

REVIEW ARTICLE / DERLEME YAZISI

Ajite Hastaya Yaklaşım

Demet GÜLPEK¹, Ayşe Nur İnci KENAR², Çiçek HOCAOĞLU³

Özet: Ajitasyon, pek çok psikiyatrik ve tıbbi durumun seyri sırasında ortaya çıkabilen yaşamı tehdit edebilen bir durumdur. Ajitasyon, bir kişinin, kendisi ya da yakın çevresinin güvenliğini tehlikeye sokan her türlü sesli, sözlü ve/veya motor davranışlar kümesidir. Saldırgan davranışların gelişiminde biyolojik, sosyal, çevresel etkenler gibi birçok etmen rol oynar. Öncesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan aniden ortaya çıkan ajitasyon, saldırgan davranış ve dürtüsellik gösteren hastalarda, psikiyatri dışı tıbbi durumların mutlaka dışlanması gerekir. Klinisyenler açısından da tanı ve tedavi yöntemleri konusunda bazı güçlükler yol açabilen ajitasyonun izlemi önemlidir. Bu nedenle klinisyenlerin ajitasyonu olan olgulara yaklaşımı, risk faktörlerini konusunda bilgi sahibi olmaları yaşam kurtarıcı olabilir. Bu derlemede ajite davranış açısından riskli bireylere yaklaşım ve tedavi süreçleri konusunda mevcut literatür bilgilerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Çalışma için PubMed, Google Scholar, Türk Psikiyatri Dizini gibi arama motorları taranmış ve konu ile ilgili İngilizce, Türkçe dillerinde yazılmış tam metin olarak ulaşılabilen yayınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Sağlık çalışanlarının ajitasyonu olan hastanın yönetimi konusunda eğitilmesi, bilgilendirilmesi gereklidir. Sağlık çalışanlarına ve hasta yakınlarına zor anlar yaşatan saldırgan davranış nedeni ile başvuran olgular için öncelikle güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Saldırgan hastaların tedavisinde çevresel düzenleme, yatıştırma, bedensel tespit veya tecrit ve farmakolojik yaklaşım uygulanır.

Anahtar Kelimeler: Ajitasyon, Saldırgan Davranış, Ruhsal Bozukluklar, Risk Faktörleri, Tedavi

Approach To Agitated Patient

Abstract: Agitation is a life-threatening condition that can occur during the course of many psychiatric and medical conditions. Agitation is a set of all kinds of audible, verbal and / or motor behaviors that endanger the safety of a person, his or her surroundings. Many factors such as biological, social and environmental factors play a role in the development of aggressive behaviors. Non-psychiatric medical conditions should be excluded in patients with sudden agitation, aggressive behavior and impulsivity without a history of psychiatric illness. It is also important for clinicians to monitor agitation, which may cause difficulties in diagnosis and treatment methods. For this reason, clinicians approach to agitation cases and their knowledge of risk factors can be life-saving. In this review, it is aimed to review the current literature on the approach and treatment processes to individuals at risk for agitated behavior. For this study, search engines such as PubMed, Google Scholar, Turkish Psychiatry Index were scanned and full text publications in English and Turkish languages were included in the study. Health workers need to be educated and informed about the management of patients with agitation. In the treatment of aggressive patients, environmental regulation, calming, physical restraint or isolation and pharmacological approach is applied.

Key Words: Agitation, Aggressive Behavior, Mental Disorders, Risk Factors, Treatment

¹Doç. Dr. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İzmir- Türkiye.

² Doç. Dr. Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli-Türkiye

³Prof. Dr. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize-Türkiye

Address of correspondence/ Yazışma adresi: Prof. Dr. Çiçek Hocaoglu, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize- Türkiye. Email: cicekh@gmail.com

Date of received/ Geliş Tarihi: 25.09.2019, **Date of Revision/ Düzeltme Tarihi:** 23.10.2019, **Date of acceptance/ Kabul Tarihi:** 03.11.2019

Citing/ Referans Gösterimi: Gülpek D., Kenar, N.İ A., Hocaoglu Ç.,(2019). Ajite Hastaya Yaklaşım. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1 (3): 206-11 doi:10.35365/ctjpp.19.1.27

