

ÖZEL BİR PSİKİYATRİ HASTANESİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARDA AKUT AJİTASYON DURUMLARINDA UYGULANAN TEDAVİ VE YAKLAŞIMLAR

Aslı ENEZ DARÇIN¹, Cemal Onur NOYAN², Serdar NURMEDOV³, Hasan KAYA⁴, Nesrin DİLBAZ²

¹Kanuni SS Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, ²Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, ³Acıbadem Sağlık Grubu, İstanbul, ⁴Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Yazışma Adresi / Correspondence: Kanuni SS Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
email: aslienez@gmail.com

Makale başvuru tarihi: 21.11.2016
Makale kabul tarihi: 04.12.2016

ÖZET

Özel bir Psikiyatri Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Akut Ajitasyon Durumlarında Uygulanan Tedavi ve Yaklaşımlar

Amaç: Özel bir psikiyatri kliniğinde, akut ajitasyon uyarısının nedenlerinin, uygulanan tedavi, uygulanan tespit ve seklüzyon yaklaşımlarının sosyodemografik ve psikopatolojinin klinik özellikleri açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Haziran 2013-Nisan 2014 tarihleri arasında özel bir psikiyatri hastanesinde yatarak tedavi gören hastalardan akut ajitasyon için form doldurulanların tıbbi kayıtları geriye dönük olarak incelendi, 137 hastanın kaydı değerlendirildi. Akut müdahale formunun yanında aynı gün doldurulmuş kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği puanları değerlendirilmeye alındı.

Bulgular: Çalışma süresince aynı hastanede yatarak tedavi gören hastaların %16.4'ü için akut ajitasyon uyarısı verildi ve %1.9'u için tespit, %8 için seklüzyon ve %9.4'ü için akut ilaç uygulaması yapıldığı bulundu. Uygulanan fiziksel tespit ve seklüzyon oranları gün içi saatlerde değişkenlik göstermezken ilaç uygulamaları gündüz saatlerinde yüksekti ($p<0.05$). Uygulama saatlerine göre fiziksel tespit süreleri gün içinde değişmezken seklüzyon süreleri akşam saatlerinde uzundu ($p<0.05$). En sık akut ajitasyon uyarısı nedenleri tedavi ekibine saldırganlık, şiddet tehdidi ve tedavi reddi idi. Akut ajitasyona yönelik yaklaşımlarda hastalık tanıları açısından fark yoktu. Akut ajitasyona yönelik seçilen ilaç tedavilerinin çoğunluğunu kas içi uygulamalar oluşturmaktaydı. Ölçek puanları ile uygulama süreleri arasında ilişki saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda literatüre göre düşük saptanan kısıtlama oranları örneklemin özel bir psikiyatri hastanesinden seçilmiş olması ile ilişkili olabilir. Bu alanda tedavi personelinin eğitimine ve yaklaşımlarımızı geliştirmeye ışık tutacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Ajitasyon, kısıtlama, seklüzyon

ABSTRACT

Treatment And Approaches On Acute Agitation Among in Patients in a Private Psychiatry Hospital

Aim: It is aimed to determine the association between the indications of acute agitation call, applied treatment, applied restraint and seclusion with the sociodemographical and clinical characteristics of psychopathology.

Method: Among inpatients in a private psychiatry hospital, medical records of whom has a form filled for acute agitation between June 2013-April 2014 examined retrospectively, 137 medical records enrolled. Acute intervention form and brief psychiatric rating scale points that had been filled in the same day were determined.

Results: In the duration of the study acute agitation call applied for 16.4% of inpatients, 1.9% were restrained, 8% were secluded and 9.4% were given acute medication. While the applied physical restraint and seclusion rates did not differ during the day, drug applications were found in higher rates during daytime hours ($p<0.05$). According to the hours of application, the duration of physical restraints were constant throughout the day while the duration of seclusions were longer in the night hours ($p<0.05$). The most common causes of acute agitation were aggression, threat of violence and treatment rejection. There was no difference approaches to acute agitation in terms of the diagnosis. The majority of selected drug treatments for acute agitation were intramuscular injections. No association was found between scale scores and the duration of any application.

Conclusion: Lower rates of restraints in our study could be associated with that the sample of this study was chosen from a private psychiatry hospital. There is need for further training among treatment team and studies in this area to shed light on the development of approaches.

Keywords: Agitation, restraint, seclusion

GİRİŞ

Akut ajitasyon birçok psikiyatrik ve tıbbi durumda ortaya çıkabilen ve şiddetli davranış kontrolsüzlüklerine neden olabilen bir acil durumdur. Acil poliklinikleri, psikiyatri ve psikiyatri dışı yatan hasta kliniklerinde karşılaşılabilen bu acil durumun tedavisi ve kontrolünde halen tartışmalı, halen sınırları belirsiz şekilde fiziksel ve kimyasal tespit ve tecrit uygulamaları süregelmektedir.

