



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELERİN DELİRYUM YÖNETİMİNE YÖNELİK BİLGİ,  
UYGULAMALARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN  
BELİRLENMESİ**

**Hatice Begüm ÇETİN**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Besti ÜSTÜN**

**İSTANBUL-2018**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELERİN DELİRYUM YÖNETİMİNE YÖNELİK BİLGİ,  
UYGULAMALARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN  
BELİRLENMESİ**

**Hatice Begüm ÇETİN**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Besti ÜSTÜN**

**İSTANBUL-2018**

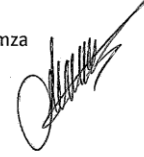
**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı  
Program : Psikiyatri Hemşireliği Programı  
Öğrenci No :134204011  
Öğrenci Adı Soyadı : Hatice Begüm Çetin

Hemşirelerin Deliryum Yönetimine Yönelik Bilgi, Uygulamaları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 28.06.2018 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Dr.Öğr.Üyesi Sebahat Ateş  
( Maltepe Üniversitesi )

İmza



Danışman : Prof.Dr.Besti Üstün  
( Üsküdar Üniversitesi )

İmza



Üye : Dr.Öğr.Üyesi Elçin Babaoğlu  
( Üsküdar Üniversitesi )

İmza



**ONAY**

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir,

**Prof.Dr.Nilgün SARP**  
**Enstitü Müdürü**

# HEMŞİRELERİN DELİRYUM YÖNETİMİNE YÖNELİK BİLGİ, UYGULAMALARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

## ÖZET

Bu çalışma hemşirelerin deliryum yönetimine yönelik bilgi, uygulamaları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemini bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yoğun bakım ünitelerinde çalışan 75 hemşire oluşturdu.

Veriler, Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Deliryum Yönetimi Bilgi ve Uygulama Formu ile elde edildi. Veriler değerlendirilirken, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı.

Hemşirelerin % 85.3'ünün deliryuma yönelik bilgi aldığı, %15.8'inin deliryumu tanılamak için Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği kullandıkları, %84.2'sinin Genel Klinik Muayene ile deliryumu tanıladıkları belirlendi. Hemşirelerin çoğunluğunun (%92) deliryumun tanımını bildikleri, hemşirelerin yarıya yakınının (%48) deliryumun alt tiplerini oluşturan hiperaktif, hipoaktif ve miks tip deliryumu ve hemşirelerin yaklaşık yarısından fazlasının (%69.3) deliryum ile demans arasındaki farkı ve %77.3'ü deliryuma neden olan tıbbi durumları bilmedikleri saptandı.

Hemşirelerin deliryum yönetimine ilişkin bilgi puanları iyi değerlendirilirken, uygulama puanları zayıf olarak değerlendirildi. Dahiliye yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışanlara göre ileri düzeyde anlamlı çıktı ( $p=0,000$ ). Deliryuma ilişkin bilgi alanların bilgi puan ortalaması ( $p=0,002$ ), almayanlara göre ileri düzeyde farklı bulundu ( $p=0,019$ ).

Hemşirelerin yarıdan fazlasının anketten verilen vakaya yönelik uygun hemşirelik tanısı ve tanımlara uygun yaklaşımı belirleyemedikleri saptandı. Hemşirelerin hastalar üzerinde ara sıra yaptıkları uygulamalar ilaç kullanımı ve fiziksel kısıtlamadan kaçınmak, yakınlarının bakım ve beslenmeye katılım sağlamak, deliryuma ilişkin hasta yakınına bilgi vermek ve erken mobilizasyonu sağlamak olarak belirlendi.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda, yoğun bakım ünitelerinde çalışan tüm hemşirelere deliryum yönetimine yönelik eğitim ve uygulamalara yer verilmesi önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Deliryum, deliryum yönetimi, hemşirelik

# **DEFINING THE KNOWLEDGE AND PRACTICE AND THE FACTORS WHICH INFLUENCED DELIRIUM MANAGEMENT OF THE NURSES**

## **ABSTRACT**

This study is made as a depictor to define the knowledge and practice of the nurses and the influencing factors regarding delirium management. The sample of the research consists of 75 nurses who work in intensive care units of a Training and Research Hospital.

The data are obtained from Descriptive Information Form of Nurses and Delirium Management Information and Practice Form. Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Pearson correlation tests are used when evaluating the data.

It is defined that 85.3% of the nurses have taken education for delirium, 15.8% have used Confusion Assessment Method for The Intensive Care Unit and %84.2 have used General Clinical Examination to identify delirium. It is determined that most of the nurses (92%) know the definition of delirium, nearly half of the nurses (48%) don't know the sub-types of delirium which are hyperactive, hypoactive and mixed type delirium and more than half of the nurses (69.3%) don't know the difference between delirium and dementia and 77.3% of them don't know the medical conditions that cause delirium.

While the scores of nurses regarding their knowledge on delirium management are evaluated as good, their scores regarding the practice are evaluated as weak. The scores of the nurses working in internal medicine intensive care units are found to be significantly different on an advanced level than the nurses who work in surgical intensive care units ( $p=0,000$ ). In terms of their knowledge on delirium, the average score of the nurses who have taken delirium training are found to be different on an advance level ( $p=0,002$ ) than those who didn't get training ( $p=0,019$ ).

It is determined that more than half of the nurses didn't define the appropriate approach to proper nursing identifications directed at the case that is given in the survey. The practices that the nurses carry into occasionally are avoiding medication usage and physical restraint, participating in the nursing and nurturing of the patients' relatives', informing them about delirium and providing early mobilization.

In line with the findings obtained from the research, it is suggested that training and practice regarding delirium management should be provided to all of the nurses working in the intensive care units.

**Keywords:** Delirium, delirium management, nursing

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, her zor anımda yoluma ışık tutan çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Besti ÜSTÜN başta olmak üzere, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Başkanı Prof. Dr. Selma DOĞAN hocama, beni hiçbir konuda yalnız bırakmayan, yaşamım boyunca beni her konuda destekleyen, her an sabır ve sonsuz anlayışla yaklaşan ve bana her zaman inanan, çok değerli babam Ahmet ÇETİN, annem Hülya ÇETİN, kardeşim Pınar ÇETİN'e, tez çalışma sürecimin başından sonuna kadar bana olan sevgi, saygı ve anlayışını eksiltmeden beni dinleyen ve sakinleştiren sevgili dostum Deniz KAKCIĞAZ'a :

Sonsuz teşekkür ederim.



## BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Hatice Begüm ÇETİN

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET .....</b>	<b>i</b>
<b>ABSTARCT.....</b>	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>iv</b>
<b>BEYAN.....</b>	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>vi</b>
<b>TABLolar DİZİNİ.....</b>	<b>viii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ.....</b>	<b>ix</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....</b>	<b>x</b>
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Deliryum.....	5
2.1.1. Deliryum Tanımı ve Tarihçe.....	5
2.1.2. Epidemiyoloji.....	6
2.1.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri.....	8
2.1.4. Deliryumun Patofizyolojisi.....	11
2.1.5. Deliryumun Tanı ve Değerlendirme Araçları.....	12
2.1.6. Deliryumun Tipleri ve Prognozu.....	15
2.1.7. Subsendromal Deliryum.....	18
2.1.8. Deliryumun Ayırıcı Tanısı.....	19
2.1.9. Deliryumun Önlenmesi, Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı.....	20
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>25</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yeri.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25

3.4. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	25
3.4.1. Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri.....	25
3.4.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri.....	25
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	26
3.5.1. Hemşireleri Tanımlayıcı Bilgi Formu.....	26
3.5.2. Deliryum Yönetimi Bilgi ve Uygulama Formu.....	26
3.6. Verilerin Toplanması.....	27
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.8. Araştırmanın Etiği.....	27
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>28</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>38</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>43</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>45</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>56</b>
<b>EK-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF).....</b>	<b>56</b>
<b>EK-2 HEMŞİRELERİ TANIMLAYICI BİLGİ FORMU.....</b>	<b>58</b>
<b>EK-3 DELİRYUM YÖNETİMİ BİLGİ VE UYGULAMA FORMU.....</b>	<b>60</b>

## **TABLolar DİZİNİ**

<b>Tablo 4.1.</b> Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	29
<b>Tablo 4.2.</b> Hemşirelerin Deliryum Yönetimine Yönelik Bilgi ve Uygulama Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	30
<b>Tablo 4.3.</b> Deliryum Yönetimine Yönelik Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamaları.....	32
<b>Tablo 4.4.</b> Hemşirelerin Deliryum Bakımına Yönelik Yaptıkları Uygulamaların Sıklık Dağılımı.....	33
<b>Tablo 4.5.</b> Deliryum Yönetimine Yönelik Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri İle Karşılaştırılması.....	34
<b>Tablo 4.6.</b> Deliryum Yönetimine Yönelik Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Eğitim Durumu ve Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması.....	36

