

HASTANE ÖNCESİ PSİKİYATRİK ACİLLER

 Yeter ÇUVADAR BAŞ¹

ÖZ

Hastane öncesi ortamda psikiyatrik durumlarla sıklıkla karşılaşmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli ilk ve acil yardım teknikerlerinin acil psikiyatrik yardıma ihtiyacı olan bireyleri fiziksel ve psiko-sosyal açıdan değerlendirebilme, uygun tedavi ve bakımı sağlama, olası riskleri görme ve engelleme, kriz yönetimi gibi birçok konuda bilgi ve beceri sahibi olmaları gerekmektedir. Bu sebeple ilk ve acil yardım teknikerlerinin psikiyatrik acil durumları anlama, değerlendirme ve yönetme yeteneğini geliştirmesine ihtiyaç vardır. Bu derleme makalede literatür taraması doğrultusunda hastane öncesi ortamda en sık karşılaşılan psikiyatrik acil durumlar ve uygulamada kullanılması gereken temel yaklaşımların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastane Öncesi, İlk ve Acil Yardım Teknikeri, Psikiyatrik Acil

PRE-HOSPITAL PSYCHIATRIC EMERGENCIES

ABSTRACT

Psychiatric situations are frequently encountered in the prehospital setting. First and emergency aid technicians in primary health care services need to have knowledge and skills in many subjects such as physical and psychosocial evaluation of individuals in need of emergency psychiatric help, providing appropriate treatment and care, seeing and preventing possible risks, and crisis management. For this reason, there is a need for first and emergency technicians to develop their ability to understand, evaluate and manage psychiatric emergencies. In this review article, it is aimed to determine the most common psychiatric emergencies in the prehospital setting and the basic approaches that should be used in practice in line with the literature review.

Keywords: Pre-hospital, First and Emergency Technician, Psychiatric Emergency

¹ Öğr. Gör., Gedik Meslek Yüksekokulu, Gedik Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, yetercuvar1@outlook.com

GİRİŞ

Psikiyatrik aciller duygu, düşünce ve davranış alanlarının bir ya da bir kaçında ortaya çıkan belirtilerin; insanın bedensel, zihinsel, sosyal bütünlüğünü, işlevlerini, yaşam kalitesini bireyin kendisi ve çevresi açısından tahammül edilemeyecek derecede bozması durumudur. Acil psikiyatrik durumlar, birçok kronik ruhsal hastalık, psikososyal stres bozuklukları ve yaşam olaylarından kaynaklanabildiği gibi psikiyatrik semptomlara neden olan tıbbi hastalıklar, zehirlenmeler, madde kullanımı, ilaç yan etkileri ve ilaç-ilaç etkileşimleri sonrasında da gelişebilmektedir (Büyükbayram & Engin, 2018).

Ruh sağlığı bozuklukları yaygın olmakla birlikte, hastane öncesi acil durum olarak sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Her altı yetişkinden birinde genel adıyla nevroitik bozukluk, iki yüz yetişkinden birinde ise psikotik bozukluk vardır. Her yedi kişiden biri ise hayatının bir noktasında intiharı düşünmektedir (Hawley vd., 2011). Genel olarak acil sağlık hizmetlerine başvurular giderek artarken, psikiyatrik acil başvurularındaki artış bu artıştan çok daha fazladır. Amerika Birleşik Devletleri'nde son on yılda %15 oranında artış gösterdiği, acil başvuruların ise yaklaşık %12'sini psikiyatrik acillerin oluşturduğu belirlenmiştir. Ülkemizde ise bu oran %3-17 olarak belirtilmiştir. İlk ve acil yardım teknikerleri psikiyatrik vakalar için çağrılır; bu vakalardan bazıları hızlı müdahale gerektiren psikiyatrik acil durumlardır (Hawley vd., 2011). Birinci basamakta hizmet veren ilk ve acil yardım teknikerlerinin acil psikiyatrik yardıma gereksinimi olan bireylere yardım edebilmesi için psikiyatrik bozukluklar ve yaklaşımı hakkında ve bilgi sahibi olması gerekmektedir (Sabancıoğulları, 2020).