“Fiziksel kısıtlama” ya da “tedavi edici tutuş” sağlık personelinin hastayı tutuşuna verilen isimdir. Mekanik tespit ise, tespit yelekleri, yatak korkulukları ve kemerleri, 4 noktalı tespit kemerleri, hareketli bel yelekleri gibi aletlerin kullanılmasını içerir. Ancak literatürde fiziksel tespit ifadesi çoğunlukla mekanik tespiti de içerecek şekilde kullanılmaktadır. Kimyasal tespit ise şiddet davranışı sergileyen saldırgan hastayı kontrol etmek amacı ile hızla uygulanan ilaç tedavilerini içerir. Tecrit ise; “bir kişinin gönülsüz şekilde fiziksel olarak terk etmesinin önlendiği bir oda ya da alanda kapalı tutulması” olarak tanımlanmaktadır. Ancak hastalar gönüllü olarak da tecritte kalabilir (1).

Hızlı trankilizasyon, şiddetli ajitasyonu olan hastanın tehlikeli davranışlarını hızla kontrol altına almak ve altta yatan nedene ilişkin süregiden tedaviyi uygulama imkanı vermek adına, ilaçların yüksek dozda kullanımlarını içerir. Tipik antipsikotikler ve benzodiazepinler yalnız ya da bir arada, kas içi enjeksiyonlar şeklinde yatan ve acile başvuran ajite hastaların tedavisinde en fazla kullanılan ajanlardır. Haloperidol ve lorazepam halen bu anlamda en sık olarak kullanılan ajanlar olarak görünmektedir. Her ne kadar kullanımda olan iki atipik antipsikotiğin akut ajitasyonla ilgili akut enjeksiyonlarının etkinliği gösterilmişse de potansiyel kardiyak yan etkiler, ilaç etkileşimleri ve maliyetlerin yüksek olması kullanımlarını sınırlandırmaktadır (2).

Psikiyatri literatürü erişkin ve çocuk hastanın tespit ve tecriti için standart endikasyonları şu şekilde tanımlamıştır; i) Bir tedavi yöntemi olarak duygusal yüklenmede uyarıyı azaltma (3) ya da çevreyi uygun şekilde sınırlandırma amaçlı (4-6), (ii) Hastanın şiddet içeren davranışını sınırlandırarak kendisini, çevredeki diğer hastaları ya da personeli korumak amaçlı (3).

Psikiyatri çevrelerince kabul edilen yaklaşım “en az kısıtlayıcı çevre ya da yaklaşım”ın uygulanması şeklindedir (7). Bu noktada gerçeği değerlendirmesi bozulmuş ya da dürtü denetimini sağlayamayan, yıkıcı ve tehlikeli davranış potansiyeli olan vakaların tedavi hakkı ve kişisel haklarının çakıştığı söylenebilir. Bu bakış açısı ile fiziksel tespit, tecrit ya da psikotropoların invaziv uygulamalarından kaçınmak gerekmektedir. Klinik realite

ise akut şekilde saldırgan ve şiddet gösteren hastanın kendi güvenliği ile birlikte diğer hastaların ve sağlık personelinin de güvenliğini tehlikeye atabileceğidir. Bu nedenle de klinisyenin hastanın tespit edilmeme hakkı ile diğer hastaların ve personelin beklenmedik zarara uğramama hakkına ilişkin hızlı ve dengeli karar vermesi gereklidir (8).

Literatürde yatan hastalara uygulanan tespit ve tecrit oranlarının oldukça farklılık gösterdiği görülmektedir. Yüksek tespit ve tecrit oranları ile ilişkili bulunan genç yaş, erkek cinsiyet, kısa yatış süresi, Afrikalı Amerikan etnik kökenli olma, mental retardasyon ya da şizofreni varlığı gibi sosyodemografik ve klinik özellikler kontrol edildiğinde dahi bir hastanın tespit ya da tecrit edilmesinin hastanenin tecrit ve tespit oranları ile anlamlı olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir (9). Acil psikiyatrik hastaların ise yaklaşık %8 ila %24’ü fiziksel tespit ve tecrit ihtiyacı yaşamaktadır (10,11).

Literatürde ülkemizde akut ajitasyon durumlarına yönelik acil servislere başvuruların sosyodemografik ve klinik olarak incelenmesine ilişkin çalışmalar dışında (12,13), psikiyatri servislerinde yatan hastalarda tespit uygulamalarının incelendiği, ulaşılabilen iki yayın olmuştur. Sercan ve Bilici’nin çalışmalarında birçok psikiyatri kliniğinde tespit edilen hastaların klinik özellikleri ele alınırken (14), Coşkun ve Avlamaz çalışmalarında akut psikiyatri kliniklerindeki tespit ve tecrit uygulamalarının 1 yıl içerisindeki değişimini değerlendirmişlerdir (15).