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Potansiyel Olarak Değiştirilebilir ve Değiştirilemez Risk Faktörleri.....	10
Şekil 2. Deliryum için DSM-V Tanı Kriterleri.....	12
Şekil 3. Deliryum ve Demansın Ayırıcı Belirtileri.....	19



## **SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

<b>APA:</b>	American Psychology Association
<b>CIWA-Ar:</b>	Clinical Withdrawal Assessment for Alcohol
<b>CRP:</b>	C-reaktif protein
<b>CAM-ICU:</b>	Confusion Assesment Method for Intensive Care Unit
<b>DDS:</b>	Delirium Detection Score
<b>DSM:</b>	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders
<b>GABA:</b>	Gamma-aminobutirik asit
<b>ICDSC:</b>	Intensive Care Delirium Screening Checklist
<b>IV:</b>	İntravenöz
<b>NANDA:</b>	North American Nursing Diagnosis Association
<b>NMS:</b>	Nöroleptik Malign Sendrom
<b>Nu-DESC:</b>	The Nursing Delirium Screening Scale
<b>SPSS:</b>	Statistical Package of Social Science
<b>YBÜ-KDÖ:</b>	Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği

# HEMŞİRELERİN DELİRYUM YÖNETİMİNE YÖNELİK BİLGİ, UYGULAMALARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

## 1.GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri, yaşamsal fonksiyonları risk altında olan olan kritik hastalara, risk faktörlerini en aza indirmek ve yaşamsal fonksiyonlarını spontan bir şekilde devam ettirmelerine yönelik hizmet veren özellikli birimlerdir. Yoğun bakım ünitelerinde, hastadan ya da birimden kaynaklanan faktörler hastanın sağlık durumunda değişikliklere neden olabilmektedir. Bu değişimler sonucunda yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda en sık görülen problemlerden biri deliryumdur.

Deliryum; akut bir şekilde başlayan, kognitif yetilerin bozulması, bilinç durumunda farklılıklarla birlikte dikkat bozuklukları, artmış ya da azalmış psikomotor aktivite ve uyku-uyanıklık döngüsünün düzensizliği ile karakterize geçici, doğal bir mental durumdur (Akıncı ve Şahin 2005; Krahe et al. 2006). Deliryumun aynı zamanda yoğun bakım sendromu, yoğun bakım psikozu, akut konfüzyon, akut beyin sendromu gibi farklı terimlerle de ifade edildiği çeşitli kaynaklar yardımıyla saptanmıştır (Akıncı ve ark. 2005 ). Deliryum, hasta yoğun bakımdan çıktıktan sonraki dönemde de devam etme olasılığı olan bir durum olduğu için oldukça önemlidir. Deliryumun belirtileri, görülme sıklığı ve risk faktörleri dikkate alınarak özellikli bir bakım planı ve stratejik planlamalar oluşturulmasıyla hastaların ileri dönemdeki yaşam kalitesinin artmasına yönelik olumlu sonuçlar alınması önemlidir.

Birçok çalışma, hastaneye akut bir şekilde yatan hastada deliryum görülme sıklığını incelemiştir. Deliryumun prevalansı acil servise başvuran hastaların %7-%9.6 , yatan hasta servisine kabul edilen hastalardaki prevalansı %15-%20 ve hastaların %5-%10'u da hastanede kalışı uzadıkça deliryum görülme sıklığı artmaktadır. Cerrahi servisinde yatan hastaların ameliyat sonrası deliryum prevalansı %15-%53 olarak saptanmış, yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum prevalansı ise %70-%87 olarak kayıt edilmiş ve bu verilerle birlikte deliryumun en fazla yoğun bakım ünitelerinde görüldüğü saptanmıştır (Cole 2004; Inouye 2006; Siddiqi et al. 2007).

Yapılan çeşitli araştırmalar deliryumun, herhangi bir tıbbi nedenle hastaneye yatan hemen hemen her hastada görülme riski olduğunu belirtmekle birlikte, bazı hasta gruplarında görülme riskinin daha yüksek olduğu rapor edilmektedir. Bu hasta grupları;

geriatri grubu, kardiyotomi, kalça cerrahisi, organ transplantasyonu geçiren, yanık tedavisi gören, diyaliz tedavisi gören, terminal dönemde olan, demans, HIV enfeksiyonu, kanser gibi hastalıklar nedeniyle tedavi gören ve madde kullanım bozukluğu olan hasta grupları olduğu saptanmıştır (Gagnon et al. 2000; Pisani et al. 2007; Schneider et al. 2002).

Yapılan araştırmalarda yoğun bakım ünitesinde deliryum gelişen hastalarda mortalite ve morbidite oranlarının arttığı, hospitalizasyon sürecinin uzadığı ve tedavi edilmediğinde hastaneden çıktıktan bir süre sonra fonksiyon kayıpları nedeni ile (özellikle dalgalanan bilinç durumu) bu hastaların sürekli bakıma gereksinim duyduğu saptanmıştır (Akıncı ve ark. 2005, Boogaard et al. 2009; Ely et al. 2004; Girard et al. 2008; McNicoll et al. 2005; Rice et al. 2011; Schuurmans et al. 2001).

Deliryum sendromu, yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar için özellikle mortalite yönünden oldukça önemli bir sorun olmasına karşın, genellikle birimde çalışan sağlık ekibi tarafından deliryumla ilgili bir çok şey bilinmesine rağmen, klinik patolojinin yanlış yorumlanıp başka hastalıkların semptomlarıyla karıştırılması, bunun sonucunda da erken dönemde fark edilemediği, geç dönemde fark edilip müdahale edildiği görülmektedir. Yurtdışında yapılan çalışmalar, hemşirelerin, yoğun bakım ünitesinde kalan hastalarda deliryum tanılmasını yeterince yapamadıklarını ve deliryum tanılama araçlarından yararlanma oranlarının oldukça düşük olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin tanılama araçlarını kullanmama nedenlerinin, deliryum riskini tanılamaya ilişkin bilgi eksikliğinin olması, tanılama araçlarının nasıl kullanılması gerektiğinin bilinmemesi ve deliryumu tanılamada yeterli olmadığı düşüncesinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Boogaard et al. 2009; Gaudreau et al. 2005; Irving and Foreman 2006; Rice et al. 2011; Schuurmans et al; 2001, Spronk et al. 2009). Deliryumu tanılama ölçekleri, hastanın entübe olmasının yanında sedasyon halinde olması ya da bilincinin kapalı olması gibi deliryumu tanılamada güçlük yaratan durumlarda doğru ve kolay tanılama yapmaya ve uygun bakımın planlanıp uygulanmasına yardım eder (Bergeron et al. 2001; Devlin et al. 2008; Goodwin et al. 2003).

Zeki (2013), yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin deliryum yönetimi konusunda düşünce ve uygulamalarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yaptığı çalışmada hemşirelerin %59.4'ü deliryumun kısmen tanı konulamayan bir sendrom olduğunu, %66'sı önemli bir sorun olduğunu, %64.2'si yoğun bakımdaki deliryumun



uzun süreli nöropsikolojik hasar ile ilişkilendiğini, %45.3'ü büyük oranda önlenebilir olduğunu düşünmektedir. Ateş (2012), yoğun bakım ünitesinde hemşirelik tanılması ile deliryum riskinin belirlenmesini değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı olarak yaptığı çalışmada hemşirelerin %52,2' sinin deliryumu hastalar için ciddi bir sorun olarak algıladığı, %67,8' inin deliryum risk tanılması yaptığı, tanılamayı hemşirelik süreci kapsamında uygulayan hemşire bulunmadığı, %14,7' sinin deliryum tanılama aracından yararlandığını saptamıştır.

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirenin, takip ettiği hastanın verilerini sistematik ve planlı bir şekilde toplaması sonucunda, hastanın sorununu ortaya koyarak uygun tanılama yöntemi ile bu sorunu değerlendirip girişimlerini uygulaması, ekipteki diğer sağlık çalışanlarıyla etkin bir işbirliği içerisinde olarak hastada gelişen deliryuma yönelik uygun tedavi ve bakım protokolünü yönetmesi oldukça önemlidir. Çünkü deliryum gelişen hastalarda hastanede kalış süresi uzamakta, bunun sonucunda fonksiyonel kapasite azalmakta ve maliyet artmaktadır. Ayrıca kalıcı kognitif bozukluk, bası yaraları, düşme, pnömoni ve mortalite artışı ile sonuçlanabilmekte, sonrasında da hastaların bakımevine yerleştirilme oranları artmaktadır. Hastalarda deliryum görülme oranları tüm dünyada sağlık hizmeti kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Yavuz 2010).

Hastanede yoğun bakım hemşirelerinin deliryumu tanılması ve etkin yönetimi ile ilgili eğitim programları düzenleyebilmek ve rehberler geliştirebilmek için hemşirelerin mevcut bilgi ve uygulamalarının belirlenmesine gereksinim vardır. Araştırmanın yapılacağı hastanede bu verilere ulaşılamadığı için bu çalışma planlanmıştır. Sonuçların eğitim programlarının ve rehberlerin geliştirilmesinde kullanılması beklenmektedir.

