



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ACİL SERVİSİ'NE
AYAKTAN BAŞVURAN HASTALARIN AJİTASYON
DÜZEYLERİNİN RİCHMOND AJİTASYON SEDASYON SKALASI
(RASS) İLE DEĞERLENDİRİLMESİ VE TRİYAJ SKORLARI İLE
İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mehmet Dirim KOTTAŞ

Antalya, 2019



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ACİL SERVİSİ'NE
AYAKTAN BAŞVURAN HASTALARIN AJİTASYON
DÜZEYLERİNİN RİCHMOND AJİTASYON SEDASYON SKALASI
(RASS) İLE DEĞERLENDİRİLMESİ VE TRİYAJ SKORLARI İLE
İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mehmet Dirim KOTTAŞ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Oktay Eray

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık tezimi hayata geçirirken başta tez hocam Prof. Dr. Oktay Eray’a bana olan sabrı, yardımları ve destekleri için, sevgili eşim Arzu Kottaş’a bana sağladığı destek ve gösterdiği anlayış için, oğlumuza bakmak ve tezimi bitirmemi sağlamak için gelen, annem Saadet Kottaş’a, babam Zafer Kottaş’a ve tabi ki sevgili kardeşim Ekin Kottaş’a, bir “Ekin-yo” olduğu için,

Uzmanlık eğitimimi almaktan iftihar duyduğum Akdeniz Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı’nın birbirinden mükemmel diğer öğretim üyelerine, Sayın Prof. Dr. Yıldıray ÇETE, Sayın Prof. Dr. Cem OKTAY, Sayın Prof. Dr. A. Fırat BEKTAŞ, Sayın Prof. Dr. Seçgin SÖYÜNCÜ, Sayın Prof. Dr. Mutlu KARTAL, Sayın Prof. Dr. Özlem YİĞİT, Sayın Prof. Dr. Erkan GÖKSU ve Sayın Prof. Dr. Aslıhan ÜNAL’a

Ayrıca tezimi gerçekleştirirken beraber çalıştığım arkadaşlarım Neslihan Koca Hemşire Hanım’a ve Hande Tüzün Hemşire Hanım’a da teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İçindekiler	4
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	5
Şekiller Dizini	6
Tablolar Dizini	7
1. GİRİŞ	8
2. GENEL BİLGİLER	9
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
4. BULGULAR ve SONUÇLAR	29
5. TARTIŞMA	39
6. ÖZET	43
7. ABSTRACT	44
8. SONUÇLAR	45
9. EKLER	47
10. KAYNAKLAR	49

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

MSS	Merkezi Sinir Sistemi
KVS	Kardiyo-vasküler Sistem
GIS	Gastro-intestinal Sistem
OSS	Otonom Sinir Sistemi
DSM	Ruh Hastalıkları Tanı ve İstatistik Rehberi
FB	Fobik Bozukluk
YKB	Yaygın Kaybı Bozukluğu
PB	Panik Bozukluk
OKB	Obsesif-Kompulsif Bozukluk
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
CBT	Bilişsel Davranış Terapisi
NCS-R	Ulusal Komorbidite Sörvi-Replikasyon
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa	1
1 Panik Bozukluk Belirteçleri	11	
2 Özgün Fobi Belirteçleri	14	
3 Yaygın Kaygı Bozukluğu Belirteçleri	16	



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>		<u>Sayfa</u>
1	RASS	24
2	Acil servise başvuran hastaların RASS skorları dağılımı	27
3	Çalışma hastalarının triyaj skorlarına göre dağılımı	28
4	Çalışma hastalarının sonuçlanma durumuna göre dağılımı	28
5	RASS skorları ile triyaj skorları karşılaştırılması	29
6	RASS skorları ki-kare testleri	30
7	RASS skorları risk tahminleri	30
8	RASS skorları ile cinsiyet dağılımları	31
9	Cinsiyet dağılımları ki-kare testleri	31
10	Cinsiyet dağılımlarının risk tahminleri	32
11	RASS skorları başvuru zamanlarına göre dağılımları	32
12	RASS skorları başvuru zamanları ki-kare testleri	33
13	RASS skorları sonuçlanma durumlarına göre dağılımları ki-kare testleri	34
14	RASS skorları sonuçlanma durumları ilişkisi dağılımları	34
15	RASS skorları kan basıncı ilişkisi dağılımları	35
16	RASS skorları kan basıncı ilişkisi ki-kare testleri	35

1. GİRİŞ

Kaygı (anksiyete) bozuklukları Anglosakson toplumlarında en sık karşılaşılan psikiyatrik sendromlardandır. Ajite/saldırgan hastalar acil servislere sıklıkla başvurmakta, düzeni bozmakta, acil servis çalışanları için sıklıkla problem yaratmakta ve yönetmesi zor bir hasta grubunu oluşturmaktadır [1]. Kaygılı hastalar, depresif hastalardan sonra acil servislere ikinci sıklıkta başvuran hasta grubunu oluşturmaktadır [2]. Ayrıca *Miner ve ark.* 2018 yılında yaptıkları çalışmalarında acil servislerde ajitasyon prevalansını %2.6 olarak hesaplamışlardır [3].

Acil servislerde triyaj alanındaki deneyimli hemşireler ve bakım alanlarındaki deneyimli doktorlar hasta bakımı sürecinde bu hastaların kaygı durumlarını yorumlayabilmektedir. Ancak farklı toplumlar ve coğrafik alanlarda kaygı durumları ve bu durumu belirleyen faktörler değişebilmektedir. Sağlık çalışanının hizmet verdiği bölgede ve kurumda kaygı ile ilgili verilere sahip olunması ve hatta kaygı durumunun ölçülerek bir parametre olarak belgelenmiş olması hem sağlık hizmetini geliştirebilir hem de istenmeyen olayların ortaya çıkmasını azaltabilir. Zira acil servise başvuran hastaların içinde kaygı düzeyi yüksek olanlarının önceden belirlenmesi tedavi yönetimini hızlandırabilir, olası ajitasyon durumlarını engelleyebilir ya da erken müdahale imkânı sağlayabilir.

Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası (RASS), 2002 yılında *Sessler ve ark.* tarafından yoğun bakımlarda sedasyon almakta olan hastaların uyanıklık durumunu değerlendirmek için geliştirdikleri bir skaladır [4]. Bu skalayı geliştirirlerken, disiplinler arası uyumu olan, uygulanabilirliği basit, hatırlanması kolay, sedatif ilaç titrasyonuna izin veren, ajitasyonu ölçebilen, uygulayıcılar arasında güvenilirlik konusunda etkin bir şekilde kıyaslanabilen ve bahsi geçen hasta popülasyonlarında geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış bir skala olmasını hedeflemişlerdir. Skalanın özellikleri değerlendirildiğinde triyaj alanında kullanılabilir ve sübjektif olabilecek yanırları olsa da uygulamacıların zaman kaybına sebep olmadan günlük işleyişlerine eklenebilen bir skala olduğu düşünüldü. Kaygılı hastaları belirleyebilmek için *Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası* (RASS) kullanarak hasta popülasyonumuzda kaygı oranlarını tespit etmek ve bir ölçüm parametresi olarak farklı triyaj kategorilerinde skalanın verimliliğini ve triyaj kategorileri ile ilişkisini araştırmak istedik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 TANIM

Kaygı bozuklukları ABD toplumunda en sık karşılaşılan psikiyatrik sendromlardandır. Toplumun neredeyse beşte biri (%17) hayatlarının bir kısmında majör kaygı bozukluklarından birini geçirmiş olduğunu bildirirler, onda biri ise hali hazırda kaygı bozukluğuna sahiptirler [5]. Kaygı bozuklukları, yoğun sübjektif stres bozukluğu ve sosyal açıdan zayıflama ile karakterize olup hastalığın çocukluk ve gençlik döneminde ortaya çıkması; kişinin sosyal, eğitimsel ve mesleki becerilerin gelişmesini etkiler. *Küresel Kaygı Yüğü* çalışmasının son bulguları, bütün ruhsal, nörolojik ve madde kötüye kullanım bozukluklarının maluliyet-ayarlanmış yaşam yıllarının (DALY) %10'unu majör depresyondan sonra ikinci sırada kaygı bozukluklarının açıkladığını gösterir [6]. Ciddi yüklerine rağmen kaygı bozuklukları, bütün ruhsal bozukluklar içinde profesyonel yardım almada en düşük orana sahiptir [7].

2.2 KORKU VE KAYGI'NIN ARKAPLANI

Korku ve kaygı, iki temel çekirdek olumsuz duygu olarak kavramlaştırılabilir. “Korku” ve “kaygı”, genel olarak duygular içerisinde daha geniş ve kapsayıcı tanımlara dayanmalıdır. “Duygu” terimi, motivasyonel olarak göze çarpan bir uyarının algılanmasıyla ilişkili merkezi sinir sistemi (MSS) durumunu ifade eder, organizmanın harekete geçmesine sebep olan uyarandır. Motivasyonel uyarılar “ödülün” organizmanın ulaşmak, “cezanın” ise kaçınmak için çaba sarf edeceği şeyler olan iki kısma; “ödüller” ve “cezalara” ayrılabilir [8].

Korku, bir organizma için tehlike ortaya çıktığında belirginleşen duygu kümelerini veya MSS durumlarını ifade eder. Mevcut yaklaşımların çoğu “korkuları” çoğul olarak ele alır çünkü korkular tek bir korkudan ziyade birbirleri ile yakından ilişkili, ancak ayırt edilebilir MSS durumlarının bütünüdür. “Tehlike” terimi, organizmanın kendisine zarar verebilecek her türlü uyarın veya durum anlamına gelir. Örneğin bir avcı gibi spesifik tehlikeli bir durum ile karşılaşılması “tehdit” olarak tanımlanabilir. Çünkü organizma tehlike ve tehditten uzaklaşabilmek için neredeyse elinden gelen her şeyi yapar bu nedenle tehlike ve tehdit de “ceza” olarak tanımlanabilir.

Korku terimi, kaygı teriminden birkaç noktada ayrılır. “Korku” açıkça tehlike arz eden uyarılardan kaynaklanan MSS durumlarında öne çıkar. Örneğin korku, bir organizmanın karşısına bir avcı ya da tehlikeli bir durum çıktığında, ortaya çıkan duygudur. "Korku" ciddi tehditlerle ani karşılaşmalar halinde ortaya çıkan akut ve ani bir reaksiyondur. Bu açıdan korkunun aksine “kaygı”, yaklaşmakta olan, ancak hemen tehlike içermeyen sinyallerle ortaya çıkan MSS durumlarını ifade eder. Bu nedenle, “korku” dan farklı olarak “kaygı” bir tehdidin organizmanın önünden göreceli olarak düzlemsel veya zamansal bağlamda ortadan kalkmasından sonra bile beyindeki devam eden değişimleri içerir. Örneğin, “kaygı” organizmanın, bir avcının gezindiğine dair bariz kanıtlar yokluğuna ve alanın izole olduğu gerçeğine rağmen bir avcı ile karşılaşma ihtimalinin olduğu terk ya da izole edilmiş bir alana girdiğinde ortaya çıkan duygu olarak tanımlanabilir. Acil servisleri göz önünde bulunduracak olursak, kalabalık ortamları, genellikle gözlem alanında perdelerle çevrilmiş tek yatak içeren kabinleri nedeniyle yukarıda bahsedildiği gibi kaygı duygusunun hastalarda ön planda olduğunu iddia edebiliriz. Kaygı bozukluğu tanısı olan hastada da mevcut kaygı durumunun artmasını ön görebiliriz. Yine aynı şekilde, panik bozukluk tanılı bir hastanın da mevcut kalabalık ortam ve atak halinde yardım bulamayacak olması endişesi ve agorafobi tanılı hastada da kalabalık içinde mevcut kaygı durumunun artmasını ön görebiliriz.

Korku ve kaygı hem düzlemsel hem de zamansal bağlamda birbirlerinden ayrılmışlardır. Zamansal açıdan, korku; aniden ortaya çıkan, yakın bir tehlikeye karşı üretilen akut, hızlı bir cevap iken, kaygı ise; mevcut bir tehdidin belirsizliğini korumaya devam etmesine verilen devamlılık arz eden, sinsi bir cevaptır. Düzlemsel açıdan ise, korku; organizmaya yakın olan tehditlere karşı cevap iken, kaygı ise organizmaya uzaktaki tehditlere karşı verilen cevaptır.