Giriş

Ajitasyon, bir kişinin, kendisi ya da yakın çevresinin güvenliğini tehlikeye sokan, tıbbi bakımı engelleyen, kişinin işlevselliğini bozan, her türlü sesli, sözlü ve/veya motor davranışlar kümesidir. Ajitasyon; saldırganlık, şiddet içeren davranışları içerir. Şiddet, bir başka canlıya zarar vermek amacıyla kasıtlı olarak güç kullanmayı gerektiren, bireyin düşünce, tutum ve davranışlarıyla ilişkili çok boyutlu bir olgudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), şiddeti, sonucunda yaralanma, ölüm, psikolojik hasar, gelişimi bozma gibi zararlar veren ya da verme potansiyeli olan şekilde başka birine, gruba ya da topluma karşı fiziksel gücün bilinçli ve kasıtlı kullanımı olarak tanımlamıştır (DSÖ,2002). Ortaya çıkışında biyolojik, sosyal, kültürel, ekonomik, politik ve psikolojik etmenlerin rol oynadığı bildirilmiştir (Yılmaz, 2011). Şiddet insanlık tarihinde ölüm, hastalık ve sakatlığa yol açan en önemli nedendir (Yöyen, 2012). DSÖ, 2000 yılında dünyada 1.6 milyondan fazla kişinin şiddete bağlı olarak yaşamını yitirdiğini, şiddete bağlı ölümlerin yaklaşık yarısının intihara, üçte birinin cinayete, geri kalanların ise diğer şiddet nedenlerine bağlı olduğunu belirtmiştir (Krug, Dahlberg ve Mercy 2002). DSÖ'ü şiddeti, kendisine yönelik şiddet, kişiler arası şiddet ve kolektif şiddet olarak sınıflandırmaktadır. Kendine yönelik şiddet, intihar, intihar girişimleri ve kendini kasıtlı olarak yaralama davranışlarını kapsamaktadır. Kişiler arası şiddet ise aile içi şiddeti, tanıdık ya da yabancı bir kişiye yönelik şiddeti içermektedir. Kolektif şiddet ise politik, sosyal ve ekonomik şiddet türlerinden oluşur (Yılmaz, 2011).

Bu derleme çalışmasında şiddet içeren davranış sergileyen riskli bireylere yaklaşım ve tedavi süreçleri konusunda mevcut literatür bilgilerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Çalışma için PubMed, Google Scholar, Türk Psikiyatri Dizini gibi arama motorları taranmış ve konu ile ilgili İngilizce, Türkçe dillerinde yazılmış tam metin olarak ulaşılabilen yayınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Tam metin olarak ulaşılamayan çalışmalar derlemede kullanılmamıştır.

Şiddet Riskinin Değerlendirilmesi ve Öngörüsü

Yapılan çalışmalarda, psikolojik etkenlerin yanı sıra sosyoekonomik etkenlerin de şiddet gelişiminde önemli rol oynadığı, ciddi bir ruhsal hastalığa sahip olmanın gelecekteki olası şiddet davranışını öngörmek için tek başına yeterli olmadığı gösterilmiştir (Elbogen ve Johnson, 2009). Öyküde şiddet varlığı, fiziksel istismar, genç yaşta tutuklanma, madde kullanım bozuklukları, tehlike algısı, yaş, cinsiyet, ekonomik durum, boşanma ve işsizlik olası şiddet davranışı ile daha ilişkili bulunmuştur ancak bu etmenlerin çoğunun ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde de sık görüldüğü bildirilmiştir (Yöyen, 2012; Elbogen ve Johnson, 2009). Altmış altı çalışmanın değerlendirildiği bir gözden geçirmede, öyküde şiddet atağının olması, dürtüsellik, hostilite, uzun süreli hospitalizasyon, istemsiz yatış, saldırgan ile mağdurun aynı cinsiyetten olması saldırganlık ile en yakından ilişkili olan etmenler olarak belirlenirken; alkol/madde suistimali, psikoz tanısının olması, genç yaş ve intihar riski ise bunları takip eden etmenler olarak gösterilmiştir (Cornaggia, Beghi ve Pavone 2011).

Saldırganlık ve ruhsal hastalıklar arasındaki ilişki, çok eski yıllardan bu yana çalışmaların odak noktası

olmuştur. Kimi yazarlar ruhsal hastalıklar ve suç arasında yakın bir ilişki olduğundan bahsederken (Gunn ve Bonn, 1973). Kimileri ise ruhsal hastalığı olanlarda, genel topluma göre kriminal eğilimlerin daha düşük olduğunu bildirmiştir (Steadman, Cocozza ve Melick 1974). Çalışmaların sonuçları çelişkilidir.

Psikiyatrik bozuklukların hepsinde şiddet davranışı riski benzer değildir. Toplumdaki şiddet davranışının artmasına paralel olarak psikiyatri hastalarında görülen saldırganca davranışların da arttığı ileri sürülmüştür (Jonker ve ark., 2008). Çoğu psikiyatrik bozuklukta şiddet davranışı görülmemesine rağmen özellikle şizofreni ve bipolar bozukluk gibi tanısı olan hastalarda şiddet davranışı riskinin arttığı bildirilmiştir (Fazel ve ark., 2009). Geniş örneklemlilerde bir epidemiyolojik çalışmada, ağır ruhsal hastalığı olanlarda (şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresyon) şiddet ataklarının genel toplumdan 5 kat fazla olduğu, alkol/madde kullanım bozukluğu ek tanısı olduğunda ise bu farkın 16 kata yükseldiği gösterilmiştir (Swanson, Holzer ve Ganju 1989). Bu sonuçlar, İsveç'te 30 yıl süreyle yapılan bir izlem çalışmasının sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (Hodgins, Kratzer ve McNeil 2002). Son yıllarda yapılan bir çalışmada ise ruhsal bozukluklar ve şiddet arasındaki ilişkinin ancak madde kullanım bozukluğu varlığında söz konusu olduğu bildirilmiştir (Elbogen ve Johnson, 2009). Yirmi çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde, psikotik bireylerin intihar girişimi riskleri genel toplumdaki kontrollerine göre daha yüksek bulunmakla birlikte madde kullanımı ek tanısının riski anlamlı olarak arttırdığı gösterilmiştir. Madde kullanımı varlığında her iki grupta da riskin benzer olduğu saptanmıştır. Yazarlar psikotik bozukluk varlığının, madde kullanımında söz konusu olan intihar girişimi riskine ek katkıda bulunmadığı sonucuna varmışlardır (Fazel ve ark.,2009).