**Amaç:** Bu araştırma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin deliryum yönetimine yönelik bilgi, uygulamalarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Araştırma Soruları:**

- 1.Hemşirelerin deliryum yönetimine yönelik bilgi düzeyi nasıldır?
2. Hemşirelerin deliryum yönetimine yönelik uygulamaları nelerdir?
- 3.Hemşirelerin çalışma yılı, yoğun bakımda çalışma süresi, eğitim düzeyi, cinsiyeti, deliryuma yönelik eğitim alma durumu, klinikte deliryum bakım protokolünün varlığı bilgi düzeyi ve uygulamalara ilişkin bilgi düzeyi etkiler mi?
- 4.Hemşireler, çalıştıkları yoğun bakım ünitelerinde deliryuma yönelik tanılama yapıyorlar mı? Hangi tanılama ölçeklerini kullanıyorlar?

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.DELİRYUM

#### 2.1.1.Deliryum Tanımı ve Tarihçe

Yoğun bakım ünitelerinde, ajitasyonun en yaygın nedenlerinden biri olan deliryum sendromu, sistematik bozukluğun nöropsikiyatrik bir belirtisidir (Irwin et al. 2014 ). Yoğun bakım ünitesindeki hastalarda deliryum gelişimi riski yüksektir (Palmieri 2003). Yoğun bakım ünitesindeki deliryum, son zamanlara kadar "Yoğun bakım psikozu" veya "Yoğun bakım sendromu" olarak adlandırılmıştır (Alexander 2009). Deliryumun bir diğer tanımlaması ise American Psychology Association (APA) tarafından yapılmıştır. APA'ya göre deliryum, "öncesinde var olan demans ile daha iyi açıklanamayan, akut bir şekilde gelişip gün içerisinde dalgalanmalar gösteren, algı bozukluğu, bilişsel alanda değişiklikler ve dikkat ile ilişkili yetilerde azalma ile karakterize bilinç değişikliği" olarak da ifade edilmiş ve bu tanımlama da günümüzde kullanılmaktadır.

Deliryum, zihinsel işlevin ani, dalgalanan ve genellikle tersine çevrilebilir bir rahatsızlığıdır. Dikkat eksikliği, yönelim bozukluğu, açık düşünme yeteneği ve uyku-uyanıklık döngüsündeki dalgalanmalar ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlanabilir (Van Ejik et al. 2009). Deliryum ciddi ve çoğu zaman atlanan, saptanamamış bir nöropsikiyatrik bozukluktur. Yaşlı hastalarda veya tıbbi olarak hasta olan, ilaç alarak veya cerrahi prosedürler uygulanan kişilerde sık görülür. Son yıllarda deliryumun tanınmasının önemine dikkat çekilmesine rağmen, birçok olgu primer bakım veren hemşirelerin yanı sıra uzman hekimler tarafından göz ardı edilmekte ya da tanınmamaktadır (Rockwood et al. 1994).

Deliryum, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) tarafından hemşirelik literatüründe "akut konfüzyon" adı altında uzun zamandır yer alan bir hemşirelik tanısıdır. Hemşirelik tanısı olarak akut konfüzyon; "bilinç, dikkat, algılama, bellek oryantasyon, düşünme, uyku uyanıklık döngüsü ve psikomotor davranışta değişken ve küresel bir bozulmanın akut bir şekilde başladığı bir sendromdur" şeklinde açıklanmaktadır (Carpenito-Moyet 2012).

Lipowski (1990) ve Berrios (1981) 'un yaptıkları bir çalışmada, "Deliryum" sözcüğünü ilk önce Celsus tarafından ilk yüzyılda ateş ya da kafa travması sırasında zihinsel bozuklukları (semptom ya da sendrom olarak) tanımlamak için kullandığını

belirtmiştir. Ayrıca Celsus, deliryuma alternatif olarak "Frenit" terimini kullanmıştır. Frenit, daha önce Hipokrat tarafından M.Ö. 500'de ateş, zehirlenme veya kafa travmasına bağlı zihinsel anormalliklerini tanımlamak için kullanmıştır. Ayrıca deliryum hakkındaki mevcut terminolojiyi tanımlamak için kullanılan farklı isimleri yüzünden kafa karıştırıcı olduğunu, ancak deliryumun klinik anlamının yüzyıllar boyunca tutarlı olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Deliryum, çeşitli etiyolojilere sahip bir hastalık olarak kabul edilmesine rağmen, patofizyolojisi belirsizliğini korumaktadır. Bir takım beyin sinir ağı ve yolları söz konusudur. Deliryum, bilinç (uyarılma ve dikkat çekme) ve kognitif alan (bellek, dil, oryantasyon, algılama) dalgalanmalarında hızlı başlangıç ile karakterize bir durumdur (MacLulich. 2013). Akıncı ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı bir çalışmada, deliryum sendromu yerine kullanılan diğer terminolojik kavramlar bu durumun yoğun bakımda yatmanın doğal bir sonucu olduğunu vurgulayarak konunun önemsenmemesine neden olduğundan dolayı, deliryum terminolojisinin tercih edilmesini önermiştir.

Deliryum, herhangi bir nedenle bütün beynin kısa bir sürede yaygın olarak etkilenmesi, bozulması ile ortaya çıkan, bilincin, dikkatin ve diğer kognitif yetilerin ağır derecede bozulduğu bir durumdur. Genellikle birkaç saatten en fazla bir kaç haftaya kadar sürer. Bu süreç boyunca gün içinde bilinçte açılmalar, kapanmalar normaldir. Deliryum başlı başına bir hastalık olarak değil, farklı nedenlere bağlı olarak çıkan akut beyin sendromu olarak tanımlanabilir (Öztürk ve Uluşahin 2015).

### **2.1.2 Epidemiyoloji**

Deliryum ile ilgili bu güne kadar yapılan çeşitli araştırmaların, farklı alanlarda yapılması ve örneklem büyüklüğü, veri toplama süresi, deliryumu ölçme aracı ve deliryum sendromunun tanı kriterlerinin farklı olması gibi bazı bilimsel yöntem sorunları nedeniyle deliryumun görülme oranı ile ilgili elde edilen sonuçlar farklılık göstermiştir ve bu nedenle, genel kliniklerde deliryum görülme sıklığı konusunda kesin bilgi verilememektedir. Ancak yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, deliryum görülme oranının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Tıbbi bir nedenden dolayı hastaneye yatan hastaların %10-30'unda deliryum görülme riski vardır (Schneider et al. 2002).

Deliryum özellikle hastaneye yatırılmış ve geriatrik hasta grubunu kapsayan hastalar arasında yaygın görülen bir durumdur, bunun sonucu olarak da yatan hasta popülasyonunun % 30'unu etkilemektedir (Saxena and Lawley 2009). Siddiqi ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada, tıbbi bir nedenden dolayı hastaneye başvuran hastalarda görülen deliryum prevalansı %10-31, hastaneye yatışı sırasındaki deliryum prevalansı %3-29 olarak saptanmıştır.

Bu risk, yoğun bakım ünitelerinde katlanarak artar ve yoğun bakım ünitelerinde deliryum prevalans oranları %80'e kadar çıkmaktadır (Morandi et al. 2011). Özellikle de cerrahi girişimler sonrası deliryum prevalansının daha yüksek oranlarda seyrettiği kaydedilmiştir (Young et al. 2007). Guenther ve Radtke 'nin (2011) yaptıkları çalışmaya göre cerrahi girişim sonrası hastalarda deliryum prevalansı %10 ile %70 arasında değişmektedir.

Özellikle kardiyotorasik cerrahi geçiren hastalarda, acil durumlarda yapılması zorunlu olan ortopedik cerrahisi (kalça kırığı onarımı), vasküler cerrahi veya katarakt ameliyatları sonrasında hastalarda deliryum sendromu geliştiği gözlenmiştir (Saxena and Lawley 2009). McCusker ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir çalışmada hastalarda gelişen deliryum sendromunun prevalansını %3.4 ile %33.3 arasında tahmin etmişlerdir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, hastanelerde ve hasta popülasyonlarında farklılık göstermiş olsa da genel toplulukta, beklendiği gibi deliryum prevalansının %1-%2 arasında olduğu ifade edilmiştir, aynı zamanda herhangi bir nedenle hastaneye başvuran kişilerin %14-24'ünde görüldüğü, hospitalizasyon süresi arttıkça deliryum görülme sıklığının da %6-56 oranında arttığı ifade edilmektedir (Inouye 2011; Michaud et al. 2007; Popeo 2011.).