2.3 KAYGININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Kaygı bozukluğu semptom ya da hastalık düzeyinde değerlendirilebilir. Yetişkinler arasında semptomların değerlendirilmesi için, kişinin kaygı durumu ve kaygı özelliği, korkuları, fobileri ve kaçınmaları için oluşturduğu kendine ait listeler ya da hekimi tarafından belirlenen kontrol listeleridir. Yetişkinler arasındaki kaygı bozuklukları, yüz yüze görüşmeciler tarafından uygulanmak için geliştirilmiş

Bileşik Uluslararası Tanısal Görüşme (CIDI) ve DSM-IV için Tanısal Görüşme Programı (DIS-IV) veya tecrübeli klinisyenler tarafından uygulanmak için geliştirilmiş DSM Bozuklukları için Yapısal Klinik Görüşme (SCID) ve Revize Kaygı Bozukluğu Görüşme Programı (ADIS-R) gibi yapısal veya kısmi yapısal tanı görüşmeleri ile değerlendirilir. ADIS-R kaygı ve affektif bozuklukların tanısal kriterlerinin değerlendirilmesi için şimdiye kadar geliştirilmiş en kapsamlı tanısal görüşme programıdır [5].

2.4 KAYGI BOZUKLUKLARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Erken dönem klinisyenler üç farklı kaygı alanı belirledi: fobiler (içerik-bağımlı korkular), genel kaygı (içerikten bağımsız korkular) ve panik. 1960'larda başlayan anti-depresan araştırmaları, çeşitli ajanların obsesif-kompulsif, fobik, spesifik olmayan kaygı ve panik semptom alt kümeleri için etkin olduğunu göstererek kaygı spektrumunun temel kavramlarına katkılarda bulundu. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin savaş sonrası stres tepkilerine ilgisi, 1970'lerde Vietnam Savaşı'nın ardından başladı. 1980'lere gelindiğinde uzun ve çeşitli kanıtların birikimine dayanarak DSM-III, Fobik Bozukluklar (FB), Yaygın Kaygı Bozukluğu (YKB), Panik Bozukluk (PB), Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunun (TSSB) spesifik tanı kriterlerini içeren "Kaygı Bozukluğu" bölümünü yayınladı. Bazı teşhisler eklenmiş ve orijinal kaygı için tanı kriterleri değiştirilmiş olmasına rağmen, DSM-IV'ün "Kaygı Bozuklukları" bölümünün genel organizasyonu DSM-III'ten çok da farklı değildi. Öte yandan DSM-5 ise kaygı spektrumunu üç parçaya böldü ve TSSB ve OKB'yi gruptan ayırdı, panik, yaygın kaygı ve fobik kaygı bozukluklarını ise birbirleriyle ilişkilendirmeye devam etti. DSM-5 ayrıca sayısız yeni teşhis tanımladı ve kaygı bozukluklarının birçoğunu ve diğer kaygı dışı olarak sınıflandırılan teşhisleri birbiriyle ilişkilendirmeye devam etti. Bundan mütevellit, DSM-V'in Kaygı Bozuklukları bölümü şunlardan oluşmaktadır: Ayrılık Kaygısı Bozukluğu, Seçici Ahrazlık, Özgün Fobi, Sosyal Kaygı Bozukluğu, Panik Bozukluk, Agorafobi, Yaygın Kaygı Bozukluğu, Madde Kullanımı İlişkili Kaygı Bozukluğu, Başka Bir Hastalığa Bağlı Kaygı Bozukluğu, Diğer Özgün Kaygı Bozuklukları ve Diğer Sınıflandırılmamış Kaygı Bozuklukları.

2.5 PANİK BOZUKLUKLAR VE PANİK ATAĞI BELİRTEÇLERİ

DSM-V, Panik Atağı, hızla ilerleyen ancak belirli bir periyodu olan KVS ve solunum sistemi, GIS, MSS, OSS veya bilişsel semptomlardan dört tanesi kümelenmesi olarak tanımlar (Tablo 1).

Tek bir panik atak, psikiyatrik bir bozukluğun işaretçisi değildir. Daha ötesi panik ataklar, geniş bir psikiyatrik veya medikal hastalıkların sonucu olabilir. Bu nedenle panik atak puanlama sistemi, hastanın diğer hastalıklarının yanına eklenebilir. Örneğin bir hasta, panik ataklarını sadece majör depresif olduğu dönemlerde geçiriyorsa, panik atak puanlama sistemi ile majör depresyon puanlama sistemi yan yana değerlendirilir.

Panik bozukluk hastası, daha önceki panik ataklarına benzer yer ve olay örgüsüne bağlı tekrarlayan ataklar geçireceğinden korkar. Bu nedenle bu kişiler panik tetikleyicilerinden kaçınmak ya da panik atak geçireceği yer, kişi için kaygılandırıcı bir yer ise buradan uzak durmak veya tıbbi açıdan bir sıkıntı olmadığını duymak için tekrarlayan acil başvuruları gibi davranışsal değişiklikler gösterirler. Panik ataklar sebepsiz yere ortaya çıkabilecekleri gibi, belirli bir tetikleyicileri ya da tetikleyicinin beklendiği bir yerden de kaynaklanabilir.

Daha önce de bahsedildiği gibi panik bozukluk başka bir hastalığa bağlı ortaya çıkabilir ya da bazı organik hastalıkların ortaya çıkardığı tecrübeler, psikiyatrik etiyoloji zemininde panik ile karıştırılabilir. Örneğin beyin malign neoplazmı gibi bazı MSS hastalıkları ya da psikomotor epilepsi, panik atakları taklit edebilir. Kortikosteroidler, uyarıcılar, belirli hormon ilaçları ve bazı astım ilaçları panik atakları indükleyebilir. Yasadışı madde ya da halüsinojenlerin kullanımı da panik semptomları tetikleyebilir. Tiroit ve Paratiroit gibi bazı endokrinoloji hastalıkları da ister santral etkili olsun ister periferik; panik atak semptomları içerebilir.

Panik atağın genetik bir temeli olduğu söylenebilir ancak tanı ve tedavinin düzenlenmesi için panik atak ilişkili genetik faktörler hakkında bilgi yetersizdir. Kaygılı sinir krizleri gibi diğer çocukluk dönemi travmaları da yetişkinlik döneminde panik bozukluk ile ilişkili bulunmuştur.

A. Tekrarlayan beklenmeyen panik ataklar. Bir panik atak, dakikalar içinde pik seviyeye ulaşan yoğun bir korku ve rahatsızlık hissinin ani dalgalanması olup aşağıdaki semptomlardan dört veya daha fazlası eşlik etmelidir:

Not: Ani dalgalanma kişi rahat ya da kaygılı iken meydana gelebilir.

1. Palpitasyonlar, çarpan kalp ya da artmış kalp hızı
2. Terleme
3. Titreme ya da sarsılma
4. Nefes darlığı ya da ağzının burnunun kapatıldığını hissetme
5. Boğulduğunu hissetme
6. Göğüs ağrısı veya rahatsızlığı
7. Bulantı ya da karında rahatsızlık hissi
8. Sersem hissetme, dengesizlik ya da bayılma
9. Ürperme ya da sıcaklık basmaları
10. Paresteziler (Uyuşukluk veya kamaşma hisleri)
11. Etrafındakilerin gerçek olmadığını hissetme ya da kişinin kendinden ayrılması
12. Kontrolünü kaybetme korkusu veya delirme
13. Ölüm korkusu

Not: Yerel kültüre özgü semptomlar (kulak çınlaması, boyun sertliği, baş ağrısı, kontrol edilemeyen çığlık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu tarz semptomlar gerekli dört semptom arasında sayılmamalıdır.

B. Bir ay (veya daha fazla) içerisinde ikinci bir atak geçirme ve aşağıdakilerin biri ya da ikisi:

1. Panik atakların ya da panik atak sonrası meydana gelen şeylerin (kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, delirme) tekrarlayabileceği için duyulan devamlı endişe ve kaygı
2. Ataklar yüzünden davranışlarında belirgin değişiklikler olmak (panik atak geçirmemek için kaçınıcı davranışlarda bulunmak, egzersiz yapmaktan ya da bilinmedik mekanlara gitmekten kaçınmak)

C. Oluşan rahatsızlık madde kullanımının fizyolojik etkilerine (madde çekilmesi olan hasta) veya başka bir tıbbi duruma dayandırılmaz (hipotiroidizm)

D. Rahatsızlık başka bir psikiyatrik hastalıkla açıklanamaz (örneğin panik ataklar sadece sosyal kaygı bozukluğu olan hastalarda, korkulan sosyal durumlara karşı olan korku sırasında oluyorsa)

Şekil 1 Panik Bozukluk Belirteçleri

2.6 AGORAFOBİ

DSM-V, Agorafobiyi halka açık mekanlarda kalabalık arasında ya da tamamen yalnız kalmak ile karakterize korku (ani) ve kaygı (beklenen) olarak tanımlar. Daha spesifik olarak agorafobi hastaları, bu şekildeki muhitlerde bulunmaktan kaçınırlar, çünkü başlarına acil bir durum ya da küçük düşürücü bir olay gelirse hızlıca yardım alamayacak ya da olay yerinden kaçamayacaklarını düşünürler. DSM-V tanımıyla yaşanan korku ya da kaygı gerçek tehdidin boyutlarının çok çok üstündedir. Bu korkunun davranışsal evrimi “kaçınmadır”. Duygular (korku ve kaygı) ve davranışlar (kaçınma) altı aydan uzun sürer. Agorafobi hastaları, DSM-V’de belirtilen Panik Atak Skor Sisteminin tümünü karşılamayabilen “panik-benzeri” semptomlar geliştirirler. Hastalar çoğu zaman korku ve kaygı ile ilişkili, GIS ve otonom sinir sistemi (OSS) tutan psikomotor semptomlar gösterirler. Bu korku ve psikomotor yan etkilerin birleşmesiyle yaşam kalitesi oldukça düşer. Eninde sonunda bu hastalar iş bulma/çalışma ve diğer insanlarla sosyal ilişkiyi tamamen keserler. Agorafobi kadınlarda erkeklerde daha sık görülür ve ergenlik sonu 20’li yaşların başında pik yapar. Özgün fobiler, agorafobi ile sıklıkla karıştırılır ancak özgün fobiler, tek bir uyarana bağlıken, agorafobinin tanı kriteri en az iki olayda meydana gelmesidir. Daha da ötesi, aradaki fark bazen şöyle anlaşılabilir; örneğin bir kişi köprüyü yükseklikten korktuğu için mi (özgün fobi) geçmiyordur yoksa korkutucu bir olay meydana gelirse, köprü çıkışların kısıtlı olduğu umuma açık bir alan olduğu için mi? (Agorafobi)

2.7 SOSYAL KAYGI BOZUKLUĞU

Sosyal kaygı bozukluğu, hastanın bir veya birden fazla sosyal ortamda bir olay için gösterdiği performans ya da ikili ilişkileri yüzünden sertçe yargılanma korkusudur. Yaşayacakları tecrübeden utanabilecekleri endişesinden dolayı haddinden fazla bir korku duyarlar. Semptomlar 6 aydan uzun sürer ve belirli sosyal tecrübelerden ya tamamen kaçınarak ya da ciddi bir miktarda kaygı duyarak dayanabilirler.

Kalabalık önünde konuşurken ve aynı zamanda yeni insanlarla tanışırken ve sosyal ilişki kurarken ciddi performans kaygısı duymak, sosyal

kaygı bozukluğunu tipik örneğidir. Öte yandan, hastalar basitçe sosyal eylem olarak tanımlanabilecek, basit günlük aktiviteleri de gerçekleştirmekten korkabilirler.

Sosyal kaygı bozukluğu DSM-III'ten DSM-IV ve en son DSM-V'e kadar evrimini sürdürmüştür. DSM-V ile gelen en büyük değişiklik “belirteçlerdeki” değişikliktir. DSM-IV'te sosyal kaygı bozukluğu “özgün” ve “genel” olarak ikiye ayrılmıştır, ancak insanlar açısından özgün kaygı bozukluğu uzakta durmaktadır. Sosyal kaygı bozukluğu olan çoğu hasta, birçok sosyal girişimden korkmakta ve kaçınmaktadır, bu nedenle performans kaygısını bir kenara bırakırsak, özgünlük tanımı nadiren kullanılmaktadır. Bu nedenle DSM-V bu tanıma “genel” kalıbını getirmiş ve belirteç olarak “sadece-performansı” tanımlamıştır.

