

# Hastaneye yatış gerekliliğini yordamada özkıyım riskini değerlendirme araçlarının etkililiği

## *The effectiveness of suicide risk assessment tools in predicting the need for hospitalization*

İlker Güneysu<sup>1</sup>, Sedat Batmaz<sup>2</sup>, Esmâ Akpınar Aslan<sup>3</sup>, Emrah Songur<sup>4</sup>, Serhat Koyuncu<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Araş.Gör., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tokat <https://orcid.org/0000-0003-4777-4524>

<sup>2</sup>Doç.Dr., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tokat <https://orcid.org/0000-0003-0585-2184>

<sup>3</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tokat <https://orcid.org/0000-0003-4714-6894>

<sup>4</sup>Uzm.Dr., SBÜ, Ankara Keçiören EAH, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara <https://orcid.org/0000-0003-4949-0154>

<sup>5</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Tokat <https://orcid.org/0000-0002-0929-8590>

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde acil servise özkıyım girişimi sonrasında başvuran erişkinlerin bazı özkıyım riskini değerlendirme araçları ile değerlendirilmesinden sonra hastaneye yatış gerekliliği olduğu düşünülenlerin bu araçlarla saptanmasının etkililiği araştırılmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya 60 katılımcı alındı. Psikiyatri uzmanının özkıyım riskini değerlendirerek yatış gerekliliğine karar vermesinin altın standart olduğu değerlendirme ile kullanılan araçlardan (Modifiye "SAD PERSONS" Ölçeği, California Özkıyım Riskisi Tahmin Etme Aracı, İntihar Riskini Değerlendirme Aracı) elde edilen puanlar arasındaki tutarlılık işlem karakteristik eğrileri (ROC) ile incelendi. Her bir araç için hastaneye yatış gerekliliğini en iyi yordayan kesme puanları, duyarlılık ve özgüllükleri hesaplandı. Kesme puanları ve klinik görüşmeye dayalı olarak hastaneye yatışı gereken ve gerekmeden katılımcıların ayırt edilip edilemediğine bağımsız gruplar t testi ile bakıldı. Klinik görüşme ve değerlendirme araçları arasındaki ilişki Pearson korrelasyon analizleri ile incelendi. **Bulgular:** Değerlendirme araçlarının yatış gerekliliğini saptamadaki duyarlılıkları %44.4-72.2 arasında, özgüllükleri ise %81.0-95.2 arasında değişiyordu. Çizilen ROC'ların birbirlerinden farklı olup olmadığını anlamak için yapılan ikili karşılaştırmalarda bir fark saptanmadı. Değerlendirme araçları kesme puanları esas alındığında yatış gerektiren hastaları ayırt edebildi. **Sonuç:** Özkıyım girişimi sonrası acil servise başvuran erişkinler için uzmanın yaptığı klinik risk değerlendirmesinin yerini tutmasa da acil servis çalışanlarının olguları daha net şekilde değerlendirebilmeleri için kimi değerlendirme araçlarına başvurması yardımcı olabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Hastaneye yatış, özkıyım, risk değerlendirme

(*Klinik Psikiyatri* 2019;22:193-205)

DOI: 10.5505/kpd.2019.35693

### SUMMARY

**Objective:** In this study, adults presenting to the emergency room after a suicide attempt were evaluated by means of some suicide risk assessment tools, and the effectiveness of these tools in identifying those who needed to be hospitalized was investigated. **Method:** A total of 60 participants were included in the study. The clinical risk assessment of a psychiatrist was considered to be the gold standard for evaluation, and the consistency of the scores obtained by the tools used in the study (Modified "SAD PERSONS" Scale, California Suicide Risk Estimator, Suicide Risk Assessment Tool) were compared with this gold standard by receiver operating curves (ROC). For each tool, the optimal cut-off score, and its sensitivity and specificity at this value, which identified those who needed to be hospitalized were calculated. Independent samples' t test was used to demonstrate whether the clinical assessment and the cut-off scores of the tools were able to differentiate the groups who needed to be hospitalized or not. The relationship between the clinical assessment and the tools was investigated by Pearson correlation analyses. **Results:** The sensitivity of the assessment tools for the need for hospitalization ranged from 44.4% to 72.2%, and their specificity ranged from 81.0% to 95.2%. No differences were found between the ROCs of the assessment tools when they were compared with each other. The cut-off scores of the assessment tools managed to differentiate those who needed to be hospitalized. **Discussion:** Although the assessment tools may not replace the clinical risk assessment of a psychiatrist, some of them may be helpful for the emergency room healthcare staff in identifying the adults who need to be hospitalized after an attempted suicide.

**Key Words:** Hospitalization, risk assessment, suicide

## GİRİŞ

Özkıym kişinin kendi yaşamına son vermek niyetiyle harekete geçtiği ve kendi başına bunu gerçekleştirdiği davranışa verilen isimdir. Bu şekilde yapılan ancak başarısız olunan eylemlere özkıym girişimi, içeriğinde özkıymın yer aldığı zihinsel uğraşılara ise özkıym düşünceleri adı verilir (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre yıllık yaşa göre standardize edilmiş özkıym hızı yüz binde 11.4'tür (kadınlarda 8, erkeklerde 15) (2). DSÖ'nün Türkiye'ye dair 2012 yılı verilerine göre ise yaşa göre standardize edilmiş özkıym hızları kadınlar için yüz binde 4.2, erkekler için 11.8'dir (2). Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre Türk toplumunda en yüksek özkıym hızları kadınlarda 15-19, erkeklerde ise 20-24 yaş aralığındadır. En sık kullanılan özkıym yöntemleri ise ası (%47.2), ateşli silahlar (%26.9) ve yüksekten atlama (%12.9) olarak bildirilmiştir (3).

Klinisyenler tarafından özkıym riski temel olarak iki şekilde değerlendirilebilir. Bunlardan ilki özkıym davranışı için klinik değerlendirme görüşmesine dayalıdır (4). Klinik değerlendirme görüşmeleri için Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) hazırladığı özkıym riskini değerlendirme kılavuzundan faydalanılabilir (5). Bu kılavuza göre özkıym riski değerlendirilirken kişinin özkıym ve kendine zarar vermeye ilgili düşünce, niyet, plan ve davranışları; özkıym girişiminde bulunurken başvurmayı düşündüğü yöntem ve kişinin bu yöntemin öldürücülüğüne dair beklentisi; kişide ümitsizlik, dürtüsellik, anhedoni, panik atakları ya da anksiyetenin var olup olmadığı; kişinin hayatta kalmak için nedenleri ve geleceğe dair planlarının neler olduğu; mevcut başvuruyla ilişkili olarak alkol ya da madde kullanımının olup olmadığı; başkalarına karşı saldırganlık içeren bir düşünce, niyet veya davranışın varlığı; majör depresif bozukluk ve karma özellikli duygudurum bozuklukları ön planda olmak üzere kişide şizofreni, madde kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu veya özellikle sınırda ve antisosyal kişilik bozukluğu tanımlarını düşündürecek belirti ve bulguların varlığı; geçmişteki ruhsal bozukluk tanımları ve tedavi dönemleri; daha önceden özkıym girişiminde bulunulup bulunulmadığı; mevcut ve geçmişte var olan bedensel rahatsızlıklar; ailesinde özkıym, özkıym girişimi veya ruhsal bozukluk varlığı; akut