Psikiyatri kliniklerine başvuran ve şiddet atakları olan hastalar, tedavi ile ilgili ciddi problemlere yol açarken, diğer hastalar ve sağlık çalışanları için de önemli bir tehdit oluşturmaktadırlar (Woods ve Ashley, 2007). Saldırganlık / şiddet atakları özellikle psikiyatri kliniklerinde yatan hastalarda sık görülür (Miller, Zadolinyj ve Hafner 1993). bu atakların %75'i sözel şiddet şeklindedir (Jonker ve ark., 2008) ve ciddi olay riski düşüktür (Bjorkly, 1999; Foster, Bowers ve Nijman 2007). Çalışmalarda mağdurların genellikle hemşireler ve hastabakıcılar olduğu, bu grupları diğer hastaların izlediği bildirilmiştir (Bjorkly, 1999; Foster ve ark., 2007). Saldırganlık ataklarını önlemede hemşire ve hastabakıcıların iyi bir eğitim almalarının önemine vurgu yapılmıştır (Dunn, Elsom ve Cross 2007).

Kendine ve başkasına yönelik şiddet davranışı birlikteliği de (kombine şiddet) birçok klinik ve topluma dayalı çalışmada bildirilmiştir (Harford, Yi, ve Freeman 2012 ; O'Donnell, House ve Waterman 2015). Psikiyatrik bozukluklar risk etmenleri arasında yer almıştır. Yüksekokul öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, kendisine, başkasına ve kombine şiddet uygulayan gruplar ile şiddet uygulamayan grup incelendiğinde, kombine şiddet uygulayan gruptaki öğrencilerin diğerlerine göre daha genç, daha depresif oldukları ve madde kötüye kullanımının bulunduğu gösterilmiştir (Harford ve ark., 2012). 36309 yetişkin olgunun dahil edildiği bir çalışmada şiddet davranışı yaygınlığı ve DSM-5 kapsamındaki psikiyatrik bozukluklar ile ilişkisi araştırılmıştır. Olguların % 18.1'inin şiddet davranışı

gösterdiği, %4.4'ünün kendisine yönelik, %10.9'unun başkasına yönelik ve %2.8'inin ise kombine şiddet gösterdiği bulunmuştur. Şiddet davranışı ile ilişkili psikiyatrik bozukluklar arasında alkol, sigara ve madde kullanım bozuklukları ile duygudurum bozuklukları, örseleyici yaşantıya bağlı gelişen stres bozukluğu, şizotipal, antisosyal ve sınır kişilik bozuklukları yer almıştır (Harford, Chen ve Keridge 2018).

Saldırgan davranışlarla en yakından ilişkili ruhsal bozukluk paranoid şizofreni olarak bulunmuştur (Walsh ve ark., 2004). Bu hastalar plan yapabilme kapasitesine sahiptirler ve sanırlarına yönelik şiddet davranışı sergileyebilirler. Dezorganize şizofreni hastaları ise şiddete yönelik plan yapmadan bu davranışları gösterebilirler, dolayısıyla daha az ciddi sonuçlara yol açabilirler. Psikotik hastalarda, alkol/madde kötüye kullanımı, hostilite ve paranoid düşünceler saldırganca davranış ile en yakından ilişkili olan etmenler olarak bulunmuştur (Walsh ve ark., 2004).

Öfke/saldırganlık kişilik bozukluklarında da sıklıkla karşımıza çıkar. Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada, saldırganlık gösteren hastaların tanıları arasında daha az oranda psikotik bozukluk tanısı olduğu, daha sıklıkla kişilik bozukluğu tanısı ile karşılaştığı bildirilmiştir (Flannery, 2007). Saldırganlık en sık olarak antisosyal kişilik bozukluğunda görülür (Dolan ve Völlm, 2009, s.2-9; Richard-Devantoy, Olie ve Gourevitch 2009). Davranış bozuklukları genellikle antisosyal kişilik bozuklukları ile ilişkilendirilse de, bu davranış özellikleri paranoid, pasif-agresif, narsisistik, histriyonik ve sınır kişilik bozukluğunda da şiddet ve suç açısından önemli bir rol oynamaktadır. Öfkeyi, dürtüsel davranışları yönetmede, riskleri değerlendirmede düşük kapasite; dengesiz duygulanım ve dürtüsellik şiddet açısından risk oluşturur (Blackburn ve Coid, 1998).

Saldırgan davranışların gelişmesinde birçok faktör rol oynar. Çalışmalar biyolojik, sosyal, çevresel etkenler ile bunların birlikteliklerinin çevreye ve kendine yönelik saldırgan davranışlar ve antisosyal davranışın gelişmesinde rol oynadığını göstermiştir. Biyolojik ve çevresel etkenlerin etkileşimi düşmanca bir çevre tarafından artırılabilir. Böylece saldırgan davranışın gelişim riski artabilir ya da olumlu çevresel koşullar olumsuz genetik, nörobiyolojik, mizaçsal, bilişsel, tıbbi, psikodinamik özellikleri bastırarak saldırgan davranışların gelişme olasılığını azaltabilir (Cornaggia ve ark., 2011). Ajitasyon, saldırgan davranış ve dürtüsellik gösteren hastalarda, psikiyatri dışı tıbbi durumların da mutlaka dışlanması gerekir.

