

AJİTE HASTAYA YAKLAŞIM

Uzm. Dr. Ertuğrul ALTINBİLEK
SBU Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
MAYIS-2017

- Acil serviste karşılaşılan şiddet, hastaları ve sağlık çalışanları etkileyen ciddi bir sorundur.
- Bu sorunun sağlıklı bir şekilde ele alınması için saldırgan davranışın önceden tanınip önlenmesi ve saldırgan hastayla karşı karşıya kalındığında kullanılacak müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi için uzun süredir çalışmalar devam etmektedir.

- Saldırganlık; bir kişinin diğer insanlara yönelik, zarar verme tehdidi veya gerçek zarar verme davranışıdır. Bu tür davranışlar, sağlıklı bir bireyin davranış biçimi olmasa da her zaman bir psikiyatrik bozukluk zemininde oluşmayabilir.
- Bu kişilerin tipik davranışları; fiziksel bir saldırı öncesi konuşarak tansiyonun yükseltilmesi, bağırma, postür değişikliği, artmış fiziksel aktivite ve yerinde duramamadır.

TANIM

- Ajitasyon, kişinin, yakınlarının ve/veya tedavi ekibinin güvenliğini tehlikeye sokan, tıbbi bakımı engelleyen, kişinin işlevselliğini bozan, sesli, sözlü ve/veya motor davranışlar kümesidir.
- Ajitasyon; saldırganlık, şiddet, kırıp dökme gibi kişinin normal davranış dağarcığında olmayan, yeni ortaya çıkan bazı davranışlardan oluşabileceği gibi; tekrarlayıcı sorular veya adımlama gibi normal bir davranışın anormal bir biçimde tekrarlanması şeklinde de görülebilir.

AJITASYON NEDİR ?

- Acil psikiyatrinin en önemli konusudur.
- Saldırgan davranış önceden tanınıp önlenmelidir.
- Şiddet genel olarak bir ruh hastalığının belirtisi olabilmekle birlikte, birçok organik hastalıkta da görülebilir.

SALDIRGAN HASTA VE ŞİDDET

Tablo 1. *Şiddet veya saldırganlığa neden olabilecek bozukluklar:*

Primer psikiyatrik bozukluklar

- İletişim bozuklukları
- Demans, deliryum
- Disosiyatif bozukluklar
- İntermittant patlayıcı bozukluk
- Mental retardasyon
- Kişilik bozuklukları
- Posttravmatik stres bozukluğu
- Premenstrüel disfonksiyonel bozukluk
- Paranoid şizofreni
- Seksüel sadizm
- Madde bağımlılığı

Diğer nedenler

- Kişilik değişikliklerine sebep olan intrakraniyal patolojiler (Travma, enfeksiyon, neoplazi, anatomik bozukluk, vasküler malformasyon, serebrovasküler olay, dejeneratif hastalık)
- İlaçlar
- Nöbetler veya nöbet benzeri sendromlar
- Sistemik bozukluklar (Deliryum, kişilik değişikliklerine neden olan metabolik, endokrin, enfeksiyon ve çevresel hastalıklar ve diğer nedenler)

- *2014 yılında yayımlanan ülkemiz kaynaklı bir çalışmada acil servisten istenen psikiyatri konsültasyonları incelenmiş ve ajitasyon %14,3 sıklıkla 3.en sık neden olarak tespit edilmiş.*
- Tüm dünyada psikiyatrik hasta saldırıları; sağlık ve acil servis çalışanları, polis, itfaiye görevlilerinin mesleki uygulamaları içinde karşılaştıkları ciddi olaylardandır.

**ACİL SERVİSLERİMİZDEKİ SIKLIK
NE DURUMDA ??**

- Psikiyatrik saldırıların önlenebilmesi ve maruz kalınan durumlarda hastalara en uygun yaklaşımla müdahale edilebilmesi için bu alanda çalışan sağlık personelinin yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir.
- Saldırganlık nedenlerinin iyi bilinmesi, istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasını da önleyecektir.
- Sağlık personelinin bir saldırganlık olayı karşısındaki algısı, vereceği tepkinin ve hastaya yaklaşımının da belirleyicisi olmaktadır.

NE YAPMALI ??

