Personalized Treatment*, 281-289.
- Cebrià, A., Parra, I., Pàmias, M., Escayola, A., García-Parés, G., Puntí, J., Palao, D. J. (2013). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 269-276.
- Cui, S., Cheng, Y., Xu, Z., Chen, D., Wang, Y. (2011). Peer relationships and suicide ideation and attempts among Chinese adolescents. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 692-702.
- Çelebi, V. (2017). *Acil servise intihar girişimi ile başvuran hastaların değerlendirilmesinde hastane anksiyete depresyon ölçeğinin kullanılması. (Uzmanlık Tezi)*. Antalya: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Demirbaş, H., Bulut, B. P. (2021). İntihar ve Psikoloji. D. Ayan, İH Hancı, H. Demirbaş (Ed.). *İçinde Bilim ve Kültür Aynasında İntihar (ss: 104-127)* Nobel Yayıncılık.
- Devrimci-Özgül, H. (2008). İntihar davranışı riskinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 1(3), 8-14.
- Durkheim, E. (2013). İntihar. (Z. Z. İlkelen, Çev.) İstanbul: Pozitif Yayınları.

- Dünya Sağlık Örgütü. (2020). *Mental health atlas*. WHO (World Health Organisation): <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345946/9789240036703-eng.pdf?sequence=1> adresinden alındı
- Dünya Sağlık Örgütü. (2021a). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. WHO (World Health Organization): <https://www.who.int/publications/item/9789240026643> adresinden alındı
- Dünya Sağlık Örgütü. (2021b). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. <https://www.who.int/publications/item/9789240031029> adresinden alındı
- Dünya Sağlık Örgütü. (2023). *Suicide*. World Health Organisation: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> adresinden alındı
- Dünya Sağlık Örgütü (2024). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> adresinden alındı
- Dunne, E. (2009). Family psychoeducation with suicide attempters. D. Wasserman, C. Wasserman içinde, *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (s. 1-11). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Eskin, M. (2003). *İntihar: Açıklama, tedavi ve önleme*. Ankara:Nobel Akademik Yayıncılık
- Eskin, M. (2012). *İntihar*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın.
- Eskin, M. (2014). *İntihar: Açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Garbioğlu, A., Balcı, I., Akkaya, H., Karbeyaz, K. (2020). Covid-19 sürecinin ruhsal etkileri ve intihar ilişkisi. Adli tıp ve covid-19 içinde (ss. 9-12). *Türkiye Klinikleri*.
- Hepburn, L., Azrael, D., Molnar, B., Miller, M. (2012). Bullying and suicidal behaviors among urban high school youth. *Journal of Adolescent Health*, 51(1), 93-95.
- Hocaoğlu, Ç., Erdoğan, A. (2020). COVID-19 ve intihar. *Coşar B, editör. Psikiyatri ve COVID-19*, 1, 35-42.
- Indu, P. V., Remadevi, S., Vidhukumar, K., Shah Navas, P. M., Anilkumar, T. V., Subha, N. (2020). Domestic violence as a risk factor for attempted suicide in married women. *Journal of interpersonal violence*, 35(23-24), 5753-5771.
- İpek, Z. (2022). *İntihar girişiminde bulunmuş ergenlerin psikososyal durumlarının çocukluk çağı travmaları, kendine zarar verme davranışı, anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından incelenmesi : Batman ili örneği*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı.
- İpek, Z., Yeşilmen, M., Ocakoğlu, B. (2022). *Ergen bireylerde intihar davranışını çok yönlü incelenmesi: Batman ili örneği*. Ankara: Dorlion Yayınları.
- Joe, S., Niedermeier, D. (2008). Preventing suicide: A neglected social work research agenda. *The British Journal of Social Work*, 38(3), 507-530.
- Joiner Jr., T.E., 2005. *Why People Die by Suicide*. Harvard University Press, Cambridge, MA