Demans, deliryum, duygudurum bozuklukları veya psikotik sendromlara veya kişilik değişikliklerine neden olan kafa içi patolojileri (ör. travma, enfeksiyon, tümör, anatomik bozukluk, vasküler malformasyon, inme, dejeneratif hastalıklar), bazı ilaçlar, iktal, post-iktal ve inter-iktal dönemdeki davranışları içeren nöbet veya nöbet benzeri sendromlar, kişilik değişikliklerine neden olan sistemik hastalıkların (ör. metabolik, endokrin, enfeksiyöz hastalıklar) seyri sırasında saldırgan davranışların görülebileceği unutulmamalıdır. Özellikle akut başlangıç, dalgalı seyir, ilk epizod ya da ileri yaşta ilk başlangıç, öncesinde ruhsal bozukluk öyküsünün olmaması, belirgin madde kötüye kullanımı öyküsü işitsel olmayan diğer algı kusurlarının varlığı, bilinç bulanıklığı, oryantasyon bozukluğu, bellek bozukluğu, dikkat dağınıklığı, soyutlama yeteneğinde bozulma, konuşma,

hareket, denge bozuklukları ve apraksi varlığında tıbbi durumları öncelikle düşünmek gerekir (Lee ve ark., 2013; Barr ve ark., 2013; Hosker ve Bennett, 2016; Wolf, Goldberg ve Freedman 2018; Chen ve ark., 2014; Tang ve ark., 2017) .

Tüm dünyada şiddet içeren davranış sergileyen hastalar; sağlık çalışanları, polis, güvenlik görevlilerinin mesleki uygulamaları içinde karşılaştıkları ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Bu tür saldırıların önlenmesi ve maruz kalınan durumlarda hastalara en uygun yaklaşımla müdahale edilebilmesi için sağlık çalışanlarının yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. Çünkü, sağlık çalışanlarının bir saldırganlık olayı karşısındaki algısı, vereceği tepkinin ve hastaya yaklaşımının da belirleyicisi olmaktadır. Saldırganlık nedenlerinin iyi bilinmesi, istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasını da önleyecektir. Saldırgan davranışlar sonrası yaralanma, geçici veya kalıcı sakatlıklar, travma sonrası stres bozukluğu dahil ciddi sorunlar ortaya çıkabilmekte, hatta bazen ölümlerle sonuçlanabilmekte, ayrıca klinik ve ekonomik yüke neden olmaktadır. Diğer yandan bu konu önemine oranla daha az ilgi görmektedir. Ülkemizde acil servisten istenen konsültasyonları inceleyen bir araştırmada ajitasyon %14.3 sıklıkla 3.en sık konsültasyon istem neden olarak bildirilmiştir (Şahingöz ve ark., 2014). Hastane ortamlarında meydana gelen saldırılar çoğu zaman mağdur sağlık çalışanları tarafından bildirilmemekte, özellikle psikiyatrik tanısı olan hastaların saldırganlıkla ilgili davranışları görevinin bir parçası olarak kabul edilmekte ve yasal işleme başvurulmamaktadır.

Ajite Hastaya Yaklaşım

Ajite hastaya yaklaşımda ilk amaç, hastayı uyuşturmadan ziyade sakinleşmesini sağlamaktır. Saldırgan hastaların tedavisinde 4 basamaklı bir yaklaşım uygulanmalıdır. Çevresel düzenleme, yatıştırma, bedensel tespit veya tecrit farmakolojik yaklaşım olarak sıralanabilir. Kılavuzlar, ajitasyonu azaltma girişiminde ilk aşamada ilaç tedavisi dışındaki girişimlerin uygulanmasını önermektedir (Flannery ve ark., 2011; Garriga ve ark., 2016). Sağlık çalışanlarına ve hasta yakınlarına zor anlar yaşatan saldırgan davranış nedeni ile başvuran olgular için öncelikle güvenlik tedbirleri alınmalı, gerekli durumlarda tüm görüşmeler güvenlik görevlisi eşliğinde gerçekleştirilmelidir. Hastayı korumak ve çalışanların güvenliğini sağlamak, ancak iyi düzenlenmiş bir tedavinin uygulanması ile mümkündür (Flannery ve ark., 2011; Vieta ve ark., 2017). Saldırganlık davranışı sergileyen hastaları durdurma konusunda öncelikle temel güvenlik kurallarının öğrenilmesi önemlidir. Bu nedenle hastanın hastaneye kabul edilmesini takiben kendisine ve çevresine tehlike oluşturabilecek eşya ve nesnelere arındırılması, muayene odasının güvenlik için uygun koşulları sağladığından emin olunması gereklidir. Hasta yakınlarının uzaklaştırılması, bekleme süresinin kısaltılması ve kişinin saldırganca davranmasına katkıda bulunabileceği düşünülen çevresel etkenler düzenlenebilir. Özellikle dışsal uyaranlardan arındırılmış ve sessiz bir odaya saldırgan davranışı önleyebilir. Hekimler saldırganlık konusunda hastanın dikkatini çekerek ve sonra yardım önererek işe başlayabilir. Şiddet içeren davranışların olasılığını azaltmada tüm sözel ve sözel olmayan teknikler içerisinde ilk olarak kullanılması gereken yöntem sözel yatıştırma olmalıdır. Çalışanlar hastaya, amaçlarının onun iyi olmasını ve güvenliğini