- Öncelikle mutlaka hastayı değerlendirmek gerekmektedir.
- Hastayı değerlendiren hekim öncelikle kendini takdim etmeli, neyi anlamayı arzu ettiğini açıkça beyan etmeli, alttan almalı ve hastayı kışkırtmaktan kaçınılmalıdır.
- Hastayı provoke eden yer ve kişilerden hasta uzaklaştırılmalı görüşme süresince mümkünse hasta ve hekim oturur durumda olmalıdır.
- Görüşmeci, hastaya olabilecek en yakın ilgiyle yaklaşmalı, hasta konuşmaya başladığında dikkatle dinlenmeli, görüşmenin amacı ve hastaya uygulanabilecek her türlü girişim tüm safhalarıyla açıklanmalı, meydan okunmamalıdır.

NE YAPMALI ??

- Hastayla konuşurken otoriter olmayan, hastayı anlamaya yönelik konuşma tarzı benimsenmelidir.
- Ayrıca görüşmenin yapıldığı ortam sessiz olmalı, ortamda hastayla görüşen yalnız olarak bulunulmalıdır.
- Ancak gerektiğinde yardımcı personel kolaylıkla çağrılabilmelidir.

NE YAPMALI ??

- Psikiyatrik hasta saldırıları; yaralanma, geçici veya kalıcı sakatlıklar, travma sonrası stres bozukluğu dahil ciddi sorunlar meydana getirmekte ve hatta ölümle sonuçlanabilmekte ayrıca klinik ve ekonomik yüke neden olmaktadır.
- Meydana gelen saldırılar mağdur personel tarafından görevinin bir parçası olarak kabul görmekte, dile getirilmemekte ve yasal işleme başvurulmamaktadır.

(Flannery RB Psychiatr Q 2010 , Hankin CS ark J Psychiatr Pract 2011)

BİZ NE YAPIYORUZ ??
LİTERATUR NE DİYOR ??

- Anahtar kural, her zaman hastaların, çalışanların ve kişinin kendi güvenliğinin sağlanmış olduğundan ve hastaların olası şiddet eylemlerine karşı her zaman iyi gözlemlendiklerinden emin olmaktır.
- Saldırgan hastaları durdurma konusunda öncelikle temel güvenlik kurallarının öğrenilmesi gereklidir.

AJİTE HASTA YÖNETİMİ
GÜVENLİĞİN SAĞLANMASI

- Flannery ve arkadaşları 20 yıllık bir sürede hasta saldırılarına maruz kalan personelin özelliklerini değerlendirdikleri çalışmalarında, mağdurların daha genç, eğitim düzeylerinin daha düşük, daha az tecrübeli, ruh sağlığı alanında daha az eğitilmiş kişilerden oluştuğunu bildirmiştir.

(Flannery RB ark Psychiatr Q 2011)

- Duygusal etmenler: 'Patlama' davranışı, kızgın veya öfkeli duygulanım, duygusal oynaklık, öfkeliilik ve/veya dürtüsellik, engellenme direncinde düşüklük
- Sosyal faktörler: Sosyal destek yetersizliği, sosyoekonomik yetersizlik, İlaç uyumsuzluğu
- Zeka geriliği

Saldırganlık Riskini arttıran durumlar ve öngörücüler



- Ajitasyon, saldırgan davranış ve dürtüsellik gösteren hastalarda, psikiyatri dışı tıbbi durumlar mutlaka dışlanmalıdır.
- Yönelim bozukluğunun araştırılması, yaşamsal bulguların değerlendirilmesi, kafa travması olup olmadığının saptanması, bilinç düzeyindeki değişikliklerin gözlenmesi ve psikiyatrik hastalık öyküsü yoksa 'organik' nedenler açısından dikkatli olunması gerekmektedir.
- Tüm hastalarda kan şekeri ölçülmeli, tam kan sayımı, rutin biyokimyasal tetkikler, kalsiyum düzeyi, kreatin fosfokinaz düzeyi, alkol-madde taraması, bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans incelenmesi gereklidir. Akciğer grafisi, arteriyel kan gazı ölçümü, karaciğer enzimleri ve tiroid fonksiyon testleri de ayırıcı tanıda yardımcı olabilir.