Psikiyatrik acillere yaklaşımda asıl amaç hasta ve ailesinin ruhsal sıkıntısının, stresin azaltılması ve acil durumu yatıştırmaaktır. İlk ve acil yardım teknikerleri tarafından psikiyatrik bozuklukların tanımlanması, değerlendirilmesi, ayırt edilebilmesi ve yönetilebilmesi önemlidir. Bu derleme makale ile hastane öncesi sağlık bakım hizmetlerinde görev alan ilk ve acil yardım teknikerleri için sık görülen psikiyatrik bozukluklardan kişilik bozuklukları, depresyon, anksiyete ve psikotik bozukluklar ve deliryumun tanınması ve erken yönetimi hakkında bir içgörü sağlamak amaçlanmıştır.

1. SIK GÖRÜLEN PSİKİYATRİK ACİLLER

1.1. Kişilik Bozuklukları

Kişilik, psikolojik davranışlarda (düşünceler, duygular, eylemler) devamlılığı olan ve o andaki sosyal ve biyolojik baskılarla kolayca açıklanamayan, benzerlik ve farklılıkları ortaya çıkaran, istikrarlı bir karakteristik ve eğilimler dizisidir (Koenigsberg vd., 2003). Kişilik

bozuklukları ergenlik veya erken erişkinlik döneminde başlayan, zamanla sabitleşen, mutsuzluğa veya bozulmaya yol açan, katı ve yaygın nitelikteki öznel yaşantılar veya kültürel normlardan sapma gösteren davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Durmaz, 2019). Kişilik bozukluklarının prevalansı 44/1000'dir (Erkekler 54/1000, Kadınlar 34/1000) (Hawley vd., 2011). Kişilik bozuklukları özelliklerine göre üç kümede incelenmektedir (Durmaz, 2019).

<i>A Kümesi Kişilik Bozuklukları</i>	<i>Özellikleri</i>
Paranoid Kişilik Bozukluğu	Başkalarından şüphelenir, güvenmez, kin besler, çabuk öfkelenir.
Şizoid Kişilik Bozukluğu	Yakın ilişkileri ne arzular ne de bundan zevk alır, duygusal olarak kayıtsızdır, başkalarının duygularını anlamaz, yalnızdır.
Şizotipal Kişilik Bozukluğu	Garip fikirler ve inançlar (örneğin telepati, uzaylılar tarafından kaçırılma), tuhaf görünüm ve tavır, tuhaf konuşma tarzı, eksantrik kişilik

<i>B Kümesi Kişilik Bozuklukları</i>	<i>Özellikleri</i>
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	Manipülatif, aldatıcı, suçlu, başkalarını umursamayan, şiddet, sorumsuzluk, suçluluk duymama
Sınırdaki (Borderline) Kişilik Bozukluğu	Öfkeli, çocuksu, düşüncesizce davranan, kararsız ruh hali, eleştiriye veya reddedilmeye tahammülsüzlük, istikrarsız ilişkiler, sıklıkla kendine zarar verme
Histrionik Kişilik Bozukluğu	Dramatik/teatral, benmerkezci, yüzeysel olarak sığ ama çekici ve baştan çıkarıcı olma arzusu
Narsistik Kişilik Bozukluğu	Kendine aşık, gösterişli ve kibirli, başkalarından yararlanmaya hakkı olduğunu düşünme, övgü veya hayranlık talep etme

<i>C Kümesi Kişilik Bozuklukları</i>	<i>Özellikleri</i>
Çekingen (Kaçınan) Kişilik Bozukluğu	Utangaç/çekingen, eleştirilmeyi veya reddedilmeyi bekler, kendini beceriksiz olarak görür. Başarısızlık korkusuyla hayatın sorumluluklarından kaçınır.
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	Zayıf irade, sürekli yardım ve güvence için başkalarına bağlıdır. Çaresiz hisseder ve başkalarının karar vermesini bekler.
Obsesif-kompulsif Kişilik Bozukluğu	Pedantik, katı, esnek olmayan. "Büyük resmi" görme pahasına ayrıntılara özen gösteren kişilerdir.

(Öztürk & Uluşahin, 2016; Sadock & Sadock, 2016).

