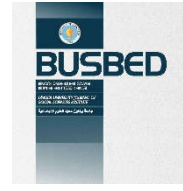


Makalenin Türü : Araştırma Makalesi
Geliş Tarihi : 22.08.2022
Kabul Tarihi : 05.10.2022



<https://doi.org/10.29029/busbed.1165534>

İNTİHAR DAVRANIŞINDA BULUNAN VAKALARDA SOSYAL HİZMET MÜDAHALE GEÇMİŞİ VE MEVCUT İHTİYAÇLAR

Berra CANSIZ KÖSESOY¹, Musa ŞAHİN²

ÖZ

Araştırmannın amacı intihar davranışında bulunan vakaların sorun geçmişini, başvurdukları profesyonel destek kaynaklarının varlığını, iyilik halinin sağlanmasında bu desteklerin etki düzeyini ve mevcut ihtiyaçları belirlemek; bir halk sağlığı sorunu olan intiharın, çözümüne yönelik sosyal hizmet ve sosyal yardım ağının yapısı ve eksikliklerini genelci sosyal hizmet bakış açısı ile tespit etmektir. Nitel yönelimli planlanan bu araştırmada, amaçlı örnekleme tekniği ile belirlenen vakalar ve yakınları ile yarı yapılandırılmış görüşme formları kullanılarak görüşülmüştür. 31 vakaya ulaşılmış; 21'i intihar girişimcisi olmak üzere toplamda 55 kişi ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Araştırmada intihar davranışında bulunan bireyler ve yakınlarına yöneltilen sorular neticesinde elde edilen veriler ışığında vaka raporları hazırlanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından kategorize edilerek, betimsel açıdan analiz edilmiştir. Bu sayede veriler tanımlanmış ve aralarında bağlantı kurulan veriler literatür desteği ile bir araya getirilmiştir. Veriler değerlendirildiğinde; 29 vakada intihar davranışına neden olan sorunların uzun süreli geçmişe sahip olduğu, vakaların ve ailelerinin karmaşık problemlerinin bulunduğu görülmektedir. Görüşmelerde ilgililerin tamamının herhangi bir sağlık kurumunda sosyal çalışmacı ile temas geçmişinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Kronik hastalık öyküleri, bağımlılık öyküleri, öfke kontrol problemleri, kronikleşmiş ailevi problemleri ve uzun süreli maddi sıkıntıları bulunan bu kişiler; psikolojik destek ve danışma amacıyla dahi sağlık kurumlarında sosyal çalışmacılar ile iletişime geçmemiştir. Bu durum hem vakaların tespiti, hizmet kalitesi ve hizmetlerin kişilere ulaşımı hem de personel sayısı ve yetkinliği konusunda eksikliklerin olduğunu göstermektedir.

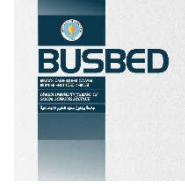
Anahtar Kelimeler: Sosyal hizmet, İntihar, Genelci yaklaşım

¹ Dr., Fırat Üniversitesi, berracansiz@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1043-4139>

² Prof. Dr., Yalova Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, sosmus@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-2950-1987>

* Bu çalışma birinci yazarın doktora tezinden üretilmiştir.

Article Type : Research Article
Date Received : 22.08.2022
Date Accepted : 05.10.2022



<https://doi.org/10.29029/busbed.1165534>

SOCIAL WORK INTERVENTION HISTORY AND CURRENT NEEDS IN CASES OF SUICIDAL BEHAVIOR

Berra CANSIZ KÖSESOY¹, Musa ŞAHİN²

ABSTRACT

Purpose of the research to determine the problem history of the cases with suicidal behavior, the availability of professional support resources they consult, the level of effectiveness of these supports in ensuring well-being and current needs; to determine the structure and deficiencies of the social service and social assistance network for the solution of suicide, which is a public health problem, with a generalist social work perspective. In this study, which was planned with a qualitative approach, the cases determined by the purposive sampling technique and their relatives were interviewed using semi-structured interview forms. 31 cases were reached, a total of 55 people, 21 of whom were suicide attempters, were interviewed. In the study, case reports were prepared in the light of the data obtained as a result of the questions directed to the individuals who committed suicide and their relatives. The data were categorized by the researcher and analyzed descriptively. In this way, the data were defined and the data that were linked between them were brought together with the support of the literature. When the data is evaluated, it is seen that the problems causing suicidal behavior in 29 cases have a long history, and the cases and their families have complex problems. During the interviews, it was determined that not all of the relevant persons had a history of contact with a social worker in any health institution. These people, who have a history of chronic disease, a history of addiction, anger control problems, chronic family problems and long-term financial difficulties; he did not contact social workers in health institutions even for psychological support and counseling. This situation shows that there are deficiencies in both the detection of cases, the quality of service and the access of services to people, as well as the number and competence of personnel.

Keywords: Social work, Suicide, Generalist approach

¹ Dr., Firat University, berracansiz@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-1043-4139>

² Prof. Dr., Yalova University, Faculty of Humanities and Social Sciences, sosmus@hotmail.com <https://orcid.org/0000-0003-2950-1987>

* This study was produced from the first author's doctoral thesis.

1. GİRİŞ

Sosyal hizmet mesleği, literatürde sürekli olarak “insanlara yardım etme ve insan gelişimini, sağlığını ve sosyal işlevsellikte memnuniyeti destekleyen duyarlı çevrelere katkıda bulunma” ile ilişkilendirilmektedir (Gitterman & Germain, 2008). Birey ve çevrenin etkileşimine odaklanma sosyal hizmetin uluslararası tanımında da yer almakta ve sosyal hizmetin insanların çevreleriyle etkileşim kurdukları noktalara müdahale ettiği açıkça belirtilmektedir (International Federation of Social Work, 2014). Bu nedenle sosyal hizmet uygulamasının temel işlevlerinden biri genellikle “çevresi içinde birey” kavramı ile ifade edilen bireyleri çevreleri ile birlikte ele alma işlevidir. Bireyleri ve çevrelerini ele almak, sıklıkla sistem kuramı ya da ekolojik yaklaşım ile açıklanmaktadır. Bu birbirleriyle bağlantılı iki kuram, sosyal hizmet vakalarını değerlendirmek için bir çerçeve sağlamakta ve sosyal hizmet uzmanının müdahalede bulunabileceği çeşitli hedef alanlarını belirlemeye yardımcı olmaktadır (Teater, 2015). İntihar davranışı ile ilgili gerçekleştirilecek her türlü sosyal hizmet müdahalesinde de meslek elemanları bu kuramsal bakış açılarından yararlanmakta ve intihar davranışında bulunan bireyleri çevreleri içerisinde değerlendirmektedir.

İntihar riskinin değerlendirilmesi karmaşık ve zor bir süreçtir ve bütüncül bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, intihar davranışına ilişkin süreçte müdahalelerde bulunurken soruna sebebiyet veren tüm unsurları içeren bütüncül bir bakış açısı ortaya koyarak geneli bir yaklaşım sergilemektedir. Genelci uygulayıcılar, uygulamalarında çeşitliliği bünyesinde barındırmakta ve insan haklarını, sosyal ve ekonomik adaleti savunmaktadırlar (Zastrow, 2015). Teorik çerçevede intihar davranışı sorun alanı, ilişkili olduğu problemler açısından bireylerin ve ailelerin iyilik hallerinin sağlanması ve korunması için sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyulan bir alandır. Ancak sahada sürecin intihar davranışında bulunan bireyler ve yakınları için sosyal hizmet odaklı yürütülmediği ve intihara ilişkin literatürde de sosyal hizmetin etkin bir şekilde yer almadığı gözlemlenmektedir.

Turan (1987)'in intihar girişiminde bulunanlar ve yakınları ile gerçekleştirdiği araştırması, sosyal hizmet disiplini içerisinde doğrudan intihar odaklı gerçekleştirilen ilk çalışma olarak kabul edilmektedir (Alptekin ve Duyan, 2014, s. 105). Konunun sosyal hizmet bakış açısı ile ele alındığı çalışmalar oldukça sınırlıdır. Literatürde en dikkat çeken çalışmalardan biri Alptekin (2008)'in genç yetişkinlerde intihar girişimlerini incelediği ve sosyal hizmet müdahalesi açısından model önerisi sunduğu doktora çalışmasıdır. Yine Alptekin vd. (2006)'in Adıyaman ilinde gerçekleşen intihar girişimlerini ele aldıkları çalışma da sosyal hizmet ve intihar davranışı literatüründe önemli bir yer tutmaktadır. Sosyal hizmet literatüründen bir başka örnek Karataş (2013)'in vaka sunumu çalışmasıdır. Literatürde intihar davranışında bulunan kişiler ve ailelerinin sosyal hizmetlere başvuru ve hizmet geçmişlerine yer veren benzer bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bunun yanında intihar davranışı sonrasında kişilerin ve ailelerinin sosyal hizmetler kapsamında değerlendirilebilecek hizmetlere ihtiyaç duyma durumlarına ilgili çalışmalarda da yer verilmiştir.

Literatür incelendiğinden açık bir şekilde görülmektedir ki intihar davranışları son yirmi yıla kadar psikiyatrinin araştırma çalışmalarına konu olmuş ve genel olarak psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkilendirilmiştir. İntihar davranışının görülme sıklığının artması, görüldüğü nüfus gruplarının her geçen gün çeşitlenmesi ile birlikte konu sadece tıbbi medikal bakış açısı ile ele alınamayacak bir boyuta ulaşmıştır. Geleneksel psikiyatri anlayışından uzaklaştıkça intihar davranışlarının toplumsal ve kültürel alanla çok yakın ilişkili olduğu görülmüştür (Kleinman, 2019). Ian Marsh (2017), intiharın mecburi bir patoloji ontolojisi çevresinde şekillenmesi sonucu oluşan mevcut hakikat rejimi ile intiharın diğer anlamlarının marjinalleştirildiğini anlattığı eserinde, asıl eksik olanın veya çok az rastlanan yaklaşımın intiharı psikiyatri ve tıbbın sunduğu terimlerin dışında tartışabilmek ve intiharla ilgili yararlı olabilecek bilme şekillerini ele alabilmek olduğunu ifade etmektedir. Cezayirli yazar ve fikir adamı Malik bin Nebi'nin de belirttiği gibi modern çağda insanın problemi tüm zamanlardan daha karmaşık bir hal almıştır. Yazar, insan hayatının sosyal yönü hakkındaki görüşlerini ifade ederken “hadara” yani “medeniyet” terimini kullanmaktadır. Medeniyeti bir kriter olarak kullanması, “herhangi bir insan probleminin, o medeniyetin problemi olduğu” temel tezinden ileri gelmektedir (Güngör, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de benzer şekilde bir sorun alanı olan intiharı, birey odaklı değerlendirmemiş ve intihar sonucu gerçekleşen ölümlerde ölen kişinin yakın çevresinin yaşadığı ruhsal acı ve kayıpları da göz önüne alarak intiharın toplumun önemli bir kesimini etkilediğine dikkat çekmiş ve intiharı, önlenebilir bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlamıştır. DSÖ verilerine göre; 2015 yılında 800 000 kişi intihar sonucu hayatını kaybetmiştir. Bu veri aynı zamanda dünya üzerinde her 40 saniyede bir kişinin intihar sonucu öldüğünü göstermektedir. DSÖ bu sayının 2030 yılında bir milyonun üzerine çıkacağını öngörmektedir. İntihar girişimlerinin ise intiharlardan yaklaşık 20 kat fazla olduğu bildirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

İntihar vakaları söz konusu olduğunda günümüzde mevcut sosyal hizmet uygulamaları sağlık alanında yoğunlaşmakta ve iki grupta ele alınabilmektedir. Bunlardan ilki “tıbbi sosyal hizmet” tir ve hastane merkezli hizmetler içerisinde yer alan sosyal hizmet müdahalelerini ifade etmektedir. İkincisi ise “halk sağlığı sosyal hizmeti” olarak adlandırılan ve ülkemizde gelişmekte olan bir diğer uzmanlık alanıdır. Temelde her iki alanda da

sosyal hizmetin bilgi, beceri ve değerler sistemi genelci bir yaklaşımla kullanılmakla birlikte ilgili vakalara yöneldikleri noktalar sebebi ile farklı becerilere sahip olmayı ve dahi farklı hizmet içi eğitimlere tabi olmayı zorunlu kılmaktadır. Örneğin; tıbbi sosyal hizmet alanında intihar vakaları için hastanelerin acil servisleri merkezi konumdadır ve krize müdahale, klinik ve psikiyatrik sosyal hizmet uygulamaları ve ikincil/üçüncül önleme hizmetleri önceliklidir. Halk sağlığı sosyal hizmeti ise tedavi ve rehabilitasyondan çok birincil önleme müdahalelerine, sağlıklı kişiye, sağlıklı topluma ve sağlığın geliştirilmesine odaklanmaktadır. Her iki alanda da sosyal hizmet uzmanları mikro, mezo ve makro müdahale düzeylerinde sosyal işlevselliklere ve sağlık durumuna etki eden sosyal problemlere odaklanmakta ve sorun alanlarına çözüm odaklı müdahalelerde bulunmaktadır.