- Ajite hastaya yaklaşımda ilk amaç, hastayı uyuşturmak değil sakinleşmesini sağlamaktır.
- Saldırgan hastaların tedavisinde 4 basamaklı bir yaklaşım uygulanmalıdır.
 1. Çevresel düzenleme,
 2. Yatıştırma,
 3. Bedensel tespit veya tecrit
 4. Farmakolojik yaklaşım

AJİTE HASTANIN YÖNETİMİ

- Ajite bir hastayla karşı karşıya kalındığında, ilk olarak diğer hastaların ve çalışanların güvenliği sağlanmalıdır.
- Hastanın konforu, hasta yakınlarının uzaklaştırılması, bekleme süresinin azaltılması, çalışanların davranışları, uyaran seviyesi gibi çevresel değişkenler denetlenebilir ve kişinin saldırganca davranmasına katkıda bulunabileceği düşünülen etkenler düzenlenebilir.
- Kişinin dışsal uyarılardan arındırılması ve sessiz bir odanın sağlanması önemlidir.
- Hastanın bir yatağa yatırılması, bir bardak su veya meyve suyu ikram edilmesi durumu düzeltebilir.

Çevresel düzenleme

- Doktorlar veya diğer çalışanlar asla güvensiz bir alanda tek başlarına kalmamalıdır. Zarar verebilecek tüm nesneler odadan alınmalıdır.
- Bu hastalar dikkatlice izlenmelidir. Ajite hasta ile arada belirli bir güvenlik mesafesi bırakılmalıdır.
- Uzamış veya yoğun doğrudan göz teması hasta tarafından tehdit olarak algılanabilir.
- Ellerin arkada bağlanması şeklindeki bir duruş da karşı karşıya gelme veya tehdit olarak algılanabilir.
- Sakin bir duruş sergilenmeli ve denetim elden bırakılmamalıdır.
- Hastanın duygu durumu, konuşması ve psiko-motor aktivitesindeki herhangi bir değişiklik yakından gözlenmelidir.

Çevresel düzenleme

- Ajite davranışları azaltmada öncelikle sözel yatıştırma kullanılmalıdır.
- Hastaya, amaçlarının onun iyi olmasını ve güvenliğini sağlamak olduğunu ve durumun denetimleri altında olduğunu hissettirilmelidir.
- Hastayla sakin, kontrollü, kışkırtıcı olmayan ve yatıştırıcı ses tonuyla konuşulmalıdır. Hastayla aralarında bir güvenlik mesafesi kalacak şekilde durmalı ve her an güvenlik görevlilerini çağırabilecek bir durumda olmalıdırlar.
- Psikiyatrik hastalarca sergilenen ajitasyon ve saldırgan davranışların çoğunun hastaların elinde olmadan ortaya çıktığı göz önünde bulundurulmalı, kızgınlık hissedilse bile hastaya belli edilmemelidir.

Yatıştırma

- 'İyi hissetmediğinizi ve zor zamanlar geçirdiğinizi anlıyorum' veya 'acı çekiyorsunuz ve kafanız karışık gibi görünüyor'
- Yardım almak için buradasınız ve biz size yardımcı olmaya ve sorununuzu çözmeye çalışıyoruz' veya 'lütfen yardım etmemize izin verin ve korkmayın' şeklindeki cümleler hastanın rahatlmasına yardımcı olabilir.
- Çalışan kişiler, hastanın güvenli bir ortamda ve kontrol altında bulunduğunu, kendisine veya başkalarına zarar vermesine izin verilmeyeceğini vurgulamalıdır. Yapacağı hareketlerin gelecekteki sonuçları da uygun bir dille anlatılmalıdır.

Yatıştırma

- Kendini tanıtır, niyetini söylemek
- Sakin olmak, acele etmemek
- Kararlı ve net mesajlar vermek
- Doğruyu söylemek
- Sınır koymak, kuralları koymak
- Ona dışarıdan nasıl gözüktüğünü söylemek
- Yargılamamak, tartışmamak

SALDIRGAN KİŞİYE YAKLAŞIMDA GENEL İLKELER

- Hastanın bulunduğu ortamı terk edemeyecek biçimde bir alanda kısıtlanmasına 'yalıtım' (tecrit, seclusion) denir.
- Yalıtım ortamında hastaların hareketini kısıtlayan, davranışlarını kontrol altına alan mekanik ya da fiziksel müdahaleler 'bağlama' (tespit, restraint);
- standart günlük tedavinin yanı sıra, şiddeti veya saldırgan davranışı önlemek amacıyla uygulanan ek ilaç tedavisi 'kimyasal bağlama' (chemical restraint) olarak adlandırılır.