Bu çalışmada ise psikiyatri konusunda özelleşmiş bir özel psikiyatri kliniğinde, akut ajitasyon durumlarının nedenlerinin, uygulanan tedavi, uygulanan tespit ve tecrit yaklaşımlarının sosyodemografik ve psikopatolojinin klinik özellikleri açısından incelenmesi ve ülkemizde bu konuda literatüre katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

YÖNTEMİ

Çalışma alanı

Çalışma İstanbul’da özel bir psikiyatri hastanesinde yatarak tedavi gören hastaları içermektedir. Merkez, ayakta hastalar ve acil polikliniği dışında, 49 yataklı servisi ile hizmet veren, farmakolojik ve farmakoloji dışı olmak üzere kapsamlı bir tedavinin vermektedir. Merkezde açık karma klinik, kapalı karma bağımlılık kliniği ile kapalı kadın ve kapalı erkek klinikleri olmak üzere 4 ayrı klinik bulunmaktadır. Kapalı kadın ve kapalı erkek kliniklerinde Özel Hastaneler Yönetmeliği Ek 11 c/9 maddesine uygun ikişer oda ile toplamda 4 ayrı tecrit odası bulunmaktadır. Kliniklerdeki 49 yatağın tamamı, fiziksel tespite uyumlu yataklardır.

Prosedür

Çalışmanın yapıldığı hastanede acil ajitasyona ilişkin uyarı, tüm sağlık çalışanlarının mobil telefonlarına sesli uyarı olarak bildirilmekte ve hastadan sorumlu hekim, psikolog ve hemşiresi kısa süre içerisinde müdahale için hastanın yanında olmaktadır. Bu yöntem ile birçok ileri ajitasyon ve olası müdahale riskinin önüne geçilebildiği tahmin edilmektedir. Hastanın sorumlu hekimi, yoksa bir başka hekim, psikologu ve hemşiresi tarafından sözel uyarı ve görüşme ile sakinleştirilemeyen, bu sakinleşme için önerilen oral tedaviyi kabul etmeyen, kendisi, diğer hastalar ya da sağlık çalışanları için fiziksel tehdit oluşturan hastalara yalnızca sağlık çalışanlarından oluşan bir ekiple müdahale edilmektedir. Acil ajitasyon uyarısı için, çalışanların mobil telefonlarına gelen her sesli uyarı için, hastanın dosyasına konmak üzere doldurulan bir akut müdahale formu mevcuttur. Bu formda hastanın adı soyadı, tarih ve uyarı saatinin yanında, uyarının verilme nedeni, uygulanan yaklaşımlar, verilen ilaçlar ve yolları, uygulandı ise fiziksel tespit şekli ve süresi, uygulandı ise tecrit ve süresi bulunmaktadır. Ayrıca formda 15 dakikalık aralıklarla hastanın vital belirtilerinin takibi, saatlik aralıklarla ise hekiminin görüşme notunun bulunduğu bölüm mevcuttur.

Katılımcıların seçilmesi; çalışma verileri Haziran 2013-Nisan 2014 tarihleri arasında özel bir psikiyatri hastanesinde yatarak tedavi gören hastalardan akut ajitasyon için form doldurulan 140'ının tıbbi kayıtlarının geriye dönük olarak incelenmesi ile elde edilmiştir. Akut müdahale formunun yanında hastaların dosyalarında bulunan ve iki ayrı psikiyatri uzmanınca DSM-IV-TR'ye göre konmuş klinik tanıları, sosyodemografik ve klinik bilgileri ile akut müdahale gününde doldurulmuş kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği puanları değerlendirmeye alınmıştır. Kayıtları yetersiz/eksik olan 3 hasta çalışma dışı bırakılmıştır. Toplamda 137 hastanın kaydı değerlendirilmeye alınmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik bilgileri

	Kadın n=69	Erkek n=68	p
Yaş (SD)	28,7 (14,7)	26,8 (11,5)	0,58
Eğitim (yıl) (SD)	9,65 (3,68)	9,33 (3,43)	0,21
Bekar/ayrılmış (n) (%)	56 (81,2)	55 (80,9)	0,96
Hastalık süresi (yıl) (SD)	7,42 (7,70)	5,58 (4,02)	0,72
Duygudurum bozukluğu (n) (%)	24 (34,8)	32 (47,1)	0,14
Psikotik bozukluk (n) (%)	28 (40,6)	22 (32,4)	0,32
Madde kullanım bozukluğu (n) (%)	17 (24,6)	14 (20,6)	0,51
Kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği puanı (KPDÖ) (SD)	31,1 (16,4)	29,2 (12,1)	0,67

Materyal

Kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği (KPDÖ); Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda tablonun şiddetini değerlendirmek için geliştirilen ölçek (16), anksiyete depresyon, düşünce bozukluğu, saldırganlık ve ajitasyonla ilgilide bilgi verir (17). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Soykan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (18).

