

İntiharı önleme çalışmalarında sosyal hizmet mesleğinin rolü

Kamil ALPTEKİN,¹ Veli DUYAN,² Özge UÇAN³

ÖZET

İntihar, biyolojik, psikiyatrik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin birbirini etkilediği çok boyutlu, karmaşık bir davranıştır. Son yıllarda gerek tamamlanmış intiharların ve gerekse intihar girişimlerinin birçok ülkede özellikle genç nüfus arasında tırmanma eğiliminde olduğu görülmektedir. Bu durum çeşitli zorluklar içerisinde yürütülen önleme çalışmalarının giderek daha da önem kazanacağına işaret etmektedir. İntiharı önleme çalışmaları ruh sağlığı alanında, multidisipliner ekiplerle yürütülen hizmetlerin önemli bir parçasıdır ve ruh sağlığı ekibinin bir üyesi olan sosyal hizmet uzmanlarının uygulamalarında intihar davranış örüntüleri ile karşılaşma olasılığı yüksektir. Türkçe literatürde intiharı önleme çalışmalarında sosyal hizmet uygulamalarına ilişkin bilgiler son derece sınırlıdır. İki bölümden oluşan bu çalışmanın amacı, intiharı önleme çalışmalarında sosyal hizmet mesleğinin rol ve işlevlerini belirginleştirmektir. Bu doğrultuda öncelikle halk sağlığı alanındaki önleme yaklaşımından esinlenerek intiharı önleme çalışmaları kendi içerisinde birincil, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç düzeyde ele alınmıştır. Daha sonra, intiharı önleme çalışmalarının bu üç düzeyi açısından sosyal hizmetin üstlenebileceği roller üzerinde durulmuştur. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9:179-187)

Anahtar sözcükler: İntiharı önleme, önleme düzeyleri, sosyal hizmet

Role of the social work profession in works for suicide prevention

ABSTRACT

Suicide is a multi-dimensional and complex behavior in which biological, psychiatric, psychological and social-cultural factors are interactive. In recent years it has been seen that both accomplished suicides and suicide attempts are at rising trend in a lot of countries, particularly among young population. This situation marks that works for suicide prevention which have been carried out with various challenges will gain gradually further importance. Works for suicide prevention are a significant part of services carried out by multi-discipliner teams on the field of mental health and in implementations of social worker who are a member of the team of mental health it is highly possible to come across with patterns of suicide behavior. However, information about implementation of social work in works for suicide prevention is extremely limited in the Turkish literature. The main objective of this two-part study is to make known the role and functions of social work profession in suicide prevention works. In this respect, primarily being inspired by the preventive approach on the public health, suicide prevention works have been handled at three levels in it, as primary, secondary and tertiary levels. Later, it has been emphasized on roles of social work to prevent suicide in terms of the three different prevention levels. (Anatolian Journal of Psychiatry 2008; 9:179-187)

Key words: suicide prevention, levels of prevention, social work

¹ PhD., Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet ABD, ANKARA

² Prof.Dr., Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Sosyal Hizmet Bölümü, ANKARA

³ Uzm.Sosyal Çalışmacı, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi, ANKARA

Yazışma Adresi: Prof.Dr. Veli DUYAN, Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Sosyal Hizmet Bölümü, Fatih Cad.

No.197, 06290 Keçiören/ANKARA

E-posta: vduyan@health.ankara.edu.tr

GİRİŞ

İnsanlık tarihi kadar eski, evrensel bir olgu olan intihar; kişinin bilerek ve kasıtlı olarak kendini öldürmesi olarak tanımlanır. Sayıl'ın¹ belirttiği gibi, stres yaratan yaşam koşullarına tepki veren normal kişilerden, ağır ruhsal bozukluğu olan kişilere kadar geniş bir popülasyonda görülebilmektedir. Ruhsal bozukluklar, madde kötüye kullanımı, çocukluk ve yetişkinlik dönemlerine ait travmalar, sosyal yalıtılmışlık, ekonomik güçlükler, ilişki kayıpları, umutsuzluk, dürtüsellik gibi etkenler intihar riskini artırmaktadır.²

Son yıllarda gerek intiharların, gerekse intihar girişimlerinin birçok ülkede özellikle genç nüfus arasında tırmanma eğiliminde olduğu görülmektedir.^{3,4} Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünyada her 40 saniyede bir intiharın, her 3 saniyede ise bir intihar girişiminin gerçekleştiğini, son 45 yılda intiharların %60 civarında arttığını ve intiharın tüm dünyada ilk on ölüm nedeni arasında yer aldığını bildirmiştir.⁵ Bu saptamalar ve değerlendirmeler, intihar olgusunun önümüzdeki yıllarda giderek artan bir şekilde gündemi işgal edeceğini, dolayısıyla intiharları önleme çalışmalarının daha da önem kazanacağını göstermektedir.

İntihar bilimi (suicidology), kökenleri ve eğilimleri açısından çoğunlukla intihar davranışının önlenmesine ve müdahalesine yönelmiştir.⁶ Shneidman ve Mandelkorn⁷ intiharı önleme çalışmalarının amacının; intihar davranışı hakkındaki bilgileri artırmak, yaşamı korumak ve ruh sağlığını geliştirmek; Beskow ve Wasserman⁸ ise genel olarak normal yaşamda, intihar krizlerinde ve ruhsal bozukluklarda intiharla ilgili düşüncelerin rolü hakkında bilgi sağlamak ve intiharı önleyebilecek tutum ve teknikleri geliştirmek olduğunu ileri sürmüştür.

İntiharı önleme çalışmaları çeşitli zorluklar içinde yürütülmektedir. İntiharın halen birçok ülkede tabu olarak görülmesi, ölüm nedenlerinin her zaman doğru olarak belirlenememesi, tutulan kayıtların yetersizliği, çalışmaların yüksek maliyet gerektirmesi ve ruh sağlığı hizmetlerinin dağınık yapısı intiharı önleme çalışmalarının önündeki sorun alanlarındandır. Goldsmith ve ark.'na² göre, var olan hizmetlerin farklı nüfus gruplarının özel gereksinimlerini göz önünde bulundurmaması veya bunlara uyarlanamaması da diğer bir sorun alanı olarak öne çıkmaktadır.