Hastane öncesi psikiyatrik acillerde ilk ve acil yardım teknikerlerinin en sık karşılaştığı kişilik bozuklukları Borderline kişilik bozukluğu ve Antisosyal kişilik bozukluğudur. Diğer sekiz kişilik bozukluğu, nadiren psikiyatrik acil durumlar olarak ortaya çıkmaktadır. Çoğu kriz durumu, iyi bir yönetimle çözülebilir fakat bazılarının acil psikiyatri servislere sevk edilmesi gerekebilir. Bu hasta grubu ile güvene dayalı bir ilişki kurmak önemlidir. Başa çıkma becerilerini geliştirerek ve mevcut sorunlara odaklanmalarına yardımcı olarak kaygılarını yönetmelerine yardımcı olmak genellikle faydalı olmaktadır (Hawley vd., 2011).

1.2. Depresyon

Bir depresif epizot, en az iki hafta boyunca sürekli ruh hali üzüntüsü, ilgi veya zevk kaybı ve enerji kaybı veya artan yorgunluk ile karakterizedir (Hawley vd., 2011).

Belirti ve bulgular:

- Çökkün ve bunaltılı duygudurum
- İsteksizlik, ilgide azalma, zevk almama
- Enerji azlığı, çabuk yorulma
- Dikkat bozukluğu
- Uyku bozukluğu
- Yetersizlik, suçluluk düşünceleri
- İştah ve kiloda değişiklik
- Özkıyım düşünceleri (Koroğlu, 2018; Öztürk & Uluşahin, 2016).

Depresyon tanılı hastalar hastane öncesi psikiyatrik acillerde genellikle özkıyım girişimiyle karşımıza çıkmaktadır. Özkıyım davranışı ölümle sonuçlanırsa tamamlanmış özkıyım, ölümle sonuçlanmadan birey kurtulursa özkıyım girişimi olarak tanımlanır. Hastanın özkıyım düşüncesinin sorgulanması ve dikkatli olunması önemlidir. Hastayla ölüm konusunda konuşmaktan çekinilmemeli aksine bu konu sorgulanmalıdır. Parasüisidal davranışları olan hastaların intihar riski açısından dikkatli değerlendirilmeleri gerekmektedir (Altuntaş, 2021).

1.3. Anksiyete Bozuklukları

Acil durumlar olarak ortaya çıkma olasılığı en yüksek olan anksiyete bozuklukları, panik ataklar ve yaygın anksiyete bozukluğudur. Panik ataklar, ani başlayan ve genellikle birkaç dakika süren gizli kaygı veya yoğun korku nöbetleridir. Semptomlar; otonomik semptomlar (örn. çarpıntı, terleme, titreme, ağız kuruluğu), boğulma hissi, nefes darlığı, göğüs ağrısı veya

rahatsızlık hissi, mide bulantısı, karın ağrısı, baş dönmesi, kontrol kaybı veya delirme hissi, ölüm korkusu, ateş basması ve uyuşma veya karıncalanma hissi ile karakterizedir. Bu semptomlar bazen hastada karpopedal spazmlara yol açabilir. Hasta kardiyak semptomlarla karıştırılabilir. Genellikle basit sakinleştirici önlemler, sözel telkin, gevşeme ve nefes egzersizleri ve güvence vermek yeterlidir. Panik ataklar genellikle birkaç dakika içinde geçer (Ham vd., 2005).

Yaygın anksiyete bozukluğu ise sağlık durumunun bozulması gibi akut bir durumda alevlenebilir. İlk ve acil yardım teknikerleri yaygın anksiyete durumlarını panik atakta olduğu gibi yönetebilir (Hawley vd., 2011).

1.4. Psikotik Bozukluklar

Hastane öncesi psikiyatrik acillerde en sık karşılaşılan psikotik bozukluk şizofrenidir (Altuntaş, 2021; Sabancıoğulları, 2020). Psikoz, gerçeklikle temasın kaybı ile karakterizedir ve genellikle sanrılar, halüsinasyonlar ve büyük ölçüde dezorganize davranışlar şeklinde kendini gösterir. Akut şizofreni epizodu, manik epizot ve ilaca bağlı psikozların tümü hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine başvurabilir (Hawley vd., 2011).

Hastalar anlamsız konuşabilir, bağırma, küfretme, uygunsuz davranışlar görülebilir. Genel görünümü dağınık olabilir, kendi kendine konuşma, özbakım eksikliği, tuhaf davranışlar, konuşmada azalma, uygunsuz yüz ifadesi olabilir (Altuntaş, 2021).