İstatistik

Veriler SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences; Chicago, USA) programına aktarıldı. Niceliksel parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile araştırıldı. Normal dağılıma uyan parametrelerin gruplar arası karşılaştırmasında Student's T Testi, normal dağılıma uymayan parametrelerin gruplar arası karşılaştırmasında Mann-Whitney U Testi, kullanıldı. Niteliksel parametrelerin gruplar arası karşılaştırmasında Ki-Kare Testi kullanıldı. Niteliksel veriler sayı ve yüzde, niceliksel verilerin normal dağılıma uyanları ortalama \pm standart sapma (ort \pm SS), normal dağılıma uymayanları ortaca (minimum-maksimum) olarak ifade edildi. P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Etik Kurul Onayı

Araştırma için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 26.03.14 tarihinde 15 numarası ile onay alınmıştır.

SONUÇLAR

Akut ajitasyon uyarısı verilen 137 hastanın yaş ortalaması 27,8 \pm 13,2 (Min 13 Max 81), kadın sayısı 69 (%50,4), erkek sayısı 68 (%49,6) olarak bulundu. Kadınların yaş ortalaması 28,7 \pm 14,7, erkeklerin yaş ortalaması 26,8 \pm 11,5 idi.

Belirtilen tarih aralığında yatarak tedavi alan hasta sayısının 834 olduğu tespit edildi. Buna göre bu tarihlerde yatarak tedavi alan hastaların % 16,4'ü için akut ajitasyon uyarısı verildiği ve bu uyarının verildiği hastaların %11,6'sı için

fiziksel tespit, %48,9'u için tecrit, %57,6'sı için ise ilaç uygulaması yapıldığı hesaplandı. Aynı tarihlerde yatan hasta sayısına göre bu oranlar fiziksel tespit için %1,9, tecrit için %8, ek ilaç uygulaması (kimyasal kısıtlama) için %9,4'tür. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve klinik tanıları tablo 1'de verilmiştir.

Akut ajitasyon uyarısının verilme saatlerine bakıldığında 08-20 arası n=92 (%67,2), 20-08 arası n=45 (%32,8) hasta için uyarı verildiği görüldü. 08-20 saatleri arasında 8 (%8,6) hastaya, 20-08 saatleri arasında ise 8 (%17,7) hastaya fiziksel tespit uygulanmış olup tespitlerin uygulanma saatlerine göre fark göstermediği saptandı (p=0,12). 08-20 saatleri arasında 44 (%47,8), 20-08 saatleri arasında ise 23 (%51,1) hastaya tecrit uygulaması yapılmış olup uygulanma saatlerine göre yine fark bulunmadı (p=0,71). Akut ajitasyon uyarısı sonrası ilaç ile tedavi (kimyasal tespit) oranlarına bakıldığında ise saat 08-20 arasında 59 (%64,1), saat 20-08 aralığında ise 20 (%44,4) hastaya ilaç uygulandığı ve gündüz saatlerinde ilaç uygulama oranlarının akşam saatlerine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (p=0,02)

Akut ajitasyon uyarısında uygulanan fiziksel tespit ve izolasyon sürelerinin gün içerisinde saatlere göre dağılımı incelendiğinde; saat 08-20 aralığında ortalama izolasyon süresinin 112,8±104 dakika, 20-08 aralığında ise 241,5±212 dk olduğu ve akşam saatlerinde izolasyon süresinin anlamlı olarak daha uzun olduğu izlendi (p=0,00). Fiziksel kısıtlılık süresi ise 08-20 saatleri arasında ortalama 196,9±97,3 dk, 20-08 saatleri arasında ise 193,1±86,7 dk olup saat farkına göre fiziksel tespit sürelerinin fark göstermediği saptandı. Toplamda fiziksel kısıtlama/izolasyon süresi ortalaması 164,3±158,33 dakika idi (minimum 5, maximum 660 dk).

Akut ajitasyon uyarısı verilen hastalarda uyarının verilme nedenlerine bakıldığında tedavi ekibine saldırganlık, şiddet tehdidi ve tedavi reddi en sık üç neden olarak görüldü (sırası ile katılımcıların %34,3, %29,2, %26,3'ünde). Başka bir hastaya saldırganlık kadın hastalarda erkeklere göre daha sık (p<0,001), tedavi reddi ve kaçma girişimi ise erkek hastalarda kadın hastalara göre daha sık izlendi (sırası ile p<0,05 ve p<0,001). Akut ajitasyon uyarısı nedenlerinin cinsiyetlere göre değişimi tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Akut ajitasyon uyarısı nedenlerinin cinsiyetlere göre değişimi