Yalıtım ve Bağlama (Tecrit ve Tespit)

- Kısıtlama prosedürü işletilirken bir yandan da davranışsal probleme neden olabilecek medikal durumlar gözden geçirilmelidir. Örneğin önceden stabil yaşlı bir hastada gelişen davranış değişikliğinde, gerçek neden altta yatan bir sepsis, inme, travma veya ilaç etkileşimi olabilir.

ÖNEMLİ !!!!

- Fiziksel kısıtlama daha çok **4-noktadan sabitleme metodu** olarak uygulanmaktadır. Yüzüstü (prone) pozisyonundan, boğulmaya sebebiyet verebileceği için, uzak durulması önerilmiş ve uygun pozisyonun baş 30° eleve olacak şekilde sırtüstü (supin) yatış olduğu belirtilmiştir.

FİZİKSEL KISITLAMA

Supin pozisyon

Bir kol yukarıda,
bir kol aşağıda

Baş
yukarıda
30°

Bir hastayı sedyeye
4-noktadan
sabitlemek için en
uygun yoldur.

Yalıtım ve bağlama kullanılması için başlıca gerekçeler;

- Hastanın kendisine zarar vermesini engellemek(KORUMA)
- Başkalarına zarar vermesini engellemek(KONTROL)
- Hastayı paranoyak düşüncelerini kışkırtacak etkileşimlerden çıkarmak (TEDAVİ, KORUMA)
- Duyusal aşırı yükü azaltmaktır. (gerginlik, huzursuzluk)

- Başlamamanın sözle ya da ilaçla sakinleştirme etkisiz kaldığında son seçenek olarak görölmesi, başlanma nedeninin hastaya açıklanması, uygulamanın olabildiğince kısa zamanda sonlandırılması gerekmektedir.
- Gömlekle başlamadan kaçınılması, yalnızca yatağı başlamamanın yeğlenmesi, hastanın sıklıkla yüz yüze yeniden değerlendirilmesi (hemşirenin 15 dk.'da bir, doktorun saatte bir), iki saatte bir dolaşım rahatlamasının gerçekleştirilmesi, bağlı hastanın yanında bağsız hastanın bulundurulmaması önerilmektedir.

- Yalıtım ve bağlama tehlikeli davranışlara karşı kullanılacak son seçenektir. Bu yöntemler hiçbir zaman cezalandırma amacıyla, çalışanların rahatı için veya bir tedavi programının yerine kullanılmamalı

- Yalıtım ve bağlamanın en yaygın kabul gören gerekçesi, diğer araçların yetersiz kalması durumunda, 'gerçek şiddet' ya da 'şiddet tehdididir'.
- Ancak yapılan araştırmalarda ajitasyon, hastanın kendisine veya başkasına zarar vermesi yada şiddet tehdidi yanısıra personel ile işbirliğinde yaşanan problemler ve servisin aşırı kalabalık olması da yalıtım ve bağlama gerekçeleri arasında bildirilmiştir
- Hastalar ise, kendilerinin ilaç almayı veya tedavi programına katılmayı reddetmeleri sebebi ile yalıtım uygulandığına inanmakta, ancak çoğunlukla cezanın nedenini bilmemektedirler.

(Bilici ark Düşünen Adam Dergisi 2013)

- ideal olarak 5 kişilik bir ekip gereklidir: Bir lider ve her ekstremitte için bir kişi.
- Mümkünse hekim olaya katılmamalı ve ekip tehdit edici davranmamalıdır. Ekip lideri yatağın başında durmalı, ekstremiteler ana eklemlerinden (el bileği ve dizler) kontrol edilmelidir. Ekstremiteler yatağın kenarlıklarına değil, tabanına sabitlenmelidir. Isırma girişiminde bulunan hastalarda Philadelphia tipi yumuşak bir boyunluk kullanılabilir.