- Kale-Yolcu, G.Ş., Demirbaş H., Hancı, İ.H. Psikolojik Otopsi. Adli Bilimler ve Kriminalistik Ansiklopedisi. (Ed: O.Vural; İ.H. Hancı), Cilt 5, 2333-2350, Ankara: Adalet Yayınevi, (2023).
- Kleinman, J. (2003). Kültür ve Ruh Sağlığı, Küreselleşme koşullarında kültürel psikiyatri. J. Kleinman içinde, *Çinde İntiharlar ve Toplumsal Acılar* (S. Yücesoy, Çev., s. 227-239). İstanbul: Metis Yayınları.
- Klonsky, E. D. ve May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “Ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. doi:10.1521/ijct.2015.8.2.114
- Kozatepe, E. (2015). *İntihar ve intihara teşebbüs yöntemleri, nedenleri ve çözüm yolları*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı.
- Kösesoy, B. (2022). İntihar davranışında bulunan vakalarda sosyal hizmet müdahale geçmişi ve mevcut ihtiyaçlar. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (BUSBED)*, 12(24), 263-281.
- Levine, J., Sher, L. (2020). How to increase the role of social workers in suicide preventive interventions. *Acta Neuropsychiatrica*, 1–38.
- Mishara, B., Kerkhof, A. J. F. M.. (2013). Suicide prevention and new technologies: Evidence based practice. Springer.
- Mili Eğitim Bakanlığı ve UNICEF. (2019). *İntihar Travması*. Psikososyal Destek Programı : 01 02, 2024 tarihinde <https://orgm.meb.gov.tr/psikososyaldijitaldestek/pdf/psikososyalintiharkitabi.pdf> adresinden alındı
- Nelson, A. (2013). Social work and social work education in Sweden. *University of Gothenburg*.
- O’connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. International handbook of suicide prevention: *Research, policy and practice*, 181-198.
- Odağ, C. (2002). *İntihar: Tanım-kuram-sağaltım*. İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı.
- Onat, M. (2016). *Major depresif bozukluk tanısı olan ergenlerde intihar davranışının dürtüsel ve yürütücü işlevler ile ilişkisi. (Uzmanlık Tezi)*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Oral, M., Tuncay, T. (2012). Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları. *Journal Of Society and Social Work*, 23(2).
- Osteen, P., Jacobson, J., Sharpe, T. (2014). Suicide prevention in social work education: how prepared are social work students? *Journal of Social Work Education*, 349-364.
- Özdemir, U. (2000). Sosyal hizmet uygulamasının genel çerçevesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 12(1), 100-110.

- Preuss, U., Schuckit, M., Smith, T., Danko, G., Buckman, K., Bierut, L., Reich, T. (2002). Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(4), 471-477.
- Rudd, M. D. (2006). Fluid Vulnerability Theory: A Cognitive Approach to Understanding the Process of Acute and Chronic Suicide Risk. T. E. Ellis (Ed.) *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy* içinde (s. 355-368). American Psychological Association
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011- 2023)*. 12 01, 2023 tarihinde http://ahmetsaltik.net/arsiv/2014/07/ULUSAL_RUH_SAGLIGI_EYLEM_PLANI_2011-2023.pdf adresinden alındı
- Sandström, G. (2007). Higher education for social work in Sweden. *Australian Social Work* , 60, 56-67.
- Sayım, A. (2019). *Kız egenlerde intihar girişim niteliği ve ergenin psikososyal özellikleri ile ilişkisi. (Uzmanlık Tezi)*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Sekowski, M., Gambin, M., Cudo, A., Wozniak-Prus, M., Penner, F., Fonagy, P., Sharp, C. (2020). The relations between childhood maltreatment, shame, guilt, depression and suicidal ideation in inpatient adolescents. *Journal of affective disorders*, 276, 667-677.
- Sheafor, B. W., Horejsi, C. R. (2016). *Sosyal hizmet uygulaması: Temel teknikler ve ilkeler*. Nika Yayınevi.
- Slater, T., Scourfield, J., Greenland, K. (2013). Suicide attempts and social worker contact: Secondary analysis of a general population study. *British Journal of Social Work*, 45, 378-394.
- Şahin, F. (2009). Sosyal hizmette kendi kaderini tayin hakkı. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 19(19), 87-98.
- Şeker, A. (2019). Durkheim'in sosyolojisinde intihar olgusu ve intiharla mücadelede sosyal hizmetin işlevi. *Mavi Atlas*, 7(1), 90-110.
- TÜİK (2023). *İntihar İstatistikleri*. Türkiye İstatistik Kurumu: 09.07.2024 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar&dil=1> adresinden alındı
- Teater, D. (2015). Prescription opioids: the real story. *Injury Prevention*, 21(1), A18.
- Tunca, D. (2017). *Dürtüsellik boyutunun intihar girişimlerinin niteliği ve şiddeti ile ilişkisinin araştırılması. (Uzmanlık Tezi)*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Tuncay, T., Tekin, H. (2021). *Sosyal hizmet mesleğinin ABC'si*. Ankara: Nika.
- Turan E. (2008). Özel gruplarda intihar: yaşlı intiharları. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 1(3), 34-39.
- Turgut, M. (2021). *İntihar girişiminde bulunmuş hastalarda sorun çözme terapisinin intihar riskini azaltmada etkililiği*. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Doktora Programı.

- Weissman, M. (1974). The epidemiology of suicide attempts, 1960 to 1971. *Archives of general psychiatry*, 30(6), 737-746.
- Yakar, M. (2021). Türkiye'de intihar: Eğilimleri, karakteristikleri ve dağılışı. İ. H. Hancı, D. Ayan, H. Demirbaş içinde, *Bilim ve Kültür Aynasından İntihar*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Yeğenoğlu, İ. (2015). *İntiharın anlamı, intihar ve intihara yönelik tutumlar*. (Yüksek Lisans Tezi). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Yıldız-Bozdoğan, Ş. (2013). *Major depresif bozuklukta intihar yordayıcıları*. (Uzmanlık Tezi). Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Ziyalar, N., Sarıpınar, A., Çalıcı, C. (2016). Siirt ilinde kadın intiharları. *Adli Tıp Dergisi*, 30(2), 117-127.