sağlamak olduğunu ve durumun denetimleri altında olduğunu hissettirmelidirler. Hastayla sakin, kontrollü, kışkırtıcı olmayan ve yatıştırıcı ses tonuyla konuşulmalıdır. Hekimler hasta ile aralarında bir güvenlik mesafesi kalacak şekilde durmalı, ilk karşılaşma anında kendilerini tanıtmalı ve her an güvenlik görevlilerini çağırabilecek bir durumda olmalıdırlar. Hastaya saldırgan davranışlarının sonucu anlatılmalı, başkalarına ve kendisine zarar vermesine izin verilmeyeceği açık ve nazik bir şekilde ifade edilmelidir. Hastanın sınırlı seçimler yapmasına (örn. oturacağı yer gibi) izin verilmeli, saldırganlıkla ilgili sorular hastaya açık ve dolaysız olarak yöneltilmelidir. Sağlık çalışanları saldırgan hastaya yaklaşımda tek bir davranış tarzı sergilememelidir (Pacciardi ve ark., 2013). Bu hastayı yatıştırmak için bir ilaç önerisi ya da mümkün olan en az kısıtlayıcı yöntem olabilir. Sakin bir yaklaşım saldırganlığın azaltılmasında etkili olabilir (Flannery, 2007; Richmond ve ark., 2012). Hastaların saldırgan davranışının değerlendirilmesinde Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'ne eklenen ve Agresyon Risk Profili olarak adlandırılan öfke, hazzı erteleme güçlüğü ve oynak duygulanım gibi ek maddeler ile Ajitasyon Sakinlik Değerlendirme Ölçeği, Buss-Perry Agresyon Ölçeği gibi yapılandırılmış ölçümler kullanılabilir (Kay, Fiszbein ve Opler 1987; Swift ve ark., 2002).

Hastalar tarafından sergilenen ajitasyon ve saldırgan davranışların çoğunun hastaların elinde olmadan ortaya çıktığı göz önünde bulundurulmalı, kızgınlık hissedilse bile hastaya belli edilmemelidir. 'Kendinizi iyi hissetmediğinizi ve zor zamanlar geçirdiğinizi anlıyorum' veya 'sanırım sizin için çok sıkıntı verici bir durum ve kafanız karışık gibi görünüyor' benzeri cümleler hastanın deneyimini anlamaya çalıştığınızı belirtmek için kullanılabilir. 'Yardım almak için geldiğinizi düşünüyorum ve biz size yardımcı olmaya/sorununuzu anlamaya, çözmeye çalışıyoruz' ve ya 'lütfen size yardım etmemize izin verin ve korkmayın, burada güvendesiniz' şeklindeki cümleler hastanın rahatlamasına yardımcı olabilir. Ancak, sözel yatıştırma her zaman başarılı olmayabilir. Bu durumda kontrol yöntemlerinin etkili ve uygun olmaması durumunda hastanın kendine veya başka birine zarar vermesini önlemek için yalıtım (tecrit) ve bağlama (tespit) gerekebilir. Fiziksel alıkoyma veya tecrit hastayı cezalandırıcı, personelin rahatını sağlayıcı amaçla kullanılmamalıdır. Hasta hakları ve hastaya olan saygı bu işlem yapılırken asla göz ardı edilmemelidir. Hastalar fiziksel olarak alıkonulduğunda mevcut tedavinin devamının sağlanması, psikolojik durumun sürekli olarak kontrolü ve fiziksel olarak rahatının mümkün olduğunca sağlanması gerekir. Hastayı bağlama kararı verildiğinde mutlaka olayı daha önce yapmış tecrübeli personelin olması, işlemin daha güvenli, etkili ve kısa sürede halledilmesini sağlar. Hastaların bağlanması yapılırken olay hızlı ve güvenli bir şekilde yapılmalı ve mümkün olan en kısa sürede sonlandırılmalıdır. Ekstremiteler oluşabilecek olan hasarı en aza indirmek için dikkatli bir şekilde de tespit edilmelidir. Hastanın havayolu, solunum ve dolaşımını engelleyen bir neden olup olmadığı kontrol edilmelidir. Nöbet geçirme eğilimi olan hastalarda kırık ve travma riskini arttırabileceği için kısıtlamalar konusunda dikkatli olunmalıdır. Kalp yetmezliği, solunum sıkıntısı olan hastalarda yelek şeklindeki kısıtlayıcıların dolaşım ve solunum sorunlarına yol açabileceği unutulmalıdır. Eğer hasta yüksek aspirasyon riski taşıyorsa yana dönük olarak kısıtlanabilir. Genel olarak tespit için hastanın supin