İntiharın çok boyutlu karmaşık yapısı ve önleme çalışmalarındaki güçlükler birlikte düşünüldüğünde, sadece bir disiplin veya mesleğin tüm yönleriyle intihar davranışı konusunda çalışabilmesi mümkün değildir.⁹ DSÖ tarafından 2001'de

yayımlanan raporda da belirtildiği gibi, 'intiharı önleme çalışmaları oldukça kapsamlı olmalı ve farklı mesleklerin ortak çalışmasını içermelidir'.¹⁰

İntihar, biyolojik, psikiyatrik, psikolojik ve sosyo-kültürel etkenlere bağlı çok boyutlu, karmaşık bir davranıştır. Günümüzde yaygın olarak intiharların ortaya çıkışında hem bireysel, hem de toplumsal etkenlerin etkili olduğu düşünülmektedir.¹¹ Bu açıdan sosyokültürel öğelerin, zorlayıcı yaşam koşullarının, aile ve sosyal destek sistemlerinin kişisel koşul ve yatkınlıklar çerçevesinde değerlendirilmesi gereği; bireylerin, ailelerin ve toplumun karmaşık sorunlarına çözüm üretmeye çalışan sosyal hizmeti (IASSW-International Association of Schools of Social Work) de bu soruna karşı duyarlı kılmaktadır.¹² Literatürde birçok yazar^{7,11,13-15} sosyal hizmet uzmanlarını, intiharı önleme çalışmalarını yürüten ruh sağlığı ekibinin bir üyesi olarak görmekte ve onların birincil, ikincil ve üçüncül düzey önleme çalışmalarında çeşitli görev ve sorumluluklar üstlendiğini belirtmektedir.

Türkiye'de intiharı önleme çalışmalarının istenen düzeyde yürütüldüğü söylenemez, henüz bir ulusal intiharı önleme programı oluşturulmamıştır. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi dışında birincil düzeyde intiharı önleme çalışması yürüten bir kurum yoktur. Çalışmalar ikincil ve üçüncül önleme üzerinde yoğunlaşmış olup eğitim kurumlarının psikolojik danışma ve rehberlik birimlerinde, hastanelerin psikiyatri kliniklerinde, polikliniklerinde ve acil servislerinde yürütülmektedir.

1989 yılında kurulan 'Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi', halen krize müdahale ve intiharı önleme alanında ülkemizde tek kuruluştur. Bu merkez, alanında gerekli koşulların çoğunu yerine getirmekte ve bağımsız bir birim olarak çalışmaktadır. Yeri psikiyatri ve dahiliye ile yoğun bakıma yakındır, dışarıdan arayan kişi için ulaşılması kolaydır. Yayın organı 'Kriz Dergisi' Türkiye'de konuya özgü tek dergidir.¹¹ Merkezin amacı, özel olarak bu alanda yetişmiş elemanlarca bireysel, çevresel ve sosyal tüm kaynakları kullanarak kriz içerisindeki bireylerin sorunlarını acil bir şekilde çözüme kavuşturabilmek için müdahalede bulunmaktır. Bu merkez multi-disipliner bir ekip anlayışıyla çalışmalarını yürütmekte ve merkezde görev alan tedavi ekibi psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve hemşireden oluşmaktadır. Bu ekip içinde sosyal hizmet uzmanı, diğer ekip üyeleriyle işbirliği içinde kendi mesleki bilgi ve becerilerini kullanarak krize müdahale ve intiharı önleme alanında etkin olarak rol almak-

tadır. Merkeze başvuran ve görüşmeye alınan her birey, psikiyatrist başkanlığında yapılan denetim toplantısında ekip olarak değerlendirilmektedir. Tüm ekip üyelerinin görüş ve katkılarıyla bireyin tedavi planı belirlenmekte ve görüşmeler bu plan doğrultusunda yürütülmektedir. Gerekli durumlarda psikiyatrik değerlendirme ve ilaç tedavisi için psikiyatri polikliniğiyle işbirliği kurulmakta, bazen de bireyler poliklinikte değerlendirilip ilaç tedavisi düzenlendikten sonra kriz merkezine yönlendirme yapılabilmektedir.

Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından 2004 yılında geliştirilen ve bir yıl sonra 32 pilot ilde uygulamasına geçilen 'Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı', intiharları önleme çalışmaları için önemli bir adımdır. Daha çok intiharın üçüncül düzeyde önlenmesine yönelik bu programın yakın zamanda uygulamaya geçirilmiş olması nedeniyle işleyişine yönelik bir değerlendirme yapmak çok erken olacaktır.

Türkiye'deki intiharı önleme çalışmalarında sosyal hizmet mesleğinin konumu değerlendirildiğinde, belirtilen ülke genelindeki mevcut işleştikten olumsuz etkilenen sosyal hizmetin bu alanda yeterince etkin olamadığı ve çalışmalara beklenen katkıyı sağlayamadığı söylenebilir. Bu tablonun ortaya çıkmasında pek çok etkenin rolü vardır. Örneklendirmek gerekirse, Türkçe literatürde intihar odaklı sosyal hizmet uygulamalarına ilişkin bilgiler son derece sınırlıdır. Sosyal hizmet okullarında doğrudan krize müdahale ve intiharı önleme konusuna çok az yer verilmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin ruh sağlığı hizmeti veren birimlerinde çok az sayıda sosyal hizmet uzmanı görevlendirilmektedir. Bu birimlerde rol tanımında yaşanan belirsizlik ve karmaşa nedeniyle, sosyal hizmet uzmanları mesleki bilgi ve becerilerini uygulamaya aktarmakta zorlanmaktadır.

Bu yazıda toplum ruh sağlığı alanında görev alan sosyal hizmet disiplinin ve sosyal hizmet uzmanlarının, intiharı önleme çalışmalarındaki rolü üzerinde durulmaktadır. İki bölümden oluşan bu yazının amacı, intiharı önleme çalışmalarında sosyal hizmet mesleğinin rol ve işlevlerini belirginleştirmek ve sosyal hizmetin intiharı önleme çalışmalarına katkıları somut hale getirmeye çalışmaktır. Yazının ilk bölümünde çeşitli yönleriyle intiharı önleme çalışmalarının kapsamına ilişkin bir çerçeve çizilmeye çalışılacak, ikinci bölümünde sosyal hizmetin bu çalışmalarda rolü önleme düzeylerine göre incelenecektir. Öne sürülen roller sabit, değişmez ve kesin değildir; ancak sosyal hizmet uzmanları için ide-

al olduğu düşünülen rollerdir. Bu nedenle genel olarak değerlendirildiği hatırlatılmalıdır.

ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

İntihar davranışının ortaya çıkışında biyolojik, psikiyatrik ve psikososyal olmak üzere birçok etken etkili olmaktadır. Bunlar arasında özellikle psikiyatrik bozuklukların, intihar davranışı için önde gelen potansiyel bir risk etkeni olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte, bu yazıda intihar davranışının psikiyatrik bağlamından daha çok psikososyal bağlamı üzerinde durulmuştur. Psikiyatrik bağlamın geri planda tutulması, bu çalışmadaki önemli bir sınırlılıktır.