1978 yılında Alma-Ata'da Temel Sağlık Hizmetleri Deklarasyonu ile DSÖ, "herkes için sağlık" hedeflerinin gerçekleştirilebilmesi için sağlık sektörüne ek sosyal ve ekonomik birçok sektörün işbirliği ve çabasına ihtiyaç duyulduğunu vurgulamıştır (Güneş & Tuncay, 2018). Bu kapsamda dünya genelinde sağlık alanında bir dönüşüm başlamış ve son yıllarda ortak amaçları paylaşan ve kökleri yine sağlık alanına uzanan sosyal hizmet, alanda kilit bir meslek halini almıştır. Sağlık alanında yaygın paradigmanın değişimi ile bugün tedavinin ruhsal, ekonomik ve sosyal boyutu daha çok önemsenmekte ve sosyal hizmet bu multidisipliner yaklaşımda önemli bir unsur haline gelmektedir (Aslantürk, 2019). Sosyal hizmet uzmanları, toplumun ve onu oluşturan unsurların psikolojik, sosyal, varoluşsal ve pratik kaygılarına karşı duyarlıdır (Yıldırım vd., 2013). Tüm bu kaygıları ve farkındalığı, sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanan sosyal hizmet uzmanlarını, psikososyal destek ve tedavi ekibinin önemli bir üyesi yapmakta ancak sahada bu ifade tam olarak karşılık bulamamaktadır. Bu durumun temel nedenleri değerlendirildiğinde; ilgili alanlarda yeterli sayıda ve yetkinlikte meslek elemanı istihdam edilmemesi, mevcut meslek elemanlarının görev tanımlarında yaşanan belirsizlikler ve standardize edilmemiş uygulamalar ön plana çıkmaktadır. Bu çalışmada sağlık hizmetleri içerisinde değerlendirilen intihar ve sosyal hizmet mesleki ilişkisinin teorik niteliğinin yanında sahada var olan reel durumun analiz edilmesini ve sosyal hizmet ve sosyal yardım ağının intihar sorununa müdahale noktasındaki eksikliklerini tespit etmeyi amaçlamaktadır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu makalede, intihar davranışında bulunan bireyler ve yakınlarının ifadelerinden yola çıkılarak kişilerin yaşam öykülerinde yer alan problemlerin geçişinin, bu problemlerin çözümü için başvurulmuş sosyal hizmet ve profesyonel destek kaynaklarının varlığının, iyilik halinin sağlanmasında bu desteklerin etki düzeyinin ve kişilerin mevcut ihtiyaçlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede bir halk sağlığı sorunu olarak intiharın çözümüne yönelik sosyal hizmet ve sosyal yardım ağının yapısı ve eksiklikleri, genelci sosyal hizmet bakış açısı ile tespit edilecektir.

1.2. Araştırmanın Önemi

Sağlık alanında benimsenen multidisipliner yaklaşım ile birlikte sosyal hizmet mesleği sahada önemli bir unsur haline gelmektedir. Gelişmekte olan bu alan, nitelikli bilimsel çalışmalarla desteklenmelidir. Aslantürk (2019) tarafından sosyal hizmet alanında hazırlanan lisansüstü tezler üzerine gerçekleştirilen bir çalışmada, tezlerin yalnızca %14'ünün tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmeti konu edindiği ve bunların yalnızca %23'ünün nitel araştırma yaklaşımı kullanılarak hazırlandığını tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra bugün Türkçe literatürde halk sağlığı sosyal hizmeti alanına ilişkin bilimsel bilgi çok daha sınırlıdır. Her iki alanında gelişmesi için kanıta dayalı uygulamalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (Güneş & Tuncay, 2018). Özeldir intiharı konu alan bu araştırma, tıbbi sosyal hizmet ve halk sağlığı sosyal hizmeti alanına kanıta dayalı nitel veri sağladığından alan yazın için önemli görülmektedir. Araştırmanın yaygın intihar literatüründen en temel farkı ise sorunları genelci sosyal hizmet bakış açısıyla biyo-psiko-sosyal bağlamda ele almış olmasıdır. Ayrıca literatürde genellikle intihar davranışında bulunan birey ile anket ve ölçek bazlı gerçekleştirilen görüşmelerden farklı olarak intihar davranışında bulunan birey ve yakınları ile nitel araştırma yaklaşımı kullanılarak gerçekleştirilen görüşmeler daha kapsamlı analizlerin yapılmasına olanak sağlamıştır. Bu çalışma, intihar davranışında bulunan kişiler ve ailelerinin sosyal hizmetlere başvuru ve hizmet geçmişlerine ilişkin veriler sunarak alan yazından farklı bir şekilde intihar davranışı söz konusu olduğunda sosyal hizmetlerin yüklenebileceği koruyucu/önleyici misyona vurgu yapması açısından önem arz etmektedir. Bunun yanında intihar davranışı sonrasında kişiler ve ailelerinin ihtiyaçları doğrultusunda talep ettikleri hizmetlere yer vererek tedavi/rehabilitasyon edici sosyal hizmet müdahalelerine duyulan ihtiyacı da açığa çıkarmaktadır.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tasarımı

Araştırmada nitel araştırma yaklaşımı kullanılmıştır. Araştırmanın saha çalışması kısmında; intihar davranışı neticesinde Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesine başvuran bireyler ve onların ulaşılabilen yakınları ile yarı

yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak, kişilerin kendi yaşam deneyimleri ve anlatılarına dayalı görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

2.2. Araştırmanın Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubu, saha çalışması süresince intihar davranışı neticesinde Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesine başvuran kişiler ve bu kişilerin ulaşılabilen yakınlarından oluşmaktadır. Bu grupta değerlendirilen kişilerden görüşmeyi kabul eden ve reşit ve mümeyyiz olma şartlarını sağlayan gönüllüler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan 10 vakada; yaş sınırlaması, vefat ve sağlık durumu gibi nedenler ile intihar davranışında bulunan kişi görüşme kapsamı dışında tutulmuş ve toplamda 21 intihar girişimcisi ile yüz yüze görüşme gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan vakaların 4'ünün talebi üzerine yakınlarına ulaşılmamıştır. İntihar davranışında bulunan ve araştırma kapsamında değerlendirilen kişilerin toplamda 34 yakınına ulaşılarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada intihar davranışında bulunan 31 vaka değerlendirmeye alınmıştır. Bu vakaların 21'i ile yüz yüze görüşme gerçekleştirilmiş olup; on sekiz yaşın altında olması (6 kişi), intihar davranışı neticesinde vefat etmesi (3 kişi) ve intihar yöntemine bağlı olarak sağlık durumunda yeterli iyileşme sağlanamaması (1 kişi) nedeni ile 10 vaka ile birebir görüşülememiştir. Bu vakalar için tanıttıcı bulgular kimlik bilgilerinden, tıbbi kayıtlarından ve yakınlarının ifadelerinden derlenerek sunulmuştur.

İntihar davranışında bulunan vakaların en küçüğü 15 (kadın), en büyüğü ise 74 (erkek) yaşındadır. 17 kadın vakanın yaş ortalaması 24,05 iken; 14 erkek vakanın yaş ortalaması 41,78'dir. İntihar davranışında bulunan vakaların genel yaş ortalaması ise 32,06 olarak bulunmuştur. Vakaların geneline bakıldığında yaş aralığının 13 kişi ile 15-24 yaş bandında yoğunluk gösterdiği görülmektedir.

Vakaların çoğunluğu ilköğretim (14 kişi) mezundur. Vakalar arasında 6'sı öğrenimlerine devam ettikleri için öğrenci (5'i lise, 1'i üniversite) statüsünde değerlendirilmiştir. İntihar davranışında bulunan vakalar arasında aktif olarak çalışma hayatında yer almayan kişi sayısı (23 kişi), çalışan gruptan daha fazladır. Aktif olarak çalışan 8 vakanın ve emekli olduğunu belirten 3 vakanın tamamı erkektir. Kadın vakaların 15'i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışma geçmişi bulunan iki kadın vaka ise intihar davranışının gerçekleştiği tarihte işsiz olduğunu beyan etmiştir.

Araştırma kapsamına alınan vakaların tamamının sosyal güvencesi bulunmaktadır. Hastane bilgi sisteminden ulaşılan verilere göre vakalar ağırlıklı olarak Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'na bağlıdır (18 kişi). 17 kadın vakanın tamamı aktif çalışma hayatında yer almazken; 2'sinin Emekli Sandığı, 10'unun SSK ve 2'sinin Bağ-Kur üzerinden sosyal güvencesi bulunmaktadır. 3 kadın vaka ise Yeşikartlı'dır. Bu durum kadınların, sosyal güvence bakımından ebeveynlerine veya eşlerine bağlı olmalarının bir sonucudur. Araştırma kapsamında değerlendirilen ve engel durumu nedeni ile kurum bakımında olan bir vaka 2828 Sayılı Kanun kapsamında sosyal güvenceye sahip iken; denetimli serbestlik ile tahliye edilen bir vakanın da sosyal güvencesinin 5510 Sayılı Kanun kapsamında düzenlendiği tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamında 34 vaka yakını ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Toplamda 4 vakanın yakınları ile ilgililer yakınlarına ulaşılmamasını talep ettiği için görüşülemez iken; 5 vakanın iki yakınıyla, 1 vakanın üç yakınıyla, geriye kalan 21 vakanın ise birer yakını ile görüşülmüştür. Vakaların birinci dereceden akraba olarak görüşülen yakınlarından anneleri, babaları ve çocukları; ikinci dereceden akraba olarak görüşülen yakınlarından kardeşleri, dedeleri ve evlilik birliğiyle bağ kurulan eşleri araştırma kapsamında vaka yakınları olarak kabul edilmiştir. Araştırma kapsamında görüşülen 34 vaka yakınının %41,3'ü intihar davranışında bulunan kişinin annesi iken; %17,6'sı eşidir.

Vaka yakınlarının en küçüğü 18 (erkek), en büyüğü ise 74 (kadın) yaşındadır. Toplamda 22 kadın ve 12 erkek vaka yakınının genel yaş ortalaması 44,85'tir. Vaka yakınlarının geneline bakıldığında 18 kişi ile 35-49 yaş aralığında yoğunluk göstermektedir. Medeni durum bakımından vaka yakınları arasında evli olanlar (26 kişi) ağırlıktadır. Vaka yakınlarının çoğunluğu ilköğretim (16 kişi) mezundur. Vaka yakınlarının 7'si intihar davranışında bulunan yakınlarından farklı olarak okuryazar olmak ile birlikte herhangi bir diplomaya sahip değildir. 2 vaka yakını öğrenim hayatına devam ettiği için öğrenci statüsünde değerlendirilmiştir. Vaka yakınları arasında aktif olarak çalışma hayatında yer almayan kişi sayısı (25 kişi), çalışan gruptan daha fazladır. Araştırma kapsamına alınan vaka yakınlarının tamamının sosyal güvencesi bulunmaktadır. Vaka yakınları ağırlıklı olarak (21 kişi) SSK'ya bağlıdır.

2.3. Veri Toplama Araçları ve Süreci

06/06/2021 tarihinde 2021/77 protokol nolu Yalova Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Kararı ile saha çalışması için gerekli olan etik kurul izni alınmıştır. Etik kurul izni sonrasında 07/07/2021 tarih ve 61609 sayılı resmî yazı ile araştırmanın gerçekleştirildiği Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden araştırma için

çalışma izni alınmış ve görüşmeler ilgili kurumda, 1 Ağustos - 31 Ekim 2021 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Toplamda 31 vakaya ulaşılmış; 21'i intihar girişimcisi ile olmak üzere araştırma kapsamında toplam 55 görüşme gerçekleştirilmiş ve görüşmelerin tamamı için vaka raporları hazırlanmıştır.

Araştırmanın çalışma grubunu oluşturmak için araştırmacı tarafından araştırma konusu ile ilgili olduğu düşünülen kişilerin bilerek ve kasıtlı olarak seçildiği örneklem seçim yöntemine amaçlı örnekleme denir (Yıldırım & Şimşek, 2021). Araştırmada, amaçlı örnekleme tekniği kullanılmıştır. Nitel araştırma veri toplama araçları görüşme, gözlem ve doküman incelemesidir (Yıldırım & Şimşek, 2021). Araştırmacı bu üç aracı da kullanmıştır. Araştırmacı açık gözlem yolu ile kimliği ve araştırma süreci hakkında gerekli bilgilendirmeleri yaptıktan sonra, görüşmeler süresince intihar davranışında bulunan kişilerin ve yakınlarının hal ve hareketlerini, genel stres durumlarını, var ise fizyolojik rahatsızlıklarının sürece etkisini gözleme imkânı bulmuştur. Bu sayede kişilerin paylaşımlarını destekleyen ya da paylaşımları ile çelişen verilere ulaşılmıştır. Gerçekleştirilen gözlemler not tutma yöntemi ile kayıt altına alınmış ve vaka raporlarında ayrıntılı olarak paylaşılmıştır.

Görüşmeler, girişimde bulunan kişiler ve onların görüşülmesi konusunda onay verdiği ulaşılabilen yakınları ile gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda görüşmeler; hastane acil servisinde, dahili ve anestezi yoğun bakım ünitelerinde, gastroenteroloji kliniğinde, beyin cerrahi kliniğinde, hematoloji kliniğinde, sosyal hizmet biriminde, ikamet edilen hanede ve çeşitli nedenlerle kuruma gelemeyeceğini beyan eden kişiler ile telefon aracılığıyla gerçekleştirilmiştir.

Verilerin toplanması aşamasında, görüşme sürecinin ses kaydına alınabilmesi için ilgililerin rızasına başvurulmuş ancak ses kaydı için rızaları alınamamıştır. Araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra ses kaydına ilişkin sorunun yöneltmesinin ardından görüşmekten vazgeçen 2 vaka ise bu sebeple araştırmaya dâhil edilememiştir. Görüşmeler not tutma yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Görüşme sırasında form üzerine, kişilerin ifadeleri not alınmış ve mümkün olan en kısa sürede (en geç iki gün içerisinde) vaka raporları hazırlanmıştır.

2.3.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formları

Literatürden elde edilen bilgiler ışığında, araştırmacı tarafından, intihar davranışında bulunan kişi ve yakınları ile gerçekleştirilecek olan görüşmelerin ana hatları oluşturulmuştur. Araştırmada kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formları; intihar davranışı ile sonuçlanan sürece, aile yapısı ve sosyal çevreye, kişinin ruhsal yapısı ve içsel çatışmalarına, sosyal hizmet müdahalesi ve gereksinimlerine ilişkin sorulardan oluşmaktadır. İntihar davranışında bulunan kişiler ile gerçekleştirilen görüşmelerde kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formu tanımlayıcı bilgiler dışında dört bölüm ve toplamda 27 sorudan oluşurken; vaka yakınları ile gerçekleştirilen görüşmelerde kullanılan form ise tanımlayıcı bilgiler dışından dört bölüm ve toplamda 22 sorudan oluşmaktadır.