1.5. Deliryum

Deliryum; herhangi bir nedenle bütün beynin kısa bir sürede yaygın olarak etkilenmesi, bozulması ile ortaya çıkan, zaman/yer/kişi/yönelim bozukluğu ile karakterize, bilişsel yetilerin ve davranışın ağır derecede bozulduğu bir akut beyin yetmezliği sendromudur (Çuvadar & Çuvadar, 2021). Tipik olarak, altta yatan bir tıbbi hastalığa bağlıdır (Hawley vd., 2011). Genellikle bilinç bozukluğu ile kendini gösterir ve hastalarda nörolojik semptomlar görülebilir. Sıklıkla demans ile karıştırılır (Çuvadar & Çuvadar, 2021).

2. HASTANE ÖNCESİ YAKLAŞIM

İlk ve acil yardım teknikerleri psikiyatrik acillerin saldırganlık, ajitasyon, kendine ve başkalarına zarar verme, özkıyım durumlarının değerlendirilmesinde ve erken yönetiminde

giderek daha önemli bir role sahiptir (Hawley vd., 2011). Hastane öncesi psikiyatrik acil hastasına müdahalede temel amaç hastanın ve yakınlarının stres durumunun yönetilmesi ve en etkili şekilde yardımcı olunmasıdır. İlk ve acil yardım teknikeri öncelikle kendi güvenliğini, hastanın ve çevrenin güvenliğini sağladıktan sonra, hastanın semptomlarının başlangıç öyküsü, nasıl seyir gösterdiği bilgilerini içeren bir anamnez almalıdır. Hastaya müdahalede öncelikli olarak vital bulgular değerlendirilmeli gerekirse ilk ve acil yardım uygulamalarına geçilmelidir (Altuntaş, 2021; Cooper vd., 2007).

Mümkün olduğunca kısıtlama kullanmaktan kaçınılmalı (Mothibi vd., 2019). Öncelikle olarak hastayla bir güven ilişkisi kurularak duygularını ve stresini yönetmesine yardımcı olmak için sözel telkin kullanılmalıdır. Zorlayıcı görünen ve hastanın ajitasyonunu artıracak müdahalelerden kaçınılmalıdır. Hastayla iletişimde terapötik iletişim teknikleri kullanılmalı, non-terapötik iletişim tekniklerinden kaçınılmalıdır. Hastanın kişisel alanına saygı gösterilmeli, ilişkide sınırlar belirlenmeli, seçenekler sunulmalı ve hasta ve yakınları bilgilendirilmelidir (Altuntaş, 2021; Sabancıoğulları, 2020).

Sözel telkinin etkili olmadığı durumlarda farmakolojik yöntemler kullanılabilir. Psikiyatrik acillerde davranışı kontrol etmek için farmakolojik ajanların kullanılması durumuna kimyasal kısıtlama adı verilir. Komuta Kontrol Merkezi'nden alınan danışmanlık doğrultusunda hastaya benzodiazepinler ve antipsikotikler intramüsküler veya intravenöz yol ile protokol doğrultusunda uygulanabilir (Altuntaş, 2021; Durmaz, 2019; Ivarsson vd., 2022; Sabancıoğulları, 2020).

Kimyasal tespit için kullanılan benzodiazepinler; Diazepam, Lorazepam, Midazolam; antipsikotikler ise, Droperidol, Haloperidol, Olanzapin ve Ziprosidon'dur (Altuntaş, 2021; Durmaz, 2019; Sabancıoğulları, 2020).

Özkıyım girişimleri adli olgu sayıldığı için kolluk kuvvetlerinin ilk ve acil yardım teknikerlerine eşlik etmesi gerekmektedir. Güvenlik güçleri birincil olarak olay yerinin korunması bakımından ilk ekip adı altında birçok sorumluluğa sahiptir. Fakat hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev alan ilk ve acil yardım teknikerlerinin olay yerindeki sorumlulukları da göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir. Adli olaylarda; ilk ve acil yardım teknikerlerinin yaptıkları ya da yapmadıkları, bilinçli ya da bilinçsiz, araştırmada geri dönülemez sonuçlara neden olabilir (Durmaz, 2019).