Türkçe literatürde doğrudan sosyal hizmet bakış açısıyla intihar davranışını konu edinen az sayıda akademik çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların da, intihar davranışıyla aile yaşamı arasındaki ilişkiler üzerine odaklandığı dikkati çekmektedir. Bu yazının önemli sınırlılıklarından biri, intihar davranışını sadece aile ile değil, birey ve toplum düzeyinde de inceleyen ilk çalışma olmasıdır. Bu durum çalışmayı daha önce yapılmış olan çalışmaların yol göstericiliğinden yoksun bırakmaktadır.

İNTİHARI ÖNLEME ÇALIŞMALARI

Sözlük anlamıyla 'önleme', bir şeyi olmadan engelleme anlamındadır; akademisyenler ile uygulamacılar tarafından farklı tanımlanmaktadır. Profesyonel anlamda ele alındığında, ruh sağlığı ile ilgili önlemenin bu kadar basit bir tanımı yoktur.¹⁶ Önleme, sosyopolitik yönü ağır basan bir kavramdır; konu toplumsal önceliklerin düzenlenmesi ve toplumsal kaynakların kullanılması ile yakından ilişkilidir. Konunun felsefi yönleri ağırdır, çünkü olay tamamen, nasıl bir yaşam istendiği ve bunun toplumsal düzenlenmesinin nasıl olacağı ile ilgilidir.¹⁷

İntiharın yalnız tedavi yaklaşımlarıyla önlenemeyeceği açıktır; yaygın, karmaşık ve çok sayıda etken ağının yaşam yitiminden sorumlu olması,¹¹ sadece bir ruh sağlığı sorunu olmadığını gösterir. Bu bölümde intiharı önleme çalışmaları, tedavi öncesindeki önlemleri de içererek düzeyleri açısından ana hatlarıyla tanıtılmaktadır.

Önleme düzeylerinin kavramsallaştırılması

Satcher (1998'den akt. Eskin), halk sağlığı alanındaki önleme çalışmalarındaki yaklaşımın intiharın önlenmesinde kullanılabileceğini belirtmiştir. Halk sağlığında önemli olan, toplumda hastalığa neden olan etkenlerin saptanarak gerekli müdahalelerle ya ortadan kaldırılması, ya da etkilerinin en aza indirilmesidir. Bu önleme yak-

laşımı genel olarak üç düzeyde ele alınmaktadır: Birincil önleme, ikincil önleme ve üçüncül önleme.¹⁷ Bu üç düzey önleme için nelerin, ne şekilde ve hangi aşamalarda yapılacağını belirtir.

Halk sağlığı alanındaki önleme etkinliklerinden birincil önlemede, daha önce sağlıklı bireylerde hastalığın oluşmasının önlenmesi istenmekte ve hastalık sıklığının azaltılması hedeflenmektedir. Bu doğrultuda hastalığa direncin artırılması ve hastalığın yayılmasına engel olunması amacıyla, toplumun hastalıklara karşı eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi yönünde birtakım etkinliklerde bulunulur. Ancak hedefin ve hedef grubunun büyüklüğü, hastalıklarla ilgili değişkenlerin çeşitliliği kimi güçlükleri de beraberinde getirmektedir. Örneğin, Çelikkol'a¹⁸ göre, hastalığın oluşumuna etki eden değişkenlerin hangileriyle, nasıl ve hangi oranda çalışılacağı her zaman belirgin olmadığından, birincil önlemenin amacını ve yöntemini belirlemek güçtür; ortaya konan çabaların geçerliğini ölçmek neredeyse olanaksızdır. Aşırı personel ve parasal harcama gerektiğinden, bu yönde sosyal politika geliştirecek siyasi otorite ve iradeye gereksinim duyulmaktadır.

İkincil önleme, hastalık riski taşıyan kişilere yönelik eylemleri kapsar. Hastalık süresinin ve yayınlığının azaltılması çalışmalarından oluşur, önleyici çabalar risk gruplarının belirlenerek hastalıkların erken tanı ve tedavisinde yoğunlaşır. Çelikkol'a¹⁸ göre, erken tanı ve tedavi zaman, masraf, iş gücü ve hastalığın kalıcı hasarlarını azaltma ya da ortaya çıkışını önleme yönünden yararlıdır. Çelikkol ruhsal krizleri önleme çalışmalarını, ikincil korumanın önemli çalışma alanlarına örnek göstermektedir.

Sheafor ve Horesji'ye göre (2003'den akt. Duyan), üçüncül önleme, ciddi bir hal almış bir problemin daha da kötüleşmesine veya fazladan zarar vermesine ya da bu problemin başkalarına sıçramasını önlemeye yönelik eylemlerden oluşur.¹⁹ Bu özellikleriyle üçüncül önleme, en uzun ve en yorucu önleme dönemdir.

Düzeylerine göre intiharı önleme çalışmalarının kapsamı

Halk sağlığı alanındaki önleme yaklaşımı, intiharı önlemeye uyarlandığında şöyle bir çerçeve çizilebilir: İntiharı önleme çalışmalarının odağı birincil düzey için, intihar eğilimini artıran etkenlerin ortadan kaldırılmasına çalışılması ve intihar sıklığının azaltılması; ikincil düzey için risk gruplarının ve risk etkenlerinin belirlenmesi; üçüncül düzey için intiharı tedavi ve intihar davranışının yinelenmesinin önlenmesidir.

Eskin,¹⁷ intiharı her önleme düzeyi için değişik

önleme stratejileri geliştirilebileceğini vurgulamaktadır. Eskin'e göre, 'birincil önleme iki biçimde gerçekleştirilebilir. Bunlardan ilki, kişisel kaynakları artırmaya yönelik birincil önleme stratejileridir. Bu kapsamda insanları yaşamın zorluklarına karşı dayanıklı kılan en güçlü kişisel beceri veya yetkinlik, sorun çözme becerileridir. Diğer çevresel risk etkenlerinin ortadan kaldırılması veya etkilerinin azaltılmasıdır. İntiharı ikincil düzeyde önlenmesi de iki biçimde gerçekleştirilebilir. İlk adımda, kendini öldürecek kişilerin intihar etmeden önceki birtakım ön belirtilerini saptamak gerekmektedir. İntihar öncesi belirtiler: a) bilişsel, b) duygusal, c) davranışsal ve d) kişilerarası olabilir. Bu tür belirtilerin önceden bilinmesiyle, kişinin kendi canına kıymasını önleyici önlemlerin alınması hedeflenmektedir. İkinci adımda ise, kişilerin gelişim öykülerinde intihara ait işaret ve belirtilerin herhangi bir ruhsal sorun haline dönüşmesini engellemek amaçlanmaktadır. İntiharı üçüncül düzeyde önlenmesinde ise, intihar girişiminde bulunanların yeniden girişimde bulunmalarının önüne geçebilmek için gerekli tedavi ve yardım hizmetleri üzerinde yoğunlaşılır.'