Mekanik ventilasyondaki yoğun bakım hastalarında deliryum görülme sıklığı %60-80, entübe olmayan hastalarda %20-50 arasında bildirilmiştir (Fan et al. 2012). Pisani ve arkadaşlarının (2007) yaptığı araştırmada, 10 yoğun bakım hastasının 8'inde deliryum geliştiği saptanmıştır. Ayazoğlu ve arkadaşlarının (2011) açık kalp cerrahisi sonrasında yoğun bakım ünitelerinde takip edilen 65 yaş ve üzeri hastalarda yaptıkları çalışmalarında, deliryum prevalansını %29.5 olarak bulmuşlardır ve açık kalp cerrahisi sonrası geriatrik hasta grubunda görülen deliryum sendromunun multifaktöriyel bir hastalık olduğu kanısına varmışlardır. Oğuz ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada myokard infarktüsü sonrası deliryum görülme oranı % 4.6 olarak bulunmuş ve deliryum görülme insidansının ileri yaş, serum potasyum seviyesi yüksekliği ve kardiyak arrest

ile ilişkili olduğu idda edilmiştir. Onur ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir çalışmada deliryum sendromu için en fazla konsültasyon isteminde bulunan ilk üç servisin iç hastalıkları (%26.1), ortopedi (%11.5) ve göğüs hastalıkları (%10.3) olduğu, deliryum sendromu tanısı alan hastaların da %17.5'inin yoğun bakım servislerinde yatmakta olduğunu belirtilmişlerdir. Ouimet ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları bir araştırmada deliryumun, herhangi bir tıbbi nedenle hastaneye yatan hemen her hastada görülme riski olduğunu, bununla birlikte bazı hasta gruplarında görülme riskini daha yüksek saptamışlardır. Yıldızeli ve arkadaşlarının (2005), postoperatif dönemdeki 432 hasta ile yaptığı bir çalışmada, hastaların %5,32' sinde deliryum geliştiği saptanmıştır. Bucht ve arkadaşlarının (1999) yılında yaptığı bir çalışmada hastanede cerrahi servislerinde yatan hastaların yaklaşık % 15'inin herhangi bir zamanda deliryumu olduğunu ve bu oranın evde bakım hastalarında daha da yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bilge ve arkadaşlarının (2005) postoperatif cerrahi yoğun bakım ünitesinde 24 saat takip edilen hastalarda Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği'ni kullanarak yaptıkları bir çalışmada deliryum insidansını %18.4 olarak saptamışlardır ve bunun sonucunda etkili risk faktörlerinin tanımlanması ve önlenmesinin postoperatif deliryum için primer öneme sahip olduğu kanaatine varmışlardır.

### **2.1.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri**

Çok sayıda kronik hastalığı veya bilişsel alanda bozukluğu olan geriatri grubu hastaların, deliryum sorununu bünyelerinde geliştirmeye daha yatkınken, sağlıklı geriatrik kişilerde, deliryum gelişmesi için birden çok etiyolojik faktör gerekebilmektedir (Yavuz 2010). Deliryum en yaygın olarak ciddi tıbbi, cerrahi veya nörolojik durumu olan kişilerde oluşur. Deliryumu hızlandırdığı bilinen durumlar;

- Sistemik enfeksiyonlar
- Ateşli hastalıklar
- Metabolik bozukluklar (hipoksi, hipoglisemi gibi)
- Hepatik ensefalopati
- Kafa travması
- Nöbetler
- Migren ağrıları
- İnme
- Ameliyat sonrası durumlar
- Elektrolit dengesizliği

şeklinde sıralanabilir (Black and Andreasen 2011; Bourgeois et al.2008; Sadock and Sadock 2007).

Deliryum etyolojisi multifaktöriyeldir; genellikle predispozan (yatkınlık gösteren) faktörlere sahip hastada, presipite eden (başlatan) faktörlerin eklenmesi ve predispoze ve presipite eden faktörlerin etkileşimi sonucu oluşur. Predispozan faktörler, hastayı bulunduğu durumdan daha savunmasız hale getirir, presipitan faktörler ise hastada deliryumun gelişimine ve deliryum sendromunun tetiklenmesine akut olarak zemin hazırlar (CCSMH 2006; Halil 2007).

En sık görülen predispozan faktörler ; ileri yaş, erkek cinsiyet, önceden var olan demans ve depresyon varlığı, görme ve işitme bozukluğu, dehidrasyon, malnütrisyon, ve alkol bağımlılığı olarak sıralanabilir. Predispozan faktörler arasında ileri yaş önemli bir yere sahiptir, bu da başka ciddi bir predispozan faktörü olmayan yaşlı hastalarda bile deliryum sendromu tablosu gelişmesini açıklamaktadır. İleri yaş hastalarda altta yatan hastalıkların çokluğu, çoklu ilaç kullanımına neden olmaktadır ve bu grup hastada reçetesiz alınan ilaç sayısı da fazladır. İlaç grubundan bağımsız olarak çoklu ilaç kullanımı (komorbidite) önemli bir risk faktörüdür. Çoklu ilaç kullanımı hem predispoze edici hem de presipite edici faktör olarak deliryum sendromu geliştiren hastada göz ardı edilmemelidir. Presipite edici faktörler olarak; enfeksiyonlar (göğüs enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu vs), elektrolit bozuklukları, ilaçlar (hipnotikler, antikolinergik, antikonvülsan) şiddetli akut hastalıklar (myokard enfarktüsü,kalp yetmezliği vb.), karbonmonoksit zehirlenmesi, böbrek veya karaciğer yetmezliği, vitamin eksikliği (Tiamin, B12) uzun süreli uyku yoksunluğu , hipertermi, hipotermi, hipoksi, hipotansiyon, konstipasyon, metabolik dengesizlikler, cerrahi girişimler (özellikle ortopedi ve kardiyovasküler cerrahi ameliyatları) sıklıkla gözlenmektedir. Önemli predispoze edici faktörlerden olmasına rağmen fiziksel kısıtlamalar ve hospitalizasyon süresinin uzunluğu bazen gözden kaçabilmektedir. Hastaya uygulanan invaziv işlemler ve foley sonda takımı işlemi de deliryum sendromu gelişen her hastada tetikleyici faktörler olarak mutlaka sorgulanmalıdır (Alexander E. 2009; Saxena and Lavley 2009; Yavuz 2010,).

Deliryum gelişimi, çoklu risk faktörlerinin karmaşık bir etkileşimine bağlıdır. Bu faktörler değiştirilebilir ve değiştirilemez faktörler olarak 2'ye ayrılır. Aşağıdaki şekilde bu faktörler belirtilmiştir. (**Şekil 1.**)

**Şekil 1. Potansiyel Olarak Değiştirilebilir ve Değiştirilemez Risk Faktörleri**

<b>Potansiyel Olarak Değiştirilebilir Risk Faktörleri</b>	<b>Potansiyel Olarak Değiştirilemeyen Risk Faktörleri</b>
Duyusal bozukluk (görme veya işitme)	Demans veya bilişsel bozukluk
İmmobilizasyon ( katater varlığı )	İlerleyen yaş (özellikle 65 yaş ve üstü )
İlaçlar (sedatif hipnotikler,narkotikler,antikolinerjik ilaçlar, kortikosteroidler)	Deliryum , felç, nörolojik hastalık, düşme ya da yürüme bozukluğu öyküsünün varlığı
Akut nörolojik hastalıklar (akut inme,intrakranyal kanama, menenjit. ensefalit)	Çoklu komorbidite (iki farklı hastalığın kişide aynı anda bulunması)
Eşlik eden hastalıklar (enfeksiyonlar,iyatrojenik komplikasyonlar, anemi, dehidrasyon,travma, HIV enfeksiyonu)	Erkek cinsiyet
Metabolik bozukluklar	Kronik böbrek veya karaciğer hastalığı
Ameliyat (ortopedi cerrahisi ,kardiyovasküler cerrahi )	
Çevresel faktörler (yoğun bakım ünitesine kabul)	
Ağrı	
Spiritüel distress	
Uyku yoksunluğu	

*Kaynak: Saxena, S., and Lawley, D. (2009). Delirium in the elderly: a clinical review. Postgrad. Med. J. 85, 405–413.*

Deliryum için risk faktörlerinin çoğu değiştirilemez. Bununla birlikte deliryumun erken belirtilerini saptamak ve tedavi etmek için hekimlerin ve hemşirelerin hastaları dikkatli bir şekilde izlemesi ve kendi aralarında farkındalık oluşturmaları oldukça önemlidir. Hastada deliryum sendromunu geliştiren faktörler tanımlanıp uygun tedavi protokolü uygulandığında, prognozu genellikle iyi seyreder. Aksi halde deliryum, kısmen deliryuma yol açan tıbbi koşulların ciddi varlığıyla ilişkili olmasına rağmen, önemli morbidite ve mortaliteyle ilişkilendirilebilir ( Levkoff et al. 1992).