Diğer bir sorun eski genelleşmiş sosyal kaygı bozukluğu tanımını “çekingen kişilik bozukluğundan” ayırabileceğimizdir. Spesifik olacak olursak, çekingen kişilik bozukluğu, sosyal kaygı bozukluğunun daha ağır bir alt formu olarak kabul edilmekteydi. Her iki tanı arasında ciddi komorbidite farkı olmasına rağmen, güncel tanımlandığı gibi, çekingen kişilik bozukluğu olan hastaların yarısından azı sosyal kaygı bozukluğuna da sahiptir. Daha da ötesi bazı teoriler çekingen kişilik bozukluğunu, sosyal kaygı bozukluğundan çok şizofreniye yakın kabul etmektedir.

2.8 ÖZGÜN FOBİLER

Özgün fobiler, kan ve örümcek gibi belirli bir nesne ya da duruma gösterilen korkulardır ancak kaçınma ve fonksiyonel kayıp gibi, uyarının tehdit seviyesinin çok üstünde tepkiye sebep olurlar. Hasta, fobik uyarana ile karşılaştığında neredeyse her zaman korku halindedir. Fobi, kural olarak, 6 aydan uzun sürer. Hastaların çoğu birden fazla fobik uyarana sahiptir.

Belirli fobiler uzun zamandır bilinmekteydi. Son yüzyılda gelişimsel teorilere ve psikoterapi stratejilerine temel oluşturmak üzere ilaçsız müdahaleler ile kolaylıkla tedavi edilirler. Özgün fobinin yaşam boyun prevalansı %6'dır. En yüksek prevalans gençlik yıllarında olur. Kadınlar, erkeklerden daha yüksek prevalansa sahiptir.

Bazı hastalar, travmatik bir olay, tehditkâr fobik bir uyaran sonrası özgün fobi geliştirirler ancak bu hastalar, tanım olarak, TSSB tanısı alacak genişlikte semptomlara sahip değildirler. Benzer olarak, hastalar panik atak sonrası özgün fobiler geliştirebilirler ancak, Panik Bozukluk tanısı alabilmek için panik ataklardan bazılarının özgün bir fobiden kaynaklı değil de aniden, bilinmeden ortaya çıkması gerekir. Hayvan fobisi gibi bazı özgün fobiler, belki de evrimsel hazırlık aşamasından temel alan, belirli bir yaşta tetiklenen, travma dışı bir etken düşündürür.

A. Özgün bir obje ya da durum için belirli bir korku ya da kaygı
B. Fobik obje veya durum hemen her zaman ani korku ve kaygı yaratmalıdır.
C. Fobik objeden veya durumdan hemen her zaman kaçınılmalı veya ciddi bir korku ya da kaygı eşliğinde dayanılmalıdır.
D. Fobik objenin veya durumun yarattığı tehlikeden sosyokültürel içeriğe uygun şekilde çok daha fazla oranda korku ya da kaygı duyulması
E. Korku, kaygı ve çekinmenin inatçı olması ve tipik olarak 6 aydan uzun sürmesi
F. Korku, kaygı ve çekinmenin sosyal, iş bulma ve diğer önemli fonksiyonel alanlarda klinik olarak anlamlı strese sebep olması
G. Rahatsızlık durumu başka bir psikiyatrik rahatsızlıkla açıklanamamalı, örneğin agorafobide, korku, kaygı ve çekinmenin panik benzeri semptomlarla veya diğer boğucu ortamlarla ilgisi olması gibi
Eğer aşağıdakiler varsa belirt: Hayvan (örümcek, böcek, köpek) Doğal olaylar (yükseklik, fırtına, deniz) Kan/enjeksiyon yaranlanması (iğneler, invazif girişimler) Bulunulan yerler (uçak, asansör veya kapalı alanlar) Diğerleri (boğulmaya ya da kusmaya sebep olabilecek durumlar)

Şekil 2 Özgün Fobi Belirteçleri

2.9 YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞU

YKB, birden fazla günden 6 aya kadar sürebilen, günlük yaşamın kalitesini ciddi miktarda bozan, kontrol edilemeyen endişe durumudur. Endişe, aşağıdakilerden en az üçünü içermelidir: “rahatsızlık hissi ve takılıp kalmış olmak, hızlıca bitkin hissetmek, konsantre olmada zorlanmak, uyarılabilirlik, kasların kasılı olması ve uyku düzensizliği”. Bütün üç semptomun hepsi her gün mevcut olmayabilir. Endişe, genellikle günlük yaşamsal aktiviteleri, boş zamanları, finansal durumu ve genel sağlık durumunu etkiler.

YKB, genellikle gençlik döneminin sonlarında başlar, kadınlarda daha sık görülür ve yaşam boyu prevalansı %5’tir. Yaşam boyu yüksek prevalans, bazı kişilerin YKB’yi majör depresyonun öncülü ya da rezidü fazı olarak görmelerine sebep olmuştur ancak bunun için yeterli deneysel veri yoktur.

Bazı hastalar için, YKB, diğer içerik bağımlı kaygı hastalıklarında gözüken epizodik semptomlardan ziyade, görece fazla sıklıkta ve devamlılık arz eden semptomlar göstermesi nedeniyle farklılık gösterir. Yine de YKB dalgalanan bir seyir izler. YKB ve Majör Depresif Bozukluk arasındaki ciddi komorbidite düşünülecek olursa, en büyük engel, depresif olan bir hastanın yüksek miktardaki kaygısı, depresif epizodunun bir sonucu mudur yoksa eşlik eden hastalığın sonucu mudur, bunu ayırmaktır. Bunu anlamamanın en kolay yolu her ne kadar uzun gözlem süresi gerektirecek olsa da hastanın kaygısını ötimik periyotları sırasında değerlendirmektir.

YKB’de bir takım genetik faktörler tanımlansa da tanı ve tedavi için yeterli boyutta veri yoktur. Diğer kaygı bozukluklarında olduğu gibi çocukluk çağında cinsel istismara uğrayanlarda YKB insidansı artış göstermektedir.

Çok yıllık natüralistik çalışmalar, yaygın kaygı bozukluğunda relaps sıklığıdır. Hastanın etkin tedavisinin kesilmesinin ardından sadece kısa bir süre takip eden çalışmalar, klinisyenleri gerçek temele dayanmayan bir güvenlik algısı verebilir. YKB tanılı hastalarda öz kısıym riski artmıştır. YKB semptomlarını uzun süre takip eden çalışmaların sonuçlarına göre anti-depresan ilaçların kesilmesinin ardından relaps oranlarında artış bildirdiği için etkin tedaviye en az altı ay devam edilmesini önermektedir.

A. Belirli sayıda olay ve aktivitelerde (örneğin okul veya iş sırasında) meydana gelen ancak total süresi 6 ayı geçmeyen şiddetli kaygı ve endişe (endişeli bekleyiş)
B. Kişinin kendisi endişesini kontrol etmekte zorlanır
C. Kaygı ve endişe, aşağıdaki 6 semptomdan en az üçünü içermelidir (en az bir semptom hali hazırda mevcut olmalı ancak 6 ayı geçmemelidir) Not: Çocuklarda bir tanesi yeterlidir. 1. Huzursuzluk veya kendini köşeye sıkışmış hissetme 2. Kolaylıkla yorulma 3. Konsantre olmada zorluk 4. Sinirlilik 5. Kas gerginliği 6. Uyku bozukluğu (Uykuya dalmada ve uyumayı devam ettirme zorluğu)
D. Kaygı, endişe veya fiziksel semptomları, sosyal, mesleki veya günlük yaşamda klinik olarak anlamlı fonksiyon kaybına sebep olur.
E. Rahatsızlık bir madde kullanımının fizyolojik etkilerine (ilaç ya da madde suiistimali) ya da başka bir tıbbi duruma bağlanamaz.
F. Rahatsızlık, başka bir psikiyatrik hastalıkla açıklanamamalı (örneğin panik bozuklukta olduğu gibi panik atak geçireceği endişesi ya da kaygısı bağlı olmamalı)

Şekil 3 Yaygın Kaygı Bozukluğu Belirteçleri

2.10 SEÇİCİ AHRAZLIK

Seçici Ahrazlık çocuklarda meydana gelen konuşması gereken belli sosyal durumlarda konuşamama durumudur. Okullarda meydana gelen konuşamama durumu, okuldaki ruhsal muayene sağlayıcı tarafından değerlendirmeye kadar gider ancak bu durum yabancı gördükleri yetişkinlerle olan etkileşimlerde de belirgin olabilir. Ahrazlığın DSM-V'e göre, tanı alabilmesi için, bir aydan uzun süreli sosyal ve eğitimsel faaliyetleri etkilemesi gerekir.

DSM-V'in bu tanıyı kaygı bozuklukları altında sınıflandırmasının sebebi, kaygının çoğu zaman seçici ahrazlığın semptomu olarak bulunmasından köken alır. Çocukların yaklaşık %1'inde seçici ahrazlık mevcuttur, genellikle 5 yaş civarında tanı alır. Seçici ahrazlığın nadir görülmesi nedeniyle net bir sayım yapmak zor olsa da kızlarda daha sık karşımıza çıktığını söyleyebiliriz [9].

2.11 AYRILIK KAYGISI BOZUKLUĞU

Ayrılık kaygısı bozukluğu (AKB) hastaları, kişinin kendisi için önemli bir yakınından fiziksel olarak ayrıldığında ya da ayrılma dönemi beklediğinde ciddi acı çekerler. Bu hastalar sevdiklerinin ya da kendilerinin başına bir şey geleceği konusuna takılıp kalırlar. Bu endişe, bağlı hissettikleri kişinin olmadığı aktivitelerden kaçınmaya kadar gider. Bu hastalar, ayrılma durumu olmasın uyumaktan korkabilirler. Uyusalar bile sevdikleri kişiden ayrıldıklarını içeren kabuslar görürler. Yakın tarihli çok merkezli bir çalışma, ömür boyu prevalansın %4,8 olduğunu saptamıştır. Hastaların %43'ü ise 18 yaşından sonra tanı almıştır.

Ayrılık kaygısı bozukluğu olan hastalar agorafobi ile çakışan, toplumda yalnız iken ortaya çıkan duygusal tecrübeler ve davranışlara sahiptir. Yalnız ayrılık kaygısı hastalarındaki korku sevdiklerinin yanına dönebilmelerindeki gecikme iken agorafobi tanılı hastalarda ise utandırıcı ya da korkutucu bir olay meydana geldiğinde gerekli yardımı bulamamak ya da olay yerinde uzaklaşamamaktır. Benzer olarak, ayrılık kaygısı bozukluğu hastaları panik benzeri semptomlara sahip olabilir ve hatta panik bozukluk belirteçleri tablosunda tüm kriterleri sağlayabilir. Ancak panik bozukluk da panik atakların içerik-bağımsız olması ve bazen durduk yere çıkması gerekmektedir. Ayrılık kaygısı bozukluğu olan hastalarda ise semptomlar ayrılık teması üzerine oturmuştur.

Çalışmalar bu hastaların CBT'den fayda gördüklerini göstermiştir. CBT stratejilerinin çoğu zaman çocuğun yaşına uygun ayarlamalar yapılmasını gerektirir ve ne yazık ki 7 yaş altı çocuk hastaları kapsayan çalışmalar sayıca azdır.

2.12 MADDE/İLAÇ KULLANIMI İLİŞKİLİ KAYGI BOZUKLUĞU VE BAŞKA BİR HASTALIĞA BAĞLI KAYGI BOZUKLUĞU

Madde ya da ilaç ile indüklenmiş kaygı bozukluğu, yaygın kaygı ya da panik kaygısı şeklinde ortaya çıkar. Semptomların madde ya da ilaç çekilmesi ya da

zehirlenmesi ile geçici bir ilişki olması gerekir. Ek olarak kullanılan madde ya da ilacın semptomların indüklenmesi ile ilişkisi olması gerekir. DSM-V içinde alkolün, kafeinin, esrarın, fensiklidin ve diğer halüsinojenlerin, uçucu maddelerin, opioidlerin, sedatif/hipnotik/anksiyolitiklerin, Amfetaminin (veya diğer uyarıcıların), kokainin ve diğerlerinin (ya da bilinmeyenler) olduğu, maddeler ve ilaçlar için özgün ICD-10 kodlarına sahiptir. İdeal olarak madde ya da ilaç uzaklaştırıldığında semptomların da düzelmesi gerekir. Eğer madde ya da ilaç bırakılsa bile 6 aydan uzun süren semptomlar olduğunda, klinisyen hastanın aslında birincil bir kaygı bozukluğuna sahip olup olmadığına bakmaktır. Bu durum ilginçtir ve uzun bir zamandır süregelen bir tartışma söz konusu olsa da örneğin bazı tip benzodiazepinlerin aylardan yıllara kadar süren bir geri çekilmesi vardır.