ve kronikleşmiş psikososyal kriz durumları (gerçek veya o şekilde algılanan kişilerarası kayıplar, ekonomik zorluklar, ailevi sorunlar, aile içi şiddet, cinsel ve fiziksel istismar ya da ihmal, vb.); çalışma durumu ve yaşam koşulları; sosyal destek düzeyi ve aile üyeleriyle ilişkilerin niteliği; ölüm ve özkıyma dair dinsel ya da kültürel bakış açısı; baş etme becerileri; kişilik özellikleri; gerçeği değerlendirme kapasitesi ve ruhsal sıkıntıya dayanabilme gibi alanların detaylıca sorgulanması önerilmektedir (5). Klinisyenin bu alanları kapsayan değerlendirmesi, yüksek özkıym riski bulunan kişilerin tespit edilmesi için altın standart kabul edilmektedir (6). Özellikle özkıym düşünce, niyet, plan ve girişimlerinin varlığı ve bunların yüksek ölümcüllük ihtimali içermesi; majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk, şizofreni, anoreksiya nevroza, alkol ve madde kullanım bozuklukları, B kümesi kişilik bozuklukları gibi ruhsal bozukluk tanımlarının varlığı; santral sinir sistemi hastalıkları (multipl skleroz, Huntington Hastalığı, beyin ve spinal kord hasarı, epilepsi, vb.), malign tümörler, HIV / AIDS, peptik ülser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, hemodiyaliz gerektiren kronik böbrek yetmezliği, sistemik lupus eritematozis, kronik ağrılı sendromlar ve işlevsellik kaybına yol açan rahatsızlıklar gibi bedensel hastalıklar; sosyal desteğin zayıflığı, işsizlik, sosyoekonomik koşullarda bozulma, aile üyeleriyle sorunlu ilişkiler, aile içi şiddet, yakın dönemde yaşanmış stresli yaşam olayları gibi psikososyal durumlar; çocukluk dönemine ait fiziksel ve cinsel istismar; ailede özkıym, özkıym girişimi veya ruhsal bozukluk varlığı; ümitsizlik, ruhsal acı, şiddetli ve düzelmeyen anksiyete, panik atakları, utanç ve aşağılanma, özsaygıda kayıp, aşırı düzeyde bir narsistik zedelenme, dürtüsellik, başkalarına karşı saldırganlık, ajitasyon gibi psikolojik etmenler; yürütücü işlevlerde kayıp, tünel bakış açısının gelişmesi, aşırı uçlarda düşünme, düşüncede esneklik kaybı gibi bilişsel özellikler; erkek cinsiyet, boşanma, ayrılık veya yalnız yaşama; yaşlı ve ergen – genç erişkin yaş grubu, beyaz ırk, eşcinsel veya biseksüel cinsel yönelim gibi demografik özellikler; ateşli silahlara erişebilme, madde entoksikasyonu altında olma ve dengesiz veya zayıf bir terapötik işbirliği gibi ek bazı etmenler yineleyici şekilde yüksek özkıym riski ile ilişkilendirilmiştir (5,7).

Özkıym riskini değerlendirmek için

başvurulabilecek ikinci seçenek bu amaçla geliştirilmiş araçlardan faydalanmaktır (4). Bu araçlarla yapılan değerlendirmeler kişileri standartize edilmiş bir şekilde sorgulama olanağı sunar. Ayrıca kişilerin yüz yüze görüşmede ifade edemeyeceği kimi bilgilerin ortaya konulmasını da sağlayabilir. Nitekim klinik değerlendirme görüşmesiyle bu araçlar aracılığıyla yapılan sorgulamaların benzer etkinliğe sahip olduğu bildirilmiştir (8). Yine de özkıyım davranışlarını yordamak için kullanılan yöntemlerin başarısının sadece %50 düzeyinde kaldığı unutulmamalıdır (7). Özkıyım riskini değerlendirmek için kullanılacak çok sayıda ölçek ve araç mevcuttur. Bu ölçek ve araçlar arasında İntihar Olasılığı Ölçeği (9-10), İntihar Niyeti Ölçeği (11-12), İntihar Düşüncesi Ölçeği (13-14), İntihar Davranışları Ölçeği (15-16), İntihar Bilişleri Ölçeği (17-18), Beck Umutsuzluk Ölçeği (19-21), Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri (22-23), “IS PATH WARM” Akrostişi (24), “SAD PERSONS” Ölçeği ve Modifiye “SAD PERSONS” Ölçeği (MSPÖ) (25-26), California Özkıyım Riskini Tahmin Etme Aracı (27) ve İntihar Riskini Değerlendirme Aracı (28) sayılabilir. Bu ölçek ve araçların her biri özkıyım riskini farklı boyutlarıyla ele almaya yardımcı olmaktadır. Örneğin İntihar Olasılığı Ölçeği’nde özkıyım düşünceleri, umutsuzluk, geleceğe olumlu bakış açısı, kişiler arası ilişkiler, saldırganlık, dürtüsellik; İntihar Bilişleri Ölçeği’nde özkıyım ile ilişkili olabilecek sevilme, sıkıntıya dayanamama (dayanıksızlık) ve sorunların çözülemeliği (çaresizlik) ile ilişkili biliş ve inanışlar; Beck Umutsuzluk Ölçeği’nde gelecekle ilgili olumsuz beklenti ve duygular, motivasyon kaybı ve karamsarlık gibi özkıyım ile ilişkili risk etmeleri araştırılırken Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri’nde ise daha ziyade sıkıntılardan kurtulma ve sorunlarla baş edebilme, aileye karşı sorumluluklar, çocuklara dair endişeler, özkıyımdan korkma, ahlâki değerler ve toplumsal olarak dışlanma gibi özkıyımdan koruyucu etmenler sorgulanmaktadır. Öte yandan “IS PATH WARM” veya “SAD PERSONS” gibi kimi akrostişler de geleneksel olarak tanımlanan psikometrik derecelendirme ölçeklerinden farklı olarak klinisyenlerin özkıyım riskini doğrudan değerlendirebilmeleri için gerekli etmenleri sorgulamalarını hatırlamalarına yardımcı olacak kısaltmalardan oluşturulmuş araçlardır. Örneğin “IS PATH WARM” Akrostişi,

klinisyenlerin özkıyım düşüncesi, madde kötüye kullanımı, hayatta bir amacının kalmadığını hissetme, öfke, tuzağa düşmüş olma duygusu (çaresizlik), umutsuzluk, içe kapanma (toplumdan geri çekilme), anksiyete, dürtüsellik (düşüncesizce hareket etme), duygudurumda değişkenlik gibi belirtilerden hareketle özkıyım için kısa vadede etkili olabilecek kimi uyarıcı işaretlerin sorgulanmasında kullanılabilir.

İster klinik değerlendirme görüşmesiyle, isterse değerlendirme ölçek ve araçlarıyla yapılmış olsun, hastanın olası intihar riski değerlendirildikten sonra hastayı hastaneye yatırıp yatırmamak konusunda klinik kanaat oldukça önemlidir. Bu doğrultuda özkıyım davranışı sonrası yatış gerekliliğini değerlendirirken APA’nın önerileri faydalı olabilir (5). Bu önerilere göre eğer özkıyım girişimi veya araya girilmiş özkıyım girişimi sırasında hasta psikotikse, girişimi şiddet içeriyorsa, ölümcüllüğü yüksekse veya önceden planlanmışsa, kurtarılmamak veya bulunmamak amacıyla önlemler alınmışsa, ısrarlı şekilde özkıyım planı veya niyeti sürdürülüyorsa, girişim sonrası sıkıntı hissi artmışsa veya hayatta kalmış olma nedeniyle pişmanlık duyuyorsa, özkıyım düşünceleri yeni ortaya çıkan erkek ve 45 yaş üstü olguysa, ailevi veya sosyal desteği zayıfsa, mevcut değerlendirme anında dürtüsellik, ciddi ajitasyon, yargılama bozukluğu veya yardımı reddetme görülüyorsa, ruhsal durumda değişikliğe yol açmış metabolik, toksik, enfeksiyöz veya başka bir nedenle daha detaylı araştırma gerektiriyorsa ve özkıyım düşüncelerine ilaveten yüksek ölümcüllüğe sahip belirli bir plan ve yüksek özkıyım niyeti varlığında hastaneye yatış sıklıkla endikedir. Ayrıca hastada özkıyım düşüncesine ek olarak psikoz, ciddi ruhsal bozukluk ve geçmişte ciddi bir tıbbî girişim gerektirmiş özkıyım girişimi öyküsü varsa, akut nörolojik hastalık, kanser, enfeksiyon gibi bir sistemik hastalık mevcutsa, ayaktan tedaviye uyumu zayıfsa ya da tedaviye yanıt alınmıyorsa, yatırılarak tedavi düzenlenmesi gerekliliği varsa ya da elektrokonvülfiz tedavi düşünülüyorsa, hasta hekim ilişkisi kurulamamışsa, tedaviye erişim imkânı kısıtlıysa, sosyal destek zayıfsa da hastaneye yatış gerekebilir. Özkıyım girişimi olmamışsa veya özkıyım düşüncesi, niyeti, planı dile getirilmiyorsa dahi psikiyatrik değerlendirmeden elde edilen bulgular ve/veya diğerlerinden alınan öyküye