Bronisch,²⁰ intiharı birincil düzeyde önlenmesinde intihar davranışı ile ilgisi olabilecek sosyo-ekonomik koşulların ve psikiyatrik bozuklukların tedavisinin önemli olduğunu, bu davranışı gerçekleştirmede sık kullanılan yöntemlere (örneğin, ateşli silah kullanma) bir sınırlama getirilmesinin yararlı olabileceğini belirtmektedir. Bronisch, profesyonel olsun veya olmasın intihara eğilimli bireylere yakın olan veya onların tedavisi ile ilgilenen herkesin intihar davranışına ilişkin eğitim almasını intiharı birincil düzeyde önlenmesinde en etkili strateji olarak belirtmektedir. Canetto ve Lester²¹ sosyal, ekonomik ve kültürel etkenler üzerinde duran programlara birincil önleme alanında olduğu gibi, ikincil ve üçüncül önleme programlarında da rastlanabildiğini belirtmektedir. Onlara göre, intiharı ikincil ve üçüncül düzeyde önlenmesine yönelik çalışmalar birbirini tamamlamakta ve çoğu bireylerin intihar girişimleri üzerinde yoğunlaşmaktadır.

İNTİHARI ÖNLEME ÇALIŞMALARI VE SOSYAL HİZMET

Ruh sağlığı alanında intiharı önleme çalışmaları, multi-disipliner bir ekiple yürütülen hizmetlerin bir parçasıdır. Ekibinin bir üyesi olan sosyal hizmet uzmanı çoğunlukla psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, klinik psikolog ve uğraşı/meslek terapisti ile işbirliği içinde çalışmaktadır.²²

Sosyal hizmet, meslekleşme sürecinin başlangı-

cından bu yana gerek yaklaşım, gerekse uygulamalarında birçok unsur göz önünde tutan ve girişimlerinde incelediği olgu, olay ya da durumlara ilişkin çevre koşullarını hesaba katan, bireyin toplumsal işlevliğine ve çevresi ile olan etkileşimine odaklanan bir meslek ve bilim dalıdır.²³

Sosyal hizmet, sürekli değişen toplum için vazgeçilmez, kolay bir şekilde tanımlanıp açıklanamadığından kısmen ve sıklıkla yanlış anlaşılan bir meslektir. Sosyal hizmet uzmanı birçok farklı insanla çalışmanın yanı sıra, farklı yerleri kapsayan geniş bir etkinlik alanı içinde işlev görür.¹⁹ Bartlett'e göre, sosyal hizmetin hareket biçimi üç aşamalı bir süreçten oluşur. Bir sosyal hizmet uzmanı önce sosyal hizmet uygulamasındaki temel öğeler (değer, amaç, bilgi, yaptırım ve yöntem) konusunda yeterli donanıma sahip olmalıdır. Sonra çalıştığı alanın özelliklerini (ilgilenilen ana sorun, organize hizmetler sistemi, bilgi-değer ve yöntemler, sosyokültürel davranış ve tutumlar, başvuranın özellikleri) öğrenmeli ve sonuçta birinci ve ikinci aşamayı birleştirip sosyal hizmet uygulamasını gerçekleştirmelidir.²⁴

Günümüzde sosyal hizmet uygulama alanı, her toplumda oluşan sosyal, psikolojik ve ekonomik değişimlere göre biçimlenmekle birlikte, sosyal hizmet mesleğinin hizmet alanları başvuru gruplarının sorun odağına göre sınıflandırılmıştır.²³ Buna göre aile ve çocuk refahı, sosyal yardım, özürülük, ceza ve ıslah, psikiyatrik sosyal hizmet gibi birçok sosyal hizmet alanı vardır.

Manktelow,²² ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanlarının sosyal yaşam öyküsü alma, bağlantı kurma, koordinatörlük, eğitimcilik ve planlama gibi rolleri üstlendiğini belirtmektedir. Bland ve Renouf²⁵ ise, sosyal hizmetin işlevsel olduğu alanlara yönelik şunları belirtmektedir: 'Ruh sağlığı alanında, sosyal hizmetin ilgi odağı ruh sağlığının sosyal bağlamı ve ruhsal bozuklukların sosyal sonuçlarıdır. Sosyal hizmet uygulamasının amacı, bireyin, ailenin ve toplumun yeniden iyilik haline ulaşmasını sağlamak, bireyi güçlü kılarak kendi yaşamının her alanını kontrol etmesine yardımcı olmak ve sosyal adalet ilkelerinin yerleşmesini desteklemektir. Sosyal hizmet uygulaması birey ve çevre odağında gerçekleşir. Birey ile başlar, aileye, sosyal ilişki ağına ve topluma kadar uzanır. Sosyal hizmet, sosyal bağlam düzeyinde bireyin sosyal çevresi içerisinde şekillenen ve yaşanan ruhsal bozukluk deneyimi ile ilgilenir. Bunların yanı sıra, hastanın kişilik özellikleri, incinebilirliği ve esnekliği, aile işlevleri, güçleri, stres yaratıcı etkenler, sosyal destek ağı, bağlı bulunan kültür, toplum, toplumsal sınıf, etnisite ve cinsiyet gibi konular

da sosyal hizmetin ilgi alanına girer.'

Odağı, işlevleri ve izlediği yöntem birlikte düşünüldüğünde, insana ve topluma ilişkin sorunlara var olan kaynaklar çerçevesinde çözümler arama çabasının, sosyal hizmetin intihar gibi bireysel ve toplumsal dinamiğin etkileşimi ile ortaya çıkan karmaşık bir davranış örüntüsünü önlemede veya azaltmada önemli rolleri yerine getirebilecek bir meslek olduğu söylenebilir. Bu bağlamda sosyal hizmet, intiharın önlenmesinde birey ve aile/grup odaklı ikincil ve üçüncül düzeylerdeki önleme çalışmalarına olduğu gibi, birincil önleme çalışmalarına da katkı sağlayabilir. Her önleme düzeyinin amaçları farklı olduğundan, sosyal hizmetin rolü de katıldığı düzeydeki önleme çalışmalarına göre farklılaşacaktır. Bu bölümde düzeylerine göre intiharları önleme çalışmalarında sosyal hizmetin hangi alanlarda katkı sağlayabileceği üzerinde durulmaktadır.