pozisyonu kullanımı tercih edilir, hasta yüzükoyun pozisyonunda bağlanmaz. Çünkü bu pozisyon görme alanını kısıtlar, yaralanma olasılığı ve çaresizlik duygularını yoğunlaştırır. Fiziksel kısıtlama saldırgan davranış sergileyen bir hastanın güvenliğini sağlamak için son seçenektir. Bu konuda uygun eğitim almış, deneyimli sağlık çalışanları tarafından uygulanmalıdır. Bazı ülkelerde "Gri Kod" olarak adlandırılmış ve bu iş için eğitim almış ekiplerce bu çağrıya yanıt verilmektedir (Choi ve Song, 2003; Demir, 2007; Turgay ve Genç, 2009; Teece, Baker ve Smith 2019). Hastanın kısıtlama altında tutulduğu süre, kısıtlama türü ve kısıtlama için dayanak oluşturan nedenin kayıt altına alınıp belgelenmesi gerekir. Bazı durumlarda hastanın izolasyon odasına alınması gerekebilir. Bu uygulama kısıtlamadan (tespit) daha az sınırlayıcıdır. Bununla birlikte yalıtım ancak oda uygun bir biçimde tasarlanmış ve hasta uygun şekilde gözleniyorsa güvenlidir. Türkiye'de genel hastanelerin acil servislerinde bir çoğunda izolasyon odası yoktur. Bu yöntemler asla cezalandırmak amacı ile uygulanmamalı, uygulama öncesi hasta bilgilendirilmeli, uygulama sonrası hastanın yakın takibi, sedasyonun sağlanmasını takiben uygulamaya son verilmesi gerekir. Fiziksel kısıtlama için erişkinlerde 4 saat, 9-17 yaşındaki çocuk ve ergenler için 2 saat, 9 yaşından küçük çocuklar için 1 saatlik süreyi aşmamak uygun olur (Hopper ve ark., 2012).

Saldırgan hastanın farmakolojik tedavisi bazı durumlarda ana tedavi olarak uygulanabileceği gibi bazen de yatıştırma aşamasında kullanılabilir. Hastanın kendisi ve çevresi için tehlikelilik durumu tüm çabalara rağmen devam ediyorsa farmakolojik tedavi uygulanmalıdır. Öncesinde hastaya tedavinin tipi ve nedenleri anlaşılır bir dille anlatılmalıdır. Saldırganlık sergileyen bir hastaya oral ilaç verilmesi de ilk seçenekler arasında yer alır. Özellikle ağızda eriyen tabletler ve likit formlar bu konuda tercih edilebilir. Oral ilaç almayı reddeden, oral ilacın etkisini göstermesinin beklenemeyeceği kadar güvenlik kaygısının olduğu durumlarda ise kas içi ilaç uygulaması en iyi ikinci seçenektir (Wilson ve ark. 2012). İdeal olan, hastanın istemli olarak ilacı kabul etmesidir. Özellikle hastanın yeniden denetimini ve saygınlığını kazanması açısından oral ilaç kullanılması önemlidir; bunun mümkün olmadığı durumlarda parenteral yola başvurulur. Eğer kas içi uygulama yolu seçilecekse, güvenlik personeli ve başka çalışanlar da bulunmalıdır. En yaygın uygulanan ilaçlar benzodiazepin (lorazepam 1-4 mg, diazepam 5-10 mg) antipsikotikler (haloperidol 1-5 mg, klorpromazin 25-100mg, olanzapin 5-10mg) kas içi ya da oral olarak uygulanabilir. Geleneksel yaklaşımda, haloperidol veya lorazepam tek başlarına ya da karma şekilde kullanılmaktadır. Atipik antipsikotiklerden aripiprazol ve ziprasidon yalnızca kas içi uygulama için uygundur (Bilici, Sercan ve Tufan, 2013,s.190-198). Özellikle yaşlı hastalarda olası eş tanıli fiziksel hastalıklar ve ilaç-ilaç etkileşimi açısından dikkatli olunmalıdır. Ayrıca, özellikle klasik antipsikotiklerin akut yan etkileri açısından yakından izlenmelidir. Yutma güçlüğü olan hastalarda dilaltı, ağız içinde dağılan ilaç formları uygun bir tercih olabilir. Yine kas içi uygulamalara göre daha invaziv olan intranasal midazolam uygulaması ile hızlı yanıt alınabilir (Nordstrom ve Allen, 2013). Şizofreni tanılı olguların akut ajitasyonunda kas içi (aripiprazol, olanzapin, ziprasidon) ve bipolar mani tanılı olgularda ise (olanzapin, aripiprazol) uygulaması Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı; gıda, diyet

eklentileri, ilaç bürosu (The Food and Drug Administration) (FDA) tarafından onaylanmıştır (Zeller ve Citrome, 2016). Ayrıca, şizofreni ve bipolar bozukluk tanımlı olguların akut ajitasyonunun tedavisinde henüz Türkiye'de bulunmayan dilantı asenapin, loxapine inhalasyonun da FDA onayı mevcuttur (Zeller ve Citrome, 2016; Pacciardi, Calcedo ve Messer 2019). Ancak, pek çok psikiyatrik ve fiziksel hastalığa bağlı ortaya çıkabilen hastane başvurularının önemli bir bölümünü oluşturan akut ajitasyonun tedavisi ihmal edilmiş bir konu olup, geliş geçici bir durum olarak görülmüştür. Bu nedenle konuya ilişkin çalışmaların yapılması, tedavi kılavuzlarının oluşturulması gereklidir (San ve ark., 2018). Çünkü, hastalar için hastalıklarının ağırlaştığı bu anlar yeni dönem tedavileri için bir başlangıç noktası oluşturmakta ve hastaların bu akut koşullarda aldıkları psikofarmakolojik, psikolojik yardım daha sonraki tedavileri için belirleyici olmaktadır.

