

Ajitasyon ve Acil Serviste Yönetimi

Günay Yıldız¹ - Fatih Selvi²

Cihan Bedel³ - Ökkeş Zortuk⁴

Özet

Ajitasyon, bir davranış şekli olarak karşımıza çıkar ve birçok farklı klinik durum ile birlikte görülebilir. Şiddetli bir huzursuzluk ve eşlik eden sinirlilik durumu ile kendini gösterir. Bu hasta grupları, psikiyatri servislerinde, acil servislerde ve hastaların uzun süre takip edildiği birimlerde gözlenmektedir. Birleşik Devletler Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tanımına göre zihinsel bir sıkıntı ile gelişen aşırı huzursuzluk durumu ve içsel bir gerginlik ile gözlenen motor aktivitelerin gelişmesi ile görüldüğü belirtilmiştir (1,2). Saldırganlık meydana getirebilecek bir çok neden içermekte ve bu hasta grubunda da saldırganlık görülebilmektedir. Geleneksel olarak hastaların kısıtlanması, tecrit edilmesi veya sakinleştirmek için antipsikotik ilaç kullanımı gözlenmektedir. Sıklıkla bu hasta grubunda zorlayıcı yöntemler görmeden durumu hafifletme olasılığı düşüktür. İntihar girişimleri veya bunu düşündürecek hareketlerin varlığı da saldırganlık olarak kabul edilir ve yönetim protokolleri uygulanır (3).

AKUT AJİTASYON

Acil serviste karşımıza çıkan ve hastaların kesin sayısı bilinmese de Birleşik Devletler 'de yıllık 1,7 milyon kişide gözleendiği öngörülen bir durumdur (4). Acil serviste gözlenen ajitasyon durumundaki hastalar için uygun tedavi gerçekleştirilmesi için önerilerde bulunulmuştur (5):

- Hasta gelmeden başlayan ve hastaya hizmet verilirken devam eden bir güvenlik koridoru oluşturulmalıdır.
- Hasta ile etkili iletişim kurarak, telkinle gerilim azaltılmaya çalışılmalıdır.

1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, gnyyldz78@hotmail.com, Orcid: 0000-0002-2722-0674

2 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, drfatihselvi@gmail.com, Orcid: 0000-0002-9701-9714

3 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, cihanbedel32@gmail.com, Orcid: 0000-0002-3823-2929

4 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği,

- Organik neden varlığı araştırılmalı ve altta yatan neden tedavi edilmelidir.
- Hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesi durumunda, bu zararı önlemek amacıyla kısıtlama kullanılmalıdır.
- İlaç seçiminde en olası tanıyı ve oral yolla alınabilecek ajanları kullanmaya özen gösterin.
- Alkol toksisitesi gözlenmeye durumlarda ilk tercih olarak ikinci kuşak antipsikotik ilaçları kullanın.

Patofizyoloji

Spesifik bir grup oluşturmayan, ilgisiz davranışların bir araya geldiği bir klinik durumdur. Epizodik doğası nedeniyle ve belirgin bir klinik özelliğinin olmaması nedeniyle farklı nörotransmitterler ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Birden fazla nörotransmitterin etkin rol oynaması nedeniyle saldırganlık güdüsünün tetiklendiği öngörülmektedir. Dopaminerjik ve noradrenerjik salınımda azalma, serotonin ve GABA salınımda artış gözlenmektedir. Serotonin 5-HT'nin saldırganlık üzerine etkili olduğunun gösterilmesiyle bu teori desteklenmiş oldu. Özellikle psikozda olmayan bireylerde kullanılan litiumun serotonerjik aktivitesiyle saldırganlık dürtüsünü kontrol altına aldığı gösterilmiştir (3, 6).

Tedavi

Hekim-hasta işbirliğinin tedavide ön plana çıktığı ve acil servis işleyişinde hasta ve personeller için kesintiye sebebiyet verecek durumlardan birisidir. Ajitasyonun üst durumlarına geçen hastalarda saldırganlık ve şiddet eğilimi artmaktadır. Erken dönemde tedavi etmek önemlidir. Bu süreçte tedavi edilmeyen hastalar, onlara bakan hemşireler için tehlike oluşturabilir. 2011 yılında acil servis hemşireleri üzerinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin yarısının son 7 gün içerisinde fiziksel veya sözlü bir istismar ile karşı karşıya kaldıkları saptanmıştır (7).

Hastaların ajitasyon derecesinin değerlendirilmesi tedavinin ve hastaya yapılacak olan yaklaşımın belirlenmesinde önemli bir yol haritası olarak kullanılır. Ajitasyon ölçekleri bu konuda yardımcı olur. Bu alandaki mevcut ölçeklerin birbirine üstünlüğü henüz belirlenmemiştir (8).