	Kadın (n, %)	Erkek (n, %)	Toplam (n, %)	P	x ²
Başka bir hastaya saldırganlık	22 (31,9)	6 (8,8)	28 (20,4)	0,001*	11,2
Tedavi ekibine saldırganlık	23 (33,3)	24 (35,3)	47 (34,3)	0,5	1,11
Kendine zarar verme	2 (2,9)	3 (4,4)	5 (3,6)	0,6	0,22
Eşyaya zarar verme	12 (17,4)	9 (13,2)	21 (15,3)	0,5	0,45
Şiddet tehdidi	20 (29)	20 (29,4)	40 (29,2)	0,95	0,00
Tedavi reddi	11 (15,9)	25 (36,8)	36 (26,3)	0,006*	7,66
Kaçma girişimi	5 (7,2)	27 (32,4)	27 (19,7)	0,001*	13,6

Akut ajitasyon uyarısına yönelik seçilen uygulamalara bakıldığında tecrit uygulanan hastaların 26'sının duygudurum bozukluğu, 24'ünün psikotik bozukluğu, 17'sinin ise madde kullanım bozukluğu olduğu görüldü. Fiziksel tespit gerektiren 16 hastanın 8'i duygudurum bozukluğu, 5'i psikotik bozukluk, 3'ü ise madde kullanım bozukluğu idi. İlaç tedavisi 31 duygudurum

bozukluğu hastasına, 29 psikotik bozukluk hastasına ve 11 madde kullanım bozukluğu hastasına uygulandı. Akut ajitasyona yaklaşım açısından tanı farklılıkları istatistiksel bir anlamlılık göstermedi. Akut ajitasyonu uyarısına yönelik uygulamaların tanımlara göre incelenmesi tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Akut ajitasyona yönelik uygulamaların tanımlara göre incelenmesi

	Duygudurum bozukluğu n (%)	Psikotik bozukluk n (%)	Madde kullanım bozukluğu n (%)	p	x ²
İlaç tedavisi	31 (55,4)	29 (58,0)	11 (61,3)	0,86	0,29
Fiziksel kısıtlama	8 (14,3)	5 (10)	3 (9,7)	0,73	0,63
İzolasyon	26 (46,4)	24 (48)	17 (54,8)	0,74	0,59

İlaç uygulamalarına (kimyasal tespit) bakıldığında; 57 hastaya haloperidol (5-15 mg) kas içi, 52 hastaya biperiden (5 mg) kas içi, 42 hastaya klorpromazin (25-50 mg) kas içi, 7 hastaya züklopentiksol 50 mg kas içi, 12 hastaya benzodiazepin (10-30 mg diazepam eş değeri) oral ve 4 hastaya antipsikotik (200-400 mg klorpromazin eşdeğeri) oral olarak uygulandığı belirlendi.

Fiziksel kısıtlama ve izolasyon süresi ile BPRS arasında istatistiksel anlamlı korelasyon saptanmazken ($p>0,05$) hastalık süresi ile pozitif yönlü, orta güçlü istatistiksel anlamlı korelasyon saptandı ($p=0,015$).

TARTIŞMA

Çalışmamız akut ajitasyon durumlarında, ülkemizde ve dünyada halen uygulana gelen yaklaşımların, bir özelleşmiş psikiyatri hastanesindeki yatan hastalarda sosyodemografik özellikler, klinik tanı, hastalık şiddeti, uygulama saatleri ve şekli açısından değerlendirmesini sunmaktadır. Çalışmanın yapıldığı dönemde yatan hasta sayısına bakıldığında %16.4 olarak bulunan akut ajitasyon uyarısı ve buna bağlı olarak uygulanan %1.9'luk fiziksel tespit, %8'lik tecrit ve %9.4'lük kimyasal kısıtlama oranları genel olarak literatüre göre düşük değerlendirilmiştir. Araştırmaların yapıldığı bölge, hastane, çalışan sayısı gibi faktörler ile yakından ilişkili olarak bildirilen kısıtlama oranları (fiziksel kısıtlama ya da tecrit) literatürde oldukça değişkenlik göstermektedir. Birleşik devletlerde fiziksel kısıtlama oranlarını acil psikiyatri odalarında %16 ile %59 arasında değişen oranlarda bildirilmişken Sercan ve Bilici çalışmalarında bir aylık süre içerisinde yatan psikiyatrik hastalarda kısıtlanma oranlarını %23,9 olarak vermişlerdir (14, 19-21). Simpson ve arkadaşlarının çalışması on iki aylık sürede acil psikiyatri servisine başvuran hastaların %14'üne fiziksel tespit ya da tecrit uygulama gerekliliği oluştuğunu bildirmektedir. Acile başvuru sırasında fiziksel tespit olma, isteği dışında acile başvurmuş olma, acile başvuru saatlerinin 19:00 ile 00.59 arasında olması, bipolar bozukluk karışık ya da manik epizotta olma, klinisyenin kişiyi şiddetli düzeyde zarar verici şekilde değerlendirmiş olması, psikoz tanısı ve iç görünün yetersiz olması fiziksel tespit ve tecrit ile ilişkilendirilmiştir (22).