dayanılarak yüksek özkıyım riski ya da riskte yakın tarihli bir artış fark ediliyorsa da hastaneye yatış gerekebilir. Öte yandan eğer özkıyım davranışı tetikleyici bir olayın ardından (sınav başarısızlığı, kişiler arası ilişkide bozulma) meydana geliyorsa, intihar girişimi veya niyeti düşük ölüm riski taşıyorsa, düzenli ve destekleyici yaşam koşulları varsa, hasta - hekim ilişkisi kuvvetliyse ve tedaviye uyumu yüksekse ayaktan izlem önerileriyle hasta acil servisten taburcu edilebilir. Aynı kılavuzda hastanın ayaktan devam etmekte olan bir psikiyatrik tedavisi ve güvende olabileceği bir yaşam ortamının varlığında daha öncesinde tıbbî açıdan ciddi sayılabilecek özkıyım girişimleri olmadan kronik nitelikte özkıyım düşünceleri ya da kendine zarar verme davranışları oluyorsa, bu kişileri ayaktan izlemenin hastaneye yatıştan daha yararlı olabileceği de ifade edilmektedir (5).

Yukarıda bahsi geçen değerlendirme araçlarıyla yapılmış çok sayıda araştırma mevcuttur. Bu araştırmaların sonuçlarından bazıları şu şekilde özetlenebilir: MSPÖ'nün özkıyım riskini değerlendirmede, optimal tedavi yaklaşımını sunmada ve uzun süreli takip sayesinde özkıyım riskini düşürmede bir yardımcı araç olarak kullanılmasına dair acil servis çalışanlarına verilen eğitimlerin hem etkili, hem de maliyet-etkin olduğu gösterilmiştir (29). Benzer şekilde tıp fakültesi öğrencilerine özkıyım ile ilişkili risk faktörlerini öğretmede "SAD PERSONS" Ölçeği'nin kullanışlı olabileceği bildirilmiştir (25). Ancak, yakın tarihli bir sistematik gözden geçirme makalesinde "SAD PERSONS" Ölçeği ve MSPÖ ile yapılan çalışmalarda, acil servise başvuran erişkin hastalarda sonraki dönemde bir özkıyım girişimini tahmin edebilmek için duyarlılığın çok düşük olduğu (%15-%29) tespit edilmiştir (30). Ayrıca gene aynı ölçeklerle yapılmış bir başka çalışmada da erişkinler için tamamlanmış özkıyım öngörmede kullanılmalarının uygun olmadığı yorumu yapılmıştır (31). Bir başka gözden geçirme makalesi de sonuç olarak "SAD PERSONS" Ölçeği'nin klinikte özkıyım ya da hastaneye yatış gereksinimini yordama amacıyla kullanılmamasını önermektedir (32-33). Öte yandan, her ne kadar karşıt görüşler olsa da (34), MSPÖ ile yapılan çalışmaların özellikle hastaneye yatış gerektiren hastaları saptamak için klinisyene yol gösterebileceğini düşündürmektedir (26,32,35).

Yine de yatışı öngördüren bu ölçeklerle olan sorunun kullanılan kesme puanlarıyla değişmekle birlikte sıklıkla oldukça düşük olan özgüllükleri (%63-%90) olduğunu unutmamak gerekir (36). Ayrıca örneğin "SAD PERSONS" Ölçeği'nin klinik izlenimlerle kıyaslandığı bir çalışmada ölçek skorlarının özellikle hastanede uzamış yatışı gerektiren hasta grubunu saptamada daha başarılı olduğu da gösterilmiştir (37). Bu nedenle, sonraki bir özkıyım girişimi riskini ya da girişim sonrası hastaneye yatış gerekliliğini değerlendirmede ne klinik görüşmenin, ne de değerlendirme araçlarının tek başına yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir.

Özkıyım öncesindeki bir yıl içinde hastaların büyük bir kısmı birinci basamak sağlık kuruluşuna, yaklaşık %2'si ise bir ay öncesinde bir ruh sağlığı merkezine başvurmaktadır (38). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan değerlendirmelerde başvuranların sadece küçük bir kısmında özkıyım riskinin varlığı saptanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hasta popülasyonunun genişliği düşünüldüğünde özkıyım açısından riskli hasta popülasyonunu belirlemekte yaşanılacak bu zorluk kaçınılmazdır (39). Özkıyım riskinin belirlenmesi birinci basamak sağlık kuruluşlarında genelde klinik tecrübeye dayanmaktadır (40). Bu durum klinik değerlendirmedeki kişisel farklılıkları beraberinde getirmektedir (41). Ayrıca özkıyım riskini değerlendirmede kolaylık sağlayan, oluşabilecek değerlendirme farklılıklarını en aza indirerek standart değerlendirme imkânı sunan ölçeklerdeki farklılıklar da değerlendiricinin işini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle mevcut çalışma ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde risk değerlendirmesindeki zorluklar ve farklılıklar göz önüne alınarak acil servise özkıyım girişimi sonrasında başvuran kişilerin MSPÖ (32), İntihar Riskini Değerlendirme Aracı (İRDA) (28) ve California Özkıyım Riskini Tahmin Etme Aracı (CÖRTEA) (27) gibi uygulanması görece kolay olan değerlendirme araçları ile değerlendirilmesi ve hastaneye yatış gerekliliği olan hastaların saptanmasında bu araçların ne düzeyde yararlı olabileceğinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamızın varsayımı, ruh sağlığı uzmanının klinik risk değerlendirmesinin değerlendirme araçlarından daha başarılı şekilde yatış gerekliliğini saptayabileceği, ancak değerlendirme araçlarının

da özellikle yüksek riskli hasta gruplarında yatış için fikir vereceğidir.

## YÖNTEM

### Katılımcılar

Bu çalışmada Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisine 1 Kasım 2014-31 Ekim 2016 tarihleri arasında özkıyım girişimi sonrası kendileri başvuran veya yakınları ve/veya sağlık ekiplerince getirilen ve acil servisteki tedavi ekibi tarafından ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine danışılan 60 katılımcıya ait veriler değerlendirilmiştir. Değerlendirilen katılımcıların yaş ortalaması 27.62 (standart sapma = 9.46, yaş aralığı = 19-53) yılıdır. Katılımcıların 47'sini (%78.3) kadınlar oluşturuyordu. Katılımcılardan 20'si (%33.3) evliydi ve 37'si (%61.7) ise il merkezinde yaşamaktaydı. Hastanenin çalışma ilkeleri gereği acil servise özkıyım girişimi ile başvuran tüm hastalar gerekli acil müdahale tamamlandıktan sonra ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine danışıldığından bahsedilen zaman aralığında özkıyım girişiminde bulunmuş tüm katılımcıların verileri çalışmaya dahil edilebilmiştir.

### Veri Toplama Araçları

*Modifiye "SAD PERSONS" Ölçeği (MSPÖ) (25-26):* Bu değerlendirme aracı "SAD PERSONS" akrostişindeki 10 maddeden oluşur. MSPÖ'deki depresyon veya umutsuzluk, gerçeği değerlendirme yetisinde bozukluk, organize veya ciddi özkıyım girişimi, ileride özkıyım niyeti maddelerine verilen olumlu yanıtlar 2 puan, diğer maddelere (erkek cinsiyet, < 19 veya > 45 yaş, önceden özkıyım girişimi veya psikiyatrik tedavi öyküsünün varlığı, fazla miktarda alkol veya madde kullanımı, bağımlılık veya yakın dönemde kullanım sıklığında artma, ayrılmış, boşanmış veya dul olma, sosyal desteğin yokluğu) verilen olumlu yanıtlar ise 1 puana karşılık gelmektedir. MSPÖ'den 6 ve üstü bir puan almak orta düzeyde risk olarak değerlendirilmektedir. Bu araç araştırmacılar tarafından Türkçe'ye çevrilerek kullanılmıştır.