Hastaların var olan ajitasyonlarının kontrolünde kullanılacak sedasyonun da takibi önemlidir. Sedasyonun düzeyini belirlemede “Sedasyon Değerlendirme Aracı” kullanılmaktadır. Hasta ile gerçekleştirilen sözlü iletişim sonrasında veya hastaya uygulanan oral medikal tedaviler sonrasında sakinleşmesi

sağlanmayan yani +2/+3 düzeylerinde sedasyonu bulunan hastalarda parenteral tedavi planlaması yapılmalıdır (9).

Tablo 1: Sedasyon Değerlendirme Aracı

Puan	Hastanın yanıtı	Hastanın Konuşması
+3	Saldırgan ve kontrolden çıkmış	Sürekli yüksek patlayıcı konuşma
+2	Endişe seviyesi yüksek	Yüksek sesli patlayıcı konuşmaları olan hasta
+1	Endişeli ve huzursuz	Konuşkan
0	Uyanık ve işbirlikçi	Normal iletişim
-1	Uyuyor ve sözel uyarılarla uyanıyor	Karışık ve yavaşlamış konuşma
-2	Fiziksel uyarılara yanıt	Birkaç kelimeli cümleler
-3	Yanıtsız	Konuşma yok

Hastalara bir başka yaklaşım şekli de “Endişelenme Gösterisi” ‘dir. Sürekli sözel gerilimin azaltılması gereken ve tedavi olmak istemeyen hastalar için, görülebilir bir alanda (odanın kapısında) duran güvenlik görevlileri ve personel ile iletişim kurulur. Acil servislerde hasta başında ilaç uygulaması yapılırken güvenlik bulunması bu uygulamanın bir başka şeklidir (10).

Farmakolojik Ajanlar

Hastanın kendisine veya çevresine zarar verme riski göstermesi veya davranışlarında bu riskin belirlenmesi durumunda rıza aranmaksızın hastaya intramusküler veya intravasküler tedavi uygulaması yapılabilir (11).

Kullanılabilecek ilaçlar (12):

- Haloperidol; demansla ilişkili psikozda kullanılır. QT aralığını uzatır, motor yan etkiler meydana getirir. Tek başına kullanımı yeterli olmaz, intravasküler olarak kullanılır (13).
- Ketamin: prosedürel sedasyon için kullanılan bir ilaçtır. eksite deliryum ve diğer antipsikotiklere refrakter yanıtı hastalarda kullanılabilir. 4-5 mg/kg intramusküler veya 1-2 mg/kg intravasküler kullanımı önerilmekte de olsa doz yanıtı hakkında net bir çalışma mevcut değildir (14) .

- Olanzapin: 10 mg 1. dozdan 2 saat sonra 2. doz ve ardında 4 saat sonra tekrarlanabilir. Maksimum 30 mg kullanılabilir. Yaşlı hastalarda doz düşürülerek kullanılır ve yarılanma ömrü 21-54 saat arasındadır.
- Risperidone: 1-6 mg/gün ile günlük veya günde iki kez verilebilir. Yarılanma ömrü 20 saattir.

Kısıtlamalar

Hastalara uygulanan kısıtlamalar hem hukuki olarak hem de etik olarak üzerinde tartışmalar içeren konudur. Mümkün olduğu sürece eğitilmiş bir kolluk kuvveti ile birlikte gerçekleştirilmelidir. Yalnızca sözlü gerilimin görüldüğü hastalarda uygulanmamalıdır. Kısıtlanmış hastalar hem personel hem de hasta için zapt etme yöntemleri sırasında yaralanmalara sebebiyet verebilir. Kısıtlama uygulamaları acil servisteki kaynakların orantısız dağılımına neden olabilir ve hasta takibi işlevini olumsuz etkileyen bir çalışmadır. Ayrıca hastaların acil serviste kalış sürelerini de uzattığı gösterilmiştir (15, 16).

Sözlü Gerilimin Kontrolü

Hastalarda görülen sözlü gerilimin kontrolü için kullanılacak ilkeler (17):

- Kişinin alanına saygı gösterin
- Kışkırtıcı davranış ve sözlerden uzak durun
- Sözlü iletişim kurun, açık olun
- Kısa ve öz konuşmalar yapın
- Hastaya karşı istek ve duygularını tanımlayıcı olun
- Hastanın size aktardıklarını yakından dinleyin
- Hastanın fikirlerine geri bildirimde bulunun
- Net sınırlar çizip ilkelerinizi belirtin, şartlarını açıklayın
- İyimser bir tutumla yaklaşın ve seçenekler sunun
- Hasta ve personelden durum hakkında bilgi alın

Prognoz ve Komplikasyonlar

Prognoz, ajitasyonun altında yatan nedene bağlı şekillenmektedir. Stresi sınırlamak, iyileştirilmiş uyku kalitesi, ihtiyaçları karşılamak genellikle daha iyi prognostik sonuçlara yol açabilir. Önleyici stratejiler bu nedenle sonuçları iyileştirmede yardımcı olabilir. Ajitasyonun psikiyatrik ve tıbbi nedenleri sık-

lıkla ilaçlara yanıt verir. Uzun vadeli görünüm etyolojiye bağlı olarak değişir (3).