Sonuç

Ajitasyonu olan hastanın değerlendirilmesi özel önem gerektirir. Saldırgan davranış için risk faktörlerinin saptanması, güvenlik önlemlerinin alınması ve hızlı davranılması yaşam kurtarıcı olabilir. Ajitasyonu olan hastada psikiyatrik muayene altına yatan diğer tıbbi durumların anlaşılmasına katkı sunar. Saldırgan davranışa yol açan tedavi edilmesini gerektiren tıbbi bir durumdan kaynaklanabileceği konusunda gerekli araştırmanın yapılması, hasta ile ilgili tüm bilgilerin kayıt altına alınması ve belgelerin ayrıntılı bilgileri içermesine gerekli özenin gösterilmesi önemlidir. Ayrıca iyi hekim-hasta iletişimi ajitasyonun kontrolünde önemli unsurlardandır. Sağlık çalışanlarının ajitasyonu olan hastanın yönetimi konusunda eğitilmesi, bilgilendirilmesi gereklidir. Özellikle fiziksel müdahaleler konusunda yasal düzenlemelere gereksinim vardır.

Kaynaklar

- Barr, J., Fraser, G.L., Puntillo, K., Ely, E.W., Gélinas, C., Dasta, J.F., Davidson, J.E. ve Devlin J.W. et al. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263-306.
- Blackburn, R. ve Coid, J.W. (1998). Psychopathy and the dimensions of personality disorder in violent offenders. *Personality and Individual Differences*, 25,129-145.
- Bilici, R., Sercan, M. ve Tufan, A.E. (2013). Psikiyatrik hastalarda saldırganlık ve saldırgan hastaya yaklaşım. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26,190-198.
- Bjorkly, S. (1999). A ten year prospective study of aggression in a special secure unit for dangerous patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40(1),57-63.
- Chen, L., Xu, M., Li, G. Y., Cai, W. X., & Zhou, J. X. (2014). Incidence, risk factors and consequences of emergence agitation in adult patients after elective craniotomy for brain tumor: a prospective cohort study. *PLoS one*, 9(12), 1-15.
- Choi, E. ve Song, M. (2003). Physical restraints in a Korean ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 651-659.
- Cornaggia, C.M., Beghi, M., Pavone, F. ve Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatric Research*, 189,10-20.
- Demir, A. (2007). Nurses' use of physical restraints in four Turkish Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 38-45.
- Dolan, M. ve Völlm, B. (2009). Antisocial personality disorder and psychopathy in women: a literature review on the reliability and validity of assessment instruments. *The International Journal of Law and Psychiatry*, 32(1), 2-9.
- Dunn, K., Elsom, S. ve Cross, W. (2007). Self-efficacy and locus of control affect management of aggression by mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(2), 201-217.
- Dünya Sağlık Örgütü(World Health Organization). (2002). World report on violence and health. Geneva, Switzerland. World Health Organization.
- Elbogen, E.B. ve Johnson, S.C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66(2),152-161.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J.R. ve Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6(8), e 1000120.
- Flannery, R.B. Jr.(2007). Precipitants to psychiatric patient assaults: review of findings, 2004-2006, with implications for EMS and other health care providers. *International Journal of Emergency Mental Health*, 9, 5-11.
- Flannery, R.B. Jr, LeVitre, V., Rego, S. ve Walker. A.P. (2011). Characteristics of staff victims of psychiatric patient assaults: 20-year analysis of the Assaulted Staff Action Program. *Psychiatric Quarterly*, 82,11-21.
- Foster, C., Bowers, L. ve Nijman, H. (2007). Aggressive behavior on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *The Journal of Advanced Nursing*, 58(2),140-149.
- Garriga, M., Pacchiarotti, I., Kasper, S., Zeller, S.L., Allen, M.H., Vázquez, G. ve Baldaçara, L. (2016). Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 17(2),86-128.
- Gunn, J. ve Bonn, J. (1973). Criminality and violence in epileptic prisoners. *British Journal of Psychiatry*, 188:337-343.
- Harford, T.C., Yi, H. ve Freeman, R.C. (2012). A typology of violence against self and others and its associations with drinking and other drug use among high school students in a U.S. general population survey. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 21,349-366.
- Harford, T.C., Chen, C.M., Kerridge, B.T. ve Grant, B.F. (2018). Self- and other-directed forms of violence and their relationship with lifetime DSM-5 psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol Related Conditions-III (NESARC-III). *Psychiatry Research*, 262,384-392.
- Hodgins, S., Kratzer, L. ve McNeil, T.F. (2002). Obstetrical complications, parenting practices and risk of criminal behavior among persons who develop major mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(3), 214-226.
- Hopper, S.M., Babl, F.E., Stewart, C.E. ve Woo, J.V. (2012). Aggression management in a children's hospital setting. *Medical Journal of Australia*,196(3),198-201.
- Hosker, C.M.ve Bennett, M.I. (2016). Delirium and agitation at the end of life. *British Medical Journal*,9;353:i3085.
- Jonker, E.J., Goosens, P.J., Steenhuis, I.H. ve Oud, N.E. (2008). Patient aggression in clinical psychiatry: perception of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*,15(6), 492-499.
- Kay, S.R., Fiszbein, A.ve Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.