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada intihar davranışında bulunan bireyler ve yakınlarına yöneltilen sorular neticesinde elde edilen veriler araştırmacı tarafından kategorize edilerek, betimsel açıdan analiz edilmiştir. Bu sayede veriler tanımlanmış ve birbiri ile arasında bağlantı ve benzerlik kurulan veriler belirli kavramlar üzerinden literatür desteği ile bir araya getirilmiştir. Vakaların analizinden sonra vaka raporları düzenlenirken; intihar girişiminde bulunan kişilerin ve yakınlarının beyanlarının yanı sıra konsültasyon için gelen yetişkin ve çocuk psikiyatri doktorlarının görüşlerinden, hastanenin hasta bilgi sisteminde yer alan verilerden, acil servis polis noktası ve il sağlık müdürlüğü aracılığıyla ulaşılan bilgilerden, bir vaka için aile sağlığı merkezinde görevli aile hekiminin görüşlerinden ve bir vaka için de kalmakta olduğu bakım merkezinde görevli sosyal çalışmacının görüşlerinden yararlanılmıştır. Vakaların yaşantılarına ilişkin ayrıntılı nitel görüşme verilerinin değerlendirilebilmesi amacı ile bulgular kategorize edilmiştir. Vakalara ilişkin tanımlayıcı bulguların frekans ve yüzdelik dağılımlarına ulaşmak için IBM SPSS Statistics Versiyon 22.0 paket programı üzerinden kodlamalar oluşturulmuş ve veri girişleri yapılmıştır.

2.5. Araştırmanın Problemleri

İntihar davranışı açısından tetikleyici olan yaşam problemleri ve bireyler ve aileleri için zorlayıcı olan süreçler sosyal hizmet uygulamalarının kapsamında mıdır?

Sahada bireyler ve aileleri için intihar öncesi önleme, intihar sonrası krize müdahale ve tedavi süreçlerinde planlı bir şekilde yürütülen, standartlaştırılmış ve etkililiği kanıtlanmış sosyal hizmet uygulamaları var mıdır?

İntihar davranışı öncesinde ilgili kişiler, yaşanan problemlerin çözümü için sahip oldukları kaynaklar yetersiz kaldığında, sosyal hizmetler ve diğer profesyonel destek hizmetlerine başvurmayı tercih etmekte midir? Başvurdukları takdirde sunulan hizmetler, intihar davranışı açısından koruyucu/önleyici nitelik taşımakta mıdır?

3. BULGULAR

3.1. İntihar Davranışı ile Sonuçlanan Sürece İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında değerlendirilen vakaların intihar nedenleri, paylaşılan hayat öykülerinden derlenerek dokuz başlık altında toplanmıştır. Bunların başında yaygın aile içi sorunlarını, boşanma süreçlerini, çocuk yaşta gerçekleştirilen evlilikleri, geniş aile ile yaşanan problemleri, bakım sorumluluğunu, ebeveyn tutumlarını ve iletişim problemlerini içeren ailevi nedenler gelmektedir. İkinci neden; alkol ve madde bağımlılığı, kumar bağımlılığı ve teknolojik aletlere bağımlılığı içeren bağımlılık öyküleridir. Üçüncü neden; ebeveyn yoksunluğu, fiziksel ve sözel şiddet, çocuk emeğinin kötüye kullanımı ve cinsel istismarı içeren ihmal ve istismar öyküleridir. Dördüncü neden; ergenlik dönemine ilişkin tutumları, yaşlılık ve özellikle emeklilik sonrası dönemde yaşanan izolasyonu konu alan gelişim dönemi sorunlarıdır. Diğer nedenler ise; çalışma hayatı ve ekonomik sorunlar, eğitim hayatı ile ilgili sorunlar, kronik ve psikiyatrik hastalık öyküsü, duygusal ilişki sorunları ve öfke kontrol problemleridir.

İntihar davranışı ile sonuçlanan süreçte vakaların ve ailelerinin hayat öyküleri değerlendirildiğinde, kişilerin çocukluk ve gençlik dönemlerine ait travmatik deneyimlerinin yanı sıra intihar davranışında tetikleyici olduğu belirlenen sorunlarının da geçmişinin, iki vaka (5 ve 14 no'lu) haricinde, altı aydan uzun sürelerle yayıldığı ve 5 no'lu vaka haricinde diğer vakaların tamamının hayat öykülerinde kronikleşen sorunlarının bulunduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamında belirlenen tetikleyici nedenler; terk edilme, tartışma, yalnızlık, işten atılma, gizli ilişkinin açığa çıkması, boşanma, fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalma, istismarcısı ile karşılaşma, bağımlılık yapıcı madde yoksunluğu içerisinde olma, kumar bağımlılığı, borçlanma ve maddi sıkıntılar, bakım sorumluluğu, mekân ve iş değişikliği ile kronik hastalığa bağlı semptomlardır. Vakaların 3'ünde (11, 16 ve 26 no'lu) ise kronikleşen problemlerin varlığının yanı sıra intihar tetikleyicisi olarak değerlendirilebilecek farklı ya da belirgin bir durumun yaşanmadığı belirlenmiştir.

Araştırmada intihar davranışı öncesindeki altı aylık süreçte vakalarda gözlemlenen fizyolojik ve sosyal değişimler; bedensel yakınmalar, iştahsızlık ve kilo kaybı, uyku problemleri ve sosyal hayattan geri çekilme şeklinde dört başlık altında değerlendirilmiştir. Bunun yanında intihar davranışı ile ilişkilendirilen bu problemleri altı aydan uzun süredir deneyimleyen vakaların da var olduğu saha çalışması sırasında tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen görüşmelerden elde edinilen bilgilere göre intihar davranışında bulunan vakaların 13'ünde intihar davranışı öncesindeki altı aylık süreçte fizyolojik ve sosyal değişimlerin varlığı söz konusu iken; vakaların 18'inde intihar davranışı ile ilişkilendirilen ancak altı ayla sınırlanmamayan kronikleşmiş belirtilerin var olduğu belirlenmiştir. Kronikleşen belirtilerin başında uzun yıllara yayılan uyku problemleri ve sosyal hayattan geri çekilme davranışı gelirken; kısa süreli belirtilerde sıklıkla iştahsızlık ve kilo kaybından ve bedensel yakınmalardan söz edilmiştir.

Araştırma kapsamında değerlendirilen vakaların intihar yöntemleri; toplu ilaç alımı (ilaç intoks), toksik madde alımı (kireç çözücü, fare zehri, tuz ruhu), kesici alet, ası, ateşli silah, yüksekten atlama ve yabancı cisim yutma (çivi) şeklinde farklılık göstermektedir. Toplu ilaç alımı (ilaç intoks) 20 kişi ile en çok kullanılan intihar yöntemidir. Her iki cinsiyette de en çok tercih edilen yöntem toplu ilaç alımı (ilaç intoks) olurken; kadınlarda bu oran erkeklerden yüksektir. Ası, ateşli silah ve yüksekten atlama neticesinde gerçekleşen intiharların tamamı erkekler tarafından tercih edilmiş ve hepsi ölümle sonuçlanmıştır. Bunun yanında toksik madde alımı ile gerçekleştirilen ve ciddi düzeyde hayati risk oluşturan girişimlerin tamamı da erkekler tarafından gerçekleştirilmiştir. 18 yaş altında olan intihar girişimcilerinin tamamı toplu ilaç alımı (ilaç intoks) yöntemini kullanarak intihar girişiminde bulunmuştur.

İntihar davranışında bulunan vakalardan 21'i ile gerçekleştirilen görüşmelerde; 18 vaka intihar düşüncelerini gizlediğini belirtmiştir. İntihar düşüncelerini kimseyle paylaşmadığını belirten vakaların 16'sı intihar davranışına anlamlı ya da kısa süreli bir öfke/hayal kırıklığı/üzüntü ile karar verdiğini ve intihar düşüncelerinin bir geçmişinin olmadığını belirtmiştir. Bir haftadır intihar düşüncelerinin devam ettiğini belirten 1 no'lu vaka ile aylardır intiharı düşündüğünü belirten 26 no'lu vaka ise bu süre zarfında intihar düşüncelerini gizlediklerini ifade etmiştir.

30 no'lu vaka, üç yıldır devam eden intihar düşüncelerini yaklaşık bir yıl kadar önce patronu ile doğrudan paylaştığını belirtirken; intihar düşüncelerini dolaylı olarak paylaştığını belirten iki vaka (19 ve 20 no'lu), bu paylaşımın ölüm arzusu ve ölümü bir kurtuluş olarak görmeye ilişkin olduğunu ifade etmiştir. 19 no'lu vakada on iki yıl önce aldığı parkinson tanısı, 20 no'lu vakada ise iki yıldır var olan ortopedik engel durumu ölümü kurtuluş olarak değerlendirmelerinde etkili olan en önemli sebepler olarak değerlendirilmiştir. Birebir kendisi ile görüşme gerçekleştirilemeyen 10 vakada intihar düşüncelerinin geçmişi net olarak bilinmemektedir.

Araştırma kapsamında görüşülen vakalardan; üçü (19, 20 ve 30 no'lu) intiharı altı aydan uzun süredir düşündüğünü, biri (26 no'lu) bir ila altı aydır intihar düşüncesinin olduğunu belirtirken; biri (1 no'lu) bir aydan kısa süredir intiharı düşündüğünü ifade etmiştir. 5 vaka da intihar düşüncelerinin eylemin gerçekleştiği gün

oluştugu ve 11 vaka ise düşünce ile girişim arasında geçen sürenin beş dakikadan kısa olduğu bilgileri alınmıştır. Görüşülen 21 vakanın; 4'ünün intihar girişimini planlı bir şekilde gerçekleştirdiği, 17'sinin ise herhangi bir plan yapmadan girişimde bulunduğu belirlenmiştir. Birebir kendisi ile görüşme gerçekleştirilemeyen 10 vakanın intihar planlarının varlığı net olarak bilinmemektedir.

İntihar düşüncelerinin uzun süreli bir geçmişinin bulunmadığı vakaların, genellikle tartışma ya da bir kriz anında dürtüsel olarak, eylemin sonuçlarını düşünmeden ve ulaşılabilecek en kolay yöntemi seçerek girişimde buldukları tespit edilmiştir. Uzun süreli intihar düşüncelerine sahip kişilerin ise diğerlerine kıyasla daha öldürücü yöntemleri seçtikleri, toplu ilaç alımı gibi yaygın bir yöntemi kullansalar dahi aldıkları ilacın türü ve miktarı ile bu tespiti doğruladıkları görülmüştür.

Vaka yakınlarına yöneltilen, intihar düşüncelerinden haberdar olma durumlarına ilişkin sorulara verilen yanıtlar araştırmacı tarafından dört başlık altında toplanmıştır. 21 vaka yakınının ifadesi intihar düşüncelerinden haberdar olmadığı ve bu durumun kendisini şaşırttığı yönünde olurken; 4 vaka yakını doğrudan ya da dolaylı olarak intihar düşüncelerinden haberdar olduğunu belirtmiştir. Bunun yanında 9 vaka yakını ise intihar düşüncelerinden haberdar olmamak ile birlikte intihar girişiminin yaşanmış olmasına şaşırmadığını ifade etmiştir. Bir şekilde vakanın intihar düşüncelerinden haberdar olduğunu belirten vaka yakınları; kişiyi profesyonel destek almak konusunda ikna etmeye çalıştıklarını, intihar için kullanabileceği materyalleri ev ortamında sakladıklarını ya da sürekli olarak kişiyi denetlediklerini ifade etmiştir. Tüm bu yöntemlerin ilgililer tarafından da yeterli görülmediği ve sorunlarına kalıcı çözümler bulmaya ihtiyaç duydukları araştırmacı tarafından tespit edilmiştir.

İntihar düşüncelerinden haberdar olmamakla birlikte, yakınında gözlemediği değişimler (depresif ruh hali gibi) ve çözümlenemeyen uzun süreli yaşam problemleri nedeni ile bu duruma şaşırmadığını belirten vaka yakınlarının ise diğerlerine kıyasla daha soğukkanlı olduğu ve çözüm arayışı içerisinde bulunduğu gözlemlenmiştir. Bunun yanında bir vakanın durumu (4 no'lu), Turan'ın (1987) araştırmasından elde ettiği bulgularla uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Turan kendi araştırmasında intihar girişimcilerinin akraba ve yakınlarının onların bazı duygularından ve ruhsal durumlarından haberdar olduklarını; ancak bu konuda ilgisiz davrandıklarını saptamıştır.

21 intihar girişimcisinin, intihar davranışının amacına yönelik yöneltilen sorulara verdiği yanıtlar araştırmacı tarafından üç başlık altında toplanmıştır. 17 kişinin ifadelerinde ortak amaç ruhsal ve bedensel sıkıntıyı dindirme olarak tespit edilmiştir. Bunun yanında 2 vakanın (5 ve 7 no'lu) sorunlarını çözüme kavuşturmak amacıyla, 2 vakanın (6 ve 22 no'lu) ise kendisini ya da bir başkasını cezalandırmak amacıyla intihar davranışında bulunduğu anlaşılmıştır.

Araştırma kapsamında görüşülen 21 intihar girişimcisinin; 14'ü intihar girişiminde bulunduğu için pişmanlık duyduğunu ve hata olarak değerlendirdiği bu eylemi tekrarlamayacağını ifade etmiştir. 4 vakanın (1, 20, 26 ve 30 no'lu) yaşanan umutsuzluk hissi ile birlikte aktif ölüm isteğinin devam ettiğine dair paylaşımları vardır. 3 vakanın (2, 7 ve 19 no'lu) ise umut ve umutsuzluk, ölüm ve yaşam arasında net olmayan ifadeler kullandığı belirlenmiştir. Pişmanlık ifadelerine rağmen araştırmacı tarafından mevcut sorunlarının devam etme ihtimali öngörülen, çevresi tarafından yeteri kadar desteklenmeyen ya da bu desteğe karşı ilgisiz olan ve mevcut güç kaynakları sorunlarla baş edebilmek için yetersiz olarak değerlendirilen 5 vaka (4, 22, 23, 27 ve 28 no'lu) vardır. Bu vakaların da yineleyici intihar davranışı açısından riskli konumda olduklarına kanaat getirilmiştir.