Hastanın ve personelin yaralanma riski yüksektir. Gözlenebilecek diğer komplikasyonlar ise düşme veya ilaç yan etkileridir (3).

Kaynaklar

- Mitolo M, Tonon C, La Morgia C, Testa C, Carelli V, Lodi R. Effects of Light Treatment on Sleep, Cognition, Mood, and Behavior in Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2018;46(5-6):371-384. doi: 10.1159/000494921. Epub 2018 Dec 11. PMID: 30537760.
- Urner M, Ferreyro BL, Douflé G, Mehta S. Supportive Care of Patients on Mechanical Ventilation. *Respir Care*. 2018 Dec;63(12):1567-1574. doi: 10.4187/respcare.06651. PMID: 30467227.
- Siddiqui W, Gupta V, Huecker MR. Agitation. 2022 Sep 9. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 29630205.
- Sachs GS. A review of agitation in mental illness: burden of illness and underlying pathology. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 Suppl 10:5-12. PMID: 16965190.
- Index. (2017). In S. Zeller, K. Nordstrom, & M. Wilson (Eds.), *The Diagnosis and Management of Agitation* (pp. 271-281). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sheard MH, Marini JL, Bridges CI, Wagner E. The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man. *Am J Psychiatry*. 1976 Dec;133(12):1409-13. doi: 10.1176/ajp.133.12.1409. PMID: 984241.
- <https://www.ena.org/practice-research/research/Documents/ENAEDVSR-report-November2011.pdf>. (Emergency Nurses Association, Institute for Emergency Nursing Research: Emergency department violence surveillance study. 2011.) Accessed 27.01.2023
- Calow N, Lewis A, Showen S, Hall N. Literature Synthesis: Patient Aggression Risk Assessment Tools in the Emergency Department. *J Emerg Nurs*. 2016 Jan;42(1):19-24. doi: 10.1016/j.jen.2015.01.023. Epub 2015 Mar 25. PMID: 25817006.
- Calver LA, Stokes B, Isbister GK. Sedation assessment tool to score acute behavioural disturbance in the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2011 Dec;23(6):732-40. doi: 10.1111/j.1742-6723.2011.01484.x. Epub 2011 Aug 30. PMID: 22151672.
- Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies 2005. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract*. 2005 Nov;11 Suppl 1:5-108; quiz 110-2. doi: 10.1097/00131746-200511001-00002. PMID: 16319571.
- Pepper D, Wilson MP: The ethics of agitation: when is an agitated patient decisionally capable? In: Zeller SL, Nordstrom K, Wilson MP, eds. *The*

Diagnosis and Management of Agitation. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; 2017.

- Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH Jr, Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project Beta psychopharmacology workgroup. *West J Emerg Med.* 2012 Feb;13(1):26-34. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6866. PMID: 22461918; PMCID: PMC3298219.
- Ostinelli EG, Brooke-Powney MJ, Li X, Adams CE. Haloperidol for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jul 31;7(7):CD009377. doi: 10.1002/14651858.CD009377.pub3. PMID: 28758203; PMCID: PMC6483410.
- American College of Emergency Physicians Clinical Policies Subcommittee (Writing Committee) on the Adult Psychiatric Patient; Nazarian DJ, Broder JS, Thiessen MEW, Wilson MP, Zun LS, Brown MD. Clinical Policy: Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Department. *Ann Emerg Med.* 2017 Apr;69(4):480-498. doi: 10.1016/j.annemergmed.2017.01.036. PMID: 28335913.
- Weiss AP, Chang G, Rauch SL, Smallwood JA, Schechter M, Kosowsky J, Hazen E, Haimovici F, Gitlin DE, Finn CT, Orav EJ. Patient- and practice-related determinants of emergency department length of stay for patients with psychiatric illness. *Ann Emerg Med.* 2012 Aug;60(2):162-71.e5. doi: 10.1016/j.annemergmed.2012.01.037. Epub 2012 May 2. PMID: 22555337.
- Currier GW, Walsh P, Lawrence D. Physical restraints in the emergency department and attendance at subsequent outpatient psychiatric treatment. *J Psychiatr Pract.* 2011 Nov;17(6):387-93. doi: 10.1097/01.pra.0000407961.42228.75. PMID: 22108395.
- Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, Rifai MA, Ng AT. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med.* 2012 Feb;13(1):17-25. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6864. PMID: 22461917; PMCID: PMC3298202.