Literatürde bu konuda yapılmış güncel makalelerin kısıtlılığı ile birlikte, mevcut çalışmaların yapıldığı döneme göre ne hastalıkların ne de ajitasyon tedavisinde kullanılan ilaçların değişmediği göz önüne alındığında değişen ajite hastaya yaklaşımımız olabilir. Sercan ve Bilici çalışmalarında, fiziksel kısıtlamanın sınırlandırılması uyarılarından yalnızca 4 ay sonraki verileri sunduklarını belirtmektedir (14). Zaman içerisinde psikiyatri hastalarında akut ajitasyona müdahaledeki seçimlerimizde değişim kısıtlayıcı işlemlerden kaçınma şeklinde

olabilir. Bu çalışmanın bir özel psikiyatri hastanesinde gerçekleştirilmesi yatan hasta yoğunluğunun personel sayılarına oranla önceki çalışmalardan daha düşük olabileceğini, bunun da akut ajitasyona müdahalede daha az tespit ve tecrit uygulanmasının yapılmış olduğunu düşündürmektedir.

Akut ajitasyon müdahalesinde bulunulan hastalarda cinsiyetlere göre klinik tanı ve hastalık şiddetinde fark gözlenmemiştir. Ajitasyon uyarısının verildiği ve müdahalenin yapıldığı saatler açısından yaklaşımların değerlendirilmesi ilaç tedavilerinin gündüz saatlerinde daha sık uygulandığını, akşam saatlerinde ise tespit ve tecrit uygulamalarının süresinin gündüz saatlerine göre daha uzun olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada tespit ve tecrit sürelerinin psikopatoloji şiddeti ile değişkenlik göstermiyor olması bu farkın psikopatolojiden ziyade başka faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Gündüz saatleri hastaların kendileri ile ilgilenen hekim ve psikologları ya da diğer sağlık personelini görebildikleri, ajitasyon uyarısında kendi tedavi ekiplerinin olaya müdahale etmesinin daha olası olduğu saatlerdir. Bu şekilde hastalara uygulanacak ilaç seçiminin daha hızlı yapılabilmesi ve ilaç tedavisinin hasta tarafından kabul edilebilmesinin daha mümkün olduğunu ve mevcut farkın bu nedenlerle oluştuğunu düşünüyoruz. Smith ve arkadaşları seklüzyon ve fiziksel kısıtlama oranlarının gündüz saatlerinde daha sık olduğunu, ancak uygulama süresinin akşam saatlerinde daha uzun olduğunu bildirmişlerdir (23). Tunde Ayinmode ve Little ise çalışmalarında akşam saatlerinde seklüzyon kararlarının daha sık verildiğini belirtmişlerdir (24). Çalışmamızda akşam saatlerinde uygulanan tecrit ve tespit sürelerinin uzun olması hastaların olasılıkla uykuya dalmış olmaları ve bu nedenle uyandırılmamaları amacı ile sürenin uzun tutulmuş olması ile açıklanabilir.

Akut ajitasyon uyarısı nedenleri incelendiğinde çalışmada verilen uyarı nedenleri literatürde bildirilen ajitasyon nedenleri ile örtüşmektedir. Tedavi ekibine saldırganlık, şiddet tehdidi ve tedavi reddi en sık üç akut ajitasyon uyarısı nedeni olarak görülmektedir. Coşkun ve Avlamaz çalışmalarında servis içi davranış bozukluğu, şiddet tehdidi ve tedavi ekibine saldırıyı fiziksel tespit için ilk üç neden olarak bildirirken Sercan ve Bilici fiziksel tespit için en sık üç nedeni insana yönelik şiddet, şiddet olasılığı ve davranış bozuklukları olarak belirtmişlerdir (14,15). Tunde Ayinmode ve Little'in çalışmaları seklüzyon için en sık üç nedeni başkalarına şiddet, kendine yönelik şiddet ve kaçma riski olarak bildirmiştir (24). Yatan psikiyatri hastalarında en sık karşılaşılan riskler psikopatolojinin kendisi, kişisel özellikler ve çevresel etkenlerle ortaya çıkan tedavi uyumsuzluğu, buna bağlı görülen şiddet davranışdır.