2.13 KORELASYONLAR VE RİSK FAKTÖRLERİ

2.13.1 Cinsiyet Farklılıkları

Yapılan toplumsal çalışmalar genel olarak bütün kaygı bozukluklarının erkeklere göre kadınlarda ne yazık ki daha fazla görüldüğünü raporlamıştır. Panik bozuklukta tüm yaşam boyunca kadınlar iki kat daha fazla riske sahiptir. Sosyal kaygı bozukluğu içinse oranlar benzerdir.

2.13.2 Başlangıç Yaşları

Kaygı bozukluğu olan yetişkin ve ergenlerde yapılan retrospektif çalışmalarda, hastalıklarının çocukluk ya da ergenlik döneminde başladığını göstermiştir [10]. Ulusal Komorbidite Anket-Cevaplaması (*National Comorbidity Survey-Replication, NCS-R*), ruhsal ve davranışsal bozuklukların içinde ortalama 12 yaş ile, kaygı bozukluklarının en erken başlama yaşına sahip olduğunu göstermiştir. Ulusal Komorbidite Anket-Cevaplaması Ergenler (*National Comorbidity Survey-Replication Adolescent, NCS-A*), ise başlangıç yaşını 6 ile daha erkene çekmiştir [11].

Her ne kadar çalışmalar arasında farklılıklar olsa da, toplum tabanlı prospektif çalışmalar başlangıç dönemleri olarak, ayrılık kaygı bozukluğu ve özgün fobiler için; orta çocukluk dönemini (8-12 yaş), sosyal kaygı bozukluğu için; orta ergenlik dönemini (15-17 yaş), agorafobi ve panik bozukluk için; geç ergenlik dönemini (18-24 yaş) ve son olarak yaygın kaygı bozukluğu için ise, erken yetişkinlik dönemini işaret etmektedir [12].

2.13.3 Sosyal Sınıf ve Etnik Köken

Toplumsal çalışmalar, düşük sosyo-ekonomik düzey ve eğitim düzeyleri ile genel olarak bütün kaygı bozukluklarının daha fazla görüldüğüne dair ilişkileri ortaya koymuştur, ancak NCS çalışmasında kaygı bozuklukları, gelir ve eğitim seviyeleri ters ilişkili bulunmuştur [13]. Gelir düzeyi en yüksek olan grup ile en düşük olan grup ve ilk 16 yıl okul bitirenlerle ilk 11 yıl okul bitirenler arasında kaygı bozuklukları insidansında iki kata varan yükseklik rapor edilmiştir. NCS-R çalışmasında ise eğitim seviyeleri, NCS-A çalışmasında ise gelir düzeyi ile ilişki bulunamamıştır.

Kaygı bozukluklarının prevalansını ırk/etnik köken ile sosyal sınıfın ne kadar etkilediği konusunda araştırmalar net sonuç vermemektedir. Bazı çalışmalar Afro-Amerikalılarda fobi bozukluklarının fazla olduğunu göstermişse de tersini gösteren çalışmalar da mevcuttur [13]. Latin kökenli olmayan Beyazlara göre Latin kökenli olmayan zenciler ve Latinler daha düşük YKB ve AKB oranlarına, Latin kökenli olmayan zenciler ise daha düşük panik bozukluk oranlarına sahipti. Görüldüğü üzere etnik köken ve sınıf farklılıkları konusunda net veriler yoktur. Bunun nedenleri henüz açıklığa kavuşturulamamıştır.

2.13.4 Eşlik Eden Komorbiditeler

Kaygı bozukluklarının alt tipleri hem aynı hastada hem de yaşamının tamamı boyunca ortaya beraber olarak çıkmaktadır. Kaygı bozuklukları; duygudurum bozuklukları, yeme bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi ciddi psikiyatrik bozukluklarla ilişkilidir. Hatta kaygı bozuklukları ile duygudurum bozuklukları o kadar iç içedir ki, ergenlik dönemindeki depresyonun, erken yetişkinlik döneminde kaygı olarak ifade edildiğine dair güçlü kanıtlar vardır.

2.13.5 Ailesel Faktörler ve Genetik

Kaygı bozukluklarının majör alt tiplerinin ailesel geçişkenlik gösterdiği iyi çalışılmış ve bu konuda etkili olan genetik faktörler ayrıntılı şekilde tanımlanmıştır ancak kalıtımın görece orta şiddetteki boyutu akla çevresel faktörleri de

getirmektedir. Kaygının kalıtılan bileşenleri; nabız, solunum sayısı ve piloereksiyon gibi kaygının somatik bileşenlerini içerebilir.

Kaygı bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında artmış oranlarda kaygı semptomları ve bozuklukları saptanmış olması, genel olarak kaygı bozukluklarının altta yatan psikolojik ve biyolojik faktörleri olduğunu ve bu faktörlerin çocuklarda henüz ergenliğe girdikten sonra ortaya çıktığını gösterdi.

2.13.6 Mizaç ve Kişilik

Yetişkinlerde kaygı bozukluğunun, nevrotiklik ve negatif affektivitenin kişilik özellikleri ile ilişkili olduğu hem prospektif hem de kesitsel çalışmalarda gösterilmiştir, ancak bu özellikler aynı zamanda duygudurum bozuklukları ile de ilişkilidir bu nedenle kaygı bozukluğu ile ilişkili olduğuna dair özgünlük azdır. Davranış inhibisyonu, uğraştırıcı durumlar ve güçlü uyaranlar karşısında, artmış fizyolojik aktivite ve davranıştan kaçınılması olarak tanımlanır ki, kaygı bozukluğu gelişimi için en erken tanımlanan zaafılardandır. İkinci bir tanım *kaygı duyarlılığı*dir. Kaygı duyarlılığı, zararlı fizyolojik, psikiyatrik veya sosyal sonuçların işaretçisi *kaygı* duyguları ile karakterizedir ve ileride kişinin kaygı bozukluğu geliştireceği konusunda depresyona göre spesifiktir.

2.13.7 Tıbbi Semptomlar/Hastalıklar

Kaygı bozuklukları ve solunum, KVS, GIS, kas-iskelet sistemi hastalıkları ve metabolik rahatsızlıklar gibi bir dizi tıbbi hastalık arasındaki belirli ilişki kalıpları olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. Örneğin, *Avusturalya Sağlık ve Sıhhat için Ulusal Anket* çalışmasında kaygı bozukluğu olan hastalarda olmayanlara kıyasla fiziksel durumlarında iki kat bozulma saptanmıştı [14]. Psikiyatrik hastalıklarla benzer olarak, psikiyatrik hastalığı ve altta yatan tıbbi bir hastalığı olan hastalarda, sadece psikiyatrik rahatsızlığı olanlara kıyasla, iki kat artmış maluliyet durumu saptandı. Yetişkinlerde, özellikle YKB ve panik bozukluk olmak üzere kaygı bozuklukları artmış KVS risk faktörleri ve hastalıkları ile ilişkilidir [15]. *Philadelphia Nöro-Gelişimsel Kohortu (PNC)* çalışması ise astımın, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde özellikle kaygı bozukluğu ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur [16].

2.13.8 Maruziyet

Kaygı durumlarının, özellikle fobilerin ve panik bozukluğunun etiyolojisinde tecrübelerin rolü yaygın olarak incelenmiştir. Tecrübelerin, genellikle fobilerin başlangıcında doğal olarak belirli olaylara veya nesnelere bağlı olan bir rolü olduğu belirlenmiştir. Daha geniş anlamda, güvenlik ve emniyet ile ilgili gelecekteki spesifik problemleri tetikleyen tecrübelerin, kaygı bozukluklarının gelişmesini belirler. Maruziyetin korku tepkisini tetikleyebileceği düşünülse de korkuya ve potansiyel avcılardan kaçınmaya yönelik evrimsel eğilimle ilgili güçlü kanıtlar mevcuttur. Bu nedenle fobik durumlar öncelikle Maruziyet ile belirginleşir. Bu tür korkuları söndürme yeteneği klinik olarak önemli fobilerin gelişmesine karşı koruyucu olabilir. Son araştırmalar bu şekildeki tecrübelerin ani stresleri de (örneğin, ebeveyn boşanma veya işsizlik) tetiklediğini göstermektedir ki eşlik eden depresyon ve kaygının başlangıcını hızlandırmaktadır [17].

2.14 KAYGI BOZUKLUKLARININ ETKİSİ

Kaygı bozukluklarının bireye etkisi iyi bilinmesine rağmen, kaygı bozukluklarının küresel hastalık yükü, yaşam boyu maluliyet için önemli bir kaynak kaybı olarak ihmal edilme eğilimindedir. Daha önceki tahminler sınırlı sayıda kaygı bozukluğuna, özellikle artık kaygı bozuklukları sınıfına dahil olmayan OKB ve TSSB vakalarına dayanmaktaydı. Küresel hastalık yükü ile ilgili son çalışmalar, belirli hastalıkların mortalite ve hastalık üzerine etkilerinin bir göstergesi olarak *DALY*'i kullandılar. *DALY* hem kişi maluliyet ile geçen yıllarının (*YLD*'ler) hem de hayatını kaybettiği yıllarını (*YLL*) belirlemekteydi. *YLD*'lerin en son küresel tahmini tüm kaygı bozuklukları için 390 / 100.000 nüfus, toplam *DALY* ise tüm kaygı bozuklukları için yaklaşık kadınlarda 700 ve erkeklerde ise 400 gün olarak belirlenmiştir [18].

Spesifik olarak kaygı bozuklukları ile ilişkili mortalite riskinin arttığına dair yeni kanıtlar vardır. Meta-analitik çalışmalar, kaygı bozuklukları ile ilişkili nüfusa atfedilebilir mortalite riski yüzdesinin yılda 2,74 milyon ölüm ile depresyona atfedilenden sadece biraz daha düşük olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalar kaygı bozukluklarının hem çocukluk hem de ergenlik dönemi başlangıcında ortaya çıktığını ve yükünün yaşam süresi boyunca süreklilik arz ettiğini göstermiştir. Madde kullanım bozuklukları, davranış ve duygudurum bozuklukları gelişimi ile

ilişkisi ortada olduğundan, bu hastalıkların erken dönemde kritik müdahaleye ihtiyacını olduğunu gösterir [19].

2.2 RİCHMOND AJİTASYON SEDASYON SKALASININ TANIMLANMASI

Sessler ve ark. 2002 yılında *Amerikan Solunum ve Kritik Bakım Dergisi*'nin 166. sayısında yayınladıkları makalelerinde özellikle yoğun bakımlarda sedasyon gerekliliği ve iyi bir sedasyon değerlendirme ölçeği ile ilgili şunlara yer vermişlerdir:

“Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) sedatif ve analjezik ilaçlar sıklıkla uygulanmaktadır. Yeterli sedasyonun ve analjezinin sağlanmaması, hastanın lümen için tüplerini ve kataterlerini çekmesi, sağlık personeline karşı saldırgan davranış sergilemesi ve mekanik ventilatör-hasta uyumsuzluğu ortaya çıkmasına sebep olur. Sedasyon uzun ve yüksek dozda verildiğinde ise, uzamış YBÜ yatışları ve komplikasyonların artması gibi riskleri vardır. Bu nedenle hastaların sedasyon düzeylerini ölçerken, katmanlandırılmış bir sisteme ihtiyaç vardır. İyi bir sedasyon değerlendirme ölçeği, uygulayıcılar arasında iletişimi geliştirir, sedasyon protokollerinde kullanılan ilaçların tutarlılığını artırır, titrasyonuna izin verir.

İyi bir sedasyon değerlendirme ölçeğinin özellikleri şunlar olmalıdır: disiplinler arası uyumu olan, uygulanabilirliği basit, hatırlanması kolay, sedatif ilaç titrasyonuna izin veren, ajitasyonu ölçebilen, uygulayıcılar arasında güvenilirlik konusunda etkin bir şekilde kıyaslanabilen ve bahsi geçen hasta popülasyonlarında geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış olmalıdır.

Richmond Ajitasyon Sedasyon Skalası kritik bakı birimi hekimleri, hemşireleri ve eczacıları tarafından ortak bir çaba ile geliştirilmiştir. RASS 4 evre ajitasyon (+1'den +4'e kadar, +4 saldırgan hasta), 5 evre sedasyon (-1'den -5'e kadar, -5 uyandırılmayan hasta) ve 0 sakin hastayı simgeleyen toplam 10 basamaktan oluşmaktadır.”