#### 2.1.4. Deliryumun Patofizyolojisi

Deliryumun patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır, ve bu durum farklı patojenik mekanizmalarla ortaya çıkabilir. Mevcut mekanizmalar ilaç toksisitesi, inflamasyonlar ve akut stres yanıtlarının tümü, hastanın deliryum geliştirmesine belirgin bir şekilde katkıda bulunabilir (Fong et al. 2009). Özellikle kolinerjik eksikliğin deliryum oluşumuna katkıda bulunduğu öne sürülmüştür, bunun sonucunda da yapılan bir çalışmada yoğun bakım ünitesinde antikolinerjik ilaç kullanımı ile deliryumun gelişmesi arasında bir ilişki olduğu kanısına varılmıştır (Han et al. 2001; Hshieh et al. 2008). Bir başka hipotez, aşırı dopamin salınımının yanında asetilkolindeki azalmanın deliryum sendromuna neden olabileceğidir. Normalde dopamin nöronların uyarılabilirliğini artırırken, GABA (Gamma-aminobutirik asit) ve asetilkolin azaltmaktadır. Bu dengede bozukluk olduğunda nöronal stabilite de bozulur. Genel olarak deliryum sendromuna, dopamin nörotransmitterlerindeki uyarılabilirliğin artışı ve asetilkolin uyarılabilirliğinde de yetersizliğe neden olmaktadır (Mast R.C. 2000; Tepper et al. 2000; Van Mook et al. 2002).

Deliryum patofizyolojisinden birden çok nörotransmitterin etkili rol oynadığı düşünülmektedir. Bunlar içinde en çok rol oynayan nörotransmitterler; Asetilkolinin azalması (antikolinerjik ilaçlar, kolinerjik uyarıda azalma), Serotonin, Dopamin seviyesinin artışı, GABA (hepatik ensefalopati, glutamin ve glutamat yüksekliği),  $\beta$  endorfinde azalma (glukokortikoidler sebep olabilir) ve Histamin (antihistaminikler) olarak sıralanabilir (Halil 2007).

Biyolojik belirteçler ve beyin görüntüleme deliryumun patofizyolojisini anlamamıza katkıda bulunabilecek iki yeni araştırma alanıdır. Deliryumla ilişkili biyolojik belirteçlerin oluşturulması, kritik hastalarda erken tanı ve risk katmanlandırması için yararlı olabilir. Örneğin, artmış prokalsitonin ve C-reaktif protein (CRP) seviyeleri, uzamış deliryum ve komadan bağımsız geçen günlerle ilişkilidir. Bu nedenle, bu işaretlerin deliryumun patofizyolojisini anlamada umut verici bir rolü olduğu düşünülmektedir. CRP, kan beyin bariyerini bozmak, akut beyin fonksiyon bozukluğuna neden olan ve sonunda deliryum olarak ortaya çıkabilecek reaktif oksijen türlerinin oluşumu ile ilişkilidir. (Ali et al. 2011; Van Ejik et al. 2010).

### 2.1.5. Deliryum Tanı ve Değerlendirme Araçları

Deliryum değerlendirmesinde en önemli nokta detaylı hikaye, fizik, nörolojik muayene ve mental durum muayenesi ile hastanın mevcut esasi durumunda bir değişiklik olup olmadığının anlaşılmasıdır. Deliryum tanısında bu sendromun belirtilerinin ortaya konulması ve deliryuma neden olan faktörün veya faktörlerin saptanması gerekir. Sendromun tanısı daha önce belirtilen klinik özellikler ve DSM- V (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders) 'deki tanı kriterleri göz önünde tutularak yapılır. Hastanın kognitif fonksiyonu ve dikkati ayrıntılı bir şekilde muayene edilir (Eker 1999; Kaya ve ark. 2013). Aşağıdaki şekilde deliryuma ilişkin DSM-V tanı kriterleri verilmiştir (Şekil 2.) .

**Şekil 2. Deliryum için DSM-V Tanı Kriterleri.**

<b>Deliryum için DSM-V Tanı Kriterleri:</b>
A. Dikkat bozukluğu ( dikkati yönlendirme, odaklama, sürdürmede ve dikkati başka bir yöne çekme yeteneğinde azalma) ve çevreye karşı var olan oryantasyon farkındalığının azalması
B. Bu bozukluğun kısa bir süre içinde (genellikle birkaç saat ila birkaç gün arasında) gelişmesiyle temel dikkat ve farkındalığın şiddetinde azalma eğilimi
C. Kognitif alanda bozulma (hafıza eksikliği, oryantasyon bozukluğu, dil, görsel-mekansal algılama ve yapılandırma yeteneği ya da algılamada bozulmalar)
D. A ve C maddesindeki değişimler, bilinen veya altta yatan bir nörokognitif bozukluklar ve koma gibi ciddi azalmış uyanıklık durumları ile ilgili olmamalı
E. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde bu bozukluğun genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerinin sonucuna bağlı, madde zehirlenmesi, yoksunluğu veya birden fazla etiyolojiye bağlı olduğuna ilişkin kanıtların olması

*Kaynak: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013*

Yoğun bakım ünitelerinde deliryumun değerlendirilmesinde kullanılabilecek beş temel ölçek bulunmaktadır. Bunlar Confusion Assesment Method for Intensive Care Unit (Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği) (CAM-ICU, YBÜ-KDÖ), Yoğun Bakım Deliryum Tarama Kontrol Listesi (Intensive Care Delirium Screening Checklist-ICDSC), NEECHAM Konfüzyon Skalası (The NEECHAM Confusion Scale), Hemşirelik Deliryum Tarama Skalası (The Nursing Delirium Screening Scale-The Nu-DESC) ve Deliryum Saptama Skoru'dur (Delirium Detection Score-DDS) (İnouye et al. 1990; Otter et al. 2005).

### **2.1.5.1. Confusion Assesment Method for Intensive Care Unit (Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği) (CAM-ICU, YBÜ-KDÖ)**

Konfüzyon değerlendirme ölçeği (CAM) DSM-IV tanı ölçütlerinde yer alan deliryum tanımı esas alınarak Inouye tarafından deliryumun nöropsikiyatristler tarafından değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir (Inouye et al. 1990). CAM-ICU'nun kullanımı, güvenilirliği ve geçerliliği kanıtlanmıştır ve ilk kez Inouye tarafından kullanılmıştır. CAM-ICU ölçeği akut mental durum değişikliği ve dalgalanma seyri, dikkat eksikliği, dağınık düşünce ve bilinç düzeyi değişimine değinmektedir (Fan et al. 2012). CAM-ICU'nun orijinal geçerlik çalışmasında sensitivitesinin %95, spesifitesinin %98 olduğu rapor edilmiştir. CAM-ICU'nun en önemli katkısı, hastanın deliryumu değerlendirmek için kendini sözel ifade etmesine bağlı olmamasıdır. Bu nedenle, CAM-ICU, endotrakeal tüplerle kendisini ifade edemeyen hastalar için avantajlıdır (Fan et al. 2012).

### **2.1.5.2. Nu-DESC (The Nursing Delirium Screening Scale)**

Gaudreau ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen Nu-DESC, rutin bakım ve klinik pratikte kolayca entegre olabilen bir deliryum tarama ölçeğidir. Bu puanlama sistemi büyük oranda Konfüzyon Derecelendirme Ölçeği temel alınarak geliştirilmiştir. Ancak NuDESC, Konfüzyon Derecelendirme Ölçeği'nin dört maddesine ek olarak, beşinci bir maddeden oluşan beş maddelik bir ölçektir (Lütz et al. 2008). Beşinci ana bileşen olan psikomotor geriliğin yanı sıra Nu-DESC puanlama sisteminin birkaç alt bileşeni eklenmesiyle DSM-IV'e bir miktar benzerlik kazanmıştır (Fan et al.2012). Nu-DESC, %86 sensitiveye ve %87 spesifiteye sahiptir ve ayrıca deliryum için gözlemsel bir tarama ölçeği olduğundan doğrudan hasta katılımını gerektirmez ve sadece 1-2 dakika içinde hemşireler tarafından uygulanabilir (Gaudreau et al. 2005; Fan et al. 2012).

### **2.1.5.3. NEECHAM Konfüzyon Skalası (The Neelon and Champagne-NEECHAM-Confusion Scale)**

Bu skala, dokuz maddeden ve bunların oluşturduğu üç alt boyuttan oluşur. Toplam olası skor 0 ile 30 arasında puan alır ve bu puan 4 kategoride değerlendirilir. Toplam puanı 19 veya daha az ise ciddi konfüzyon ve/veya deliryum, 20-24 arasındaysa

hafif veya erken dönem konfüzyon ve/veya deliryum, 25-26 arasındaysa konfüzyon ve/veya deliryum riski, 27-30 arasında ise konfüzyon ve/veya deliryum riski yok olarak kabul edilir,bunun sonucunda da karışıklığa yol açma riski yüksektir. NEECHAM ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlikleri işlenme davranışı öğeleri için %67 ila %91 arasında değişirken, yaşamsal işlev ve oksijen öğeleri için korelasyonlar %32 ve %37 arasındadır (Neelon et al. 1997).