3.2. Aile Yapısı ve Sosyal Çevreye İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan vakaların 15'inin soy ailesinde (anne-baba-kardeş) ve/veya evlilik birliği ile kurduğu ailede (eş-çocuk) parçalanmış aile öyküsü bulunmaktadır. Bunlardan 5'inde anne-babanın boşanma öyküsü, 6'sında eşinden boşanma öyküsü yer almaktadır. Vakaların birinde eşin; dördünde anne/babanın ölümüne bağlı olarak tek ebeveynli konuma gelmiş yani parçalanmış aile öyküleri bulunmaktadır. Vakaların 3'ü özel/devlet kurumunda (1'i özel rehabilitasyon merkezi, 2'si eğitim nedeni ile kalınan devlet yurtları) yaşamaktadır. Gerçekleştirilen görüşmeler neticesinde ailesinde ve yakın çevresinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu tespit edilen 6 vaka; alkol ve madde kullanım öyküsü tespit edilen 4 vaka bulunmaktadır. Ailesinde ve yakın çevresinde intihar davranışı öyküsü tespit edilen ise 2 vaka bulunmaktadır.

Araştırma kapsamında değerlendirilen vakaların 2'sinde (6 ve 28 no'lu) gelişim dönemi ile ilişkili olarak anne-baba iletişiminde sıkıntılar yaşandığı gözlemlenmiştir. Bu grupta değerlendirilen vakalarda özgürlük talebi ve sorumluluktan kaçınma dürtüsünün yönlendirici olduğu ve bu nedenle anne-babanın talep ve yönlendirmelerinin genç tarafından olumsuz duygu ve davranışlarla ilişkilendirildiği anlaşılmıştır. Vakaların 7'sinin (9, 10, 25, 26, 29, 30 ve 31 no'lu) boşanma ve terk ya da ölüm nedeni ile çocukluk ve ergenlik döneminde anne-baba yoksunluğu yaşadığı ve bu durumun neden olduğu maddi ve manevi sıkıntıları ileri yetişkinlik döneminde dahi aktif bir şekilde deneyimlediği gözlemlenmiştir. Gerçekleştirilen görüşmelerde gelişim dönemi ya da anne-baba yoksunluğu ile ilişkilendirilemeyen ancak olumsuz ebeveyn tutumları nedeni ile kronikleşen sorunlara sahip

oldukları anlaşılın 2 vaka da (1 ve 20 no'lu) tespit edilmiştir. Bu vakalar ebeveynlerin desteğinden yoksun olduklarını, onlarla sağlıklı iletişim kurmakta zorlandıklarını, ilişkilerinde sürekli eleştiri ve suçlamalara maruz kaldıklarını ifade etmiştir.

Araştırma kapsamında ebeveynleri ve geniş ailesi dâhil olmak üzere sosyal çevresi içerisinde kimse ile hiçbir iletişim problemi olmadığı belirtilen, çevresi tarafından sevilen ve insani ilişkileri iyi olan bir vakaya (16 no'lu) da ulaşılmıştır. Ailenin derin bir şok hali yaşadığı vakada, intihar nedenleri aile üyeleri tarafından anlaşılammakta ve intihar davranışı sonucu gerçekleşen ölüm kişiler tarafından kabullenilememektedir. Vakanın intihar girişimi öncesinde bıraktığı notta ise derdini anlatan biri olmadığını ve kendi kendini dahi anlamadığını belirtmesi, ebeveynlerinden özür dilemesi araştırma süresince karşılaşılan vakalar arasında farklı bir konumda değerlendirilmesine sebebiyet vermiştir.

Araştırma kapsamında değerlendirilen vakaların 4'ü çocuk gelin olarak yetişkinlik dünyasına adım attığını paylaşmıştır. Bunlardan 2'si (4 ve 24 no'lu) ailesinin ısrarı ile evlendiğini, 2'si (3 ve 8 no'lu) ise ailesinin onayı olmaksızın evlendiğini paylaşmıştır. Bu durumun neden olduğu olumsuzlukları deneyimlediklerini ifade eden kadın vakalar, yaşananlar nedeni ile kendilerini ya da ailelerini suçlama eğilimindedir.

Vakaların anne-babaları başta olmak üzere üst soy ebeveynleri ve üst soydan geniş aile üyeleri ile ilişkileri sorgulandığında; aktif bir şekilde ilişki sürdüren vaka sayısı 24 olarak bulunmuştur. Anne-babaları dışında üst soy ilişkisi bulunan vaka sayısı ise 5'tir. Bunlardan 1'inin (14 no'lu) bu ilişkiden zarar gördüğü, 3'ünün (15, 26 ve 31 no'lu) iletişim için özel bir isteğinin olmadığı ve bir çaba harcamadığı gözlemlenmiştir. Araştırma kapsamında değerlendirilen vakalardan yalnızca biri (27 no'lu) herhangi bir mecburiyeti olmaksızın üst soydan ebeveyni ile düzenli olarak görüştüğünü ve onunla kurduğu ilişkiden fayda gördüğünü paylaşmıştır.

Araştırma kapsamında değerlendirilen vakaların 9'unda kişi üzerinde yıpratıcı etki bırakan aile içi bakım sorumluluğu yükünün aktif olarak var olduğu tespit edilmiştir. Bu vakaların 4'ünün (2, 12, 23 ve 30 no'lu) ekonomik olarak yüklendiği bakım sorumluluğundan çeşitli nedenlerle zarar gördüğü, 3'ünün (9, 14 ve 26 no'lu) ise yaşadığı hanede hasta ve yaşlı konumdaki aile üyesine bakıyor olmaktan ya da bu bakıma aynı hane içerisinde şahit olmaktan zarar gördüğü gözlemlenmiştir. Ayrıca araştırmada çocuk yaşta evlilik yaparak üstlendiği ev idaresi ve çocuk bakımı sorumluluklarının kendisini yıprattığını belirten 3 no'lu vaka ile birlikte anne-babasının boşanmasının ardından okul hayatını sonlandırarak hanede kardeşlerinin bakımını üstlenen çocuk yaştaki 29 no'lu vaka da bakım sorumluluğunun etkisi ile zarar görenler içerisinde değerlendirilmiştir. Araştırmada 9 vakanın ise hanedeki aile üyelerinin maddi ihtiyaçlarını karşılayarak ya da çocukların temel bakım ihtiyaçları ile ev düzenini sağlayarak bakım sorumluluğu üstlendiği ancak bu durumun kişilerin ifadelerinde yıpratıcı bir unsur olarak yer almadığı gözlemlenmiştir. Bunun yanında 13 vakanın ise gerek maddi gerek manevi olarak herhangi bir bakım sorumluluğu içerisinde olmadığı gerçekleştirilen görüşmelerde araştırmacı tarafından tespit edilmiştir.

Aktif bakım yükü bulunmayan 19 no'lu vakanın durumu ise araştırmacı tarafından bakım yükü ile ilgili farklı bir bakış açısı sunması nedeni ile önemli olarak değerlendirilmiştir. Vakanın yaşantısında henüz on bir yaşındayken felç kalan babasına annesi ile birlikte baktığı daha sonra vefat edene kadar annesinin bakımını önce tek başına evlendikten sonra ise eşi ile birlikte üstlendiği ve ebeveynlerine bakmış olmaktan ve bu konuda eşinin desteğini görmekten memnuniyet duyduğu bir bakım öyküsü bulunmaktadır. Annesinin ölümünden sonra parkinson tanısı alan ve hastalığı her geçen gün ilerleyen vakanın kendisinin ve kızının ifadelerinden muhtaç duruma düşmekle ilgili derin korkulara ve utanç duygusuna sahip olduğu anlaşılmıştır. Bu durum araştırmacı tarafından vakanın uzun yıllar muhtaç durumdaki ebeveynlerine bakarken şahit oldukları ile ilişkilendirilmiştir.

Bakım sorumluluğunun neden olduğu yükü sosyal hayatının sınırlandığı anlaşılın vakaların (12, 14, 29 ve 30 no'lu) yanı sıra sosyal hayatını kendi isteği ile ya da sahip olduğu imkânlar nedeni ile sınırlı tutan, aile ve/veya yakın çevre ile ilişkilerinden psikososyal açıdan yeterli desteği göremediği anlaşılın vaka sayısı 14'tür. Bu vakalar hakkında ayrıntılı bilgiler verilecek olursa; 4 no'lu vakanın çocuk yaşta zorla evlendirildiği ve uzun yıllardır kendi tercihi ile çocukları haricinde kimse ile iletişim halinde olmadığı belirlenmiştir. 15, 22 ve 26 no'lu vakalarda ise asosyal kişilik özelliklerinin covid-19 salgın dönemi, sınav stresi, ailevi sorunlar vb. tetikleyicilerle daha baskın hale geldiği ve kişilerin çekirdek aileleri dışında kendilerini diğer insanlar ile iletişime kapattıkları tespit edilmiştir. 8 no'lu vakanın eşi tarafından uğradığı baskı nedeni ile ailesi dışında diğer insanlarla iletişim kuramadığı, 13 no'lu vakanın on iki yıldır yaşadığı şehirden kendi rızası dışındaki nedenlerle taşınmış olmanın verdiği bir yabancılık hissi ile iki yıldır ailesi dışında bir çevre edinemediği anlaşılmıştır. 6 ve 9 no'lu ergenlik dönemindeki vakaların yalnızca arkadaş çevreleri ile iletişim halinde iken aileleri ile iletişim kurmak konusunda isteksiz oldukları bunun yanında ergenlik dönemindeki bir diğer vaka da (28 no'lu) ise yalnızca uzak mesafe yürüttüğü duygusal ilişkisi dışında kimse ile iletişim kurmamak gibi bir isteğin hâkim olduğu belirlenmiştir.

Yaşadığı maddi sıkıntılar sonrasında çekirdek aile ve arkadaş desteğini tamamen kaybeden ve bu durumun neden olduğu buhran ile intihar girişiminde buluna 23 no'lu vakanın tek destek kaynağı ebeveynleri ve kardeşlerinden gördüğü duygusal yakınlıktır. 25 no'lu vakada ise babasını küçük yaşta ani bir şekilde kaybeden ergenlik

dönemindeki genç kızın geniş aile desteğinden yoksun bir şekilde annesi ve kardeşi ile yalnız kalarak maddi imkânsızlıklarla mücadele ettikleri ve bu durumun vakada akrabalara karşı öfke başta olmak üzere yıpratıcı etkiler bıraktığı tespit edilmiştir. Kurum bakımında olan şizofreni hastası 11 no'lu vaka, ortopedik engeli bulunan 20 no'lu vaka ve cinsel istismar öyküsüne sahip 31 no'lu vaka da ise hem aile hem de yakın çevre ilişkisinin bulunmadığı belirlenmiştir. 11 no'lu vakada bu durum bir tercih değil iken; 20 ve 31 no'lu vakalarda yardım ve destek adımlarına karşı ilgisizlik ve isteksizlik durumu hâkimdir.

Vakaların 9'unda son zamanlarda intihar davranışı öncesindeki normal yaşantıdan farklılaşan bir hayat tarzının deneyimlendiği görülmektedir. Boşanma aşamasında olduğu için bir süredir yalnız yaşamak durumunda kalan vaka (7 no'lu), boşanma aşamasında olduğu için bir süredir arkadaşı ile yaşamak durumunda kalan vaka (23 no'lu) ve yine boşanma aşamasında olduğu için bir süredir anne-babasının yanında yaşamaya başlayan vaka (27 no'lu). Yaşadıkları tartışma sonrasında eşinin evi terk etmesi üzerine on gündür yalnız yaşayan vaka (10 no'lu) ve eşi çocuklarını ziyaret amacıyla yurtdışına çıktığı için bir aydan uzun süredir yalnız yaşayan bir diğer vaka (17 no'lu). İki aydır rızasının olmadığı resmî bir görevlendirme ile çalıştığı kurum değiştirilen vaka (5 no'lu). Altı aydır birlikte yaşadığı şahsın alkol bağımlılığı nedeni ile kendisine psikolojik şiddet uyguladığını belirten ve yaşadıkları tartışma neticesinde intihar girişiminde bulunan vaka (24 no'lu). Covid-19 salgını nedeni ile eğitime ara verilen süre zarfında babaannesinin bakımını üstlenerek onun yanında yaşamaya başlayan vaka (14 no'lu). Cinsel istismar öyküsü nedeni ile iki aydır ikamet ettiği şehir değişen ve hafta içi eğitim gördüğü lisenin yurdunda, hafta sonları da dedesi ve anneannesinin evinde yaşamaya başlayan bir diğer vakanın (31 no'lu) öyküleri bu duruma örnek oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamında görüşülen 21 intihar girişimcisinin 10'u intihar davranışı nedeni ile aile ve sosyal çevresinden hem olumlu hem de olumsuz tutumlar göreceğini düşünmektedir. 8 girişimcinin yapıcı ve destekleyici tutum beklentisi var iken; 3 girişimci ise çevresinin olumsuz tavır ve tutumlarına maruz kalacağını öngörmektedir. Bunun yanında 34 vaka yakınının 21'i kendisi ve intihar davranışında bulunan aile üyesi için sosyal çevrelerinden ve diğer aile üyelerinden yapıcı ve destekleyici tutumlar göreceğini düşünmektedir. 10 vaka yakınının hem olumlu hem de olumsuz tutum beklentisi var iken; 3 vaka yakını ise sosyal çevrelerinin ve diğer aile üyelerinin olumsuz tutumlarına maruz kalacaklarını öngörmektedir.