Skala Uygulama Prosedürü

1. Hastayı gözlemleyin. Hasta uyanık ve sakin mi (skor 0?)
2. Hastanın huzursuzluk veya ajitasyon ile tutarlı davranışı var mı?
3. Hasta uyanık değilse, yüksek sesle konuşarak hastanın adını sorun ve hastanın gözleri açıp soran kişiye bakması için yönlendirin. Gerekirse tekrar edin. Hastaya, konuşmacıya bakmaya devam etmesi söylenebilir.
 - a. Hastanın 10 saniyeden fazla süren göz açma ve göz teması vardır (skor -1)
 - b. Hastanın göz açıklığı ve göz teması var, ancak bu 10 saniye boyunca devam etmiyor (skor -2)
 - c. Hastanın sese tepki olarak göz teması hariç herhangi bir hareketi vardır (skor -3)
 - d. Hasta sese cevap vermezse, omuz sallayarak veya sternumu ovarak hastaya fiziksel uyarı verin.
 - e. Hastanın fiziksel uyarıya için herhangi bir hareketi vardır (skor -4)
 - f. Hastanın ses veya fiziksel uyarana cevabı yok (skor -5)

SKOR	TANIM	AÇIKLAMA
+4	Saldırgan	<i>Ciddi şekilde saldırgan ve hareketli, sağlık personeline karşı tehlike durumu</i>
+3	Ciddi Ajite	<i>Tüpleri ve/veya kateterleri çeker, sağlık personeline sinirli davranış gösterir</i>
+2	Ajite	<i>Sıklıkla amaçsız hareketler yapar, ventilatör ile uyumsuzluk gösterir</i>
+1	Huzursuz	<i>Ajite ve endişelidir ancak hareketleri agresif ve canlı değildir</i>
0	Uyanık ve Sakin	
-1	Uykulu	<i>Tam anlamıyla uyanık değildir ancak 10 saniyeden uzun şekilde sözel uyarana göz teması kurar ve uyanık kalabilir</i>
-2	Hafif Sedasyon	<i>Sözel uyarana 10 saniyeden kısa uyanık kalır veya göz teması kurar</i>
-3	Orta Dereceli Sedasyon	<i>Sözel uyarana karşı herhangi bir hareket yapar ancak göz teması kuramaz</i>
-4	Ağır Sedasyon	<i>Sözel uyarana tepki vermez ancak ağırlı uyarana herhangi bir hareket yapar</i>
-5	Uyandırılmıyor	<i>Sözel ya da ağırlı uyarana tepki vermez</i>

Tablo 1 RASS tablosu

1. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmamız bir kesitsel çalışma olarak planlandı. 28.08.2019 ile 14.09.2019 (bu tarihler dahil) tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Acil Servisi'ne ayaktan başvuran bütün hastaları çalışmamıza dahil edildi. Hastane dışından acil sağlık hizmeti ambulansı ya da hastane içi nakil/acil müdahale ambulansı ile getirilen hastaları çalışmadan dışlandı. Çalışmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Etik Kuruluna gerekli başvurular yapılarak etik kurul onayı alındı. Acil serviste triyaj alanında çalışan iki hemşire, araştırmacı olarak çalışma grubuna dahil edildi. İlgili triyaj hemşireleri puanlama sisteminin kullanımı ve özellikleri konusunda eğitildi. Çalışma öncesi çalışma kapsamı dışında skalanın kullanımı ile ilgili denemeler yapıldı. Acil servis triyaj alanında görevli hemşirelere (triyaj eğitimi almış), RASS skalası kullanımı konusunda yeterli sürede ve düzeyde eğitim verildi. RASS ve puantaj sistemi hakkında form oluşturuldu ve triyaj odası duvarına asıldı. Triyaj yapan her hemşire RASS'a göre hastalara RASS skorlarını tayin ettiler. Her tam gün, sabah 08:00 öğleden sonra 16:00 (sabah), öğleden sonra 16:00 gece 24:00 (akşam), gece 24:00 sabah 08:00 (gece) olacak şekilde üç eşit zamana bölündü. Acil servis prosedürü ve çalışma koşulları gereği her bir zaman dilimi için üç ayrı hemşire görev yapmakta idi. Belirtilen tarihler arasında acil servisimize ayaktan başvuran bütün hastalar triyaj skorları verildikten sonra ayrıca RASS skoru tayin edildi. Bütün hastaların triyaj anındaki vital bulguları (kan basıncı, nabız, oksijen saturasyonu, solunum sayısı) not edildi. Hastaların triyaj yapılma saat ve dakikaları, içeri alınma saat ve dakikaları not edildi. Hastaların acil servisteki tedavilerinin tamamlanmasında sonra taburcu olup olmadıkları, yatış ya da sevk yapıp yapılmadıkları not edildi.

3.1. Hasta Seçimi

Toplamda 4816 belirlenen tarihler arasında acilimize başvurmuştu. Aynı gün mükerrer başvuru ve 18 yaş altında olan hastalar dışlandıktan sonra geriye 4537 hasta kaldı. Çalışmamızda hastaların acil triyaj skorları ile RASS skorları; acil başvuru zamanları ile RASS skorları, demografik özellikleri ile RASS skorları ve RASS skorları ve gün içerisindeki başvuru dönemleri (sabah, akşam ya da gece) ile RASS skorları arasında ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçladık. Böylece olası ajitasyonu önceden tahmin ederek gerekli önlemleri almak ve hem personel

güvenliğini sağlamak hem de hasta bakım kalitesini arttırmayı amaçladık. Ardından basitçe oluşturduğumuz forma hastanın ismi ve soy ismi, hastanın başvurduğu tarih not edildi, her hastaya RASS'a göre RASS skorları tayin edildi (Ek-1). Hastane dışından acil sağlık hizmeti ambulansı ya da hastane içi nakil/acil müdahale ambulansı ile getirilen hastaları çalışmadan dışladık. Hasta bilgileri hastane belge yönetim sistemi *MIA-MED* programı kayıtlarından belirtilen tarihler için alındı.

3.2. İstatistiksel Analiz

MIA-MED programı aracılığı ile bu hastaların, vital bulguları (TA, nabız, vücut sıcaklığı, solunum sayısı, O₂ Satürasyonu), yaşları, komorbidite varlığı (DM ve HT var olup olmadığı), cinsiyetleri, triyaj başvuru saatleri, içeri alındıkları saat (protokol açılış saati olarak yer almaktadır) ve sonuçlanma durumları (taburcu, yatış, sevk ya da vefat) toplandı. Veriler *Excel* dosyası varlığında oluşturulduktan sonra *IBM SPSS Statistics Version 23* istatistik yazılımına girildi. Hastaların ajitasyon düzeylerinin (RASS puanları) toplanan parametrelerle ilişkisini araştırmak amaçlandı. RASS düzeyleri sırasıyla cinsiyet, triyaj skorları, acile başvuru dönemleri (sabah, akşam, gece), sonuçlanma durumları (taburcu, yatış, sevk ya da vefat) ve kan basıncı düzeyleri (normotansif veya hipertansif) ile ilişkisinin karşılaştırılmasına karar verildi.

İlgili karşılaştırmanın yapılabilmesi için ki-kare testi ile karşılaştırma yapılmasına karar verildi. Bunun için RASS puanları *ajitasyon skoru düşük* ve *yüksek olan* olarak ikiye ayrıldı. RASS puanı -5 ile 0 arasında olanlar (bu değerler dahil) *ajitasyon skoru düşük grup*; +1 ile +4 arasında olanlar *ajitasyon skoru yüksek* olarak belirlendi. Trijaj skorları ise triyaj 1, 2 ve 3 *acil grup*, triyaj 4 ve 5 ise *acil olmayan grup* olarak belirlendi. *Trijaj başvuru saatleri* gündüz, akşam ve gece olarak üç gruba bölündü. Hastaların sonuçlanması ise *taburcu*, *yatış*, *sevk* ve *vefat* olarak dört gruba ayrıldı. Hastalar sistolik kan basıncı değerlerine göre, *hipotansif*, *normotansif* ve *hipertansif* olarak üç gruba ayrıldı.

Dikotomize RASS ve Triyaj skorları; kan basıncı durumu, triyaj başvuru dönemi, cinsiyet ve hasta sonuçlanma durumu ile her bir değişken ayrı ayrı “ki kare” testi kullanılarak karşılaştırıldı. *Asymp. Sig* (iki taraflı) değeri $p < 0,05$ istatistiksel anlamlı kabul edildi.

2. BULGULAR ve SONUÇLAR

Başvuran 4537 hastanın 2271'i kadın (%50,1), 2266 (%49,9) tanesi erkek idi. Başvuran hastaların 205 tanesinde diyabet hastalığı mevcut idi (%4,5). Başvuran hastaların 254 tanesinde hipertansiyon hastalığı mevcut idi (%5,6). Hastaların kan basıncı değerlerine göre gruplama yapıldı. Gruplama yapılırken sistolik kan basıncı değerleri kullanıldı. 1. Grup sistolik kan basıncı değeri 90'ın altında olanlar, hipotansif olarak kabul edildi. 2. Grup sistolik kan basıncı değeri 90 ila 140 arası olanlar, normotansif kabul edildi. 3. Grup ise sistolik kan basıncı değeri 141 ve üstü olanlar, hipertansif olarak kabul edildi. Çalışma grubumuzda sırasıyla hipotansif grup 82 (%1,8), normotansif grup 3547 (%78,2) ve hipertansif grup 908 (%20) olarak yer aldı.

RASS Skoru	N	%
+4	1	0.1
+3	16	0.4
+2	45	1
+1	313	6.9
0	4081	89.9
-1	53	1.2
-2	14	0.3
-3	9	0.2
-4	5	0.1
-5	0	0
Toplam	4537	100

Tablo 2 Çalışma süresince acil servise başvuran hastaların RASS skorları dağılımı

Çalışma grubumuza dahile edilen 4537 hastanın tayin edilen RASS skorlarına bakıldığında zaman, en çok hastanın RASS skoru “0” olan grupta 4081 (%89,9) olduğu görüldü. Sırasıyla bakıldığında ajitasyon düzeyi +4 olan 1 kişi (%0,1), ajitasyon düzeyi +3 olan 16 kişi (%0,4), ajitasyon düzeyi +2 olan 45 kişi (%1), ajitasyon düzeyi +1 olan 313 kişi (%6,9), ajitasyon düzeyi 0 olan 4081 kişi (%89,9), sedasyon düzeyi -1 olan 53 kişi (%1,2), sedasyon düzeyi -2 olan 14 hasta (%0,3), sedasyon düzeyi -3 olan 9 hasta (%0,2), sedasyon düzeyi -4 olan 5 hasta (%0,1) ve sedasyon düzeyi -5 olan 0 hasta (%0) olarak saptandı (Tablo 2).

Triyaj Skoru	N	%
1	13	0.3
2	390	8.6
3	1866	41.1
4	1995	44
5	273	6
Toplam	4537	100

Tablo 3 Çalışma hastalarının triyaj skorlarına göre dağılımı

Çalışmamızda ayrıca triyaj skorları ile RASS skorlarının ilişkisinin araştırılması planlandı. Acil servis triyaj alanında bir hemşire tarafından değerlendirilen hastanın önce vital bulguları kaydedildi ardından triyaj skoru tayin edildi. Triage skoru tayin edildikten sonra RASS sistemine göre ajitasyon-sedasyon düzeyi skoru tayin edildi. Çalışma grubumuzda triyaj skoru 1 olanlar 13 (%0,3), triyaj skoru 2 olanlar 390 (%8,6), triyaj skoru 3 olanlar 1866 (%41,1), triyaj skoru 4 olanlar 1995 (%44) ve triyaj skoru 5 olanlar 273 (%6) olarak saptandı. Tüm hastalar içerisinde en yüksek oranının triyaj skoru 4 olanlar ve ardından triyaj skoru 3 olanlar olduğu görüldü (Tablo 3).

Çalışmamızda acile başvuran hastaların başvuru saatleri, gün 3 eşit parçaya bölerek *sabah-öğle-akşam* olarak gruplandı. Çalışmamıza dahil ettiğimiz 4537 hastanın 1801 tanesi (%39,7) sabah grubunda, 1979 tanesi (%43,6) akşam grubunda ve 757 tanesi (%16,7) gece grubunda yer aldığı görüldü. Acil servisimize başvuru istatistikleri incelediğinde akşam grubunda başvuran hastaların fazla olması dikkat çekmekteydi. Çalışmamıza aldığımız hastaların sonuçlanma durumuna baktığımızda ise, toplamda

4537 hastadan 467 tanesinin (%10,3) yatış yapıldığını, 28 hastanın (%0,6) dış merkeze sevk edildiğini, 4 tanesinin (%0,1) vefat ettiğini ve 4038 tanesinin (%89) ayakta taburcu edildiğini saptadık (Tablo 4).