NEECHAM skalası, hastanede yatan hastalarda, özellikle erken evrede, akut konfüzyonun değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçektir. Bu ölçek, hastaların rutin klinik değerlendirmeleri sırasında elde edilen verilerle puanlanabilir ve akut konfüzyon şiddetinde değişiklikler tespit edildiği için test sık aralıklarla tekrar edilebilir. NEECHAM ölçeği tanı aracı olarak değil hemşire tarama ve değerlendirmesi olarak geliştirilmiştir. Bu ölçek, hemşirelerin günlük gözlem becerilerini ve yoğun bakım ünitesinde hastanın 24 saatlik izlemine kullanmaktadır. Hemşireler olası bir deliryumun erken dönemde tanınmasını sağlayarak tedavinin mümkün olması ve davranışın engellenebilmesine olanak tanır.Fakat NEECHAM'ın kullanımı kolay değildir; dokuz madde de dahil olmak üzere üç seviyeden oluşmaktadır ve karmaşıklığı nedeniyle hemşireler için yanlış anlamaya neden olabilir (Fan et al. 2012).

#### **2.1.5.4. DDS (Delirium Detection Score)**

DDS, Clinical Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar)' den modifiye edilmiştir ve ajitasyon, kaygı, halüsinasyon, oryantasyon, nöbetler, tremor, paroksizmal terleme ve değişen uyku ritmini değerlendirmek üzere sekiz kriterden oluşur. DDS'nin sensitivitesi % 69 , spesifitesi % 75 olarak saptanmıştır (Fan et al. 2012; Otter et al. 2005). DDS şiddetli deliryumu algılamak için uyarlanmış bir ölçektir. Deliryumun ciddiyetini değerlendirmek için çeşitli kriterleri dikkate alır ve bununla birlikte semptom odaklı tedavi planını kolaylıkla başlatmaya yardımcı olabilir. Bu nedenle DDS, semptomatik yoğun bakımda yatan hastalarının yönetimine rehberlik etmeye yardımcı olabilir ve ilaç kullanımı için öngördürücüdür ancak hipoaktif deliryumda psikomotor retardasyon nedeniyle kullanılamamaktadır (Fan et al. 2012).

### **2.1.5.5. ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist)**

ICDSC, Bergeron ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilen, deliryumun DSM-IV kriter özelliklerine dayanılarak geliştirilen sekiz maddelik bir kontrol listesi ölçөгüdür. İlk dört tarama unsuru doğrudan ilk iki DSM-IV tanı kriterlerine karşılık gelir. sensitivesi % 99, spesifitesi %64'dür. ICDSC puanlama sistemi, yoğun bakım ünitesinde deliryumun erken ve sistematik şekilde taranmasında yararlı olabilecek, 24 saatlik bir gözlem aralığı üzerinden uygulanan kullanımı oldukça kolay bir kontrol listesidir. Ölçeğin kullanım kolaylığı, yüksek hassasiyetinin oluşu, güvenilirliği; tamamlanma hızı, ve birçok öğenin hemşireler tarafından hemşirelik bakımı sürecine katkı sağlayıcı olması gibi avantajlara sahiptir. Tüm yoğun bakım ünitesinde yatan hastalara kısa sürede uygulanabilir. Bu nedenle, hemşireler bu ölçeği daha çok tercih etmektedir (Bergeron et al. 2001; Fan et al. 2012).

### **2.1.6. Deliryumun Tipleri ve Prognozu**

Deliryum, değerlendirme sürecini etkileyen, yanlış tanı konmasına veya tanı konULamamasına neden olan çeşitli evrelere sahiptir (Mauk 2014). Deliryumun klinik görünümü değişkendir, ancak temelinde genel olarak üç alt tipi mevcuttur; hiperaktif deliryum, hipoaktif deliryum ve miks deliryum (Fong et al. 2009).

#### **Hiperaktif (hiperalert ) Deliryum:**

Hastalar arasında en çok görülen ve kolaylıkla farkedilen tipidir. Hastalar üzerinde antikolinergik ilaçların etkileri, ilaç zehirlenmeleri (benzodiazepinler) ve madde yoksunluklarında görülür. Karakteristik olarak hastalarda ajitasyon, huzursuzluk, psikomotor aktivitesinde artış ve bazı psikotik davranışlar (oryantasyon bozukluğ sanrılar, varsanılar) görülür. Hasta uyarılara karşı aşırı hassastır. Tedaviyi reddetme eğilimi ya da tedavi esnasında direnç gösterip eksitasyon durumu, yıkıcı davranışlar (kataterleri çıkarma ve düşme eğilimi) mevcuttur. Grover ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları bir çalışmada, hiperaktif deliryum seviyesinin %50.1, hipoaktif deliryum seviyesinin %19.9, miks tip deliryum seviyesinin %24.6, %5.4'ünün de bu üç alt tipten herhangi birinin kriterlerini karşılamadığını bulmuşlardır. Peterson ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları bir çalışmada hiperaktif deliryum seviyesi %54.9, hipoaktif deliryum

seviyesini %43.5, miks tip deliryum seviyesini %2'den az olarak saptamışlardır. Bu nedenle, bu alt tip en kolay tanımlanmaktadır (Fong et al. 2009; Morandi et al. 2011; Saxena and Lawley 2009).

### **Hipoaktif ( laterjik, hipoalert) Deliryum:**

Hipoaktif deliryum sendromu, hiperaktif deliryuma göre farklı belirtiler ve semptomlar gösterir. En fazla geriatri hasta grubunda görülür, önemsiz bir sorun olarak görülür ve çoğunlukla depresyonla karıştırılır. Hipoaktif deliryum formu minimal psikomotor aktiviteler ile karakterize olduğu için genellikle gözden kaçırılır ve tanımlanamaz. Hiperaktif deliryumdan daha sık görülen, komayı taklit eden deliryum tipidir. Uyku hali, yüzeysel konuşma şekli, uyuşukluk ve dikkatsizlik en çok dikkat çeken özellikleridir (Fong et al. 2009; Saxena and Lawley 2009). Khurana ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir çalışmada geriatrik hasta grubunda hipoaktif deliryum görülme prevalansını %65 olarak bildirmiştir.

### **Miks tip (karma) deliryum:**

Aktivite ve psikomotor davranışa göre, üçüncü bir alt tip olarak kabul edilen miks tip deliryum hiperaktif ve hipoaktif deliryumun özelliklerinin birlikte görüldüğü deliryumun alt tipidir ve önceden tahmin edilemeyen dalgalanmalarla karakterizedir (Fan et al. 2012). Genellikle gün içinde uyku hali, gece ise huzursuzluk ve uykusuzlukla kendini gösterir. Bununla birlikte kişinin hiperaktif ya da hipoaktif deliryum arasında dalgalanan davranışlar göstermesi ile de tanınabilir (Mauk 2014).

Yaşlanan nüfus artışı yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hasta sayısının artmasına neden olmuştur. Bu da, hastalığın şiddeti ile orantılı şekilde artan deliryum sendromu prevalansında bir artışa neden olmuştur (Van Eijk et al. 2008). Özellikle hipoaktif deliryum, deliryumun en kötü klinik prognozuyla ilişkilidir. Bu hastalar, aspirasyon, nozokomiyal pnömoni, dekübit ülseri ve venöz tromboembolik hastalık gibi uzun süren mekanik ventilasyon ve buna bağlı komplikasyonlar açısından daha fazla risk altındadır (Seeling and Heymann 2009).

Hipoaktif deliryumun aksine, hiperaktif deliryumda hastaların davranışları, dalgalanan bilinç durumu ve korku gibi belirtilerle hastanın tedaviyi reddetmesi ve bununla birlikte yıkıcı davranışları sergilemesine neden olur (Devlin et al. 2008). Tipik

olarak, deliryum yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların mental durumlarını, hastalıklarına yönelik tedavi etmek için gereken bakım protokollerinin amacını anlayamayacak derecede değiştirir (Jackson et al. 2012).

Bazı hastalarda deliryumun başlamasından önce subklinik deliryum (klinik belirtiler vermeyen) veya prodromal (ilk belirti) bulgular olabilir. Bu bulgulara örnek huzursuzluk, yerinde duramama, iritabilite, dikkat dağınıklığı, uyku bozukluğu olarak verilebilir. Prodromal bulgulardan sonra 1-3 gün içinde deliryum tablosu ortaya çıkabilir. Deliryum tablosu genellikle 3-5 gün arasında sürmekle birlikte bu süre kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Çoğu kez ilk belirtileri geceleri görülür. Vakaların çoğunda 1 ile 4 hafta içinde tamamen iyileşme gözlenir, bunun sonucunda deliryumun erken tanınmasının, hekimlerin deliryuma neden olan tıbbi bozuklukların tanı ve tedavisine odaklanmaları, prognozu iyileştiren en önemli faktördür. (Eker 1999; Özkan ve Özkan 2009; Türkcan 2011).