Fiziksel kısıtlama ve tecrit hastanın otonomisi, kişisel yararı ve zararsızlaştırılmasına yönelik etik kimi soruları akla getirmesine karşın, ajite ve şiddet içeren davranışların hasta ve çevresindekiler için önemli riskler taşıyabilmesi nedeni ile acil psikiyatrik yaklaşımlarda sık kullanılan yöntemler olarak yerini korumaktadır (25). Kısıtlama nedenlerine ilişkin bilgilerimizden önemli bir bulgu Smith ve arkadaşları tarafından bildirilen iki yıl içerisinde yatan hastalarda azalan fiziksel tespit ve seklüzyon oranlarına rağmen sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarında bir değişim olmamasıdır (23).

Çalışmamızda akut ajitasyon uyarısı verilen hastalara yaklaşımlar tanımlara göre farklılık göstermemiştir. Sercan ve Bilici de çalışmalarında kısıtlanan hastaların tanımlarının kısıtlanma sayı ve süreleri ile ilişkisiz olduğunu belirtmişlerdir (24). Ancak literatür kısıtlanma ve seklüzyon uygulanan hastaların tanı yoğunluğunun bipolar bozukluklar, psikotik bozukluklar, madde kullanım bozuklukları ve davranış bozukluklarında olduğunu tekrarlamaktadır (14, 23,24).

Çalışmamızda akut ajitasyona yönelik seçilen tedavilere bakıldığında halen geçmiş literatürle uyumlu tedavi yöntemlerinin uygulandığı söylenebilir. Oral tedaviden kas içi tedavi seçimlerinin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Bu durum hastaların ilaç reddi kadar tedavi ekibinin etki başlangıcını hızlandırma amaçlı seçimlerine bağlı olabilir. Oysa ki literatür yatan hastalarda gönüllü olarak alınan oral atipik antipsikotiklerin klasik antipsikotiklerin kas içi uygulamalar kadar etkili olduğunu göstermektedir (26). Ancak Simpson ve arkadaşları akut ajitasyon tedavisinde verilen lüzumu halinde oral Haloperidol 5 mg tedavisini oral Olanzapin 10 mg olarak değiştirdiğinde kas içi tipik antipsikotik uygulama sıklığı, fiziksel tespit sıklığı ya da tecrit sıklığı açısından fark bulamamışlardır (27). Oral tipik ve atipik antipsikotikler ile benzodiyazepinlerin akut ajitasyon durumlarında kas içi uygulamalara göre öncelikli tercih edilmesinin uygun olacağını düşünüyoruz.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Öncelikle çalışma sonuçlarımız genellenebilirlik için düşük bir örneklem sayısına sahiptir. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde aynı personel/hastane koşullarında yatarak tedavi görmekte olan ve akut ajitasyon uyarısı verilmemiş bir kontrol grubu alınmadığından bazı karşılaştırmalı sonuçlara ulaşılamamıştır. Ayrıca örnekleme oluşturan hastaların birincil tanımlarının kayda alınması ve eşanlı durumların ihmal edilmesi akut ajitasyona ait değişkenlerin eşanlı durumlarla ilişkisinin araştırılmasını imkansız kılmıştır. Değişen ve gelişen sağlık uygulamalarında bu alanda geniş ölçekli ve karşılaştırmalı çalışmaların yapılmasının

önemli olduğunu düşünüyoruz.

Fisher, literatürdeki en geniş kapsamlı gözden geçirmelerden birini yaparak şu sonuçlara varmıştır, i) Tecrit ve tespit uygulamalarının her ikisi de ajitasyonu azaltarak yaralanmaları azaltmaktadır. ii)Yatarak tedavi programlarının çoğu tecrit ya da fiziksel ya da mekanik tespit yapmaksızın işlememektedir. iii)Tecrit ve kısıtlamanın hasta için de personel için de önemli fiziksel ve psikolojik olumsuz etkileri vardır. iv) Tecrit ve tespit uygulamalarını klinik faktörler kadar kültürel önyargılar, personel rol algıları ve hastane yönetimlerinin tutumu gibi klinik olmayan faktörler de etkilemektedir. v) Şiddeti öngörebilme, azaltma ve uygun tespit teknikleri açısından personel eğitimi tespit kullanımı kadar kullanıma bağlı hasta ve personel yaralanmasını azaltacaktır (28).