*California Özkıyım Riskini Tahmin Etme Aracı (CÖRTEA) (27):* CÖRTEA kişilerin demografik ve klinik özelliklerini sorgulayan 15 maddeden (yaş, meslek, cinsel yönelim, ekonomik durum, ciddi maddi kayıp riski, bireysel stresörler (yas, adli kovuşturma riski, evlilik dışı gebelik, madde bağımlılığı, sağlık sorunları gibi), mevcut stresli durum süresince kilo değişimi, perseküsyon veya referans sanrıları, mevcut durumdaki özkıyım dürtülerinin ciddiyeti, özkıyım girişiminde bulunulmuşsa ölme niyetinin ciddiyeti, toplam uyku süresi, daha önce psikiyatrideki yatış sayısı, daha önce yardım alıp almadığı ve almışsa faydalanma düzeyi, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, görüşmecinin hastaya dair izlenimi) oluşmaktadır. Her bir soru için verilen yanıtlara göre alınabilecek farklı puanlar söz konusudur. CÖRTEA ile yapılmış önceki çalışmalarda alınan puanlara göre sonraki 2 yıl içerisinde bir özkıyım girişiminde bulunma riskinin tahmin edilebileceği öne sürülmüştür (42). Bu araçtan 345 ve üzeri puan almak orta düzeyde özkıyım girişimi riskine işaret etmektedir. CÖRTEA da araştırmacılar tarafından Türkçe'ye çevrilerek kullanılmıştır.

*İntihar Riskini Değerlendirme Aracı (İRDA) (28):* Bu değerlendirme aracının geliştirildiği ilk versiyonda bireysel risk profili (demografik özellikler, aile öyküsü, mevcut durumda veya geçmişteki psikiyatrik tanı, tıbbî hastalıklar, zayıf sosyal destek, ailevi problemler, zayıf stres toleransı, daha önceki intihar davranışı, mevcut durumda veya geçmişteki istismar, intihara maruz kalma), belirti risk profili (depresyon veya disfori, umutsuzluk, şiddetli anhedoni, yoğun duygular, içe kapanma, şiddetli kendini kınama veya değersizlik düşünceleri, muhakemede bozulma, zayıf özdenetim, psikoz varlığı, problemler, alkol veya madde kullanımı) ve görüşme risk profili (intihar düşüncesi, intihar niyeti, intihar planı, intihara gizli meyil, daha önceki intihar girişimleri, ölümcül araçlara ulaşım, yakın zamanda alkol veya madde kullanımı veya intoksikasyonu, çözülemeyecek problemler, tolere edilemeyen durumlar) adı verilen farklı bölümler yer almaktadır. Bu versiyonda her bir bölüm için farklı bir ağırlıkta puanlama yapılması önerilmektedir (43). Ancak sonradan geliştirilen versiyonda risk tamponu (yaşama sebebi, risk yönetimi için iç güçler, risk yönetimi için dış güçler) adı verilen bir bölüm daha eklenerek toplam bölüm sayısı dörde çıkarılmıştır. Bu versiyon-

yon için standart bir değerlendirme mevcut değildir. Aracın son kısmında yapılan görüşmeden elde edilen verilerden yola çıkarak özkıym için riskin düşük, orta veya yüksek olarak değerlendirilmesi için bir kısım mevcuttur. Bu çalışma kapsamında araştırmacılar ilk üç bölümdeki olumlu yanıtları, son bölümdeki olumsuz yanıtları 1 puan ile değerlendirmeye karar vererek analizleri bu doğrultuda gerçekleştirmişlerdir. Çalışmada kullanılan versiyonu araştırmacılar Türkçe'ye çevirmişlerdir.

## İşlem

Katılımcılara ait veriler elektronik ortamdaki hasta kayıtları ve hasta dosyalarındaki veriler geriye dönük olarak elde edilmiştir. Bu kayıtlardan katılımcıların demografik verileri, acil servisteki muayene notları ve genel tıbbî durumlarına dair bilgiler ve ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinin konsültasyon notu elde edilmiştir. Ayrıca ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinin özkıym girişiminde bulunmuş hastalarla standart bir görüşme yapmayı sağlayan hasta dosyalarındaki verilerden de faydalanılmıştır. Klinik görüşme için kullanılan bu dosyalar Amerikan Psikiyatri Birliği'nin özkıym riskini değerlendirmek için önerdiği kılavuz temel alınarak hazırlanmıştır (5). Bu verilerle çalışmada kullanılan değerlendirme araçları doldurulmuştur. Eğer değerlendirme araçlarının doldurulmasında %10'dan fazla eksik veri olursa bu katılımcıların çalışmadan dışlanması planlanmıştır; ancak bu nedenle dışlanması gereken katılımcı olmamıştır.

## İstatistiksel İnceleme

Katılımcıların demografik verileri için tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının özkıym riskini değerlendirerek yatış gerekliliğine karar vermesi altın standart olarak kabul edilmiştir. Bu klinik değerlendirme ile kullanılan araçlardan elde edilen puanlar arasındaki tutarlılık işlem karakteristik eğrileri (ROC) ile incelenmiştir. Ayrıca değerlendirme araçlarının işlem karakteristik eğrileri arasında fark olup olmadığı araştırılmıştır. Her bir araç için hastaneye yatış gerekliliğini en iyi yordayan kesme puanları, duyarlılık ve özgüllükleri hesaplanmıştır. Ayrıca hesaplanan kesme puanları

dikkate alınarak ve klinik görüşmeye dayalı olarak hastaneye yatışı gereken ve gerekmeyen katılımcıların ayırt edilip edilemediğine bağımsız gruplar t testi ile bakılmıştır. Ortalama farklarının etki büyüklüğü (Cohen d) hesaplanmıştır. Klinik görüşme ve değerlendirme araçları arasındaki ilişki Pearson korrelasyon analizleri ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0.05$  değeri kabul edilmiştir. Bütün istatistiksel incelemeler için MedCalc 17.2 paket programından faydalanılmıştır (MedCalc Software, Ostend, Belgium).

## Etik Kurul Onayı

Çalışmanın yapılabilmesi için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

## BULGULAR

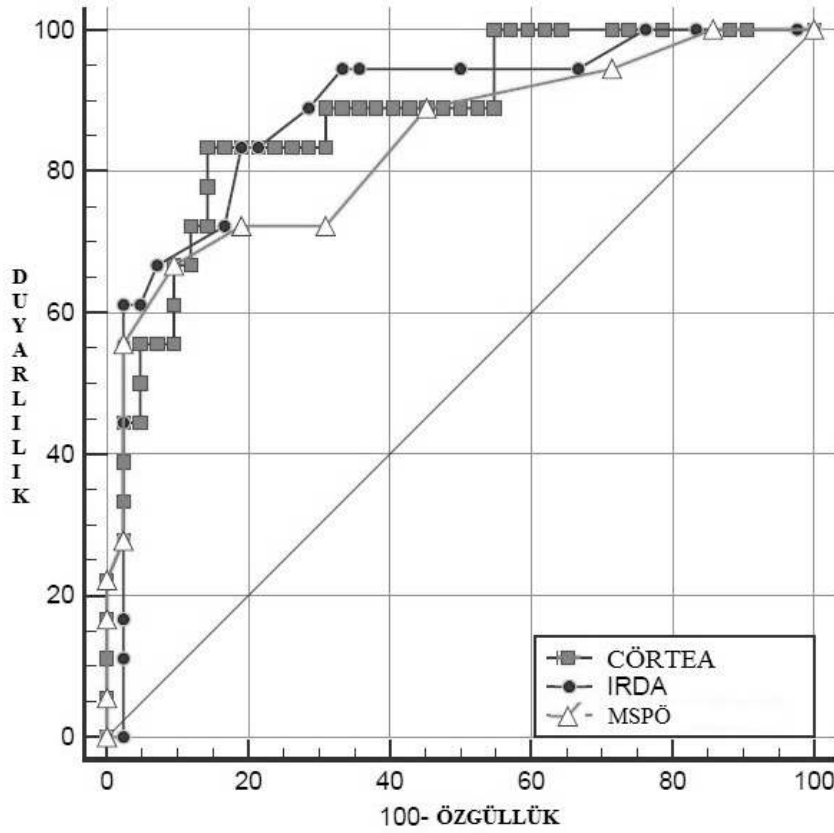
### Değerlendirme Araçları ve Aralarındaki İlişki

Tüm katılımcıların değerlendirme araçlarından aldıkları ortalama (standart sapma) puanları MSPÖ için 3.73 (2.79), CÖRTEA için 169.38 (151.38) ve İRDA için 8.95 (5.60) idi.