- Krug, E.G., Dahlberg, L.L. ve Mercy, J.A. (2002). World report on violence and health. *World Health Organization*, s. 1- 18.
- Lee, K.A., Park, K.T., Yu, H.M., Jin, H.Y., Baek, H.S. ve Park, T.S. (2013). Subacute thyroiditis presenting as acute psychosis: a case report and literature review. *Korean Journal of Internal Medicine*, 28(2),242-246.
- Nordstrom, K. ve Allen, M.H. (2013). Alternative delivery systems for agents to treat acute agitation: progress to date. *Drugs*, 73,1783-1792.
- Miller, R.J., Zadolnyj, K. ve Hafner, R.J. (1993). Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations. *American Journal of Psychiatry*, 150(9),1368-1373.
- O'Donnell, O., House, A. ve Waterman, M. (2015). The co-occurrence of aggression and self-harm: systematic literature review. *The Journal of Affective Disorders*, 175,325-350.
- Pacciardi, B., Mauri, M., Cargioli, C., Belli, S., Cotugno, B., Di Paolo, L., ve Pini, S. (2013). Issues in the management of acute agitation: how much current guidelines consider safety?. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 26.
- Pacciardi, B., Calcedo, A.ve Messer, T. (2019). Inhaled loxapine for the management of acute agitation in bipolar disorder and schizophrenia: Expert review and commentary in an Era of Change. *Drugs in R&D*,19,15-25.
- Richard-Devantoy, S., Olie, J.P. ve Gourevitch, R. (2009). Risk of homicide and major mental disorders: a critical review. *L'Encéphale*, 35(6),521-530.
- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Jr, Zeller, S. L., Wilson, M. P. ve Ng, A. T. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17-25.
- San, L., Estrada, G, Oudovenko, N.Dobrovolskaya, N., Bukhanovskaya, O., Popov, M. ve Vieta, E. (2018). PLACID study: a randomized trial comparing the efficacy and safety of inhaled loxapine versus intramuscular aripiprazole in acutely agitated patients with schizophrenia or bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 18,710-718.
- Steadman, H.J., Cocozza, J.J.ve Melick, M.E. (1974). Explaining the increase arrest rate among mental patients: the changing clientele of the state hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 135:816-820
- Swanson, J.W., Holzer, C.D.E., Ganju, V.K. ve Jonio, R.T. (1989). Violence and psychiatric disorder in community: evidence from epidemiologic catchment area surveys. *Hospital & Community Psychiatry*, 40,605-608.
- Swift, R.H., Harrigan, E.P., Capperleri, J.C., Kramer, D.ve Chandler, L.P. (2002). Validation of the behavioural activity rating scale (BARS): a novel measure of activity in agitated patients. *Journal of Psychiatry Research*, 36,87-95.
- Şahingöz, M., Kendirli, K, Yılmaz, E., Sönmez, E.Ö., Satan, Y., Aksoy, F., Dağistan, A. ve Kaya, N. (2014). Bir üniversite hastanesindeki psikiyatrik aciller. *Selçuk Tıp Dergisi*, 30,153-154.
- Tang, W.K., Liu, X.X., Liang, H., Chen, Y.K., Chu, W.C.W., Ahuja, A.T. ve Abrigo, J.(2017). Location of acute infarcts and agitation and aggression in stroke. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 29(2),172-178.
- Teece, A., Baker, J.ve Smith, H. (2019).Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 8.
- Turgay, A.S. ve Genç, R.E. (2009). Physical restraint use in Turkish Intensive Care Units. *Clinical Nurse Specialist*, 23(2), 68-72.
- Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombraña, M., Blanch, J.ve Martínez-Arán, A. (2017). Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*, 17(1), 328.
- Walsh, E., Gilvary, C., Samele, C., Harvey, K., Manley, C., Tattan, T., Tyner, P. ve Creed, F. (2004). Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Research*, 67(2-3),247-252.
- Wilson, M.P., Pepper, D., Currier, G.W., Holloman, G.H. ve Jr, Feifel, D. (2012). The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta Psychopharmacology Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13, 26-34.
- Wolf, M.U., Goldberg, Y. ve Freedman, M. (2018). Aggression and Agitation in Dementia. *Continuum (Minneapolis)*,24(3),783-803.
- Woods, P. ve Ashley, C. (2007).Violence and aggression: a literature review. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(7),652-660.
- Yılmaz, B. (2011). Şiddetin psikolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics*, 4(2),8-13.
- Yöyen, G.E. (2012). Yatan ve Poliklinikten Takip Edilen 1.Eksen Psikiyatrik Bozukluk Tanısı Almış Kişilerde Şiddet Türleri ve Eğilimlerinin Karşılaştırılması.(Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul-Türkiye.
- Zeller, S.L.ve Citrome, L. (2016). Managing agitation associated with schizophrenia and bipolar disorder in the emergency setting. *Western Journal of EmergencyMedicine*, 17,165-172.