Irwin ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada yoğun bakım ünitelerinde taburculuktan hemen sonra %73, taburculuktan bir yıl sonra %46, taburculuktan iki yıl sonra %47 oranında uzun süreli bilişsel bozukluk geliştiği bildirilmiştir. Yoğun bakım ünitesinden mekanik ventilasyona ihtiyaç duyan hastaların %32'sinin, taburculuktan sonra altı aylık takiplerinde bilişsel bozulma yaşadıkları bildirilmektedir.

Deliryum, belirti ve bulguları, nedenleri ortadan kaldırılmadığı ve uygun tedavi protokolleri uygulanmadığı sürece ne yazık ki kalıcıdır. Eğer altta yatan faktörler kısa sürede belirlenmiş ve tedavi edilmişse, bu hastalarda kısa sürede iyileşme gözlenebilmektedir (Eker 1999; Tatal ve Babayiğit 2014).

Deliryum, hekimler ve hemşireler tarafından tanınmayıp tedavi edilmezse; morbidite, mortalite oranı yüksek olduğundan ve çoğu zaman uygulanan uygun tedaviye rağmen kalıcı izler bırakabilir. Birçok deliryumlu hasta vakasında geçici nörolojik komplikasyonlar ve nöropsikolojik bozukluklar görülür; %5 olguda bu bozukluklar geri dönüşümsüz ve kalıcı hasar bırakır. Genel tıbbi bir hastalığı olanlarda deliryumun oluşturduğu mortalite oranı artar. Hastanede yatış süresince deliryum gelişen geriatrik grubu hastalarda ölüm oranı %22-76 arasındadır. Hastanede yatış süresince deliryumu olan hastalarda, taburculuktan sonraki 1 ay içinde de ölüm sıklığı oldukça yüksektir. Deliryum gelişen hastaların %25'i 6 ay içinde ölmektedir; ayrıca tanıyı izleyen 3 ay

içindeki mortalite oranı duygulanım bozukluğu olan hastalardan 14 kat daha yüksektir (Kırkpınar 2009; Türkcan 2011).

### **2.1.7. Subsendromal Deliryum**

DSM-IV gibi iyi tanıtilmiş tanı ölçütlerinin yayınlanmasından ve CAM-ICU gibi onaylanmış ölçeklerin yapılmasından bu yana deliryumun alt tipi olarak tanımlanan subsendromal deliryum çeşidi ortaya çıkmıştır (Voyer et al. 2009). Bu durum, deliryum için tam tanı kriterlerini karşılamayan ve deliryuma ilerlemenin gerçekleşmediği bir veya birden fazla semptomun varlığı olarak tanımlanmıştır. Ana belirtileri dikkatsizlik, dalgalı bilinç düzeyi, oryantasyon ve algı bozuklukları olarak bildirilmiştir (Cole et al. 2003; Levkoff et al. 1996;). Subsendromal deliryuma klinik başka bir perspektiften bakıldığında DSM-IV'ün tanı kriterlerine karşıt olarak subsendromal deliryumu konfüzyon seviyesini hafif, orta ve şiddetli olarak değerlendirmişlerdir (Watt et al. 2012)

Subsendromal deliryumun, hastaneye yatırılan geriatric hasta grubunun % 21-76'sında görüldüğü bildirilmiştir, ayrıca yoğun bakım ünitelerindeki yaygınlığı % 30-50 olarak bildirilmiştir (Cole et al. 2008; Ouimet et al 2007). Breau ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada, kardiyak cerrahi sonrası hastalarda görülen erken başlangıçlı subsendromal deliryumun prevalansı %34 olarak kaydedilmiştir. Cole ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu bir çalışmada, 104 hastanın 68'inde 6 aylık gözlem sırasında subsendromal deliryumun geliştiğini bulmuştur. Subsendromal deliryum için risk faktörleri; ileri yaş, demans ve şiddetli hastalık olarak sıralanır. Ayrıca, bu durum hastalarda daha düşük bilişsel ve işlevsel düzey, hospitalizasyon süresinin uzaması ve taburcu sonrası hayatta kalmayı azaltmak gibi kötü sonuçlarla da ilişkilendirilmiştir (Cole et al. 2003). Bu nedenle, subsendromal deliryum tablosu gelişen hastalardan en iyi sonucu elde etmek için deliryum yönetimi doğrultusunda tanımlama ve klinik dikkat gerektirdiği saptanmıştır (Levkoff et al. 1996).



### 2.1.8. Deliryumun Ayırıcı Tanısı

Deliryum ile en sık karıştırılan sorun demanstır, bunun sonucunda da deliryum demansa gidebileceği gibi, mevcut demans üzerine de deliryum eklenebilmektedir (Tarlacı 2004). Genel olarak, deliryum için mortalite oranı başlangıçtan sonraki 1 ay içinde %25 ile %33 arasındadır. Deliryum, demansta sık görülen bir hastalıktır ve hastaneye yatmış demans hastalarının yaklaşık üçte birinde deliryum görülme ihtimali yüksektir. En çok yönelim bozukluğu ve yakın bellekteki sorunlar açısından bu iki hastalık karıştırılabilir. Deliryum tablosunun hızla ortaya çıkması ve dikkatin deliryumda demansa göre daha belirgin dalgalanmalar göstermesi ayırıcı tanıda önemlidir. İnmeye bağlı vasküler demans haricinde demansın başlangıcı yavaştır (Doksat 2006; Levkoff et al. 1992). Deliryum, demans ve depresyonun ayırıcı belirtileri aşağıdaki şekilde verilmiştir. (Şekil 3.)

**Şekil 3. Deliryum ve Demansın Ayırıcı Belirtileri**

<b>Deliryum</b>	<b>Demans</b>
Hızlı gelişir	Yavaş gelişir
Dikkati büyük oranda etkiler	Önemli derecede hafızayı etkiler
Erken dönemde oryantasyon bozukluğu	Geç dönemde oryantasyon bozukluğu
Bilinçte dalgalanma	Bilinç açık
Erken dönemde halüsinasyon	İleri evrede halüsinasyon
Geri döndürülebilir	Geri döndürülemez
Acil tıbbi değerlendirme ve tedavi gerektirir	Hastalığın etkin yönetilmesi ve tedavi gerektirir

*Kaynak: Halil 2007, Packard RC 2001.*

### 2.1.9. Deliryumun Önlenmesi, Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Deliryum, özellikle yoğun bakım ünitelerinde doktorlar ve hemşireler tarafından karşılaşılan en yaygın sendromlardan biridir, fakat yeterince tanınan ve anlaşılan bir sendrom değildir, bunun sonucunda sıklıkla gözden kaçırılmaktadır. Deliryum risk faktörleri sağlık çalışanları tarafından çok iyi bilinmekte ve bir çok hastada bu durumun önlenmesi imkanının olmasına rağmen, çoğunlukla somut bir eyleme dönüştürülememektedir. Hekimler ve hemşirelerin arasında deliryumun farkındalığının artırılması, deliryumun önlenmesinde etkili olacağı bildirilmiştir (Fan et al. 2012). Bununla birlikte Fan ve arkadaşları (2012), yüksek standartlarda ve kalitede hasta bakımı verilmesi sonucunda hastanın ajitasyonu ve var olan semptomları en aza indirildiğinde, iş doyumunun artacağını öne sürmüşlerdir.

Deliryumun önlenmesindeki en önemli yaklaşım sıklığını ve oluşacak komplikasyonları en aza indirmektir. Çok bileşenli risk faktörlerini azaltmaya yönelik yaklaşımlar da başarılı ve önleyici olabilir. Deliryum ortaya çıktığında, yönetimindeki kilit adımların şunlar olması gerekir:

Hastaya destekleyici bakım sunmak, oluşabilecek komplikasyonları önlemek, ve görülen belirtileri tedavi etmek olarak sıralanabilir. Deliryum tıbbi bir acil durumdur, bu yüzden de önlemlerin erken alınması ve risk faktörlerine göre uygun tedavi yöntemlerinin uygulanması önemlidir (Inouye 2006).

Marcantonio ve arkadaşları (2001), yaşlılarda deliryumu önlemek için oksijen uygulaması, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, ağrının tedavisi, çoklu ilaç kullanımının önlenmesi, bağırsak fonksiyonunun ve beslenmenin düzenlenmesi, erken mobilizasyon ve çevre düzenlemesini içeren geriatrik konsültasyon uygulamalarını standart bakımla karşılaştırdığı çalışmada, müdahale grubunda deliryum sıklığının ve şiddetinin anlamlı şekilde azaldığını saptamışlardır. Schweickert ve arkadaşları (2009), yoğun bakım ünitesinde kalan ventilatöre bağlı hastaları erken mobilize ettikleri çalışmada, müdahale grubundaki hastalarda deliryum ve mekanik ventilasyonda kalma süresinin kısaldığını ve taburculuk sonrası fonksiyonel düzeyin geliştirdiğini bildirmişlerdir.