Sonuçlanma	N	Yüzde
Yatış	467	10.3
Sevk	28	0.6
Vefat	4	0.1
Taburcu	4038	89
Total	4537	100

Tablo 4 Çalışma hastalarının sonuçlanma durumuna göre dağılımı

Triyaj skoru ile ajitasyon düzeylerini karşılaştırmak için her iki veri yöntemi bölümünde daha önce anlatıldığı gibi dikotomize edildi. RASS skorlarına göre ajitasyon değerleri yüksek grup 375 kişiden, ajitasyon skoru düşük grup 4162 kişiden oluşmaktaydı. 375 kişilik ajite grubun, 84 tanesi acil olmayan gruptan, 291 tanesi ise acil gruptan oluşmaktaydı. 4162 kişilik ajite olmayan grubun 2184 tanesi acil, 1978 tanesi acil olmayan gruptan oluşmaktaydı. **Triyaj skorlarına göre acil ve acil olmayan gruplar arasında RASS skorları istatistiksel anlamlı olarak farklı bulundu. Acil hasta grubunda RASS skorlarına göre ajitasyon riski olan hastalar yaklaşık 3 kat fazla görülmekteydi (OR 3,8 %95 GA 2,9-4,9) [Tablo 5].**

		Acil olmayan grup	Acil grup	
Ajitasyon	N	2184	1978	4162
skoru düşük grup	Ajitasyon skoru yüksek grup içerisindeki %	96,3%	87,2%	91,7%
Ajitasyon	N	84	291	375
skoru yüksek grup	Ajitasyon skoru düşük grup içerisindeki %	3,7%	12,8%	8,3%
Toplam	N	2268	2269	4537
	Grup içerisindeki %	100,0%	100,0%	100,0%

Tablo 5 RASS skorları ile triyaj skorları karşılaştırılması

Ki-Kare Testleri					
	Değer	Özgürlük Derecesi	Asymp. Sig. (İki-tarafli)	Exact Sig. (İki-tarafli)	Exact Sig. (Tek-tarafli)
Pearson Ki-Kare	124,460 ^a	1	,000		
Devamlılık Düzeltmesi	123,260	1	,000		
Olabilirlik Oranı	131,117	1	,000		
Fisher Exact Testi				,000	,000
Doğrusal – Doğrusal İlişki	124,432	1	,000		
Geçerli Vakaların Sayısı	4537				
a. 0 değerin (%0) beşten küçük olması bekleniyordu. Beklenen minimum sayı 187,46 idi.					
b. Sadece 2x2 tablo için hesaplanmıştır.					

Tablo 6 RASS skorları ki-kare testleri

Risk Tahmini			
	Değer	95% Güven Aralığı	
		En düşük	En yüksek
Ajitasyon skoru yüksek grup için odds ratio	3,825	2,978	4,913
Acil olmayan Kohortu	2,343	1,936	2,834
Acil Kohortu	,612	,575	,652
Geçerli vakaların sayısı	4537		

Tablo 7 RASS skorları risk tahminleri

Cinsiyet ile ajitasyon düzeylerini karşılaştırmak için *ajitasyon skoru olan grup* ve *ajitasyon skoru olmayan grubun* ki-kare karşılaştırması yapıldı. Ajitasyon skoru olan grup 375 kişiden, ajitasyon skoru olmayan grup ise 4162 kişiden oluşmaktaydı. 2120 kadın ve 2042 erkek yer almaktaydı. **Cinsiyetin, ajitasyon skoru yüksek grup ile ajitasyonu skoru düşük olan grup arasında istatistiksel anlamlı olarak farklı bulundu. Kadın cinsiyetin ajitasyon skoru yüksek grup içerisindeki oranının %9,9 olduğu, erkek cinsiyetin ise %6,6 olduğu görüldü, aradaki farkın yaklaşık %3,5 olduğu ve kadınların daha ajite olduğu saptandı (OR 1,5 %95 GA 1,2-1,9) [Tablo 8].**

		Kadın	Erkek	
Ajitasyon skoru düşük grup	N	2120	2042	4162
	Cinsiyet içindeki %	93,4%	90,1%	91,7%
Ajitasyon skoru yüksek grup	N	224	151	375
	Cinsiyet içindeki %	9,9 %	6,6 %	8,3%
Toplam	N	2344	2193	4537
	Cinsiyet içindeki %	100,0%	100,0%	100,0%

Tablo 8 RASS skorları ile cinsiyet dağılımları

Ki-Kare Testleri					
	Değer	Özgürlük Derecesi	Asymp. Sig. (İki-taraflı)	Exact Sig. (İki-taraflı)	Exact Sig. (Tek taraflı)
Pearson Ki-Kare	15,667 ^a	1	,000		
Devamlılık Düzeltmesi	15,243	1	,000		
Olabilirlik Yüzdesi	15,758	1	,000		
Fisher Exact Testi				,000	,000
Doğrusal – Doğrusal İlişki	15,664	1	,000		
Geçerli Vakaların Sayısı	4537				
a. 0 değer (0%) beşten az olması bekleniyordu. Beklenen minimum sayı 187,29 idi.					
b. Sadece 2x2 tablo için hesaplanmıştır.					

Tablo 9 Cinsiyet dağılımları ki-kare testleri

Risk Tahmini			
	Değer	95% Güvenilirlik Aralığı	
		En Düşük	En Yüksek
Ajitasyon skoru yüksek grup için Odds Ratio	1,540	1,242	1,910
Kadın Kohortu	1,265	1,114	1,436
Erkek Kohortu	,821	,752	,898
Geçerli Vakaların Sayısı	4537		

Tablo 10 Cinsiyet dağılımlarının risk tahminleri

Başvuru dönemleri ile ajitasyon düzeylerini karşılaştırmak için, *ajitasyon skoru düşük* ve *ajite grubun*, başvuru dönemleri ki-kare karşılaştırılması yapıldı. Aşağıdaki tablodan da görülebileceği üzere, ajitasyon skoru yüksek grup 375 kişiden, ajitasyon skoru düşük grup 4162 kişiden oluşmaktaydı. Sabah 08 öğleden sonra 16.00 arası (1. Grup, sabah grubu) başvuran 1801 kişinin 128 tanesi ajitasyon skoru yüksek grupta yer almaktaydı. Öğleden sonra 16.00 ile gece 00.00 arası (2. Grup, akşam grubu) başvuran 1979 kişiden 191 tanesi ajitasyon skoru yüksek grupta yer almaktaydı. Gece 00.00 ile sabah 08.00 arası (3. Grup, gece grubu) başvuran 757 kişiden ise 56 tanesi ajitasyon skoru yüksek grupta yer almaktaydı. **Oranlara bakıldığında sırasıyla sabah grubunun %7,1', akşam grubunun %9,7'si ve gece grubunun %7,4'ü ajite kişilerden oluşmaktaydı. Ajitasyon skoru yüksek grup en yoğun akşam grubunda olmak üzere gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0.05$).**

		1. Grup sabah (08-16), 2. Grup Akşam (16-00), 3. Grup gece (00-08) arası başvuranlar			Toplam
		1	2	3	
Ajitasyon skoru düşük Grup	N	1673	1788	701	4162
	Başvuru Dönemleri içerisindeki %	92,9%	90,3%	92,6%	91,7%
Ajitasyon skoru yüksek grup	N	128	191	56	375
	Başvuru Dönemleri içerisindeki %	7,1%	9,7%	7,4%	8,3%
Toplam	N	1801	1979	757	4537
	Başvuru Dönemleri içerisindeki %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tablo 11 RASS skorları başvuru zamanlarına göre dağılımları

Ki-Kare Testleri			
	Değer	Özgürlük Derecesi	Asymp. Sig. (İki-taraflı)
Pearson Ki-Kare	8,952 ^a	2	,011
Olabilirlik Oranı	8,888	2	,012
Doğrusal – Doğrusal İlişki	1,162	1	,281
Geçerli Vakaların Sayısı	4537		
a. 0 değer (0%) beşten az olması beklenmekteydi. Beklenen minimum sayı 62,57 idi.			

Tablo 12 RASS skorları başvuru zamanları ki-kare testleri

Hastaların sonuçlanma durumları ile ajitasyon düzeylerini karşılaştırmak için *ajitasyon skoru düşük ve yüksek grubun*, sonuçlanma durumları ki-kare testi ile karşılaştırma gerçekleştirildi. Aşağıdaki tablodan da görülebileceği üzere, ajitasyon skoru yüksek grup 375 kişiden, ajitasyon skoru düşük grup 4162 kişiden oluşmaktaydı. Ajitasyon skoru düşük grupta sırasıyla; 3723 hastanın (%92,1) taburcu olduğu, 409 hastanın (%87,3) yatışının yapılmış olduğu, 26 hastanın (%93,3) dış merkeze sevk edildiği ve 4 hastanın (%100) da vefat ettiği görülmektedir. Ajitasyon skoru yüksek gruptan ise sırasıyla 315 hastanın (%7,9) taburcu olduğu, 58 hastanın (%12,7) yatışının yapıldığı, 2 hastanın (%6,7) dış merkeze sevk edildiği ve hiçbir hastanın vefat etmediği (%0,0) görülmektedir. **Yatan hastalar içerisinde ajite hastaların istatistiksel anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır (p<0.05).**

Ki-Kare Testleri			
	Değer	Özgürlük Derecesi	Asymp. Sig. (İki-taraflı)
Pearson Ki-Kare	12,403 ^a	5	,030
Olabilirlik Oranı	11,495	5	,042
Geçerli Vakaların Sayısı	4537		
a. 5 değer in (%41,7) beşten az olması beklenmekteydi. Beklenen minimum değer 33 idi.			

Tablo 13 RASS skorları sonuçlanma durumlarına göre dağılımları ki-kare testleri

		Sonuçlanma Durumu				Toplam
		Taburcu	Yatış	Sevk	Vefat	
Ajitasyon skoru düşük Grup	N	3723	409	26	4	4162
	Sonuçlanma içindeki yüzdesi	92,1%	87,3%	93,3%	100,0%	91,7%
Ajitasyon skoru yüksek grup	N	315	58	2	0	375
	Sonuçlanma içindeki yüzdesi	7,9%	12,7%	6,7%	0,0%	8,3%
Toplam	N	4038	467	28	4	4537
	Sonuçlanma içindeki yüzdesi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tablo 14 RASS skorları sonuçlanma durumları ilişkisi dağılımları

Hastaların kan basıncı durumlarının ajitasyon düzeyleri ile ilişkisini karşılaştırmak için ki-kare testi ile karşılaştırma gerçekleştirildi. Aşağıdaki tablodan da görülebileceği üzere, ajitasyon skoru yüksek grup 375 kişiden, ajitasyon skoru düşük grup ise 4162 kişiden oluşmaktaydı. Ajite grubun 272 tanesi (%72,5) normotansif, 8 tanesi hipotansif (%2,1) ve 95 tanesi (%25,3) hipertansif olarak saptandı. Ajitasyon skoru düşük grubun ise 3275 tanesi (%78,6) normotansif, 74 tanesi (%1,7) hipotansif ve 813 tanesi (%19,5) hipertansif olduğu görüldü. **Hipertansif olan hasta grubunun istatistiksel anlamlı olarak daha ajite olduğu saptanmış olsa da her üç grup arasında klinik olarak anlamlı fark yaratacak oranlara ulaşamadı ($p<0.05$).**

		Normotansif f	Hipotansif	Hipertansif f	Toplam
Ajitasyon skoru düşük	N	3275	74	813	4162
	Kan basıncı grupları içerisindeki %	92,3%	90,2%	89,5%	91,7%
Ajite	N	272	8	95	375
	Kan basıncı grupları içerisindeki %	7,7%	9,8%	10,5%	8,3%
Toplam	N	3547	82	908	4537
	Kan basıncı grupları içerisindeki %	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0

Tablo 15 RASS skorları kan basıncı ilişkisi dağılımları

Ki-Kare Testleri			
	Değer	Özgürlük Derecesi	Asymp. Sig. (İki-taraflı)
Pearson Ki-Kare	7,688 ^a	2	,021
Olabilirlik Yüzdesi	7,302	2	,026
Doğrusal – Doğrusal İlişki	7,637	1	,006
Geçerli Vakaların Sayısı	4537		
a. 0 değerin (%0,00) beşten küçük olması beklenmekteydi. Minimum beklenen sayı 6,78 idi.			