SONUÇ

Ruh sağlığı bozuklukları yaygındır ve sağlık hizmetlerinin tüm alanlarında görülebilir. Psikiyatrik hastalıklar acil tıbbi müdahalenin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görevli ilk ve acil yardım teknikerleri her anlamda yönetilmesi zor olan psikiyatri hastalarına yaklaşımda gerekli bilgi ve donanıma sahip olmalıdır. Yüksek riskli psikiyatrik acillerin tanınması yapılmalıdır. Psikiyatrik acillerde ilk değerlendirmenin hedefleri, bir psikiyatrik bozukluğun, altta yatan nedenin veya tetikleyici faktörün tanımlanmasını, ciddiyetini, aciliyetini, riskleri ve hastanın ihtiyaçlarının değerlendirilmesini içermelidir. İlk yönetimin hedefleri ise, hastayı güvenli hale getirmeyi, hızlıca bunaltıdan kurtarmayı ve tedavi için uygun hastaneye sevki içermelidir. Psikiyatrik acillerde kendine zarar verme/intihar davranışı çok yaygındır ve bu kişiler için biyo-psiko-sosyal bir değerlendirme yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Altuntaş, M. (2021). *Paramedik-Acil Bakım İlkeleri ve Uygulamalar*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Büyükbayram, A., Engin, E. (2018). Acil psikiyatrik bakım ve ruh sağlığı triyajı. *J Psychiatric Nurse*, 9(1), 61-67. doi: 10.14744/phd.2017.24855.
- Cooper, J, Kapur, N, Mackway-Jones, K. (2007). A comparison between clinicians' assessment and the Manchester self-harm rule: A Cohort Study. *Emerg Med J*, 24(10), 720-21.
- Çuvadar, Y, Çuvadar, A. (2021). COVID-19 ile ilişkili yoğun bakım deliryumu: Risk faktörleri, önleme ve tedavi politikaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8(2), 152-155.
- Durmaz, H. (2019). Psikiyatri ve Acil Bakım. Kuşuoğlu, S. & Yiğitbaş, Ç. *Acil Hasta Bakımı III*. Ankara. 371-415.
- Ham, P, Waters, DB, Oliver, MN. (2005). Treatment of Panic Disorder. *Am Fam Physician*, 71(4), 733-9.
- Hawley, C, Singhal, A, Roberts, AG, Atkinson, H, Whelan, C. (2011). Mental health in the care of paramedics: Part 1. *Journal of Paramedic Practice*, 3(5), 230-236.
- Hawley, C, Singhal, A, Roberts, AG, Atkinson, H, Whelan, C. (2011). Mental health in the care of paramedics: Part 2. *Journal of Paramedic Practice*, 3(6), 304-312.
- Ivarsson, B, Johansson, A, Todorova, L. (2022). Prehospital emergency nurses' competence progress in assessing psychiatric disorders; 1-year follow-up of a psychiatric emergency response unit. *Int Emerg Nurs.*, 62, 101149. Doi: 10.1016/j.ienj.2022.101149.

Koenigsberg, HW, Reynolds, D, Goodman, M, New, AS, Mitropoulou, V, Trestman, RL, Silverman, J, & Siever, LJ. (2003). Risperidone in the treatment of schizotypal personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(6), 628–634. <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n0602>.

Köroğlu E. (2018). *DSM-V Amerikan Psikiyatri Birliği ruhsal bozuklukların tanusal ve sayımsal el kitabı*. 5. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Mothibi, JD, Jama, M, Adefuye, AO. (2019). Assessing the knowledge of emergency medical care practitioners in the Free State, South Africa, on aspects of pre-hospital management of psychiatric emergencies. *Pan Afr Med J.*, 33, 132. doi: 10.11604/pamj.2019.33.132.18426.

Öztürk, O, Uluşahin, A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 14. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Sabancıoğulları, S. (2020). Psikiyatrik Bozukluklar. Gündüz, E.S. *Paramedikler İçin Özel Gereksinimi Olan Hastalara Hastane Öncesi Yaklaşım*. Ankara. 232-260.

Sadock, BJ, Sadock, VA, Ruiz, P. (2016). *Kaplan & Sadock Psikiyatri*. 11. Baskı. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.