Sonuç olarak bu çalışmada bulunan kısıtlanma ve seklüzyon oranlarının genel literatüre göre düşük olduğu söylenebilir. Çalışmanın özel bir psikiyatri hastanesinin mevcut hasta/personel oranında denge sağlayabilecek ekonomik altyapısının bulunması tedavi mekanı ve ekibine ilişkin kısıtlanma değişkenlerine olumlu etkide bulunacaktır. Morrison'un çalışması hasta/personel oranı yüksek olan tedavi ortamlarında yüksek oranda tecrit uygulamasının olabildiğini bildirmiştir (29). Ülkemizde sağlık çalışanlarına hasta kaynaklı şiddetin yönetimine ilişkin hizmet içi eğitimler ile birlikte, özellikle psikiyatrik hastalarda kısıtlayıcı uygulamaların azaltılması ve alternatif yaklaşımların geliştirilmesi gereklidir. Bu yaklaşımların yapılabilmesi de bu alanda daha geniş ve aydınlatıcı çalışmaların sonucunda yapılabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Health Care Financing Administration. Hospital condition of participation. Federal Register Doc 99-16543. Washington,DC: Government Printing Office, 1999
2. Buckley PF. The role of typical and atypical antipsychotic medications in the management of agitation and aggression. J Clin Psychiatry. 1999;60(suppl 10):52-60.
3. Gutheil T. Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient. Am J Psychiatry 1978;135: 325-8.
4. Grigson J. Beyond patient management: the therapeutic use of seclusion and restraint. Perspect Psychiatr Care 1984;22:137-42.
5. Cotton N. The developmental-clinical rationale for the use of seclusion in the psychiatric treatment of

- children. *Am J Orthopsychiatry* 1989;59:442–50.
6. Cotton N. Seclusion as therapeutic management: an invited commentary. *Am J Orthopsychiatry* 1995;65:245–8.
 7. Munetz MR, Geller JL. The least restrictive alternative in the postinstitutional era. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;44:967–973.
 8. Busch AB, Shore MF. Seclusion and restraint: a review of recent literature. *Harv Rev Psychiatry*. 2000 Nov;8(5):261-70.
 9. Forquer S, Earle K, Way B, Banks S. Predictors of the use of restraint and seclusion in public psychiatric hospitals. *Adm Policy Ment Health* 1996;23:527–32.
 10. De Benedictis L, Dumais A, Sieu N, Mailhot MP, Letourneau G, Tran MA, et al. Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 2011;62:484–91.
 11. Currier GW, Allen MH. Emergency psychiatry: physical and chemical restraint in the psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv* 2000;51:717–9.
 12. Kısa C, Aydın D, Cebeci S, Aydemir Ç, Göka E. Acil psikiyatrik başvuruların ve acil psikiyatrik hizmetlerin değerlendirilmesi. *Yeni Symposium*, 2001;39(4):174-180
 13. Doğaner İ, Hasırcı F, Vahip S, Atalay ND. 1984-1986 Yıllarında Ege Üniversitesi Psikiyatri Kliniği Acil Birimi'ne Başvuran Olgularda Retrospektif Bir Değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 1991;2(2):117-121.
 14. Sercan M, Bilici R. Türkiye'de Bir Ruh Sağlığı Bölge Hastanesindeki Hasta Bağlama Uygulamalarının Değişkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2009; 20(1):37-48.
 15. Coşkun S, Avlamaz F. Akut Psikiyatri Kliniklerinde Uygulanan Mekanik Tespit Sayı ve Süresinin Bir Yıl İçinde Gösterdiği Değişimin İncelenmesi. *J Psy Nurs*. 2010; 1(2): 51-55
 16. Overall JE, Gorham Dr. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep*, 1962;10: 789-812.
 17. Bech P, Malt UF, Dencker SJ ve ark. Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *ACTA Psychiatr Scand*, 1993; 87(Suppl 372):1-87.
 18. Soykan C. Institutional differences, and case typicity as related to diagnosis system severity, prognosis and treatment. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. 1989; Ortadoğu Teknik Üniv. Ankara.
 19. Bell CC, Palmer J. Survey of the demographic characteristics of patients requiring restraints in a psychiatric emergency service. *J Natl Med Assoc* 1983;75(10):981–7.
 20. Beck JC, White KA, Gage B. Emergency psychiatric assessment of violence. *Am J Psychiatry* 1991;148(11):1562–5.
 21. Lavoie FW. Consent, involuntary treatment, and the use of force in an urban emergency department. *Ann Emerg Med* 1992;21:25–32.
 22. Simpson SA, Joesch JM, West II, Pasic J. Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(1):113-8.
 23. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altener A, Altener R, Hardenstine BD, Kopchick GA. Pennsylvania state hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatric Services*, 2005;56: 1115-1122.
 24. Tunde-Ayinmode M, Little J. Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit *Australas Psychiatry*, 2004; 12: 347-51.
 25. Allen MH, Currier GW. Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:42–9.
 26. Currier GW, Simpson GM. Risperidone concentrate and oral lorazepam versus intramuscular haloperidol and intramuscular lorazepam for treatment of psychotic agitation. *J Clin Psychiatry*. 2001;62: 153–157.
 27. Simpson JR, Thompson CR, Beckson M. Impact of orally disintegrating olanzapine on use of intramuscular antipsychotics, seclusion, and restraint in an acute inpatient psychiatric setting. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26(3):333-5.
 28. Fisher W. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry* 1994;151:1584–91.
 29. Morrison P, Lehane M. Staffing levels and seclusion use. *J Adv Nurs* 1995;22:1193–202.