Tablo 16 RASS skorları kan basıncı ilişkisi ki-kare testleri

5. TARTIŞMA

Akut olarak ajite olan hastalar acil servislere sıklıkla başvurumaktadırlar [20]. Bu hastalar, mevcut ruhsal hastalığın alevlenmesi, alkol ya da diğer keyif verici maddeler ile zehirlenme veya şok ve metabolik bozukluklar nedeniyle değişmiş bilinç durumu gibi birçok sebepten dolayı ajite olmaktadır. Acil serviste ajite hastanın sağlık personeline yönelik şiddet konusunda eğilimi vardır. Bütün şiddet unsurlarında olduğu gibi sağlık personeline karşı şiddet de önemli bir problemdir ve dünya çapında da giderek yayılmaktadır. Psikiyatri, acil servis ve genel tıbbi bakım alanlarında çalışanların şiddet görme konusunda en yüksek riske sahip oldukları düşünülmektedir [21]. *Magnavita ve ark.*'ın 2012 yılında İtalya'da yaptıkları çalışmada, bildirilen sözel ya da fiziksel şiddet olgularının yarısından fazlası psikiyatri servislerinde ve acillerde gerçekleşmiştir [22]. *Pınar ve ark.*'ın yaptığı çalışmaya göre ülkemizde her yıl sağlık çalışanlarının %44,6'sı şiddete maruz kalmaktadır [23].

Amerika Birleşik Devletleri'nde acil servis hekimlerinin hekimlerin %72'si son bir yılda şiddete maruz kaldığını, çarpıcı olarak %5'i kişisel savunma aracı olarak bıçak edindiğini bildirmektedir [24]. Bu çalışmanın sonuçları, ayaktan başvuran acil servis hastalarının ajitasyon düzeyini önceden tayin edebilirsek, kaygı bozukluğu taşıyanlar gibi özellikli hastaları önceden saptayabilirsek ve bu hastaların bakımlarını hızlandırabilir, muayeneleri için uygun ortamları hazırlayabilirsek olası şiddet

eylemlerinin çözümüne katkı sağlanabileceği düşünülebilir. Kaygı bozukluğu olan hastaların hasta bekleme salonunda beklemleri, içeri alınmaları ya da içeride hekim tarafından değerlendirilmeleri sırasında alınabilecek bazı önlemler olası sorunların ortaya çıkma olasılığını azaltabilir. Meydana gelmiş olaylar için riskli alanlarda güvenlik tedbirleri alınabilir. Olası ajite hastaların önceden tespit etmeye çalışılmasının en önemli sebebi budur.

RASS, tıbbi literatür gözden geçirildiğinde en çok sedasyon düzeyi belirleme ve takip açısından kullanılmıştır. RASS *Sessler ve ark.* tarafından 2002 yılında yoğun bakımda takip edilen ve sedatif ajan uygulanan hastaların uyanıklık durumlarını ve uyanıklık durumlarının hastanın aldığı tedavi kalitesi (mekanik ventilatör uyumu gibi) arttırmak amaçlı geliştirdikleri bir skala idi. RASS daha sonra birçok çalışma ile yoğun bakımlarda gerek hemşirelik uygulamaları bazında gerek hekimler tarafından değerlendirilme açısından birçok kez valide edilmiş idi ve bu validasyon çalışmaları sonucunda etkin bir sedasyon ajitasyon değerlendirme skalası olarak kabul edilmişti [25]–[27]. Ülkemizde de yoğun bakımlarda aynı skala diğer sedasyon değerlendirme skalaları ile karşılaştırılmış ve etkin bulunmuştu [28], [29]. *Pop ve ark.* 2018 yılında yaptıkları çalışmada, acil servislerde mekanik ventilatöre bağlı ve *propofol*, *deksmedetomidin* veya *midazolam* alan hastalarda RASS kullanarak hem etkin sedasyon düzeyine ulaşp ulaşmadığını hem de bu hedefin acil servise sağlanıp sağlamayacağını araştırmışlardır. Her ne kadar sedasyon düzeyi açısından hedefledikleri hasta sayısına ulaşamamışlar da RASS'ı başarılı şekilde kullanmışlardı [30]. Yine ülkemizde *Arslaner ve ark.* tarafından yapılan çalışmada, acil servise akut bilinç değişikliği ile başvuran hastalarda deliryum saptanması ve değerlendirilmesi için RASS kullanılmış ve bilinç kaybı olan ya da Glasgow Koma Skoru düşük olan hastalarda deliryum düzeyleri ve bunları tetikleyebilecek faktörler araştırılmıştır [31]. Gerçekten ajite ve saldırgan olan hastaların erken belirlenmesinde kullanılan puanlama sistemi ve skalalar mevcuttur ve acil serviste değerleri karşılaştırılmıştır [32].

Bizim çalışmamızın amacı; olağan hasta grubunda anksiyete ve ajitasyon düzeyleri ölçülebilir değerde olan hastaları belirleyip, bu hasta gruplarının özelliklerini tanımlamaktır. Çalışmamızın verilerine bakıldığında tüm hastalar içinde anksiyete skoru 1 ve üzerinde olan hastaların %3,4 olduğu dikkati çekmektedir. Mevcut acil

servisimiz için (yılda 125.000 hasta) bu rakam günde 11-12 hasta anlamına gelmektedir. Bir başka deyişle her gün acil servise farklı şikayetler ile başvuran hastalardan 11-12'si potansiyel şiddet kaynağı olabilecek hastalardır. Çalışmamız bu özelliği ile ilk çalışma olarak değerlendirilebilir. Hasta grubumuz analiz edildiğinde kadın hastalarda RASS skoru erkek hastalara göre daha fazladır ve bu fark istatistiksel ve klinik olarak anlamlıdır (Kadın hastalar %9,9; erkek hastalar %6,6; OD 1,5 %95 GA 1,2-1,9). Aynı durum kan basıncı yüksek hastalar, triyaj skoru ESI 1, 2 ve 3 olan hastalar, yatış gerektiren hastalar için de geçerlidir. Özellikle triyaj skoru 1, 2 ve 3 olan daha acil hastalar, 4 ve 5 olan hastalar ile karşılaştırıldığında yüksek skorlu hastaların ilk grupta oranı %12,8, ikinci grupta %3,7 olarak bulunmuştur ve gruplar karşılaştırıldığında odds oranı 3,4; bir başka deyişle aciliyeti daha yüksek hastalarda kaygı ve ajitasyon yaklaşık 3-4 kat daha fazla görülmektedir. Günü böldüğümüz saatler dikkate alındığında akşam saatlerinde başvuran hastaların kısmen RASS skorlarının yüksek olduğu, diğer zaman aralıkları ile istatistiksel fark gösterdiği ancak %2 civarındaki bu farkın (7 vs. 9) çok da klinik anlamı olmayabileceği söylenebilir. Akşam saatlerindeki bu fark hastaların en yoğun başvuru saati olmasından, daha uzun bekleme sürelerinden ya da hastalık aktivasyonlarının günlük ritminden kaynaklanabilir. Kadın hastaların anksiyete skorlarının yüksek olması toplumsal ve kültürel özelliklerden kaynaklanabilir. Keza beklenti düzeyleri de bu durumda etkili olabilir. Ancak triyaj skorları daha acil hastalar için bu skorların yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Bu hastalardaki temel kaygı sağlıkları ile ilgilidir. Ancak kaygı ve ajitasyon riski her an bir şiddet ve taciz kaynağı haline gelebilir. Bu hastaların bakıma ulaşma süreleri, bilgilendirilme düzeyi ve sıklığı ve güvenli bir ortam yaratılması iletişim kazalarının azalmasına ve daha sağlıklı bir çalışma ortamının oluşturulmasına katkıda bulunabilir.

Acil servislerde ajite ya da saldırgan hastaya önceden tespit etme ve gerekli önlemleri alma ya da bakım kalitesini artırma konusunda bu çalışmaya benzer bir çalışma bizim tarama kapasitemizde rastlanmamıştır. Bu çalışma ile kısa bir eğitim sürecinden geçen hemşireler tarafından RASS başarılı şekilde kullanılarak hastaların sedasyon ya da ajitasyon düzeyleri değerlendirilmiş ve geriye dönük sorulduğunda da RASS kullanılmasının kolay olduğunu, skalayı öğrenmenin kolay ve akılda kalmasının kolay olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamız verilerini sağlıkta şiddet konu başlığı ile ilişkilendirmek de mümkündür. Bilindiği gibi hem Anglosakson ülkelerinde hem de ülkemizde sözel ve fiziki şiddete maruz kalmalar %45-72 arasında özellikle acil servis çalışanlarında oldukça yüksektir (bir yıl içinde maruz kalmış çalışan). Bu rakamın özellikle çoğunluğunu sözel şiddet oluşturmakta ve çoğu zaman bu durumu kanıksayan sağlık çalışanları tarafından istatistiklere yansıyacak oranda dile bile getirilmemektedir. Çalışmamız verileri acil serviste anksiyete ve ajitasyon skoru belli bir hasta grubunu göz önüne sermektedir. Bu hasta gruplarında hastaların kaygılarını azaltacak gerekli insani, fiziki ve mimari koşulların sağlanması, personel ve eğitim politikalarının geliştirilmesi koruyucu olabilir.

Çalışma sonuçları ayrıca RASS değerlerinin bu amaçla kullanılması açısından veriler sunmaktadır. Bu veriler, gelecekte daha geniş hasta gruplarında RASS'ın bir triyaj ölçümü sistemi olarak kullanılması ve ileri dönük gözlemsel çalışmalar planlanması için bir zemin oluşturmaktadır.

6. ÖZET

Giriş: Acil servise başvuran hastaların kaygı-ajitasyon düzeylerinin önceden bilinmesi hasta bakım kalitesini ve hizmet veren personelin güvenliğini arttırabilir. Bu çalışmada, üçüncü basamak bir üniversite hastanesi acil servisine ayaktan başvuran hastaların RASS kullanılarak ajitasyon düzeylerini belirlemeyi amaçlanmıştır.

Materyal- Metot: Bu gözlemsel, kesitsel, tanımlayıcı çalışma 28.08.2019 ile 14.09.2019 tarihleri arasında ayaktan acil servise başvuran 18 yaş üstü hastalarda yapıldı. Çalışma süresinde acil servis triyaj alanında triyaj hemşireleri tarafından tüm hastalara triyaj skorları verilmesinin yanı sıra RASS sonuçları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen toplam 4537 hastanın 2271'i kadın (%50,1), 2266 (%49,9) tanesi erkek idi. 375 hasta (%8,3) ajite, 4162 hasta (%91,7) ajitasyon skoru düşük olarak saptandı. Acil grup 2268 (%49,9) hastadan, acil olmayan grup 2269 (%50,1) hastadan oluşmaktaydı. Ki-Kare testi karşılaştırmaları ile ajitasyon skoru yüksek grup ile ajitasyon skoru düşük grup sırasıyla cinsiyet, acil triyaj skoru, hasta sonuçlanma durumu, kan basıncı durumu, gün içerisindeki başvuru dönemlerine göre kıyaslandı. Acil hasta grubunda RASS skorlarına göre ajitasyon riski olan hastalar yaklaşık 3 kat fazla görülmekteydi (OR 3,8 %95 GA 2,9-4,9). Kadın cinsiyetin ajitasyon skoru yüksek grup içerisindeki oranının %9,9 olduğu, erkek cinsiyetin ise %6,6 olduğu görüldü, aradaki farkın yaklaşık %3,5 olduğu ve kadınların daha ajite olduğu saptandı (OR 1,5 %95 GA 1,2-1,9). Ajitasyon skoru yüksek grup en yoğun akşam grubunda olmak üzere gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0.05$). Hipertansif olan hasta grubunun istatistiksel anlamlı olarak daha ajite olduğu saptandı ($p<0.05$).

Sonuçlar: RASS acil servislerde kaygılı, ajite hastayı önceden belirlemede kullanılabilir. Ajite hastanın önceden saptanması şiddet eylemlerinin önlenmesine katkı sağlayabilir, hasta bakım kalitesini arttırabilir.

7. ABSTRACT

Introduction: Knowing the anxiety-agitation levels of the patients presented to the emergency department in advance may increase the quality of patient care and the safety of healthcare personnel. The aim of this study was to determine the anxiety-agitation levels of outpatients in a tertiary university hospital emergency department using RASS.

Material and Methods: This observational, cross-sectional, descriptive study was performed in adult patients who presented to the emergency department in 18 days period. During the study period, triage scores were given to all patients by triage nurses in the emergency department triage area and RASS results were recorded.