Hastalardan 18'inin (%30) klinisyen değerlendirme görüşmesinin ardından yatışının gerekli olduğuna karar verilmişti. Yatış gerektiren hasta sayıları MSPÖ ile 16 (%26.7), CÖRTEA ile 10 (%16.7), İRDA ile 21 (%35) olarak saptandı.

Klinik görüşme ile tüm değerlendirme araçları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir korelasyon mevcuttu (MSPÖ için  $r=0.59$ , CÖRTEA için  $r=0.64$ , İRDA için  $r = 0.65$ , tüm p değerleri  $< 0.001$ ). Değerlendirme araçlarının kendi aralarındaki korelasyonlar ise pozitif yönlü ve büyük düzeydeydi (MSPÖ–CÖRTEA arasında  $r=0.82$ , MSPÖ–İRDA arasında  $r = 0.84$ , CÖRTEA –İRDA arasında  $r=0.86$ , tüm p değerleri  $< 0.001$ ).

Şekil 1. Değerlendirme araçlarının işlem karakteristik eğrileri



#### Yatış Gerekliliğini Saptamada Değerlendirme Araçlarının Duyarlılık ve Özgüllükleri

Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının yaptığı ve altın standart olarak kabul edilen klinik risk değerlendirme görüşmesinin ardından yatış gereken hastaların o esnada doldurdıkları MSPÖ, CÖRTEA ve İRDA'nın yatış gerekliliğini saptamadaki duyarlılık ve özgüllük değerlerine dair

ROC sonuçları Şekil 1'de ve Tablo 1'de sunulmuştur. Bu sonuçlara göre değerlendirme araçlarının yatış gerekliliğini saptamadaki duyarlılıkları %44.4-72.2 arasında, özgüllükleri ise %81.0-95.2 arasında değişiyordu. Değerlendirme araçlarının pozitif prediktif değerleri (PPD) %61.9-80.0, negatif prediktif değerleri (NPD) %80.0-87.2 aralığında, pozitif olabilirlik oranları (POO) ise 3.8-9.3 arasında saptandı.

**Tablo 1.** Yatış gerekliliğini saptamak için değerlendirme araçlarının duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değer ve pozitif olabilirlik oranlar

	Duyarlılık (%95 GA)	Özgüllük (%95 GA)	PPD (%95 GA)	NPD (%95 GA)	POO (%95 GA)
MSPÖ	66.7 (41.2-85.6)	90.5 (76.5-96.9)	75.0 (47.4-91.7)	86.4 (72.0-94.3)	7.0 (2.6-18.8)
CÖRTEA	44.4 (22.4-68.7)	95.2 (82.6-99.2)	80.0 (44.2-96.5)	80.0 (65.9-89.5)	9.3 (2.2-39.7)
İRDA	72.2 (46.4-89.3)	81.0 (65.4-90.9)	61.9 (38.7-81.0)	87.2 (71.8-95.2)	3.8 (1.9-7.5)

CÖRTEA: California Özkıyım Riskini Tahmin Etme Aracı, GA: Güven aralığı, İRDA: İntihar Riskini Değerlendirme Aracı, MSPÖ: Modifiye SAD PERSONS Ölçeği, NPD: Negatif Prediktif Değer, POO: Pozitif Olabilirlik Oran, PPD: Pozitif Prediktif Değer

**Tablo 2.** Değerlendirme araçları için eğri altındaki alan, kesme puanları ve bu puanlara karşılık gelen duyarlılık ve özgüllük değerleri

	EAA (%95 GA)	Kesme Puanı	Duyarlılık (%95 GA)	Özgüllük (%95 GA)
MSPO	0.839* (0.721-0.921)	> 5	66.7 (41.0-86.7)	90.5 (77.4-97.3)
CORTEA	0.879* (0.769-0.949)	> 225	83.3 (58.6-96.4)	85.7 (75.1-94.6)
İRDA	0.885* (0.776-0.953)	> 10	83.3 (58.6-96.4)	81.0 (65.9-91.4)

\* $p < 0.001$ , CORTEA: California Ozkiyim Riskini Tahmin Etme Aracı, EAA: Eğri altındaki alan, GA: Güven Aralığı; İRDA: İntihar Riskini Değerlendirme Aracı, MSPO: Modifiye SAD PERSONS Ölçeği

Çizilen işlem karakteristik eğrilerinin birbirlerinden farklı olup olmadığını anlamak için yapılan ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak herhangi bir fark saptanmadı (MSPÖ–CÖRTEA için  $z=0.914$ ,  $p=0.36$ ; MSPÖ–İRDA için  $z=1.156$ ,  $p=0.25$ ; CÖRTEA–İRDA için  $z=0.195$ ,  $p=0.85$ ).

### Değerlendirme Araçları İçin Kesme Puanları

Altın standart görüşmeye kıyasla değerlendirme araçlarının yatış gerekliliğini saptamada en başarılı olan kesme puanları (MSPÖ için  $>5$ , CÖRTEA için  $> 225$ , İRDA için  $>10$ ) ve bu puana karşılık gelen eğri altındaki alan, duyarlılık ve özgüllük değerleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Ayrıca duyarlılığın %100 olduğu kesme puanları MSPÖ için  $>0$  [özgüllük %14.3 (5.4-28.5)], CÖRTEA için  $>59$  [özgüllük %45.2 (29.8-61.3)] ve İRDA için  $>3$  [özgüllük %23.8 (12.1-39.5)]; özgüllüğün %100 olduğu kesme puanları ise MSPÖ için  $>8$  [duyarlılık %22.2 (6.4-47.6)], CÖRTEA için

$>412$  [duyarlılık %22.2 (6.4-47.6)] ve İRDA için  $> 21$  [duyarlılık %0 (0.0-18.5)] olarak hesaplanmıştır.

### Yatış Gerektiren ve Gerektirmeyen Hasta Grupları İçin Değerlendirme Araçlarından Alınan Puanların Karşılaştırılması

Klinik değerlendirmeye göre yatış gerektiren ve gerektirmeyen hastaların kullanılan değerlendirme araçları tarafından da ayırt edilip edilmediğini göstermek için yapılan karşılaştırmada her üç araçtan da yatış gerektiren hasta grubunun daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Tüm bu karşılaştırmalar için çok büyük etki büyüklüğü saptanmıştır (Tablo 3).