Birincil önleme çalışmalarında sosyal hizmetin rolü

Birincil önleme çalışmaları ile sorunun temeline inilmesine çalışılmasına karşın, intihara müdahaleyle ilgili çalışmalar gözden geçirildiğinde birincil önleme sorunları üzerinde nadiren durulduğu; araştırmaların çoğunun ikincil ve üçüncül önleme üzerinde odaklandığı görülmektedir.²¹ İntiharın birincil düzeyde önlenmesine yönelik çalışmaların ve araştırmaların yetersiz oluşunda birçok neden ileri sürülebilir. Örneğin, her şeyden önce birincil önleme toplumsal düzeyde ele alınmaktadır. Bu açıdan önleme, bireysel ve kurumsal eğitimin yanı sıra, toplumun bilinçlenmesini de gerektiren geniş kapsamlı bir işlemdir.¹¹ Değişkenlerin çok çeşitli olması da çalışmaların yöntem ve hedeflerini belirlemeyi güçleştirmektedir. Bunlara ek olarak çalışmaların organizasyonunda, sosyokültürel ortamın etkilerini ve izlenen ruh sağlığı politikasının önceliklerini de hesaba katmak gerekmektedir.

Maple²⁶ sosyal hizmetin, toplumsal düzeyde önleme çalışmaları kapsamında bireyin yaşamını etkileyen sosyal güçleri daha geniş bir çerçevede anlama çabası içinde olduğunu vurgulamakta; sosyal hizmet uzmanlarının uygulamalarında kullanılmak üzere var olan bilgilerden yararlanmalarını ve bu alandaki araştırma literatürünü iyi bilmeleri gerektiğini öne sürmektedir.

Birincil düzeydeki önleme çalışmalarında, sosyal hizmet açısından standart bir görev ve sorumluluk alanı belirlemek güçtür. Genel hatları ile sosyal hizmet uzmanlarının birincil düzeyde intiharı önleme çalışmaları için görev ve sorumluluk alabileceği alanlara şunlar örnek gösterilebilir:

1. *Çevresel risk etkenlerini ortadan kaldırma/ etkilerini azaltma*: Araştırmalar intihar davranışında bulunanların çoğunun bir ruhsal bozukluğunun olduğunu göstermektedir. Buna dayanarak ruhsal bozuklukların önlenmesiyle intiharların önlenmesi arasında bir ilişkiden söz edilebilir. Ruhsal bozuklukların nedenlerinin bilinmesi, intiharın önlenmesi bakımından da önemlidir. Ruhsal bozuklukların nedenleri arasında toplumsal eşitsizlikler (dengesiz gelir dağılımı, yetersiz ekonomik koşullar) de vardır. Toplumsal eşitsizlikler intihar davranışına neden olabildiğinden, çevresel risk etkenleri olarak değerlendirilebilir.¹⁷

Sosyal adaletin geliştirilmesi ve toplumdaki eşitsizliklerin önüne geçilmesi sosyal hizmetin temel amaçları arasındadır. IASSW¹² tarafından yapılan sosyal hizmetin 'insan hakları ve sosyal adalet ilkelerini temel alan, sosyal değişimi destekleyen bir meslek' olduğu belirtilmektedir. Sosyal hizmet, toplumdaki ortalama yaşayış ve algılayış düzeyine ellerinde olmayan nedenlerle süreli veya süresiz olarak ulaşamayıp sosyal ve/veya ekonomik yönlerden desteklenme gereksinimi duyan kişilere, karşılıklı ve/veya karşılıksız olarak sunulan parasal ve/veya nesnel nitelikteki (mal, malzeme yardımı, rehberlik, yönlendirme, psikolojik destek) hizmetleri²⁷ ulaştırmada ve bu doğrultuda toplumsal kaynakları harekete geçirmede öne çıkan bir meslektir. Dolayısıyla sosyal hizmet kendi uygulamalarında mesleksel amaçlarını gerçekleştirmeye çalışırken aynı zamanda intihar davranışına neden olan veya bu davranışa eğilimi artıran çevresel risk etkenlerinin ortadan kaldırılmasına veya etkilerinin azaltılmasına da olanak sağlayabilir.

2. *İntihar davranışına karşı bilinç ve duyarlılık sağlama*: Toplumu bilgilendirme etkinliklerine öğretici ve eğitici kişi olarak¹⁹ da katılabilecek sosyal hizmet uzmanı; a) toplumun intihar davranışına karşı katı, yasaklayıcı, cezalandırıcı ve hatta etiketleyici tutumun önüne geçilmesinde, b) yaygın olarak bilinmesine karşılık son derece yanıtıcı olan mitlerin²⁸ (örn., intihardan söz eden kişi böyle bir girişiminde bulunmaz, intihar eğiliminde olan kişi tamamen ölme niyetindedir, intihar hiçbir belirti/işaret olmaksızın meydana gelir, ya zenginler ya da fakirler intihar eder) düzeltilmesinde ve c) davranışın doğası, belirtileri, nedenleri, gelişim süreci ve korunma yöntemlerinin tanıtılmasında katkı sağlayabilir.

3. *Gönüllü çalışmalarını organize etme*: İntiharı önleme çalışmalarının kurumsal hizmetler, gönüllü kişiler ve kuruluşların destekleri ve katılımlarıyla zenginleştirilmesi önemlidir. Böylece profesyonel hizmetlerin ulaşamadığı veya yeter-

siz kaldığı yerlerde, profesyonel yardıma direncin arttığı kriz durumlarında gönüllü çalışmalar önemli bir açığı kapatabilir. Sosyal hizmet uzmanları gönüllü gereksinmesinin belirlenmesi, gönüllü potansiyelinin istiklendirilmesi ve ortaya çıkarılması, eğitimi, kurumlara yerleştirilmesi ve izlenmesi²⁹ gibi etkinlikleri düzenleyebilir.

4. *Ulusal intiharı önleme programının oluşturulmasına ve uygulanmasına yardımcı olma*: Samaritanların* ve intiharı önleme merkezlerinin çabalarından sonra önleme çalışmaları ulusal düzeyde de ele alınmaya başlanmış; Kanada, ABD, Hollanda, Norveç, Finlandiya ve İsveç gibi ülkeler kendi ulusal intihar programlarını oluşturmuştur.¹⁷ ABD Ulusal İntiharı Önleme Programı'nda sosyal hizmet uzmanının önemli bir rolünün olduğu vurgulanmakta;³⁰ Norveç Ulusal İntiharı Önleme Programı'nda ise, sosyal hizmet uzmanının sadece programı oluşturma veya programı uygulamada (tedavide) görev alabildiği gibi, bunların ikisinde birlikte görev aldıkları¹⁴ da görülmektedir. *(1953 yılında Londra'da bir din bilimci olan Chad Varah tarafından İngiltere'de kurulan ve kiliseye bağlı olan bu kuruluş örgütlenerek İngiltere'den Avrupa'ya yayılmıştır. Birimde çalışanlar kısa bir kurs görmüş uzman olmayan kişilerdir. Çok uzun süre intihar üzerinde çalışmanın fazla geleceği düşüncesi ile yardımcıları 2-3 yıl çalıştırılmaktadır. Merkez günün 24 saatinde açıktır ve 'be friending' merkezin temel ilkesidir. 'Be friending' intihar girişiminde bulunanın yanında olma, anlamaya çalışma, onu bırakmama ve destekleme olarak anlaşılmaktadır. Tehlikede olan kişiden kuruluştaki bir yardımcı sorumludur. Bu yardımcı tehlikedeki kişinin her sorunu ile ilgilenir, yakınları ile ilişki kurmaya çalışır. Onun yakınında, kolay ulaşabileceği bir konumdadır.)¹¹