Results: Of the total 4537 patients included in the study, 2271 were female (50.1%) and 2266 (49.9%) were male. 375 (8.3%) patients have had RASS score > 0 RASS and 4162 (91.7%) patients have not. The emergency group whose triage scores 1,2 or 3 are consisted of 2268 (49.9%) patients and the non-emergent group whose triage score 4 or 5 are consisted of 2269 (50.1%) patients. The chi-square test was compared with the agitated group and the non-agitated group according to gender, emergency triage score, patient outcome, blood pressure status, and referral periods during the day. In the emergency patient group, the risk of agitation was approximately 3 times higher by the means of RASS scores (OR 3.8 95% CI 2.9-4.9). It was found that the ratio of female gender in the RASS > 0 group was 9.9%, the male gender was 6.6%, the difference was approximately 3.5% and it was found that women had higher RASS scores (OR 1.5 95% CI 1.2-1, 9). There was a statistically significant difference between morning, evening and night groups according to RASS scores. Evening group had higher RASS scores ($p < 0.05$). Hypertensive patients had also statistically significant higher RASS scores ($p < 0.05$).

Conclusion: RASS may be a useful tool to predict potential agitated patients in emergency departments. Pre-detection of potential agitated patients can prevent healthcare providers from violent acts and improve emergency department patient care quality.

Key words: RASS, Emergency Department, Agitation, Anxiety

8. SONUÇLAR

1. Triyaj skorlarına göre acil ve acil olmayan gruplar arasında RASS skorları istatistiksel anlamlı olarak farklı bulundu. Acil hasta grubunda RASS skorlarına göre ajitasyon riski olan hastalar yaklaşık 3 kat fazla görülmekteydi (OR 3,8 %95 GA 2,9-4,9)
2. Cinsiyetin, ajitasyon skoru yüksek olan grup ile ajitasyon skoru düşük olan grup arasında istatistiksel anlamlı olarak farklı bulundu. Kadın cinsiyetin ajitasyon skoru yüksek olan grup içerisindeki oranının %9,9 olduğu, erkek cinsiyetin ise %6,6 olduğu görüldü, aradaki farkın yaklaşık %3,5 olduğu ve kadınların daha ajite olduğu saptandı (OR 1,5 %95 GA 1,2-1,9)
3. Oranlara bakıldığında sırasıyla sabah grubunun %7,1', akşam grubunun %9,7'si ve gece grubunun %7,4'ü ajite kişilerden oluşmaktaydı. Ajitasyon skoru yüksek grup en yoğun akşam grubunda olmak üzere gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0.05$).
4. Yatan hastalar içerisinde ajitasyon skoru yüksek hastaların istatistiksel anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
5. Hipertansif olan hasta grubunun istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek ajitasyon skorlarına sahip olduğu saptanmış olsa da her üç grup arasında klinik olarak anlamlı fark yaratacak oranlara ulaşamadı ($p<0.05$).

[illegible]

Hasta Toplama Formu

EK-2

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2019

KARAR		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Prof.Dr.Oktay ERAY
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'ne ayakta başvuran hastaların ajitasyon düzeylerinin Richmond Ajitasyon Sedasyon Skalası (RASS) ile değerlendirilmesi ve triyaj skorları ile ilişkisinin araştırılması
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 771	Tarih: 28.08.2019
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Dr.Öğr.Üyesi M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Veli YAZISIZ
Üye

Doç.Dr.Gülsüm Özge BAYSAL
Üye (İzinli)

Dr.Öğr.Üyesi Mehtap TÜRKAY
Üye (İzinli)

Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr.Bilge KARSLI
Üye (İzinli)

Doç.Dr.Dijle KİPMEN KORGUN
Üye

Dr.Ünal HÜLÜR
Üye (İzinli)

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Dilara İNAN
Üye

Prof.Dr.Oğuz DURSUN
Üye

Doç.Dr.Banu NUR
Üye

Turgut ALTUN
Üye

Av.Mustafa ACİKEL
Üye

10. KAYNAKLAR

- [1] M. Martel, A. Sterzinger, J. Miner, J. Clinton, and M. Biros, "Management of acute undifferentiated agitation in the emergency department: a randomized double-blind trial of droperidol, ziprasidone, and midazolam.," *Acad. Emerg. Med.*, vol. 12, no. 12, pp. 1167–1172, Dec. 2005, doi: 10.1197/j.aem.2005.07.017.
- [2] N. Faris, E. Baroud, M. Al Hariri, R. Bachir, J. El-Khoury, and N. J. Batley, "Characteristics and dispositional determinants of psychiatric emergencies in a University Hospital in Beirut.," *Asian J. Psychiatr.*, vol. 42, pp. 42–47, Apr. 2019, doi: 10.1016/j.ajp.2019.03.024.
- [3] J. R. Miner, L. R. Klein, J. B. Cole, B. E. Driver, J. C. Moore, and J. D. Ho, "The Characteristics and Prevalence of Agitation in an Urban County Emergency Department.," *Ann. Emerg. Med.*, vol. 72, no. 4, pp. 361–370, Oct. 2018, doi: 10.1016/j.annemergmed.2018.06.001.
- [4] C. N. Sessler *et al.*, "The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients.," *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, vol. 166, no. 10, pp. 1338–1344, Nov. 2002, doi: 10.1164/rccm.2107138.
- [5] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, 2013.
- [6] A. J. Baxter, T. Vos, K. M. Scott, A. J. Ferrari, and H. A. Whiteford, "The global burden of anxiety disorders in 2010.," *Psychol. Med.*, vol. 44, no. 11, pp. 2363–2374, Aug. 2014, doi: 10.1017/S0033291713003243.
- [7] V. Patel *et al.*, "Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition.," *Lancet (London, England)*, vol. 387, no. 10028, pp. 1672–1685, Apr. 2016, doi: 10.1016/S0140-6736(15)00390-6.
- [8] J. E. Dunsmoor and R. Paz, "Fear Generalization and Anxiety: Behavioral and Neural Mechanisms.," *Biol. Psychiatry*, vol. 78, no. 5, pp. 336–343, Sep. 2015, doi: 10.1016/j.biopsych.2015.04.010.
- [9] S. V. A. Sadock Benjamin J, Ruiz Pedro, *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 10th ed. Philadelphia, United States: Lippincott Williams and Wilkins, 2017.
- [10] K. R. Merikangas *et al.*, "Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-

- A).,” *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 49, no. 10, pp. 980–989, Oct. 2010, doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017.
- [11] J. Angst *et al.*, “The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich cohort Study.,” *Epidemiol. Psychiatr. Sci.*, vol. 25, no. 1, pp. 24–32, Feb. 2016, doi: 10.1017/S204579601500027X.
- [12] D. Silove *et al.*, “Pediatric-Onset and Adult-Onset Separation Anxiety Disorder Across Countries in the World Mental Health Survey.,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 172, no. 7, pp. 647–656, Jul. 2015, doi: 10.1176/appi.ajp.2015.14091185.
- [13] J. Breslau, S. Aguilar-Gaxiola, K. S. Kendler, M. Su, D. Williams, and R. C. Kessler, “Specifying race-ethnic differences in risk for psychiatric disorder in a USA national sample.,” *Psychol. Med.*, vol. 36, no. 1, pp. 57–68, Jan. 2006, doi: 10.1017/S0033291705006161.
- [14] M. Teesson, P. B. Mitchell, M. Deady, S. Memedovic, T. Slade, and A. Baillie, “Affective and anxiety disorders and their relationship with chronic physical conditions in Australia: findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing.,” *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, vol. 45, no. 11, pp. 939–946, Nov. 2011, doi: 10.3109/00048674.2011.614590.
- [15] P. J. Tully, S. M. Cosh, and H. Baumeister, “The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease.,” *J. Psychosom. Res.*, vol. 77, no. 6, pp. 439–448, Dec. 2014, doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.10.001.
- [16] M. E. Calkins *et al.*, “The Philadelphia Neurodevelopmental Cohort: constructing a deep phenotyping collaborative.,” *J. Child Psychol. Psychiatry.*, vol. 56, no. 12, pp. 1356–1369, Dec. 2015, doi: 10.1111/jcpp.12416.
- [17] C. Benjet *et al.*, “The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium.,” *Psychol. Med.*, vol. 46, no. 2, pp. 327–343, Jan. 2016, doi: 10.1017/S0033291715001981.
- [18] E. R. Walker, R. E. McGee, and B. G. Druss, “Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis.,” *JAMA psychiatry*, vol. 72, no. 4, pp. 334–341, Apr. 2015, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502.
- [19] R. C. Kessler, M. Petukhova, N. A. Sampson, A. M. Zaslavsky, and H.-U. Wittchen, “Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood

- disorders in the United States.,” *Int. J. Methods Psychiatr. Res.*, vol. 21, no. 3, pp. 169–184, Sep. 2012, doi: 10.1002/mpr.1359.
- [20] J. B. Cole *et al.*, “A Prospective Observational Study of Patients Receiving Intravenous and Intramuscular Olanzapine in the Emergency Department,” *Ann. Emerg. Med.*, vol. 69, no. 3, pp. 327–336.e2, 2017, doi: 10.1016/j.annemergmed.2016.08.008.
- [21] S. S. Dubb, “It doesn’t ‘come with the job’: violence against doctors at work must stop.,” *BMJ*, vol. 350, p. h2780, May 2015, doi: 10.1136/bmj.h2780.
- [22] N. Magnavita and T. Heponiemi, “Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study.,” *BMC Health Serv. Res.*, vol. 12, p. 108, May 2012, doi: 10.1186/1472-6963-12-108.
- [23] T. Pinar *et al.*, “Workplace Violence in the Health Sector in Turkey: A National Study.,” *J. Interpers. Violence*, vol. 32, no. 15, pp. 2345–2365, Aug. 2017, doi: 10.1177/0886260515591976.
- [24] H. Omar, R. Yue, A. Amen, T. Kowalenko, and B. L. Walters, “Reassessment of violence toward emergency medicine physicians in Michigan,” *Am. J. Emerg. Med.*, no. xxxx, pp. 2018–2019, 2019, doi: 10.1016/j.ajem.2019.158427.
- [25] M. A. Benitez-Rosario, M. Castillo-Padros, B. Garrido-Bernet, T. Gonzalez-Guillermo, L. P. Martinez-Castillo, and A. Gonzalez, “Appropriateness and reliability testing of the modified Richmond Agitation-Sedation Scale in Spanish patients with advanced cancer.,” *J. Pain Symptom Manage.*, vol. 45, no. 6, pp. 1112–1119, Jun. 2013, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.05.015.
- [26] U. Barandun Schafer, P. Massarotto, A. Lehmann, C. Wehrmuller, R. Spirig, and S. Marsch, “[Translation of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) for use in German Swiss intensive care units].,” *Pflege*, vol. 22, no. 1, pp. 7–17, Feb. 2009, doi: 10.1024/1012-5302.22.1.7.
- [27] M. Almgren, M. Lundmark, and K. Samuelson, “The Richmond Agitation-Sedation Scale: translation and reliability testing in a Swedish intensive care unit.,” *Acta Anaesthesiol. Scand.*, vol. 54, no. 6, pp. 729–735, Jul. 2010, doi: 10.1111/j.1399-6576.2009.02173.x.
- [28] A. Turkmen, A. Altan, N. Turgut, S. Vatansever, and S. Gokkaya, “The correlation between the Richmond agitation-sedation scale and bispectral index during dexmedetomidine sedation.,” *Eur. J. Anaesthesiol.*, vol. 23, no. 4, pp. 300–304, Apr. 2006, doi:

10.1017/S0265021506000081.

- [29] F. Yaman, N. Ozcan, A. Ozcan, C. Kaymak, and H. Basar, “Assesment of correlation between bispectral index and four common sedation scales used in mechanically ventilated patients in ICU.,” *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.*, vol. 16, no. 5, pp. 660–666, May 2012.
- [30] M. K. Pop, K. R. Dervay, M. Dansby, and C. Jones, “Evaluation of Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) in Mechanically Ventilated in the Emergency Department.,” *Adv. Emerg. Nurs. J.*, vol. 40, no. 2, pp. 131–137, 2018, doi: 10.1097/TME.000000000000184.
- [31] M. A. Aslaner *et al.*, “Etiologies and delirium rates of elderly ED patients with acutely altered mental status: a multicenter prospective study,” *Am. J. Emerg. Med.*, vol. 35, no. 1, pp. 71–76, 2017, doi: 10.1016/j.ajem.2016.10.004.
- [32] A. H. Wong *et al.*, “Characteristics and Severity of Agitation Associated With Use of Sedatives and Restraints in the Emergency Department.,” *J. Emerg. Med.*, vol. 57, no. 5, pp. 611–619, Nov. 2019, doi: 10.1016/j.jemermed.2019.07.019.