Katılımcılar ayrıca değerlendirme araçları için saptanan kesme puanları dikkate alınarak da birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak değerlendirme araçları da kesme puanları esas alındığında çok büyük etki büyüklüğü ile yatış gerektiren hastaları ayırt edebilmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Değerlendirme araçlarının yatış gerektiren ve gerektirmeyen hastaları ayırt edebilmesi

		Yatış Gerektirmeyen Hastalar Ortalama (SS)	Yatış Gerektiren Hastalar Ortalama (SS)	$t$ (58)	EB (d)
Klinik Görüşmeye Göre	MSPO	2.67 (1.96)	6.22 (2.90)	-5.55*	1.43
	CORTEA	106.12 (111.73)	317.00 (128.29)	-6.41*	1.75
	İRDA	6.57 (4.18)	14.50 (4.50)	-6.58*	1.83
Kesme Puanlarına Göre	MSPO	2.34 (1.52)	7.56 (1.63)	-11.52*	3.31
	CORTEA	71.05 (65.34)	352.00 (74.93)	-15.09*	4.00
	İRDA	5.14 (2.43)	15.09 (3.27)	-13.48*	3.45

\* $p < 0.001$ , CORTEA: California Ozkiyim Riskini Tahmin Etme Aracı, EB: Etki Büyüklüğü (Cohen d); İRDA: İntihar Riskini Değerlendirme Aracı, MSPO: Modifiye SAD PERSONS Ölçeği, SS: Standart Sapma



Klinik görüşme ve değerlendirme araçları, yatış gerektiren ve gerektirmeyen katılımcıların aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında ise her iki durum arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada acil servise özkıyım girişimi sonrasında başvuran erişkin bireylerin hastaneye yatış gerekliliklerinin ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının klinik risk değerlendirmesiyle MSPÖ, CÖRTEA ve İRDA gibi değerlendirme araçlarının kullanılarak karşılaştırılması amaçlanmıştır. Sonuç olarak, klinik risk değerlendirmesiyle yatışının gerekli olduğuna karar verilen olgularla değerlendirme araçlarının saptadıkları arasında bir fark olmadığı görülmüştür. Bu yönüyle çalışmanın başlangıcındaki varsayımımız ancak kısmen doğrulanmıştır.

Alanyazında özkıyım için klinik risk değerlendirmesi altın standart olarak kabul edilmekle birlikte (6) çok sayıda çalışma standardize değerlendirme ölçekleri veya bilgisayar algoritmalarının da özkıyım riskini değerlendirmek için kullanılabileceğini göstermektedir (44-50). Ancak her iki değerlendirme yöntemiyle de gerçekleşecek bir özkıyımın önceden tahmin edilmesi hâlâ ancak %50 civarında öngörülebilmektedir (7). Klinik uygulama açısından bakılacak olursa, böylesi bir oran tamamıyla şans eseri bir tespite karşılık geldiğinden kullanılabilirliği yoktur. Bu nedenle özkıyımın gerçekleşme veya yinelemesinin tahmin edilebilmesinden ziyade, özkıyım riski yüksek olan hastaların uygun takip ve tedavilerine odaklanan yordama çalışmalarına ihtiyaç duyulmuştur. Bu amaçla, yüksek özkıyım riskine sahip olan hastaların ruh sağlığı ve hastalıkları yataklı servislerine yatışlarını öngördürücü kimi çalışmalar yapılmıştır (36-37). Her ne kadar bu çalışma sonuçları da tartışmalı olsa da (34) özellikle acil servis gibi hasta yoğunluğunun fazla olduğu, hasta değerlendirmeye yeterince vakit ayrılmadığı ya da özkıyım riskini akut olarak hemen olay yerinde değerlendirebilecek uzmanlara ulaşmanın kısıtlılığı, her bir özkıyım değerlendirmesinin kişiler arasında farklılıklar (ve hatta eksiklikler)

içerebilmesi gibi nedenlerle (4) acil serviste görev yapan sağlık çalışanlarının kimi hatırlatıcı soruları içeren bazı standardize değerlendirme araçlarını kullanarak yatış gerektiren hastaları daha erkenden tespit edebilmeleri ve gereksiz hasta yönlendirmelerinin önüne geçerek zaten kısıtlı olan vaktin daha etkili şekilde kullanılmasına imkân vermeleri için değerlendirme araçlarıyla yapılan görüşmelere ihtiyaç olduğu tartışma götürmemektedir. Nitekim alanyazında acil servis çalışanlarının özkıyım riskinin değerlendirilmesi konusunda aldıkları eğitimlerle bu gereksinimleri karşılayabildiklerini gösteren kimi örnek uygulamalar da yer almaktadır (51-53).

Mevcut değerlendirme araçlarıyla yürütülmüş olan bazı çalışmaların sonuçları ümit kırıcı olsa da (32-34), bu çalışmada elde edilen sonuçlar yatış gerekliliği için MSPÖ ve İRDA'nın duyarlılıklarının klinik anlamlılık sınırlarına yakın olduğu söylenebilir. CÖRTEA ise oldukça düşük bir duyarlılığa sahip olduğu için diğer araçlar kadar başarılı şekilde risk altındaki grubu saptayamamıştır. Öte yandan her üç ölçek de oldukça yüksek özgüllük göstermiştir. Bu yönüyle özkıyım girişimiyle başvurup da yatış gereksinimi olmayanların saptanmasında başarılı oldukları söylenebilir. Ayrıca klinik görüşmenin altın standart kabul edildiği koşullar için hesaplanmış olan kesme puanlarında her üç değerlendirme aracı da klinik olarak kabul edilebilir düzeylerde duyarlılık ve özgüllük göstermiştir. Bu yönüyle bu ölçekler için önerilen kesme puanlarının üstünde puan alan olguların bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanının daha detaylı klinik değerlendirilmesi için yönlendirilmesi uygun olur. Klinik uygulama açısından bu tip bir ipucunun elde edilmesi acil servis çalışanları için özkıyım riskinin derecelendirilebilmesi açısından kolaylaştırıcı olacaktır.

Değerlendirme araçlarının yatış gerekliliğini saptamada göstermiş oldukları performans açısından birbirlerinden ayrılmadığı görülmektedir. Ayrıca bu araçların birbirleriyle olan korelasyonları da benzer bir durumu sorguladıklarını gösterir şekilde oldukça yüksek çıkmıştır. Bu sonuç, klinik uygulamada acil servis çalışanlarının hangi aracı daha kolay uygulanabilir buluyorlarsa, onu tercih etmeleri için bir yönlendirici olabilir. Alanyazında bu araçların birbirleriyle kullanım kolaylığı

açısından karşılaştırıldığı çalışmaya rastlamak pek mümkün olmamıştır. CÖRTEA ile “SAD PERSONS” Ölçeği'nin bu amaçla karşılaştırıldığı bir çalışmada her iki araç arasında kullanım kolaylığı yönünden büyük farklılıklar tespit edilmemiştir (27). Diğer taraftan İRDA oldukça kapsamlı bir görüşme yapmayı gerektirmesiyle CÖRTEA ve MSPÖ'den ayrılmaktadır. Kısıtlı zaman aralığı içerisinde bu yönüyle tercih edilmek için ön plana çıkacağını düşünmek doğru olmaz. Diğer taraftan CÖRTEA, MSPÖ'ye kıyasla oldukça karmaşık gelebilecek bir puanlama gerektirmektedir ve acil servis çalışanları için bu nedenle pratik bulunmayabilir. Dolayısıyla, aralarında yatış gerekliliğini saptamada belirgin fark olmayan bu üç değerlendirme aracı içerisinde diğerleri yerine MSPÖ'nün öncelikli olarak kullanımı teşvik edilebilir.

Değerlendirme araçlarının duyarlılık ve özgüllük değerleri göz önüne alındığında, bu araçların kullanım amaçlarına uygun olarak hangi değere öncelik verileceği de ayrıca düşünülmelidir. Çalışmadaki amaca uygun şekilde, hastaneye yatış gereksinimi gibi daha yüksek riskli grupları tespit etmek için kullanılacaklarsa (tarama amaçlı) önceliğin yüksek duyarlılık olması gerekir. Bu durumda ölçekler için ayrı ayrı hesaplanmış olan %100 duyarlılık anındaki kesme puanlarını dikkate almak uygun olur. Öte yandan, eğer amaç yatış gerekliliği olmayan grubu daha kesin olarak tespit etmekse (dışlama amaçlı), bu durumda da %100 özgüllük anındaki kesme puanları işe yarar olacaktır. Çalışmanın sonucu olarak önerilen kesme puanları ise daha ziyade duyarlılık ve özgüllüğün her ikisinin birden optimal olduğu “olgu saptama” değerlerine karşılık gelmektedir. Bahsedildiği üzere, klinik uygulamada hangi amaçla bu değerlendirme araçlarına başvuruluyorsa, o bağlamda bir kesme puanı seçilmesinin gerekli olduğu unutulmamalıdır.