Araştırma süresince ailelerinden ve sosyal çevrelerinden göreceklere desteğe ilişkin algıları düşük olarak değerlendirilen vakaların, olumsuz yaşam olayları karşısında daha güçsüz ve umutsuz hissettikleri gözlemlenmiştir. Olumlu destek algısı bulunmayan ya da aksi yönde olumsuz tutumlara maruz kalacağını düşünen vakaların, bu görüşlerinin temel nedeninin geçmiş deneyimleri olduğu paylaşımlarından anlaşılmıştır. Karmaşık yaşam problemleri ile karşı karşıya olan ve donanımsal olarak etkin baş etme becerilerine sahip olmayan bu bireylerin bilişsel, duygusal, sosyal ve ekonomik açıdan desteklenmeye ihtiyaçları varken; karşılaşılabilecek olumsuz tutumlar ya da yeterli ilgiden yoksun yaklaşımlar intihar davranışının yinelemesi açısından riski arttırmaktadır.

Vaka yakınları ile gerçekleştirilen görüşmelerden elde edilen bilgiler ve gözlemler ışığında; intihar davranışının aile ve sosyal çevreye etkileri araştırmacı tarafından dört başlık altında toplanmıştır. 34 vaka yakınının 14'ü intihar davranışı sonrasında aile içi dayanışmayı ve ilişkileri destekleyici yönde tepkiler vermiştir. Bundan sonraki süreçte girişimde bulunan aile üyesinin sorunlarının çözümü için ailece çaba harcayacaklarını ve bu konuda yönlendirici olacağını belirten vaka yakınları bu grupta değerlendirilmiştir. Vaka yakınlarının 10'u sağlıklı ve sorunların çözümü için etkili olmayan bir şekilde kendisini ya da bir diğerini suçlama eğilimi gösterirken; 7 vaka yakınının günlük hayatını etkileyecek düzeyde korku ve endişeye kapıldığını açıkça gözlemlenmiştir. Son olarak vaka yakınlarının 3'ü girişim olayı sonrası alacağı ve aldığı tedbirleri sıralayarak aşırı korumacı bir tutum sergileyeceklerinin işaretlerini görüşme sürecinde açıkça göstermiştir.

3.3. Kişinin Ruhsal Yapısı ve İçsel Çatışmalarına İlişkin Bulgular

İntihar davranışı öncesinde psikiyatri poliklinik başvurusu bulunmayan üç vakaya, girişim sonrasında gerçekleştirilen psikiyatri konsültasyonu ve psikiyatri poliklinik başvurusu neticesinde “obsesif-kompulsif bozukluklar, yeme bozuklukları ve anksiyete bozuklukları” ön tanıları konularak takip süreci başlatılmıştır. Bunun yanında vakalardan beşinin intihar girişimi öncesine ait psikiyatri başvuru geçmişlerinin olduğu tespit edilmiştir. Bu vakaların “depresif nöbet, anksiyete, duygulanım bozuklukları, disosiyatif bozukluklar” ön tanılarının ve bir çocuk vakanın ise “cinsel istismar öyküsü” nün bulunduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan vakaların intihar davranışı öncesinde var olan kronik hastalıkları: migren (4 ve 7 no'lu), tansiyon (5 ve 10 no'lu), şizofreni (11 no'lu), epilepsi (12 no'lu), diyabet (17 ve 22 no'lu), parkinson (19 no'lu), ortopedik engelli (20 no'lu) ve romatizma (24 no'lu) şeklinde sıralanmaktadır. Araştırmada geçmiş intihar girişim öyküsü bulunan 5 vaka (1, 9, 18, 19 ve 20 no'lu) tespit edilmiştir. Bu vakaların 3'ünde geçmiş intihar girişim sayısı bir iken; birinde iki, bir diğerinde ise üç geçmiş intihar girişim öyküsü bulunduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada alkol ve madde kullanım öyküsü bulunan 2 vaka (9 ve 10 no'lu) tespit edilmiştir. 9 no'lu çocuk vakada madde bağımlılık öyküsü aktif bir şekilde devam etmektedir. Yine bu vakada intihar girişiminde de madde yoksunluğu çekiyor olmanın etkili olduğu anlaşılmıştır. 10 no'lu vakada ise kişi geçmişte alkol kullandığı bir dönem olduğunu ancak herhangi bir bağımlılık tedavisi görmeden kendi isteği ile bıraktığını ifade etmiştir. Gerçekleştirilen görüşmelerde madde bağımlılığının yanında, 19 no'lu vakada kumar bağımlılığı ve 28 no'lu vakada ise online oyun ve teknoloji bağımlılığı olduğuna dair veriler elde edilmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan 31 intihar davranışı vakası için gerçekleştirilen 55 görüşme neticesinde; vakaların 24'ünün hayat öykülerinde travmatik deneyimlerin var olduğu ve bu öykülerin üzerinden uzun yıllar geçse dahi kişide sarsıcı etkiler bıraktığı tespit edilmiştir. Kişilerin ifadelerinden herhangi bir kriz anında bu travmatik yaşam deneyimlerinin zihinlerinde nasıl canlandığı ve kişilerin mevcut sorun durumunu yönetmelerine nasıl engel olduğu açıkça görülmektedir. Bunun yanında açıkça travmatik bir deneyim paylaşımında bulunulmayan 7 vakada ise yaşanan problemlere zihinlerde yüklenen anlamın ne kadar önemli olduğu görülmüştür. Ayrıca bu anlamlandırmalara sebebiyet veren yaşam deneyimlerinin de var olabileceği ancak bunların tespitinin daha ayrıntılı ve profesyonel görüşmeler ile yapılabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan vakaların 11'inin hayatlarında aktif pişmanlık öyküsünün bulunduğu belirlenmiştir. Bunların tamamında kişilerin pişmanlığa bağlı duygu ve düşünceleri nedeni ile psikolojik ve fizyolojik açıdan zarar gördüğü gözlemlenmiştir. Bu vakalarda depresif ruh hali, uyku problemleri ve sosyal hayattan geri çekilme davranışının varlığı da yine görüşmeler sırasında tespit edilmiştir. Aktif pişmanlık nedenleri sıklıkla evlilik kararları, ailevi nedenler, eğitim hayatını sonlandırma, güven bağı kurduğu insanlar tarafından ihanete uğrama ve maddi kayıp öyküleri ile ilişkilendirilmiştir.

Araştırma kapsamında birebir görüşme gerçekleştirilen 21 vakanın 18'i hayatları boyunca karşılaştıkları maddi ve manevi sorunları için yakın ilişkide bulunduğu kişilerden destek aldıklarını belirtirken; 7'si geçmişte yaşadığı problemler nedeni ile profesyonel destek aldığını paylaşmıştır. Bunun yanında 16 vaka, intihar davranışında bulunduğu ana kadar sorunları ile kendisinin mücadele ettiğini ve bu konuda başarılı olduğunu, eskiden hayatındaki problemleri çözmek konusunda daha yetkin bir insan olduğunu ancak mevcut durumda şartların onu zorladığını belirten ifadelerde bulunmuştur.

İntihar davranışında bulunan vakalarla gerçekleştirilen görüşmeler sırasında, vakaların 10'unun ajite tutumlar sergilediği ve gelecekle ilgili beklenti ve planların bulunmadığı gözlemlenmiştir. Bu durumun temel nedeninin ise yaşanan yoğun umutsuzluk duygusu olduğu tespit edilmiştir. İntihar davranışına neden olan sorunlar ne kadar uzun süreli ise ve kişi bu sorunların çözümü için ne kadar çok başarısızlıkla sonuçlanan girişimde bulundu ise umutsuzluk hissinin o oranda derinleştiği araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir. Bunun yanı sıra psikososyal ve maddi açıdan kendisine destek olabilecek bir sosyal çevreye sahip olmayan ya da çevresinden bu konuda gelecek yardımlara karşı isteksiz olan vakaların da yine diğerlerine oranla daha umutsuz ve karamsar olduğu belirlenmiştir. Birebir görüşülen vakaların 11'inde ise intihar davranışına neden olan sorunlarının çözümü için çaba harcama arzusu ve gelecek konusunda beklentilerin varlığı net bir şekilde gözlemlenmiştir. Bu kişilerin diğerlerinden farklı olarak iletişime daha açık, çözüm odaklı ve intihar davranışında bulunduğu için gerçek bir pişmanlık hissiyle sahip kişiler oldukları anlaşılmıştır. Bu vakaların ortak özelliklerinden biri ise çocuk, aile ve inanç gibi koruyucu unsurlardan en az birine sahip olmalarıdır.

Vaka yakınlarının 18'i intihar davranışından sonraki süreç ve gelecek için temelde riskli konumda gördükleri yakınlarını koruma dürtüsü ile sakin bir şekilde çeşitli önlemler alacaklarını, sorunların çözümü için destek ve güç kaynaklarına başvuracaklarını belirten yapıcı paylaşımlarda bulunmuştur. Bunun yanında 15 vaka yakınının gelecek konusunda daha endişeli ve umutsuz olduğu, bir vaka yakınının (4 no'lu) ise ilgisiz bir tutuma sahip olarak çözüm odaklı olmaktan uzak paylaşımlarda bulunduğu gözlemlenmiştir.

3.4. Sosyal Hizmet Müdahale Geçmişi ve Mevcut İhtiyaçlara İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen görüşmelerden elde edilen bilgilere göre; vakaların kendisinin ya da ailesinin geçmişte ya da görüşmenin gerçekleştirdiği süreçte halen aldıkları hizmetler; kısa süreli ya da tek seferlik ayni-nakdi yardım hizmetleri, evde bakım aylığı, yaşlı aylığı, kurum bakımı, sağlık tedbiri ve sosyal ekonomik destek hizmeti (SED) olarak gruplandırılmıştır. 31 vakadan 21'inin hizmet geçmişi bulunmamaktadır.

Araştırmada elde edilen bilgilere göre; intihar davranışında bulunan 31 vakadan 11'inin kendisinin ya da ailesinin sosyal hizmetlere başvuru geçmişi bulunmaktadır. Sosyal hizmetlere başvuru geçmişi bulunan vakalardan 2'si (2 ve 3 no'lu) başvurularına rağmen hizmet geçmişinin bulunmadığını beyan etmiştir. 3 no'lu vakada maddi yardım taleplerinin inceleme aşamasında olduğu bilgisi alınırken; 2 no'lu vakada gerekli kriterleri sağlayamadıkları için evde bakım aylığı taleplerinin reddedildiği bilgisi alınmıştır. 12 no'lu vakada ise sosyal hizmetlere herhangi bir başvuruda bulunmamalarına rağmen 24 Ocak 2020 tarihinde gerçekleşen Elazığ depremi

sonrasında konteynerde yaşamaya başladıkları ve kısa süreli olarak aynı nakdi yardımlardan faydalandıkları bilgisi alınmıştır.

Tablo 1.

Vakaların Şahsi ve Ailevi Geçmişlerinde ya da Görüşmenin Gerçekleştiği Süreçte Halen Sosyal Hizmetler Kapsamında Aldıkları Hizmetler

Hizmet Türü	Sayı	Yüzde
Aynı / nakdi yardım	3	9,7
Evde bakım aylığı	3	9,7
Yaşlı aylığı	1	3,2
Kurum bakımı	1	3,2
Sağlık tedbiri	1	3,2
SED	1	3,2
Hizmet geçmişi yok	21	67,8
Toplam	31	100,0

Tablo 1’de yer alan hizmetlerden kısa süreli aynı nakdi yardım hizmetleri tek sefer ya da birkaç defaya mahsus olarak düzenlenen hizmetlerdir ve görüşülen kişiler aktif olarak bu başlık altında herhangi bir hizmet almamaktadır. Yine aynı tabloda yer alan evde bakım aylığı öyküsü bulunan vakalardan (9, 14 ve 26 no’lu) biri gerekli kriterlerin sağlanamaması nedeni ile bir süre önce yardımın kesildiğini ifade etmiştir. Aynı gerekçe ile bir vakanın (29 no’lu) annesinin, çocukları üzerinden aldığı SED yardımının da bir süre önce kesildiği bilgisi alınmıştır.

Bu durumda görüşmelerin gerçekleştiği tarihte aktif olarak devam eden hizmetler; iki vaka için evde bakım aylığı, bir vaka için kurum bakımı, bir vaka için sağlık tedbiri ve bir vaka için yaşlı aylığı hizmet öyküsü ile sınırlıdır. Bunun yanında gerçekleştirilen görüşmeler, ilgilerin beyanları, ulaşılan veriler ve araştırmacının gözlemleri neticesinde hizmet geçmişi olsun ya da olmasın tüm vakaların ve yakınlarının gerek maddi gerekse psikososyal açıdan profesyonel yardıma ve desteğe ihtiyaç duyduğuna kanaat getirilmiştir.

Araştırmacı tarafından tespit edilen bu ihtiyaçların yanında çarpıcı bir şekilde görüşmeler sırasında sağlık kurumlarında sosyal çalışmacı ile temas geçmişi sorgulanan 21 intihar girişimcisinin ve 34 vaka yakınının tamamı herhangi bir sağlık kurumunda sosyal çalışmacı ile temas geçişinin bulunmadığını beyan etmiştir. Ayrıca katılımcıların tamamının sosyal hizmetleri; Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü çatısı altındaki hizmetlerden ibaret olarak bildikleri, sağlık kurumlarında tam olarak hangi konularda ilgili meslek elemanlarından destek görecekları hususunda net bir bilgi sahibi olmadıkları da anlaşılmıştır. Gönüllülerin tamamı görüşmelerin sonunda bu hususta ve ihtiyaçları doğrultusunda yardım alabilecekleri diğer kurum ve kuruluşlar hakkında araştırmacı tarafından bilgilendirilmiştir.

Tablo 2.