***Dört Noktadan Kısıtlama Tekniği,
Nasıl? Ne Kadar?***

- *Yurtdışı kaynaklarda bu durum "**Gri Kod**" olarak adlandırılmış ve bu iş için eğitim almış ekiplerce bu çağrıya yanıt verilmektedir. Ancak ne yazık ki ülkemiz şartlarında bu vakalarda hekim-personel-güvenlik üçlemesi bu işi yapmak durumunda kalıyor.*

- İşlemin başında kimyasal kısıtlama seçeneği hazır tutulmalıdır, hatta çoğu kez fiziksel ve kimyasal kısıtlama teknikleri kombine olarak kullanılır.
- *2012 yılında yayımlanmış bir çalışmada bir çocuk hastanesindeki vakalar incelendiğinde vakaların %28,5'inde sözel uyarı yeterli olurken, yarısından fazlasında birden fazla kısıtlama yöntemi gerekli olmuş.*

- Fiziksel olarak kısıtlanmış ancak kimyasal kısıtlama yapılmamış hastada uzamış mücadele; hipertermi, laktik asidoz ve artmış CK seviyelerine neden olabilir. Vücut ısı, kreatinin fosfokinaz (CK) ve elektrolit düzeylerinin takibi unutulmamalıdır.

- Genç hastalar > yaşlı hastalar bağlanma sayısı
- Genç hastalar < yaşlı hastalar bağlanma süresi
- Kadın $\geq$ < Erkek

(Smith GM ark Psychiatr Serv 2005, Forquer SL, Earle KA ark Adm Policy Ment Health 1996)

- Yönerge, bağlamaya hekimin karar vermesi ya da acil durumlarda hemşire tarafından bağlatılan hastanın en kısa zamanda hekim tarafından değerlendirilmesi, bağlama çizelgesinin doldurulması, tıbbi dosya servis bağlama defterine kayıt zorunluluğu getirmektedir. Bağlama izlemi sırasında her 15 dakikada bir hastanın bedensel rahatlık ve iyiliği, dolaşımı, beslenme ve su ya da tuvalet gereksinimi, her saat başı ateş, nabız, tansiyon ve solunum sayısı kaydedilmelidir.

- Tespitte boğulma
- Aspirasyon, asfiksi, pnömoni
- Göğüs travması
- Katekolamin artışı ve aritmi
- Psikotrop ilaçlar
- Rabdomiyoliz, fiziksel aşırı zorlama
- Tromboz

Komplikasyonları

- Hastalar, özellikle ilaç aldıklarında asla yalnız bırakılmamalıdır.
- Şişmanlık, ilaç ya da alkol intoksikasyonu gibi durumlar bağlama uygulanırken göz önünde bulundurulmalıdır.
- Aşırı şişmanlığın (karın yağlarının) solunum fonksiyonlarını tehlikeye atabileceği yüzükoyun pozisyonlardan sakınılmalıdır .

- Tespit uygulayan personel, bağlama sırasındaki hasta mücadelesinin mutlaka karşı koymak anlamına gelmediğini anlamalıdır. Bir hastanın mücadelesi aslında hipoksi nedeniyle oluşan bir ajitasyona bağlı olabilir. Hasta karşı koymayı bıraktığında, personel ve polis sakinleştiğini yahut numara yaptığını farz eder. Ne var ki, genellikle sakin durumları tespit edilen hastaların solunumlarının durduğu ya da öldükleri gösterilmiştir .

(Siebert CF ark Am J Forensic Med Pathol 2000)

- Fiziksel ve kimyasal tespit =Ölümcul Tespit (Deadly Restraint)
- Newyork'ta son 10 yıl içinde fiziksel ve kimyasal tespite bağlı 111 ölüm rapor edilmiştir. ABD'de her yıl fiziksel ve kimyasal tespite bağlı ölümlerin 50-150 arasında olduğu bildirilmiş, bu durum Ulusal Akıl Hastaları Birliğini harekete geçirmiş, fiziksel ve kimyasal tespiti azaltmaya yönelik önlemler almaya yöneltmiştir.