Ayrıca, bilindiği üzere, duyarlılık ve özgüllükten ziyade pozitif ve negatif prediktif değerler klinik açıdan daha anlamlı bilgi verebilir. Bu açıdan değerlendirildiğinde MSPÖ ve CÖRTEA'nın yatış gerektirdiğini öne sürdükleri olguların gerçekten de klinik görüşmeyle de yatış gerektirmiş olmasını %75'in üzerinde başarıyla tespit ettiklerini, İRDA ile bu oranın %60 civarında olması nedeniyle diğer araçların gerisinde kaldığını söylemek gerekir.

Ancak her üç değerlendirme aracı da yatış gerektirmediğini öne sürdükleri olguların gerçekten de klinik değerlendirmeyle de yatış gerektirmeyecek şekilde sınıflanmasını %80'in üzerinde başarıyla belirtebilmişlerdir. Yani aslında bu değerlendirme araçlarının asıl kullanım alanı, yatış gerekliliği olmayan grubun saptanarak gereksiz konsültasyon istemlerinin önünü kesmek olabilir. Böylelikle de uzmanların zaten kısıtlı olan zamanları daha az meşgul edilmiş olur veya uzmanın olmadığı yerlerden bu olguların ek maliyete yol açacak şekilde ve personel aracılığıyla başka merkezlere sevk azaltılabilir.

Bu çalışmanın belki de en çarpıcı bulgusu, altın standart kabul edilen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı değerlendirmesinin aslında yatış gerekliliğini saptamada değerlendirme ölçeklerinin önüne geçemeyişi olmuştur. Buna ilaveten, klinik değerlendirme görüşmesi ile değerlendirme araçları arasındaki korelasyon ilişkisi yüksek düzeye yakın saptanmıştır. Öyle ki gerek uzman değerlendirmesi, gerekse değerlendirme araçlarından elde edilen skorlar istatistiksel olarak birbirlerinden ayrılmamıştır. Yine de uzman değerlendirmesiyle elde edilen ortalama puanların daha düşük olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum klinisyenlerin değerlendirmeleri sırasında önlerindeki bir dizi soruya cevap almakla yetinemedikleri ve hastayla kurdukları ilişki içerisinde kendi klinik deneyimleri başta olmak üzere bazı başka etmenleri de göz önünde bulundurdıklarının işareti olabilir. Nitekim bu duruma bir örnek olarak bu çalışmada da uzman değerlendirmesine kıyasla MSPÖ ile iki, CÖRTEA ile sekiz olgu için yatış gerekliliği olmadığı, tam tersine İRDA ile ise üç olgu için yatışın gerekli olduğu saptanmıştır. Bu farklılık, değerlendirme araçlarının uzmanların yaptığı klinik görüşme sırasında olgulara dair verileri sentezleyip yorumlama süreçlerinde gereken aşamalar açısından eksik yönleri olduğunu düşündürmektedir. Zaten alanyazındaki neredeyse tüm araştırmalarda da değerlendirme araçlarının bir tür “checklist” gibi kullanılmasının tavsiye edilmediği, bu tür bir değerlendirmenin uzman görüşünün yerini alamayacağı ısrarla vurgulanmaktadır (4-5,7). Bu nedenle, uzman değerlendirmesi ve değerlendirme araçlarının yatış gerektiren olguları saptamada birbirlerinden ayrılmamış olması klinik değerlendirmenin ikinci

plana atılmasının uygun olacağı mesajını vermeme-  
lidir. Tam tersine, aslında bu sonuç, klinik  
değerlendirme öncesinde hangi olgular için yön-  
lendirme ihtiyacı duyulabileceğini saptamada ve bu  
yönüyle gereksiz konsültasyon istemleri yapılma  
sıklığını azaltmada bir ara basamak olabilir.

Çalışmanın kimi kısıtlılıkları da mevcuttur.  
Birincisi, bu tek merkezli bir çalışmadır ve bu  
merkezde görev yapan acil servis ve ruh sağlığı ve  
hastalıkları uzmanlarının çalışma tarzını yansıtıyor  
olabilir. İkincisi, çalışmaya dahil edilen olgu sayısı  
azdır. Üçüncüsü, klinik değerlendirmeyi yapan ve  
sonrasında çalışmadaki değerlendirme araçlarını  
geçmiş kayıtlardan dolduran araştırmacılar aynı  
ekibin parçası oldukları için ne kadar titiz  
davranılmış olsa da yanlılığa yol açmış olabilir. Bu  
araştırma sorusuna ve varsayımına odaklanan ideal  
bir çalışma, büyük bir örnekleme, çok merkezli  
olarak prospektif bir tasarımla yürütülürse  
sonuçlar çok daha güvenilir ve genelleştirilebilir  
hale gelir. Ayrıca klinisyenlerin acil servisteki  
değerlendirmeleri ve o esnada bahsi geçen  
değerlendirme araçlarının doldurulması, üstelik  
her iki değerlendirmenin birbirinden bağımsız  
şekilde yapılması da sonuçların yorumlanması  
konusundaki kısıtlılıkları büyük oranda  
azaltacaktır.

Öte yandan bu çalışma Türk toplumunda bu denli  
kapsamlı bir değerlendirmenin yapıldığı ve yatış  
gerekliğinin saptanmasında uzman  
değerlendirmesi kadar kimi araçların da işe yarar  
olup olmayacağını tespit edilmeye çalışıldığı ilk  
çalışmadır. Sonuçları itibarıyla da klinik uygula-  
maya yansımaya olabilecek önemli bulgular ortaya  
koymuştur. Örneğin değerlendirme araçları,  
özkıyım girişiyle başvuran hastaların  
değerlendirilmesinde alanda uzman olmayan  
kişilerce doldurularak hangi grupların daha derin-  
lemesine bir değerlendirme veya hastaneye yatış  
ihtiyacı olduğunu tespit etmeyi sağlayabilir. Dahası  
bu değerlendirme araçları belki de en az bir  
uzmanın değerlendirmesi kadar riskli olguları  
tespit edebildiğinden acil müdahale ve yakından  
takip edilmesi gereken bireylerin fark edilmesini  
kolaylaştırabilir. Belki de en önemlisi aslında bu tip  
değerlendirme araçlarının acil servisler gibi  
özkıyım riski yüksek bireylerle karşılaşma ihtimali-  
ninin yüksek olduğu ortamlarda rutin olarak

kullanıma girmesi, ilerleyen dönemlerde acil servis  
çalışanlarının da bir tür meslek içi eğitilmiş gibi  
özkıyım risk değerlendirmesini daha sistematik ve  
eksiksiz şekilde tamamlamalarına aracılık edebilir.  
Böylesi bir eğitimin ve farkındalık sağlamanın  
özkıyım gibi sonuçları yıkıcı olabilecek kimi klinik  
durumların gözden kaçmasını azaltması  
mümkündür.

Sonuç olarak, özkıyım girişimi sonrası acil servise  
başvuran erişkinler için uzmanın yaptığı klinik risk  
değerlendirmesinin yerini tutmasa da acil servis  
çalışanlarının hangi olguların konsülte edilmesi  
veya sevk edilmesi gerektiğini daha net şekilde  
değerlendirebilmeleri için MPSÖ gibi kimi  
değerlendirme araçlarına başvurması yardımcı ola-  
bilir. Seçilecek araçların ve bu araçların  
değerlendirmede verdiği sonuçların birbirlerine  
göre üstünlükleri ve eksiklikleri olabileceği unutul-  
madan uygun bir aracın seçimi ile özkıyım girişimi  
sonrası yatış gereksinimi olan olguların saptanması  
mümkündür.