Vakaların Taburculuk Sonrası Başvurmayı Planladığı Hizmetler

Hizmet Türü	Sayı	Yüzde
Vaka ile görüşülemedi	10	32,3
Aile danışmanlığı	3	9,7
Psikiyatri hizmetleri	1	3,2
Aynı / nakdi yardım	2	6,5
Profesyonel destek talebi yok	15	48,4
Toplam	31	100,0

Araştırma kapsamında görüşülen 21 intihar girişimcisinin 15’i taburculuk sonrasında herhangi bir profesyonel destek talebinin ve ihtiyacının olmadığını beyan etmiştir. Vakalardan yalnızca 1’i (19 no’lu) psikiyatri hizmetlerine başvuracağını belirtirken; 3 vaka (4, 10 ve 13 no’lu) aile danışmanlığı hizmetlerine ve 2 vaka (8 ve 20 no’lu) ise aynı nakdi yardım hizmetlerine başvurmayı planladığını paylaşmıştır. Bu vakalar araştırmacı tarafından sorunlarının çözümü için harekete geçmek konusunda daha istekli ve iletişime daha açık kişiler olarak değerlendirilmiştir (Tablo 2). Profesyonel destek talebi bulunmayan gönüllülerin tamamı araştırmacı tarafından ihtiyaçları doğrultusunda profesyonel destek almaları hususunda ikna edilmeye çalışılmış ve herhangi bir kriz anında başvurabilecekleri kurum ve kuruluşlar konusunda bilgilendirilmiştir.

Araştırma kapsamında görüşülen vaka yakınlarının ise yalnızca 7’si taburculuk sonrasında herhangi bir profesyonel destek taleplerinin ve ihtiyaçlarının olmadığını beyan etmiştir. Vaka yakınlarının 22’si intihar davranışında bulunan bireyin psikiyatri hizmetlerine başvurması gerektiğini düşünmekte ve profesyonel destek

ihtiyacının olduğunu belirtmektedir. 3 vaka yakını (4, 10 ve 13 no'lu) aile danışmanlığı hizmetlerine, 1 vaka yakını (20 no'lu) aynı nakdi yardım hizmetlerine ve 1 vaka yakını (25 no'lu) ise İŞ-KUR benzeri hizmetlere intihar davranışında bulunan bireye destek sağlamak amacıyla bizzat başvuracağını belirtmiştir (Tablo 3).

Tablo 3.

Vaka Yakınlarının Taburculuk Sonrasında Başvurmayı Planladığı Hizmetler

Hizmet Türü	Sayı	Yüzde
Aile danışmanlığı	3	8,9
Psikiyatri hizmetleri	22	64,7
Aynı / nakdi yardım	1	2,9
İŞ-KUR vb. hizmetler	1	2,9
Profesyonel destek talebi yok	7	20,6
Toplam	34	100,0

İntihar girişiminde bulunan vakaların %48,4'ü profesyonel destek talebi olmadığını belirtirken; bu oran vaka yakınlarında %20,6 olarak belirlenmiştir (Tablo 2 ve Tablo 3). Bu durumun temel nedeninin görüşmeler sürecinde intihar girişimcilerinde gözlemlenen aktif umutsuzluk hissi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kişiler uzun süredir devam eden problemlerinin çözümsüz olduğunu düşünme eğilimindedir. Bunun yanında yakınları daha çok iyileşmeyi sağlama ve koruma refleksi ile profesyonel destek talep etmekte ve hatta vakanın bu konuda ikna edilmesini istemektedir.

Araştırma kapsamında intihar davranışında bulunan bireylerle gerçekleştirilen 21 görüşmenin 20'sinde görüşme süreci, yöneltilen sorular, yapılan bilgilendirme ve yönlendirmeler gönüllüler tarafından faydalı bulunmuş ve ilgililer görüşmeden memnun kaldıklarını ifade etmiştir. Yalnızca 1 vakada (2 no'lu) gönüllü, görüşmeyi gereksiz bulduğunu belirtmiştir. Bu vakada görüşme öncesinde intihar girişimcisi psikiyatri konsültasyonunu da reddetmiş, uzun süreli işsizlik öyküsü nedeni ile yaşadığı sıkıntıların çözümüne tüm bunların fayda etmeyeceğini ifade ederek tıbbi müdahalenin tamamlanmasının ardından acil servisten ayrılmıştır.

Vaka yakınları ile gerçekleştirilen 34 görüşmenin 32'sinde görüşme süreci, yöneltilen sorular, yapılan bilgilendirme ve yönlendirmeler gönüllüler tarafından faydalı bulunmuş ve ilgililer görüşmeden memnun kaldıklarını ifade etmiştir. Yalnızca 2 vakanın (14 ve 17 no'lu) gönüllü yakınları, görüşmeyi gereksiz bulduğunu belirtmiştir. Bunlardan biri 17 no'lu vakanın iki yakınından biri olan oğludur. Görüşme sırasında ilgilinin vaka hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olmadığı ve sürecin uzaması, vakanın tıbbi durumunda yeterli iyileşmenin sağlanamaması gibi nedenlerle yorgun ve isteksiz olduğu gözlemlenmiştir. 14 no'lu vakada ise intihar girişiminde bulunan on sekiz yaş altı vakanın yakını olarak babası ile görüşülmüştür. Annesi üzerinden bakıcı aylığı alan ve pandemi nedeni ile okulların kapalı olduğu dönemde annesinin bakım sorumluluğunu kızına yükleyen baba, sürecin sonunda kızının babaannesine ait ilaçları içerek intihar girişiminde bulunmuş olmasından dolayı devleti ve akrabalarını suçlama eğilimindedir. Görüşme sürecinde agresif tavırlar sergileyen, ses tonunun yükselterek ajite davranışlarda bulunan gönüllünün tutumlarından acil serviste tedavi görmekte olan hastalar ve sağlık personeli tedirgin olmuştur.

Araştırma süresince araştırmacı tarafından, intihar davranışı söz konusu olduğunda sahadaki mevcut sosyal hizmet uygulamaları kurumsal düzeyde gözlemlenmiş ve doğru analizler yapılabilmesi adına yetkililerden süreç hakkında çeşitli bilgiler alınmıştır. Araştırma kapsamında 14/02/2022 tarihinde Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü Personel Destek Hizmetleri Başkanlığı Atama Biriminden, Elazığ il sınırları içerisinde yer alan sağlık kuruluşlarında aktif olarak çalışan sosyal çalışmacı personel sayısı bilgisi alınmıştır. Bu kapsamda Elazığ'da birinci basamak sağlık kuruluşu olarak kabul edilen il sağlık müdürlüğünde 1, toplum sağlığı merkezlerinde 3; ikinci basamak sağlık kuruluşu olarak kabul edilen devlet hastanelerinde 16; üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak kabul edilen üniversite hastanesinde ise 1 olmak üzere toplamda 21 sosyal çalışmacı istihdam edilmektedir. İkinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan sosyal çalışmacıların 9'u Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesinde, 5'i Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde, 2'si ise Kovancılar Devlet Hastanesinde aktif olarak çalışmaktadır. Kovancılar Devlet Hastanesi haricinde; ilçelerde yer alan beş devlet hastanesinde sosyal çalışmacı istihdam edilmemektedir. Merkez toplum sağlığı merkezi ve ona bağlı üç sağlıklı hayat merkezi haricinde; bir sağlıklı hayat merkezinde ve ilçelerde yer alan sekiz toplum sağlığı merkezinde sosyal çalışmacı istihdam edilmemektedir.

Araştırmanın gerçekleştiği üniversite hastanesinde intihar davranışında bulunan bireylere acil medikal müdahale gerçekleştirilmekte ve gerekli görüldüğü durumlarda psikiyatri yatışı önerilmektedir. Bunun yanında kurum, intihar vakalarını il sağlık müdürlüğüne bildirmek ile yükümlüdür. Etkili intihar önleme stratejilerinin geliştirilebilmesi için intihardan ölümlerin yanında intihar girişimlerinin de daha iyi gözetimi ve takibi gerekmektedir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı, 2012 yılından beri il sağlık müdürlükleri aracılığıyla ölümlerle

sonuçlanan intiharlar dışında intihar girişimlerine ait istatistikleri de derleme çalışmaları yürütmektedir. Müdürlükler verileri sağlık kuruluşlarından aylık olarak talep etmektedir. Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Ruh Sağlığı Birimi'nden elde edilen bilgilere göre; bildirimlerden sonraki süreçte gerçekleştirilen müdahaleler sıklıkla yineleyen girişim öykülerine sahip mükerrer vakalar ile sınırlı kalmaktadır. Yılda iki kez valilik başkanlığında toplanan İntiharı Önleme İl Koordinasyon Kurulunda değerlendirmeye alınan mükerrer vakalar için öncesinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapmakta olan sosyal çalışmacılardan ya da Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'nden sosyal inceleme raporları talep edilmektedir. Rapor ile tespit edilen ihtiyaçlar doğrultusunda ilgililere gerekli yardımlar ulaştırılmaktadır.

Benzer şekilde araştırmanın gerçekleştiği üniversite hastanesinde de intihar davranışı neticesinde başvuruda bulunan kişiler için ilgili istatistiki ve ayrıntılı bilgiler Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Ruh Sağlığı Birimine aylık olarak bildirilmektedir. İlgili kurumda 19/11/2020 tarihinden beri, taslağı Sağlık Bakanlığı'na ait olan "İntihar Girişimleri Kayıt Formu" kullanılmaktadır. Düzenlenen formlar aylık olarak kurumda görevli sosyal çalışmacı tarafından Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü'ne iletilmektedir. Saha çalışmasından önceki üç ayda müdürlüğe iletilen toplam form sayısı 11 iken; saha çalışmasından sonraki üç ayda ise acil servis personeli tarafından, intihar girişim formu doldurulmadığı tespit edilmiştir. Araştırmacı tarafından konu hakkında hastane idaresi ve acil servis sorumlu öğretim üyeleri ile görüşülmüştür. Yaşanılan aksaklığın; üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan ve genellikle tıbbi açıdan acil ve ağır vakaların getirildiği hastanenin acil servisinde, medikal müdahalenin ardından ilgili formu doldurmak amacı ile intihar girişimcisi ile görüşme gerçekleştirecek personelin belirsizliğinden kaynakladığı tespit edilmiştir. Forma ilişkin olarak acil serviste görev yapan sağlık personelinin görev tanımında herhangi bir sorumluluğun bulunmaması, tıbbi müdahalenin ardından ilgili görüşmeyi gerçekleştirebilecek yeterlilikte, krize müdahale konusunda donanıma sahip herhangi bir personelin sürekli olarak acil serviste istihdam edilmemesi ve tabi konuyu değerlendirecek bir krize müdahale biriminin bulunmaması ilgili verilerin kapsamı ve kalitesini de düşürmektedir.

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma sürecinde intihar davranışı açısından tetikleyici olduğu belirlenen tüm yaşam problemlerinin ve bireyler ve aileleri için zorlayıcı olan süreçlerin, sosyal hizmetin mesleki müdahalede bulunabileceği alanları içerdiği ve iyilik halinin sağlanması ve desteklenmesi için sosyal hizmet mesleki uygulamalarına ihtiyaç duyulduğu tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen görüşmelerde, hayat öyküleri alınan vakalardan ikisi (5 ve 16 no'lu) haricinde diğer tüm vakalarda kişilerin ailevi ilişkilerinden kaynaklanan problemlerinin var olduğu ve tamamı için yaşanılan sorunların altı aydan uzun süredir devam ettiği belirlenmiştir. Bulgular başlığı altından ayrıntılı bir şekilde yer verilen ailevi ilişkilerin niteliğine ilişkin verilerin, mevcut literatürle de uyumlu olduğu (Adıgüzel, 2018; Alptekin, 2008; Çetiner, 2006; Fidan vd., 2011; Köskün, 2019; Yıldız, 2018) ve aile yapısının kişiler için destekleyici ya da zorlayıcı özelliklerinin, ailenin kaotik ortamının ve aileden beklenen destek algısının intihar davranışı ile yakından ilişkili olduğu saptanmıştır.

Araştırma sırasında aileden beklenen destek algısının ve ailevi ilişkilerin niteliğinin kriz anında bir kaynak olabilecek iken yaşanılan sorunların esas nedeni haline gelebildiği gözlemlenmiştir. Bu nedenle ailelerin biyo-psiko-sosyal açıdan desteklenmesi sağlıklı nesiller ve sağlıklı bir toplum için ön koşul olarak kabul edilmektedir. Aileler için sosyal hizmetin, kurumsal yapılanmalar içerisinde yerini alması bu açıdan oldukça önemlidir. Aile hekimlikleri, toplum sağlığı merkezleri, sağlıklı hayat merkezleri bu konuda yararlanılabilecek kurumlar olarak değerlendirilmektedir. Merkezi olarak standartları belirlenen, somut ve kanıta dayalı hizmetlerin ilgili kurumlarda yeterli sayıda ve donanımda meslek elemanı tarafından vatandaşlara ulaştırılması intihar başta olmak üzere her türlü yaşamsal krizde ailenin ve bireyin desteklenmesi için koruyucu ve önleyici nitelik taşımaktadır. Bu hizmetlerin içeriği; evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri, yaşam krizlerine yönelik (yas, boşanma, iflas vd.) destekleyici hizmetler, gelişim dönemlerine özgü bilgilendirici ve yönlendirici hizmetler, bakım sorumluluğu ve bakım yükünü hafifletmeye yönelik bilgilendirici ve destekleyici hizmetler, inanç ve moral değerlere odaklanan psikolojik destek ve danışmanlık hizmetleri şeklinde sıralanabilir.