5. *İntihar davranışına yönelik araştırma yapma*: Joe ve Niedermeier,³¹ sosyal hizmet disiplininde intihar davranışına yönelik klinik uygulama için temel olacak bilgi üretiminin sınırlı ve sosyal hizmet araştırmacılarının intihar çalışmalarına katkısının belirsiz olduğunu belirtmektedir. Anlaşılması yönünden halen doldurulmayan bilgi boşlukları bulunan ve multi-disipliner bir yaklaşımla ele alınması gereken intihar davranışının⁹ sosyal hizmet açısından araştırılması, intiharı önleme ve/veya azaltma çalışmaları için rehber olabilecek bilginin elde edilmesini sağlayabilir.

İkincil önleme çalışmalarında sosyal hizmetin rolü

İntiharı ikincil düzeyde önleme çalışmalarının amaçlarına ulaşabilmesi risk etkenlerinin bilinmesine ve risk altındaki kişilerin belirlenmesine bağlıdır. Yüksek risk altındaki gruplar sınırları belirli olan bir alanda tanınıp ortaya çıkarılabildiğinde, krizin ortaya çıktığı yerde yardım etme

olanağı doğmaktadır.¹³ Bu durumda risk gruplarına yakın olmanın veya onlara ulaşabilmenin önemi artmaktadır. İntihar ikincil önleme çalışmalarında sosyal hizmet uzmanlarına bu noktada gereksinme duyulmaktadır.

1. Risk gruplarına ulaşma: Tedavi ve danışma hizmetlerinin yoğunlaştığı klinik ortamlarda (ruh sağlığı danışma birimleri, kriz merkezleri, psikiyatri klinikleri ve acil servisler) bir sosyal hizmet uzmanının intihar düşünceleri taşıyan, intihar edebileceğini söyleyen/ima eden kişilerle karşılaşma olasılığı vardır. Sosyal hizmet uzmanının klinik ortamlar dışında da intihar davranışı için risk taşıyan toplumdaki dezavantajlı ve marjinal gruplarla çalışıyor olması (yoksullar, evsizler, işsizler, alkol-madde bağımlıları, tutuklular, yaşlılar, göçmenler, kronik hastalığı veya ruh sağlığı sorunları olan, aile içi şiddete maruz kalmış, ihmal edilmiş, istismara uğramış kişiler) onun intihara eğilimli kişilerle karşılaşma olasılığını artırmaktadır. Feldman ve Freedenthal,³² sosyal hizmet uzmanının karşılaşabileceği bu grupların sıklıkla madde kötüye kullanımı, işsizlik, evlilik sorunları, olumsuz yaşam olayları ve bedensel hastalıklar gibi intihar davranışı için risk etkeni olarak değerlendirilen birçok psikososyal sorunla mücadele içinde olduğunu vurgulamaktadır. Bu risk gruplarının yaşadıkları güçlüklerden haberdar olmada ve bu gruplara ulaşmada önemli bir konuma sahip olan sosyal hizmet uzmanlarının hem değişik nüfus gruplarındaki intihar riskinin belirlenmesinde, hem de psikososyal sorunlarının çözüme kavuşturulmasında onlara yardımcı olarak ilk önlemleri almada görev üstlenebileceğini söylemek yanlış olmaz.

2. Kaynaklara ulaşmada yardımcı olma: 'İnsanların kaynaklara ulaşmasına yardımcı olma' sosyal hizmet mesleğinin temel sorumluluklarından biridir.¹⁹ Sosyal hizmet uzmanının kaynaklara ulaşmada yardımcı olma rolü, risk gruplarına ulaşma rolü ile yakından ilişkilidir. Toplumla sürekli iç içe bulunup soruna yaşandığı anda müdahale etme olanağına sahip olan sosyal hizmet uzmanının, intihar davranış örüntüleriyle karşılaşma olasılığının yüksek olması, onların kaynaklara ulaşmada yardımcı olma rolünü önemli kılmaktadır. İntihar davranış örüntüleriyle karşılaşan sosyal hizmet uzmanının kendisinin de doğrudan yardım alınacak bir 'kaynak' olabileceği belirtilmelidir. Bu görüş geçerliyse, krize müdahale ilkeleri çerçevesinde ilk görüşmeyi yaparak kişiyi değerlendirebilir ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlayabilir. Karşılaştığı durum bilgi ve becerisi, yetkisi ve mesleksi odağı bakımından kendi müdahale alanının dışında ise, yaptığı değerlendirmeye göre kişiyi toplumda

bulunan gereksinme duyduğu kaynaklarla buluşturabilir. Kaynaklar kişinin karşılanması gereken gereksinimine göre (psikiyatrik tedavi, psikolojik danışmanlık, sosyal yardım) değişecektir. Örneğin, kişinin psikiyatrik bir tedaviye gereksinmesi varsa, sosyal hizmet uzmanı kişinin psikiyatrik tedavisinin başlatılması için kişiyi psikiyatri kurumlarına yönlendirebilir, tedavisinin sürmesinde ve izlenmesinde psikiyatristin yanında etkin rol üstlenebilir.

Üçüncül önleme çalışmalarında sosyal hizmetin rolü

İntiharda üçüncül önleme, intihar girişimde bulunan kişilerin tedavisine odaklanır. Odağ,¹¹ bu çalışmaların genellikle intihar düşüncelerinin saptanmasından, çoğu kez de intihar girişimlerinden sonra başladığını vurgulamaktadır. Odağ'a göre, intihar düşüncesi taşıyan ya da intihar girişiminde bulunan herkesin tedavisinin yapılması zorunludur. Bu kişilerin bazen hiç bir yardım istemediklerini yüksek sesle söylemelerine karşın, bu kişilerle en azından bir görüşme denemelidir. İlk görüşmede birincil amaç, intihar girişiminde bulunan kişilerin yeniden bu davranışa yönelmelerinin önlenmesi olmalıdır.