---

Yazışma adresi: Doç. Dr. Sedat Batmaz, Tokat Gaziosmanpaşa  
Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim  
Dalı, Tokat sedat.batmaz@gmail.com

---

\*Bu araştırmanın daha önceki bir versiyonu poster  
bildiri olarak 19-22.04.2017 tarihleri arasında  
Antalya'da düzenlenen 21. TPD Yıllık Toplantısı ve  
Klinik Eğitim Sempozyumu'nda sunulmuştur.

## KAYNAKLAR

1. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis* 2006; 27:4-15.
2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg, World Health Organization, 2014.
3. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar İstatistikleri, 2015. TÜİK Haber Bülteni Sayı: 21516. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516>. Erişim tarihi: Ekim 11, 2018.
4. Eskin M. İntihar: Anlama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2014.
5. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2010.
6. Desjardins I, Cats-Baril W, Maruti S, Freeman K, Althoff R. Suicide risk assessment in hospitals: an expert system-based triage tool. *J Clin Psychiatry* 2016; 77: e874-e882.
7. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentlet KH, Klieman EM, Huang X, Musacchio KM, Jaroszewski AC, Chang BP, Nock MK. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin* 2017; 143: 187-232.
8. Kaplan ML, Asnis GM, Sanderson WC, Keswani L, de Lecuona JM, Joseph S. Suicide assessment: clinical interview vs. self-report. *Journal of Clinical Psychology* 1994;50: 294-298.
9. Cull JG, Gill WS. Suicide Probability Scale: Manual. Los Angeles, Western Psychological Services, 1990.
10. Atlı Z, Eskin M, Dereboy Ç. İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İÖÖ) klinik örneklemde geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri* 2009; 12: 111-124.
11. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47: 343-52.
12. Dilbaz N, Bitlis V, Bayam G, Berksun O, Holat H, Tüzer T ve ark. İntihar Niyeti Ölçeği: geçerlik ve güvenilirliği. *3P Dergisi* 1995; 3: 28-31.
13. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal ideation: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1979; 47: 343-352.
14. Dilbaz N, Holat H, Bayam G, Tüzer T, Bitlis V. İntihar düşüncesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. XXXI. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı 1995, 40-41.
15. Osman A, Bagge C, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. The suicidal behaviors questionnaire-revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment* 2002;8: 443-454.
16. Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V, Holat H, Tüzer T. İntihar davranışı ile depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi: intihar davranışı ölçeği geçerlik, güvenilirlik çalışması. *Kriz Dergisi* 1995; 3: 253-255.
17. Bryan CJ, Rudd MD, Wertenberg E, Etienne N, Ray-Sannerud BN, Morrow CE, Peterson AL, Young-McCaughon S. Improving the detection and prediction of suicidal behavior among military personnel by measuring suicidal beliefs: an evaluation of the Suicide Cognitions Scale. *J Affect Disord* 2014; 159: 15-22.
18. Guzey Yiğit M, Yiğit İ. İntihar bilişleri ölçeğinin psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi: Geçerlik güvenilirlik çalışması. *Nesne Psikoloji Dergisi* 2017;5: 363-383.
19. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Hopelessness Scale. San Antonio, Texas, Psychological Corporation, 1998.
20. Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk Ölçeği: geçerlik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi* 1993;1:139-42.
21. Durak A, Palabıyıkoglu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlik Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994;2:311-319.
22. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983;51:276-286.
23. Batgün AD, Gültekin YY, Şahin NH. İnsanları yaşama bağlayan nedenler nelerdir? Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri'nin (YSNE) güvenilirliği ve geçerliği. *Turkish Journal of Psychology* 1993;8(7-19).
24. Lester D, McSwain S, Gunn JF. A test of the validity of the IS PATH WARM warning signs for suicide. *Psychol Rep* 2011; 108:402-404.
25. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics* 1983;24:343-345.
26. Hockberger RS, Rothstein RJ. Assessment of suicide potential by nonpsychiatrists using the SAD PERSONS score. *J Emerg Med* 1988;6:99-107.
27. Motto JA. Preliminary field-testing of a risk estimator for suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1985;15:139-150.
28. Chehil S, Kutcher SP. Suicide risk management: A manual for health professionals. 2nd ed Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2012.
29. Giordano R, Stichler JF. Improving suicide risk assessment in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2009;35:22-26.
30. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS ONE* 2017;12: e0180292.
31. Katz C, JR, Sareen J, Chateau D, Walld R, Leslie WD, Wang J, Bolton JM. Predicting suicide with the SAD PERSONS scale. *Depress Anxiety* 2017;34: 809-816.
32. Warden S, Spiwak R, Sareen J, Bolton JM. The SAD PERSONS scale for suicide risk assessment: a systematic review. *Arch Suicide Res* 2014;18:313-326.
33. Saunders K, Brand F, Lascelles K, Hawton K. The sad truth about the SADPERSONS Scale: an evaluation of its clinical utility in self-harm patients. *Emerg Med J* 2014;31:796-798.
34. Bolton JM, Spiwak R, Sareen J. Predicting suicide attempts with the SAD PERSONS scale: a longitudinal analysis. *J Clin*

Psychiatry 2012; 73:735-741.

35. Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22:445-451.

36. Randall JR, Colman I, Rowe BH. A systematic review of psychometric assessment of self-harm risk in the emergency department. *J AffectDisord* 2011;134: 348-355.

37. Chang BP, Tan TM. Suicide screening tools and their association with near-term adverse events in the ED. *Am J Emerg Med.* 2015;33:1680-1683.

38. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and Primary care providers be for suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159: 909-916.

39. Hatcher S. The Manchester Self Harm Rule had good sensitivity but poor specificity for predicting repeat selfharm or suicide. *Evid Based Med.* 2007;12: 89.

40. Kapur N, Cooper J, Rodway C, Kelly J, Guthrie E, Mackway-Jones K. Predicting the risk of repetition after self harm: cohort study. *BMJ* 2005;330:394-395.

41. Morrissey R, Dicker R, Abikoff H. 1995. Hospitalizing the suicidal adolescent: an empirical investigation of decision making criteria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1995;34:902-911.

42. Motto JA, Heilbron DC, Juster RJ. Development of a clinical instrument to estimate suicide risk. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 680- 686.

43. Kutcher SP, Chehill S. Suicide risk management: a manual for health professionals. Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2007.

44. Randall JR, Sareen J, Chateau D, Bolton JM. Predicting Future Suicide: Clinician Opinion versus a Standardized Assessment Tool. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2018. doi: 10.1111/sltb.12481.

45. Roos L, Sareen J, Bolton JM. Suicide risk assessment tools, predictive validity findings and utility today: time for a revamp. *Neuropsychiatry* 2013;3:1-13.

46. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PlosOne* 2017; 12: e0180292.

47. Lotito M, Cook E. A review of suicide risk assessment instruments and approaches. *Mental Health Clinician* 2015;5:216-223.

48. Kreuze E, Lamis DA. A review of Psychometrically Tested Instruments Assessing Suicide Risk in Adults. *Omega-Journal of Death and Dying* 2018;77: 36-90.

49. Bowers A, Meyer C, Hillier S, Blubaugh M, Roepke B, Farabough M, Gordon J, Vassar M. Suicide risk assessment in the emergency department: Are there any tools in the pipeline? *Br J Psychiatry* 2018;36: 630-636.

50. Fazel S, Wolf A. Suicide risk assessment tools do not perform worse than clinical judgement. *Br J Psychiatry* 2017; 211:183.

51. Kishi Y, Otsuka K, Akiyama K, Yamada T, Sakamoto Y, Yanagisawa Y, Morimura H, Kawanishi C, Higashioka H, Miyake Y, Thurber S. Effects of a training workshop on suicide prevention among emergency room nurses. *Crisis* 2014;35:357-

361.

52. Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL, Chaudhury SR, Bush AL, Green KL. Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry* 2018;75:894-900.

53. Reshetukha TR, Alavi N, Prost E, Kirkpatrick RH, Sajid S, Patel C, Groll DL. Improving suicide risk assessment in the emergency department through physician education and a suicide risk assessment prompt. *Gen Hosp Psychiatry* 2018;52:34-40.