Araştırmamızda, literatürde yaygın olarak kabul edilen ergenlik dönemi ile ilişkili olarak gözlemlenen değişimlerin intihar davranışı riskini arttırabileceği yönündeki görüşü destekleyen bulgulara ulaşılmıştır (Akın & Berkem, 2013; Batıgün & Şahin, 2003; Şıklar vd., 2004). Gelişim dönemi sorunlarının tetikleyici olduğu vakalarda sıklıkla ergenlik döneminde olan gençlerin daha fazla özgürlük taleplerinin, sorumluluktan kaçınma yönünde tutumlarının, çeşitli bağımlılık eğilimlerinin ve ailelerinden uzaklaştıkça tehlikeli ortamlarda bulunma risklerinin arttığı gözlemlenmiştir. Bu vakalarda, ailelerin ne yapacakları konusunda desteğe ve bilgiye ihtiyaç duydukları, açıkça çaresiz kaldıklarını ifade ettikleri görülmüştür. Bu noktada çocuğu ergenlik döneminde olan ve profesyonel olarak desteklenmeye ihtiyaç duyan ebeveynlere, gerekli durumlarda çocukları ile birlikte dâhil olabilecekleri destek hizmetlerinin sunulması gerektiği tespit edilmiştir.

Bir gelişim dönemi olarak yaşlılık süreci ele alındığında ise artan sağlık sorunları, emeklilik süreci ve sosyal işlevsellik kaybı gibi olumsuzluklarla mücadele eden, bu süreci kendisini ve ailesini yıpratıcı düzeyde

etkilenecek deneyimleyen vakaların (10 ve 17 no'lu) var olduğu saha çalışması sürecinde tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen görüşmelerde, bu kişilerin sıklıkla geçmişten, daha sağlıklı ve zinde hissettikleri, sosyal hayata daha fazla dâhil oldukları dönemlerden bahsettikleri gözlemlenmiştir. Literatürde yaşlı intiharları sıklıkla tedavi edilmemiş depresyon süreçleri ile ilişkilendirilmekte ve bunun yanında krize müdahale girişimleri ve ileri yaşta sosyal izolasyonun önlenmesi ihtiyacından söz edilmektedir (Aslan & Hocaoğlu, 2014). Yaşlı intiharları sorununun çözümü için sosyal devlet olmanın bir gereği olarak yaşamın ilerleyen yıllarında olan bireylerin kendilerini daha sosyal ve değerli hissetmelerine yardımcı olacak yaşam alanlarının ve onların yaşam tecrübelerinden ve deneyimlerinden de faydalanılabilecek çeşitli platformların oluşturulması gerekmektedir. Bu şekilde hem nesiller arası bağlar güçlenecek hem de yaşamın kaçınılmaz bir sonu olan yaşlılık dönemi istenmeyen ve geciktirilmesi gereken bir dönem olmaktan çıkartılarak daha saygın ve verimli bir konuma getirilecektir. Gelişim dönemlerine yönelik insan hayatını kolaylaştırıcı ve olumlu kendilik algısı geliştirilmesini destekleyici özellikte her türlü hizmet ve politikanın geliştirilmesi ve uygulanması aşamasında sosyal hizmet önemli roller üstlenebilecek donanıma sahip bir disiplindir.

Saha çalışması sürecinde; çocuk yaşta aile baskısı ile evlendirilen ya da ailesinin rızası olmadan evlenen, sevecek isteyerek gerçekleştirdiği evlilik sonucunda fiziksel şiddet ve baskı gören, kendi rızası ile evliliği tercih etmeyen ancak ilerleyen yıllarda beğenilme ve güzellik algısını takıntı haline getiren intihar girişimcisi kadınlar ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Yeni bir hayatın hayalinden ve bunun için gerekli olan donanımdan yoksun olan bu kadınların intiharı, kurtuluşu getirecek bir çözüm olarak algıladıkları ve neredeyse tamamının girişim sonrasında pişmanlık duygusunun yanında çözümsüz olarak gördükleri sorunları nedeni ile umutsuzluk içerisinde oldukları gözlemlenmiştir. Araştırmamızda sorun çözme ve baş etme becerisi ile sosyal destek kaynakları yetersiz olan kadınların, umutsuzluk içerisinde intiharı bir çözüm ve kurtuluş olarak seçebildiklerini gösteren, literatür verileri ile de uyumlu paylaşımlar (Akçay & Taşkın, 2019; Bağlı, 2004; Batıgün, 2008; Sarıpınar, 2015; Teğin, 2014) ilgili nüfusun bu konuda güçlendirilmeye ihtiyaç duyduğunu kanıtlar niteliktedir.

Çeşitli nedenlerle eğitim hayatına devam edemeyen, uzun yıllar süren bir evliliğin ardından yeni bir başlangıç için gerekli maddi gücü ve çalışma deneyimi bulunmayan, somut olarak karşılaştığı engeller dışında bir de toplumun ve modern kültürün dayattığı kalıplar içerisinde güzel ve arzulanabilir olma baskısını fiziksel görüntüsü başta olmak üzere hayatının her alanında hissederek duygusal açıdan sürekli hırpalanan bu kadınların; intihar ile gelecek bir sonda ziyade yeni bir başlangıç yapmaya ihtiyaçları vardır. Bu da ancak devlet tarafından sürekli ve geliştirici nitelikte hizmetlerin ihtiyaç sahibi kadınlara ulaştırılması ile mümkün olacaktır. Devletin desteği ve koruması ile yetenekleri ve ilgileri yönünde kendisini geliştiren kadınlar, elde edecekleri maddi ve manevi doyum ile kendileri için yeni ve başka yollar seçebilecek, mecburiyetlerin neden olduğu sıkıntılı hayatlarından kaçmak için ölümü seçmek zorunda kalmayacaktır.

Kişide toplumsal aidiyet duygusunun varlığının, intihar davranışında üstlendiği koruyucu role ilişkin paylaşılan literatür bilgisi ile uyumlu bir şekilde araştırmamız saha çalışması süresince covid-19 salgın şartlarında sosyal hayatı sınırlanan ve buna bağlı olarak mevcut fizyolojik ve psikolojik şikayetlerinde artış gözlemlenen 4 vaka (2, 14, 15 ve 26 no'lu) olmuştur. Özellikle sosyal izolasyon kurallarının sıkı bir şekilde uygulandığı salgın hastalık dönemleri, kişilerin yaşam kalitesini etkileyerek sosyal işlevselliğini bozmaktadır. Bu nedenle benzer durumlarda ülkelerin, ruhsal destek programlarını geliştirerek yaygınlaştırması salgın süreci ile ilişkili intiharları önlemede etkili olabilir (Garbioğlu vd., 2020).

Görüşmeler sırasında tespit edilen bir diğer sorun alanı, bakım sorumluluğu yüklenen çocuklardır. Bakım sorumluluğunun maddi ve manevi açıdan yordayıcı etkilerine vurgu yapan literatür verileri (Arslantatar & Atasü Topçuoğlu, 2021; Fertelli & Tuncay, 2019) ile de uyumlu bir şekilde, bakım sorumluluğun türüne ve bu sorumluluğun yüklenildiği gelişim dönemine göre kişi üzerinde farklı şekillerde intihar davranışı için risk oluşturduğu araştırmamız ile ortaya konmuştur. Özellikle örgün eğitim hayatından uzaklaşıldığı anda gerek destek ve şahit olma ile gerekse doğrudan tüm bakım sorumluluğunu yüklenerek çocukların, psikolojik ve fizyolojik açıdan zarar gördüğü gözlemlenmiştir. Vakalardan birinin babasının, üzerinden bakıcı aylığı aldığı üst soy ebeveynine (babaannesine) salgın nedeni ile okulların kapalı olduğu süreçte tek başına baktığı ve ona ait ilaçları içerek intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir. Ebeveynlerinin boşanma sürecinde, okul hayatını kendi rızası ile bırakarak küçük kardeşlerine bakmaya başlayan başka bir çocuk vakanın girişimi de bu konuda bir diğer örnektir. Ayrıca çocuk yaşta şizofreni ve yatak hastası gibi ağır fizyolojik ve psikolojik rahatsızlıklara sahip ebeveynlerine bakım verme öyküsü bulunan diğer vakalarda da (11 ve 19 no'lu) ileri yaşlarda gözlemlenen hastalık ve ölüm korkusu ile tetiklendiği düşünülen intihar davranışları bakım sorumluluğunu üstlenme yaşının ve bu yükün psikolojik etkilerinin çok açık örnekleri olmuştur.

Bu sorunun çözümü noktasında özellikle eğitim hayatını öngörülen şekilde tamamlamayan ve okul devamsızlık problemi olan çocukların hangi şartlarda bu noktaya geldiğinin profesyonel meslek elemanlarınca tespit ve takip edilmesi gerekmektedir. Bu açıdan okul sosyal hizmeti alanının önemi ortaya konmuştur. Okullarda sosyal hizmet uzmanı istihdamının gerçekleştirilmesi ile sorun alanlarının tespiti ve erken müdahale açısından koruyucu ve önleyici nitelikte hizmetler sunulabilecektir. Bunun yanında sürekli bakım ihtiyacı bulunduğu tespit edilen ve

bu konuda maddi olarak desteklenen vatandaşlar ve yakınları için sürecin nasıl işlediğinin takibinin daha özenli yapılması gerektiği tespit edilmiştir. İncinebilir nüfus gruplarının ve ailelerinin desteklenmesi amacı ile yürütülen sağlık ve sosyal hizmetlerin denetiminin etik ve insani değerler gözetilerek kişilerin yararına olacak şekilde takip edilmesi ve gerekli durumlarda hizmetin sonlandırılması ya da hizmet şeklinin değiştirilmesi gerekmektedir. Bu süreçte yaşanan herhangi bir ihmal ya da aksaklığın yeni sorun alanlarının oluşmasına neden olabileceği açıktır.

Süreğen maddi sıkıntılar ve işsizlik problemi, aile stresi ve geçimsizliği (Aytaç & Rankin, 2009) başta olmak üzere birçok sorun alanında olduğu gibi intihar davranışı söz konusu olduğunda da tetikleyici bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu konuda, literatürle uyumlu (Atıla & Çelikkaya, 2020; Karaoğlu, 2016; Şenol vd., 2005) bir şekilde maddi imkansızlıkların ve işsizliğin doğrudan ya da dolaylı olarak intihar davranışının görülme riskini arttırdığı araştırmamız kapsamında değerlendirilen vakalarda da teyit edilmiştir. Gerçekleştirilen görüşmelerde uzun süreli işsizlik problemi yaşadığını, maddi sıkıntılar çektiğini, herhangi bir işte çalışacak donanımına sahip olmadığını ve bu nedenle yoksunluk içerisinde olduğunu belirten vakalar, sıklıkla psikolojik bir destekten ziyade düzenli bir iş ve gelir talebinin olduğunu yinelemiştir. Bu noktada gerek özel sektörde gerekse kamuda istihdam alanlarının artırılması, mesleki eğitim kurumlarının sundukları olanakların iyileştirilmesi, her türlü mesleki çalışmanın sigorta ve sosyal güvencelerle desteklenmesi gerekmektedir.

Araştırma kapsamında değerlendirilen ve 3'ü ölümle sonuçlanan toplam 31 intihar davranışı vakası genel olarak değerlendirildiğinde; 2 vaka haricinde (5 ve 14 no'lu) diğer vakaların tamamında intihar davranışına neden olan tetikleyici sorunun altı aydan daha uzun süreli bir geçmişe sahip olduğu, vakaların ve ailelerinin karmaşık yaşam problemlerinin bulunduğu görülmektedir. Gerçekleştirilen 55 görüşmeden elde edilen bilgilere göre ilgililerin tamamının herhangi bir sağlık kurumunda sosyal çalışmacı ile temas geçmişinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Edinilen bilgilere göre kronik hastalık öyküleri, bağımlılık öyküleri, öfke kontrol problemleri, kronikleşmiş ailevi problemleri ve uzun süreli maddi sıkıntıları bulunan bu kişiler psikolojik destek, danışma, yönlendirme ve bilgilendirme amacıyla dahi sağlık kurumlarında sosyal çalışmacılar ile iletişime geçmemiştir. Bu durum hem vakaların tespiti, hizmet kalitesi ve hizmetlerin kişilere ulaşımında hem de personel sayısı ve yetkinliği hususunda eksikliklerin söz konusu olduğunu açıkça göstermektedir.

İntihar davranışında bulunan bireylerin deneyimlediği sorunların çeşitliliği ve çözümsüz olarak geçen sürenin uzunluğu dikkate alındığında araştırma problemlerinde belirtildiği şekli ile kişilerin sosyal hizmetlere ve diğer profesyonel destek kaynaklarına başvurmadıkları ve başvurularının ise etkili ve yeterli düzeyde bir hizmet alamadığı tespit edilmiştir. İntihar vakaları söz konusu olduğunda günümüzde mevcut sosyal hizmet uygulamalarına bakıldığında sağlık alanında yoğunlaştıkları görülmektedir. Üç aylık saha çalışması neticesinde; sahada geneli yaklaşım ile şekillenmesi beklenen sosyal hizmet uygulamalarının intihar öncesi önleme, intihar sonrası krize müdahale ve tedavi süreçlerinde etkin bir şekilde kullanılmadığı ve tüm bu süreçlere ailelerin dâhil edilmesi konusunda ciddi eksikliklerin olduğu araştırmacı tarafından tespit edilmiştir.