İntihar girişimleri ile genellikle hastanelerin acil servislerinde karşılaşılır.¹ Girişimden sonraki bu dönemde hastanın içinde bulunduğu güç durum, ilk karşılaşmanın önemini artırır.¹¹ Hasta ile insani ilişkiye girmek, bedensel sorunların yanı sıra duygusal sorunlarına ilgi göstermek, onları açıklamasına yardımcı olmak önemlidir. Bu müdahale, hastanın yaşama dönmesini ve tedavinin sürmesi için motive olmasını sağlayabilir.³³

İntihar girişiminde bulunan kişilerin tedavilerinde tıbbi ve psikososyal olmak üzere iki boyut vardır. Sosyal hizmet uzmanı tedavinin psikososyal boyutunda görev alır. İntihar girişiminde bulunan kişilerin psikososyal tedavisinin, tıbbi tedavinin dışında kalan diğer tedavi yöntemlerini (destekleyici tedavi, bilişsel-davranışçı tedavi, sorun çözme becerisi kazandırıcı tedaviler) içerdiği belirtilmelidir. Üçüncül düzeyde önlenmede sosyal hizmet uzmanı bir yandan davranışın aile ve çevre üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmaya çalışır, öte yandan izleme çalışmalarına katılarak eylemin kişiye daha fazla zarar vermesini önlemeye çalışır. Sosyal hizmet uzmanlarının intiharı üçüncül önleme çalışmaları kapsamında üstlenecekleri roller aşağıda belirtilmektedir:

1. Psikososyal tedavinin gerçekleştirilmesini sağlama: İntiharın tedavisi için tıbbi tedavi tek başına yeterli değildir. İntihar riskinin azaltılmasında hasta ile terapötik ilişki kurulması, tedavi-

nin psikoterapiyle desteklenmesi gereklidir.²

Ülkemizde 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 'Acil Serviste İntihar Girişimleri-ne Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı'nda sosyal hizmet uzmanlarının 'danışma', 'değerlendirme', 'bilgilendirme' alanlarında çeşitli görev ve sorumluluklar üstleneceği belirtilmiştir. Bu alanlarda sosyal hizmet uzmanı:

- Koruyucu ve destekleyici bir yaklaşımla intihar girişiminde bulunanların acılarını ve yalnızlıklarını paylaşarak duygusal destek sağlama,
- İçgörü kazandırma, sorun çözme, insanlarla etkileşime cesaretlendirme ve etkili iletişim kurma, sorunlarla baş etme ve duyguları kontrol edebilme becerileri kazandırma gibi etkinliklerin gerçekleştirilmesine yardımcı olarak intihar girişiminin yinelemesini önlemeye çalışma,
- Ailesiyle ilişki kurma ve onları tedavi sürecine katma, intihar girişiminde kullanılabilecek araçların ortadan kaldırılmasını sağlama, doktoruyla intihar riski ve ilaç kullanımı konusunda iletişimde olma gibi çevresel müdahaleleri/düzenlemeleri gerçekleştirme görevlerini üstlenebilir.

2. İntihar davranışının aile ve çevredeki etkilerini azaltma: İntihar sonucu ölüm olayında, intihar davranışının aile ve çevredeki etkilerini azaltmak üzere sosyal hizmet uzmanı bir yandan klinik işlemleri idare ederken, diğer yandan da kişinin ailesi ile ilişki kurar. Uygulamalar, travmatik bir deneyim geçirmiş, yas içindeki ailelerin sosyal hizmet desteği almalarının önemli olduğunu göstermektedir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanı, sevdiklerini ve yakınlarını intihar nedeniyle yitiren (örneğin, çocuğunu yitiren anne-babalar) ve yas içindeki kişiler için kısa ve uzun dönemde intiharın neden olabileceği olumsuz etkileri anlamaya ve araştırmaya çalışmalıdır.²⁶ Bu noktada intihardan, sadece intihar eden kişi ve ailesinin etkilenmediği de belirtilmelidir. Eylem şiddetli duygular (korku, öfke, çaresizlik, suçluluk) uyandırarak çevreyi etkilemekte ve bu etkinin şiddeti alta yatan nedene göre değişmemektedir.¹¹ Odağ, bu durumun intihar girişimi olguları için de geçerli olduğunu, girişimde bulunan kişilerin tedavisinde sadece kişi ve ailesiyle değil, çevresiyle de çalışılmasının gerekli olduğunu belirtmektedir. Sosyal hizmet uzmanına kişi, aile ve çevre bütünlüğü kurarak intihar davranışının etkilerini azaltmada önemli görev düşmektedir.

3. İzleme çalışmalarına katılma: Kişinin intiharı düşündüğü, girişimde bulunup tedavi gördüğü ve hastaneden taburcu olduğu dönemlerde intihar riski vardır; bu kişilerin izlenmesi gereklidir. İzleme çalışmalarının temel amacı, intihar riski taşıyan kişilere belli aralıklarla ulaşım durumları

hakkında bilgi almaktır. İzleme çalışması, tedavi süreci ile başlamakta, tedavinin tamamlanmasından sonra da sürmektedir. Tedavinin tamamlanmasından sonraki süreçte izleme çalışmaları kişinin intihar davranışı öyküsü göz önünde bulundurulup kişisel farklılıklara göre değişse de, genellikle üç ay, altı ay ve bir yıl sonra olacak şekilde planlanmaktadır. Tedavi aşamasında diğer ekip üyeleriyle işbirliği içinde olan sosyal hizmet uzmanının kişi ile yürüteceği görüşmeler ve tedavi tamamlandıktan sonra belli aralıklarla yapılan ev/işyeri ziyaretleri onun izleme çalışmalarında alabileceği görevlere örnektir.

SONUÇ YERİNE

İntiharın çok boyutlu ve karmaşık doğası nedeniyle, önlenmesine yönelik çalışmalar çeşitli güçlükleri bünyesinde taşımaktadır. Bu yapısal duruma ek olarak bir sistem veya programa bağlı olarak yürütülmediği için, Türkiye'deki intiharı önleme çalışmaları henüz istenen düzeyde değildir. İntiharı önleme çalışmalarının birbiriyle bağlantısız ve dağınık bir şekilde yürütülmesi intiharın toplumsal düzeyde ele alınmasını güçleştirmekte, daha çok intihar girişiminde bulunan kişilere odaklanılmaktadır. Sonuç olarak intiharın önlenmesinde birincil düzeye yeterince önem verilmemekte; önleme, ikincil ve üçüncül düzeylere uygun olarak 'tedavi' hizmetleri ile sınırlı kalmaktadır. Ayrıca iş yükü yoğunlukla dar bir meslek grubunun omuzuna yüklenmekte, bu meslek gruplarının iş yükü artmakta ve tıbbi tedavinin ötesinde profesyonel yardıma gereksinime duyanların gerekli ve yeterli psikososyal desteği alması zorlaşmaktadır.

Birincil düzeyde önleme çalışmalarının intihar düşüncesinin bile oluşmadığı noktada başlaması düşünüldüğünde, insan ve toplumla ilgili tüm disiplinlerin yeniden soruna eğilmesi ve harekete geçmesinin gereklidir. İntihar davranışının hem bireysel, hem de toplumsal etkenlerle ilişkili olması ve uyandırdığı şiddetli duygularla çevreyi etkisi altına alması, bu soruna yönelik çalışmaların multi-disipliner ekiple yürütülmesini zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda, intihar davranışı üzerinde yoğunlaşması gereken mesleklerden biri de, sosyal hizmettir.