(Allen MH J Clin Psychiatry 2000)

- Bu uygulamaları kaldırmaya yönelik kampanyaların da etkisiyle meslek örgütlerinin yönergeleri ve ABD'de birçok eyaletin düzenlemeleri yalıtım-bağlamayı tedavi yöntemi saymamakta; yalıtım-bağlama ya da ek ilaç tedavileri yalnızca acil durumlarda ve son çare olarak önerilmektedir

(Martinez ark. 1999; HCFA, 1999; APA, 1999)

- Erişkinler için maksimum 4 saat
- 9-17 yaşındaki çocuk ve adölesanlar için maksimum 2 saat
- <9 yaşındaki çocuklar için maksimum 1 saat

Fiziksel kısıtlama için şu süre limitleri gözetilmelidir:

- Hasta sakin, kendisine ve çevresine zarar vermiyor, kendisine uygulanan eylemlere reaksiyon göstermiyor ve takılmış katater ve tüpleri çıkarmıyorsa kısıtlama kaldırılır.
- Kısıtlamanın kaldırılması düşünüldüğünde bağlar 5 dakika arayla teker teker çözülmeli, en sona iki ekstremitte bırakılmalı, durumun güvenli olduğu düşünüldüğünde ikisi birden çözülmelidir.

Ne zaman çözmeli?

Şiddet içerikli
bilgisayar oyunları
yüzünden, şiddete
meyilli büyüyor
çocuklar.

Çok oyun
oynuyo diye
dövdüm
geçen
gün.

Al işte.



- *Bir kişinin kiřiliđini deđiřtiremezsiniz;
ancak ilaçlar ile yok edebilirsiniz.*

Dr. Billy MALLON

- Hastaların almakta olabilecekleri mevcut ilaç tedavileri ve olası madde alımları açısından dikkatli olunmalıdır.
- Antipsikotikler (nöroleptikler) ve benzodiazepinler acil servislerde tek başına veya kombine olarak kullanılmaktadır.
- Ajanlar pek çok yoldan uygulanabilse de, intramüsküler (İM) yol; koopere olmayan veya tehlikeli hastada avantajlıdır.

Kimyasal Kısıtlama

- *The Royal Children's Hospital Melbourne – Klinik Pratik Kılavuzunda öncelikle oral medikasyon seçeneği öneriliyor ancak ülkemiz şartlarında bu durum pek mümkün değil.*

- Butirofenon grubu “tipik” antipsikotiktir.
- Antikolinerjik ilaç intoksikasyonunda, Parkinson hastalığında kullanılmamalı, hipovolemi varlığında ise hipotansiyona neden olabilmesi nedeniyle dikkatle kullanılmalıdır.
- Erişkinlerde 2,5-10mg , 30-60dk aralıklarla (*0,1-0,2mg/kg ; maksimum 5mg/doz*)
- Öneri: Erişkinde 5mg İM, yaşlılarda 2,5mg İM

Haloperidol (Norodol 5 mg/1 mL İM/İV ampul)

- Haloperidol'ün İV kullanımı FDA tarafından onaylanmamıştır! Yüksek doz İV kullanımda QT uzaması bildirilmiştir.

- Etki başlangıcı 15-30dk, etki süresi 4 saat. Akut epizotlarda çoğu kez 3 dozluk uygulama yeterlidir.
- **Yan etkileri:** Ortostatik hipotansiyon ve ekstrapirimal yan etkiler. Ekstrapirimal yan etkiler doz bağımlı değildir, ilk dozda veya günler sonrasında gelişebilir. Distonik reaksiyon ve akatizi en sık görülenleri ve tedavi gerektirenleridir.

- *Antikolinerjik*
- 5mg İM ; haloperidol ile birlikte veya sonradan uygulanır.
- Dozlar her 5dk.da bir 3 doza kadar tekrarlanabilir.
- Düzeltme çoğu vakada hızlı ve dramatiktir.

***Biperiden (Akineton 5 mg/1 mL
İM/İV ampul)***

- Hemen yanıt alınamayan hastalara ek olarak benzodiazepinler verilebilir.
- Haloperidol kullanımına bağlı malign nöroleptik sendrom vakaları bildirilmiştir.
- Haloperidol, özellikle semptomimetik ajan kullanan hastalarda nöbet eşiğini düşürebilir.
- Örneğin, ecstasy veya bonsai almış bir hastada Haloperidol kullanmamakta fayda olabilir.

- 5-10mg İV (İM kullanılması önerilmiyor). Hızlı absorbe olur ancak 36 saate varan yarı ömrü mevcuttur ve tekrar dozlar sonucunda bu yarı ömrü uzayabilir.