Kurumsal yapılanmaların, yasal düzenlemelerin ve bilimsel gerçeklerin sahadaki karşılığına bakıldığında, öncelikle intihar söz konusu olduğunda kurumlar arasında birlikte çalışmanın standartlarının oluşturulmadığı ve ciddi koordinasyon sorunlarının yaşandığı görülmektedir. Ayrıca uygulama ve müdahalelerde farklılıklar olduğu, sosyal hizmet mesleğinin etkin olarak sürece dâhil edilemediği, yetkililer tarafından girişim öyküsü tespit edilen vakaların çok azına tekrar ulaşıldığı, vakaların incelenmesi ve takibinin yüzeysel olarak yapıldığı ve ailelerin sürece dâhil edilerek güçlendirilmediği tespit edilmiştir. Bu noktada literatürde yer alan veriler ve mevcut düzenlemeler ışığında intihar davranışında bulunan bireylere ve ailelerine yönelik gerçekleştirilmesi beklenen sosyal hizmet uygulamalarının sahada tam anlamıyla bir karşılığının olmadığı ve ilgili alanda uygulanan biyo-psiko-sosyal müdahalelerin nitel ve nicel yönden kişilerin toplumsal katılım ve işlevsellik düzeylerine katkıda bulunacak yeterlilikte olmadığı belirlenmiştir. Sürece ilişkin edinilen bilgiler genel olarak değerlendirildiğinde; sağlıkta sosyal çalışmacı istihdamının sınırlılığı, mevcut meslek elemanlarının sahadaki görev tanımlamalarında yaşanan sıkıntılar, personelin sorun alanlarında etkin ve verimli bir şekilde kullanılmaması, risk alanlarının tespiti ve ilgililere ulaşılması amacıyla planlı ve standartlaştırılmış hizmetlerin geliştirilmemesi gibi sorunlar mevcut durumun nedenleri olarak ifade edilmektedir.

Literatür incelemesi yapılırken intihar girişimleri ve diğer kriz durumları ile karşılaşan kişilere ve ailelerine uygun zamanda gerekli psikososyal desteğin sağlanması amacı ile Sağlık Bakanlığı'nın, 2004 yılında pilot uygulama ile Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı'nı başlattığı ve program kapsamına alınan sağlık kuruluşlarının sayısının belli aralıklarla arttırıldığı ancak hala tüm sağlık kuruluşlarında aktif olarak uygulanmadığı bilgilerine ulaşılmıştır. Programın kapsamında yer alan kuruluşlar, ikinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Ancak meslek elemanları ile yapılan görüşmelerden, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi başta olmak üzere il sınırları içerisinde hizmet veren hastanelerin hiçbirinin acil servisinde krize müdahale biriminin bulunmadığı bilgisine ulaşılmıştır. Üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak kabul edilen üniversite hastanelerinde ise acil servislere krize müdahale odalarının bulunması ya da intihar konusunda sağlığın sosyal belirleyicilerini de dikkate alarak organize edilmiş bir ekip tarafından çalışma yapılması

zorunluluğu yoktur. Benzer şekilde saha çalışmasının gerçekleştiği üniversite hastanesinin acil servisinde de programda belirtilen şekli ile psikososyal açıdan krize müdahale edebilecek bir yapılanma yer almamaktadır. Medikal müdahalenin dışında vakaların, psikiyatri konsültasyonu ile değerlendirilmeye çalışıldığı ve bu değerlendirmede geçmiş girişim ve psikiyatrik hastalık öyküsü odaklı olarak yineleyici intihar davranışı riskinin değerlendirildiği ve genellikle vakaların konsültasyon sonrası psikiyatri poliklinik önerisi ile taburcu edildiği gözlemlenmiştir.

Medikal müdahalenin ardından yalnızca 2 vaka (26 ve 30 no'lu) için psikiyatri klinik yatışı önerilmiştir. Bunlardan biri öneriyi kabul ederek psikiyatri servisinde yatarak tedavi götürür iken; diğer vaka aktif olarak devam eden risk durumu ve ölüm isteğine rağmen psikiyatri yatışını kabul etmemiş ve yazılı olarak onamı alındıktan sonra hastaneden ayrılmıştır. Bunun yanında acil servis personeli tarafından konsültasyon için psikiyatrinin bilgilendirilmediği vakaların da olduğu aynı zamanda acil servis başvurularını değerlendirecek alanında uzman bir krize müdahale ekibi bulunmadığından vakaların tespitinde ciddi sıkıntılar yaşandığı araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir. Saha çalışması süresince araştırmacı tarafından taburculuk öncesinde psikiyatri konsültasyonu yapılmadığı tespit edilen (vefat eden 3 vaka dışında) 9 vaka olmuştur. Araştırmacı tarafından ilgili sağlık personeline konu hakkında bilgi verildikten sonra 6 vakanın psikiyatri konsültasyonu gerçekleştirilmiştir. Ancak 2 vakada (2 ve 3 no'lu) intihar davranışında bulunan kişiler, psikiyatri doktoru ile görüşmeyi kabul etmediğinden; 17 no'lu vakada ise vakanın sağlık durumu nedeni ile konsültasyon gerçekleştirilememiştir.

Her geçen gün çeşitlenen ve daha karmaşık bir hal alan insani problemlerin biyo-psiko-sosyal yönleri düşünüldüğünde, literatürde küresel anlamda tüm dünyada ve Türkiye'de intihar davranışlarının görülme riskinin özellikle incinebilir nüfus grupları (yaşlılar, gençler, kadınlar, çocuklar vd.) içerisinde artacağı öngörülmektedir. Bu durumda intihar davranışına neden olan süreçlerin tam olarak anlaşılması, kriz durumlarında müdahale stratejilerin ulusal düzeyde standartlaştırılarak yaygınlaştırılması, çözüm yolları aranırken disiplinler arası işbirliğine gidilmesi ve birincil önleme hizmetleri ile riskli grupların tespiti ve hayat şartlarının iyileştirilmesi hususunda yürütülecek koruyucu/önleyici hizmetlere ağırlık verilmesi bir halk sağlığı sorunu olarak intiharın çözümü ve neden olduğu zararların önlenmesi açısından hayati öneme sahiptir. Genelci sosyal hizmet bakış açısı ile tıbbi sosyal hizmet ve halk sağlığı sosyal hizmeti alanlarının, intihara ilişkin her türlü hizmet ve politikanın planlanması ve uygulanması süreçlerinde daha etkin bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Bu sayede hem ilgili alanlar geliştirilecek hem de ihtiyaç sahipleri koruyucu/önleyici ve tedavi/rehabilitasyon edici hizmetlere daha kolay ulaşabilecektir.

KAYNAKÇA

- Adıgüzel, V. (2018). *Çocukluk çağı travmalarının bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda saldırganlık ve intihar davranışı ile ilişkisi* [Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Akçay, S., & Taşkın, M. (2019). İntihar ve toplumsal cinsiyet: Sosyal hizmet perspektifinden bir değerlendirme. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 14(20), 2278-2299. DOI: 10.26466/opus.605613
- Akın, E., & Berkem, M. (2013). İntihar girişiminde bulunan ergenlerde olumsuz yaşam olayları: Vaka kontrol çalışması. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(1), 26-29.
- Alptekin, K., Duyan, V., & Demirel, S. (2006). Adıyaman'da intihar girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(3), 150-156.
- Alptekin, K. (2008). *Sosyal hizmet bakış açısından genç yetişkinlerde intihar girişimlerinin incelenmesi: Bir model önerisi* [Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Alptekin, K., & Duyan, V. (2014). *İntihar ve intihar girişimi: Kavramlar, yaygınlık, müdahale, önleme ve yükümler*. Yeni İnsan Yayınları.
- Arslantatar, İ., & Atasü Topçuoğlu, R. (2021). Duchenne musküler distrofil hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve aile yılmazlık düzeyleri arasındaki ilişki. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 17, 14-37. DOI:10.46218/tshd.865150
- Aslan, M., & Hocaoğlu, Ç. (2014). Yaşlılarda intihar davranışı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(3), 294-309.
- Aslantürk, H. (2019). Tıbbi sosyal hizmet alanında yazılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 13, 52-65.
- Atila, M., & Çelikkaya, S. (2020). Ekonomik krizlerin toplumsal izdüşümü: Türkiye'de yaşanan ekonomik krizlerin işsizlik, suç ve intiharlara yansımaları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(26), 245-258. DOI:10.21076/vizyoner.651410
- Aytaç, I. A., & Rankin, B. H. (2009). Economic crisis and marital problems in Turkey: Testing the family stress model. *Journal of Marriage and the Family*, 71(3), 756-767.
- Bağlı, M. (2004). Batman intiharları bağlamında özgürlüğün ve geleneksel toplumsal yapının kentsel kurgusu. *Kriz Dergisi*, 12(1), 21-40.
- Batıgün, A. D. (2008). İntihar olasılığı ve cinsiyet: İletişim becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri, yalnızlık ve umutsuzluk açısından bir inceleme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23(62), 65-75.
- Batıgün, A. D., & Şahin, N. H. (2003). Öfke, dürtüsellik ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik gençlik intiharlarının habercisi olabilir mi?. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18(51), 37-52.
- Çetiner, Ş. G. (2006). *Aile içi şiddet yaşayan kadınlarda cinsel sorunlar ve intihar olasılığı* [Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Fertelli, T. K., & Tuncay, F. Ö. (2019). İnmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *JAREN Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 5(2), 107-115. DOI:10.5222/jaren.2019.52386
- Fidan, T., Ceyhun, H., & Kırpınar, İ. (2011). İntihar girişimi olan ve olmayan gençlerin başa çıkma tutumları ve aile işlevselliği açısından değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 48, 195-200.
- Garbioğlu, A., Balcı, I., Akkaya, H., & Karbeyaz, K. (2020). Covid-19 sürecinin ruhsal etkileri ve intihar ilişkisi. T. Ergönen (Ed.), *Adli tıp ve covid-19 içinde* (ss. 9-12). Türkiye Klinikleri.
- Gitterman, A., & Germain, C. B. (2008). *The life model of social work practice: advances in theory and practice*. Columbia University Press.
- Güneş, T., & Tuncay, T. (2018). Türkiye'de gelişmekte olan bir uygulama alanı: Halk sağlığı sosyal hizmeti. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 12, 26-51.
- Güngör, F. (2019). *İslam medeniyetinin sadık muhafızı: Malik Bin Nebi* (1. baskı). Çıra Genç Yayınları.
- IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- International Federation of Social Work (12 Nisan 2020). Definiton of social work (2014). <https://www.ifsw.org/sosyal-hizmet-nedir/>
- Karaoğlu, K. M. (2016). *Ekonomik güç ve intihar olasılığı arasındaki ilişki: problem çözme becerileri, evlilik uyumu ve algılanan stres açısından bir inceleme* [Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi]. <https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12575/33667>
- Karataş, Z. (2013). İntihar sonucu ebeveyn kaybı yaşayan çocuğa yönelik sosyal hizmet müdahalesi: Bir vaka sunumu. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 24(2), 253-268.
- Kleinman, J. (2019). Çin'de intiharlar ve toplumsal acılar. K. Sayar (Ed.), *Kültür ve ruh sağlığı: Küreselleşme koşullarında kültürel psikiyatri içinde* (ss. 227-239). Metis Yayınları.
- Köskün, T. (2019). *Yakınları intihar eden kişilerde travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası gelişim ile ilişkili değişkenler* [Doktora tezi, Adnan Menderes Üniversitesi]. <http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11607/3761?locale-attribute=en>
- Marsh, I. (2017). *İntihar: Foucault, tarih ve hakikat* (Çev. Y. Aşçı Dalar, 2. baskı). Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları. (Orijinal çalışma 2010 yılında yayımlandı.)

- Sağlık Bakanlığı (9 Mart 2020). İntiharı Önleme Günü (2018). <https://khgm.saglik.gov.tr/TR,46896/10-eylul-dunya-intihari-onleme-gunu.html>
- Sarıpınar, A. (2015). *Siirt ilinde kadın intiharları* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi]. <http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/53483.pdf>
- Şenol, V., Ünalın, D., Avşaroğulları, L., & İkizceli, İ. (2005). İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalına başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(1), 19-29.
- Şıklar, Z., Savar, S., Sarıoğlu, S., Tıraş, Ü., & Dallar, Y. (2004). Hastanemize başvuran ergen intihar olgularının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Pediatr*, 13, 129-132.
- Teater, B. (2015). *Sosyal hizmet kuram ve yöntemleri: Uygulama için bir giriş* (Çev. A. Karatay, 1. baskı). Nika Yayınları. (Orijinal çalışma 2014 yılında yayımlandı.)
- Teğın, N. (2014). *Siirt ilinde intihar girişimi ve intihar olayları üzerine sosyolojik bir araştırma* [Yüksek lisans tezi, Fırat Üniversitesi]. <https://openaccess.firat.edu.tr/xmlui/handle/11508/15099>
- Turan, N. (1987). İntihar girişiminde bulunanlar ve yakınlarıyla ilgili bir inceleme. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi*, 5(2-3), 119-131.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2021). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (12. baskı). Seçkin Yayınları.
- Yıldırım, B., Acar, M., & Tuncay, T. (2013). Onkoloji alanında sosyal hizmet uzmanlarının görevleri ve kanıta dayalı değerlendirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 24(1), 169-189.
- Yıldız, T. (2018). *İntihar girişimiyle gelen hastaların yakınlarının intihara yönelik tutumlarının incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi]. <https://acikerisim.medipol.edu.tr/>
- Zastrow, C. (2015). Genelci sosyal hizmet uygulaması. D. B. Çiftçi (Ed.). *Sosyal hizmete giriş* içinde (ss. 92-162). Nika Yayınları.

ÇALIŞMANIN ETİK İZİNİ

Yapılan bu çalışmada “Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi” kapsamında uyulması belirtilen tüm kurallara uyulmuştur. Yönergenin ikinci bölümü olan “Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiğine Aykırı Eylemler” başlığı altında belirtilen eylemlerden hiçbiri gerçekleştirilmemiştir.

Etik kurul izin bilgileri

Etik değerlendirmeyi yapan kurul adı: Yalova Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu

Etik değerlendirme kararının tarihi: 06/06/2021

Etik değerlendirme belgesi sayı numarası: 2021/77

ARAŞTIRMACILARIN KATKI ORANI

1.yazarın araştırmaya katkı oranı %60, 2. yazarın araştırmaya katkı oranı %40'tır.

Yazar 1: Araştırma, birinci yazarın doktora tez çalışmasından üretilmiştir.

Yazar 2: Araştırmada, ikinci yazar akademik olarak danışmanlık yapmıştır.

ÇATIŞMA BEYANI

Araştırmada herhangi bir kişi ya da kurum ile finansal ya da kişisel yönden bağlantı bulunmamaktadır. Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.