Türkiye'de genelde ruh sağlığı alanında, özelde intiharı önleme çalışmalarındaki sistemsiz ve dağınık yapının ortadan kaldırılması, sosyal hizmet uzmanının ruh sağlığı ekibindeki rol ve sorumluluklarındaki belirsizliklerin giderilmesi, sosyal hizmet okullarındaki eğitim-öğretim programlarında 'krize müdahale' ve 'intiharı önleme' konularına daha çok yer verilmesi ve bu alanda

çalışan sosyal hizmet uzmanına denetim desteği sağlanması gereklidir. Bunlar gerçekleştiğinde

sosyal hizmet uzmanı, intiharı önleme çalışmalarında bu yazıda ele alınan rolleri üstlenebilir.

KAYNAKLAR

1. Sayıl I. İntihar davranışı. I Sayıl, OE Berksun, R Palabıyıköçlü, HD Özgüven, Ç Soykan, S Haran (Eds.), *Kriz ve Krize Müdahale*, Ankara, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, 2000, s.165-198.
2. SK Goldsmith, TC Pellmar, AM Kleinman, WE Bunney (Eds.). *Reducing Suicide: A National Imperative*, Washington DC, National Academies Press, 2002. <http://www.site.ebrary.com/lib/metu/Doc?>
3. Beautrais AL. Risk factors for serious suicide attempts among young people: A case control study. R Kosky (ed.), *Suicide Prevention: The Global Context*, Hingham MA, Kluwer Academic Publishers, 1998, s.167-180. <http://www.site.ebrary.com/lib/metu/doc>
4. Bille-Brahe U. The epidemiology of suicide attempts in Europe. *Kriz Dergisi* 2001; 9:19-32.
5. Stauffer MD. From Seneca to suicidology. D Capuzzi (Ed.), *Suicide Across the Life Span: Implications for Counselors*, Alexandria VA, American Counseling Association, 2004, p.3-37.
6. Berman AL, Jobes DA. *Adolescent Suicide: Assessment and Intervention. Fifth ed.*, Washington, American Psychological Association, 1997.
7. Shneidman SE, Mandelkorn B. How to prevent suicide? SE Shneidmann, NL Farberow, RE Litman (Eds.), *The Psychology of Suicide*, New York, Science House, 1970, p.126-143.
8. Beskow J, Wasserman D. İsveç’de intiharın önlenmesiyle ilgili ulusal bir program. HD Özgüven (Çev.), *Kriz Dergisi* 1996; 4:13-15.
9. Cutcliffe JR, Stevenson C, Jackson S, Smith P. A modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people. *Int J Nurs Stud* 2006; 43:791-802.
10. Rutz W. Suicide prevention-background, problems, strategies: Introductory remarks. U Bille-Brahe, A Kerkhof, A Schmidtke (Eds.), *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings*, Cambridge, Hogrefe & Huber Publisher, 2004, p.3-13.
11. Odağ C. İntihar (Özkıyım): Tanım-Kuram-Sağaltım. İkinci Baskı, İzmir, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları No:3, 2002.
12. IASSW - International Association of Schools of Social Work. *Int. Definition of Social Work*. 2001. <http://www.iassw.soston.ac.uk/Generic/DefinationOfSocialWork.asp?lang=en>
13. Sonneck G. Kriz ve intihar tehlikesi. G Sonneck, H Goll, H Herzog, M Klejna, S Kuess, E Pröbsting (Eds.), *Krize Müdahale ve İntiharı Önleme*, Y Sözer, B Subaşı (Çev.), Ankara, Türkiye Sosyal Psikiyatri Demeği Yayınları No:4, 1993, s.56-67.
14. Retterstol N. Norveç’de intiharın önlenmesiyle ilgili ulusal plan. HD Özgüven (Çev.), *Kriz Dergisi* 1996; 4:17-21.
15. Capuzzi D. *Suicide Prevention in The Schools: Guidelines for Middle and High School Settings*, Alexandria VA, American Counseling Association, 1994.
16. Korkut F. *Okul Temelli Önleyici Rehberlik ve Psikolojik Danışma*. Ankara, Anı Yayıncılık, 2004.
17. Eskin M. *İntihar: Açıklama-Değerlendirme-Tedavi-Önleme*. Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2003.
18. Çelikkol A. *Ruh Hastalıklarından Korunma*. İstanbul, Gendaş, 1999.
19. Duyan V. Sosyal hizmetin işlev ve rolleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2003; 14:1-22.
20. Bronisch T. *Suicide. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2004, p.15259-15268.
21. Canetto SS, Lester D. Suisidal kadınlar: Önleme ve müdahale stratejileri. B Öncü (Çev. ve özetleyen), *Kriz Dergisi* 1998; 6:45-53.
22. Manktelow R. The practice of mental health social work. M Davies (Ed.), *Companion to Social Work*, Oxford UK, Blackwell Pub., 2002, p.243-251.
23. Özdemir U. *Türkiye’de Psikiyatrik Sosyal Hizmet*. Ankara, Aydınlar Matbaası, 2000.
24. Koşar N. *Sosyal Hizmetlerde Aile ve Çocuk Refahı Alanı. İkinci Baskı*, Ankara, İltek, 1992.
25. Bland R, Renouf N. Social work and the mental health team. *Australas Psychiatry* 2001; 9:238-241.
26. Maple M. Parental bereavement and youth suicide: An assessment of the literature. *Australian Social Work* 2005; 58:179-187.
27. Çengelci E. Cumhuriyet Türkiye’sinde Sosyal Hizmetlerin Örgütlenmesi. Ankara, Şafak Matbaacılık, 1996.
28. Lester D. *Making Sence of Suicide: An In-dept Look at Why People Kill Themselves*. Philadelphia, The Charles Press Publishers, 1997.
29. Koçyıldırım Ş. Psiko-sosyal yönüyle ve sosyal refah hizmetlerinde gönüllü çabaların etkinliği. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi* 1990; 8:41-49.
30. Joe S. Implications of national suicide trends for social work practice with black youth. *Child Adolesc Social Work J* 2006; 23:458-471.
31. Joe S, Niedermeier D. Preventing suicide: A neglected social work research agenda. *Br J Social Work* 2006; 1-24. <http://bjsw.oxfordjournals.org/cgi/reprint/bcl353v1>.
32. Feldman BN, Freedenthal S. Social work education in suicide intervention an prevention: An unmet need? *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36:467-480.
33. Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı, 2004. www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/krize_mudahale_program.doc