Diazepam (Diazem İM/İV ampul)

- Akut ajitasyon yönetiminde ilk tercih ajandır.
- Sempatomimetik ilaç kullanımı ve alkol çekilmesi ajitasyonunda kullanışlıdır.
- Özellikle bilinen intoksikasyon vakalarında, benzodiazepinler ilk seçenek olarak öneriliyor.
- Midazolam – *0,1-0,2mg/kg İM/İV (maksimum 10mg/doz)*
- **İM 5mg Midazolam** – Etki başlangıcı 15dk, etki süresi 2 saat
- Bu şekilde kullanımının az miktarda kardiyovasküler yan etkileri saptanmış olsa da; vital bulgulara veya O2 satürasyonunda diğer ajanlara kıyasla bir fark bulunmamış.

***Midazolam (Dormicum
İM/İV/Rektal ampul)***

- Alkol intoksikasyonu varlığında solunum depresyonu riskinin arttığı bildirilmiş. Alkol vakasında uygulandığında biraz yakın takip etmekte ve göz önünde tutmakta yarar var.
- Yaşlı hastalarda veya bir opioid ile kombine kullanıldığında İM doz yarıya düşülmelidir (2,5mg İM).
- Daha yüksek miktardaki İM uygulamalar (10-15mg), havayolu yönetimi ihtiyacı doğurabilir.
- Oversedasyon ve solunum depresyonu tedavisi destekleyicidir. Destekleyici O₂, tekrar pozisyon verme ve nazal kanül gibi yöntemler çoğu kez etkili olup ileri yöntemler nadiren gerekir.

- Flumazenil tedavisi konusunda ihtiyatlı davranılmalıdır çünkü butirofenonlar ile birlikte kullanıldığında epileptojenik etkisi bulunmaktadır!
- Flumazenil (Anexate İV amp) 10mCg/kg (max 200mCg/doz) 1dk aralıklarla 5 kez
- Midazolam 5mg + Haloperidol 5mg aynı enjektörde tek seferde İM olarak uygulanabilir.
- Herhangi bir ilacın 2 dozundan sonra beklenen yanıt alınamamışsa, tanı gözden geçirilmeli ve olası bir organik patoloji düşünülmelidir.

- Takip sonrasında normal mental durumda olan hastalar, uyanık hallerinde ajitasyonları yoksa ve başka bir psikiyatrik / medikal patoloji düşünülmiyorsa taburcu edilebilir.
- Şiddet davranışları sergilemeye devam eden, anormal vital bulguları olan veya psikiyatrik dekompanseasyon düşündüren hastalarda ileri medikal veya psikiyatrik bakım gerekmektedir.

Taburculuk

ŞİDDETİN HER TÜRÜNE KARŞIYIZ !!



Çalışanlarımıza Güvenli Bir Ortam
Hastalarımıza Güvenli Bir
Sağlık Hizmeti İçin

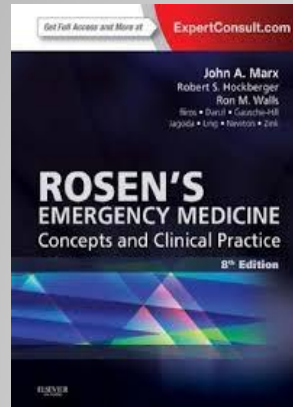
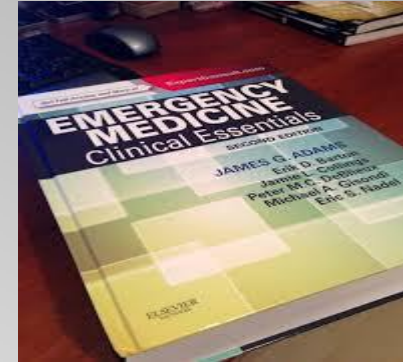
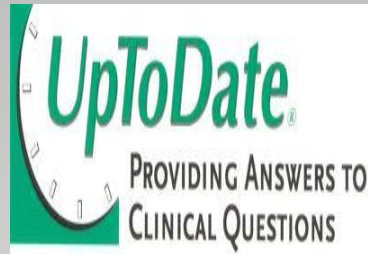
VARIZ...



www.tyrtel.sagil.gov.tr



TÜRKİYE
KAMU HASTANELERİ
KURUMU
HASTA, ÇALIŞAN HİZMETİ VE
GÜVENLİĞİ İÇİN SAĞLIKLA



WIKIPEDIA
The Free Encyclopedia



KAYNAKLAR