Sosyal izolasyon ve duyuşsal yoksunluk gibi çevresel faktörlerin yeni bir ortama taşınmanın deliryuma katkıda bulunduğunu ileri sürülmektedir. Bu nedenle, hastanedeyken, hastaların farklı birime veya klinik ortama taşınması, özellikle de kritik

hastalarda deliryum gelişme riskinin daha yüksek olduğu bilinmelidir (McGuire et al. 2010). Çevrenin ve çevredeki nesnelerin yanlış algılanmasını azaltmak için loş ışık kullanımı eklenmesiyle hastanın bulunduğu ortamın sessiz ve optimal koşulda aydınlatılması sağlanmalıdır (Dahlke and Phinney 2008).

Hasta yakınlarının yoğun bakım ünitesine alınması hastaların oryantasyonunda, dolayısıyla deliryumun önlenmesinde; deliryum gelişen hastalarda ise hastaların yeniden oryantasyonunda ve deliryumun çözülmesinde önemlidir. Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hasta yakınlarına hastalarında deliryum gelişebileceği ve bunun nedenleri anlatılmalıdır (Fan et al. 2012) Hemşireler, hastalara deliryumun yönetimine katkı sağlamak için çevreyi yönetmede daha aktif olmalıdırlar. Gürültüyü azaltma ve aydınlatma gibi dikkat unsurlarını içeren birçok destekleyici önlem, hastaları deliryumdan korumakta ve tüm hastalara rutin olarak uygulanmalıdır (Schreier 2010). Fotoğraf, resim, takvim, televizyon, gazete ve radyonun sağlanması, hastaların rahatlamasına ve oryantasyon sağlamasına veya hastaları yeni çevrelere yönlentmelerinde yardımcı olur (Devlin et al. 2011).

Hemşirelerin deliryumun akut başlangıçlı oluşu ve dalgalanan bilinç durumunu dikkate alarak, hastanın başlangıçtaki bilişsel işlevsellik düzeyini ve kognitif alandaki değişimin seyrini belirlemesi önemlidir. Bu şekilde, eğer hastaların bilişsel alandaki yeteneklerinin değerlendirilmesi önceden yapılmışsa, teşhis daha kolay yapılır (Cole, 2005; Fearing et al. 2009).

Deliryum tablosu hastanın medikal tedavisine engel oluyorsa veya kendisinin ve çevredekilerin güvenliğini tehdit ediyorsa semptomlara yönelik farmakolojik tedavi uygulanmalıdır. Amaç sedatize etmek değil, bilinci açık, sakin, iletişim kurulabilen hasta sağlamaktır (Halil 2007). Deliryumun tıbbi yönetimi çoğunlukla hasta ve ailenin rahatsızlığını en aza indirmek ve hastanın güvenliğini sağlamak için gereklidir. Genellikle antipsikotik ilaçlar tercih edilir; ancak bazı durumlarda antipsikotik ilaçlar uygulanırken hastada oluşabilecek potansiyel zararlı davranışları yönetmek gerekebilir (Lonergan and Luxenberg 2007).

Deliryum semptomlarının tedavisinde ideal bir ilaç tedavisi yoktur. Eğer ilaç tedavisi başlanacaksa, söz konusu ilaç, en düşük dozda ve en kısa sürede başlanmalıdır. Güncellenmiş klinik uygulama yönergelerine göre haloperidol grubu ilaçların yoğun bakımda yatan yetişkin hastalarda deliryumun süresini azalttığını göstermektedir (Barr

et al. 2013). Haloperidol grubu ilaçlar oral yolla, kas içine veya intravenöz (IV) olarak hastalara uygulanabilir. Durumu kritik olan hastalarda intravenöz olarak uygulanmasının daha güvenli ve etkili olduğu görülmüştür (Zaal et al. 2012). Buna göre haloperidol intravenöz uygulamalarda başlangıç doz 2 mg ile 10 mg arasında önerilmektedir. İlk dozun %25'i 20 ile 30 dakika arasında uygulanır, daha sonraki dozları 6 saatte bir verilmelidir (Mu et al. 2010). Geriatri grubu için önerilen haloperidol grubu ilaçların dozu 12 saat ara ile oral 0,25- 0,5 mg olarak belirlenmiştir (Inouye et al. 2014). Haloperidol ile ilişkili hastalarda görülebilecek olası yan etkiler QT süresinde uzama, hipertansiyon, hipotansiyon, taşikardi, nöroleptik malign sendrom (NMS), ekstrapiramidal semptomlar, distoni ve tardif diskinezi olarak sıralanabilir (Meyer-Masseti et al. 2010). Atipik antipsikotikler (risperidon, olanzapin, ketiapin) de deliryumun tedavisinde kullanılmaktadır. Yoon ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışmada atipik antipsikotikler ile düşük doz haloperidolün deliryum tedavisinde eşit derecede etki gösterdiğini saptamışlardır. Buna göre Risperidon 0,25-4 mg, Olanzapin 1-20 mg, Ketiapin 25-200 mg oral olarak verilebilir (Yoon et al. 2013). Atipik antipsikotik kullanımında görülebilecek yan etkiler QT süresinde uzama (genellikle tipik antipsikotiklerden daha az), hareket bozuklukları, sedasyon, hiperglisemi, epileptik nöbetler ve nadiren nöroleptik malign sendrom olarak sıralanabilir (Gilchrist et al. 2012).

Lonergan ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları bir çalışmada haloperidolün postoperatif vakalarda deliryum derece ve süresini azalttığını ve davranışsal belirtileri tedaviden çok deliryum sendromu seyrine doğrudan bir etkisi olduğunu göstermektedir. Milbrandt ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışmada mekanik ventilasyon uygulaması başlatıldıktan sonraki iki gün içinde uygulanan haloperidolün mortaliteyi azalttığını saptamışlardır.

Deliryum için diğer potansiyel farmakolojik tedaviler arasında kolinesteraz inhibitörleri (Donepezil) ve 5-HT reseptör antagonistleri (Trazodon) yer almaktadır. Kolinesteraz inhibitörleri ile deliryum tedavisinde umut verici sonuçlar elde edilmiştir, fakat bu türevdeki ilaçların, antipsikotiklerle birlikte kombinasyon halinde kullanımı öncesi oluşabilecek yan etkiler göz önünde bulundurularak dikkatli uygulanmalıdır (Gleason et al. 2003; Noyan et al. 2003).

Benzodiazepin kullanımı ise (özellikle lorazepam), birinci basamak farmakolojik ajanlar olarak deliryumun tedavisinde önerilmemektedir. Benzodiazepin sadece çekilme

sendromlarında (alkol ve sedatifler) kullanılır. Hepatik ensefalopatide kontrendikedir. Etkin değil, kognitif bozuklukta artış yapabilir, disinhibisyona sebep olabilir. Ayrıca benzodiazepin kullanımı hastanın mental durumunu değiştirir, bunun sonucunda da hastanın sedatizasyon süresinde artış (oversedasyon) meydana gelir (Fong et al. 2009; Halil 2007).

Sonuç olarak, deliryum bir bilinç bozukluğudur ve kısa süre içinde kognitif alanda gelişen bir değişimdir. Dahili ve cerrahi klinik hastalarında yüksek oranlarda görülür ve altta yatan durumun çok ciddi olduğunu gösteren akut bir durumdur. Yatıklığı olan hastalarda sık yapılacak oryantasyon ve dikkat muayeneleri erken tanıyı kolaylaştırabilir. Tedavi esasen altta yatan durumlara yönelik olmalı ve izleyen klinikçe yapılmalıdır. Ancak farmakolojik olmayan yaklaşımların önemi de unutulmamalıdır (Kırkpınar 2016; Townsend 2016).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum riski ya da varlığının değerlendirilmesi, riskin önlenmesi ya da sorunun ortadan kaldırılması, bilimsel sorun çözümlene yöntemi olan hemşirelik sürecinin adımları doğrultusunda uygulanan sistematik ve planlı eylemler ile gerçekleşir (Terzi ve ark. 2011). Deliryum tanısı alan hastalarda travma riski, uyku örüntüsünde bozulma, öz bakım eksikliği, üriner inkontinans, kendisine veya çevresine zarar verme, akut konfüzyon, sıvı–elektrolit dengesinde bozulma en çok görülen hemşirelik tanılarıdır. Bu tanımlara yönelik uygun hemşirelik bakımı verilmelidir (Carpenito- Moyet,2012).

## **HEMŞİRELİK BAKIMINDA TEMEL İLKELER**

Deliryuma yönelik hemşirelik bakımındaki temel ilkeler aşağıdaki gibi sıralanmalıdır;

- Hastaya karmaşık olmayan bir ortam sağlanır.
- Basit açıklamalarda bulunularak yüz yüze iletişim kurulur ve yavaş bir şekilde konuşulur.
- Hastanın kendi evinden kişisel eşyalarının ve objelerinin temini sağlanarak anlamlı duyuşal uyarılar sağlanır.
- Takvim, saat gibi objeler hastanın görebileceği alanlara yerleştirilerek oryantasyon sürekliliği sağlanır.
- Özellikle ajitasyon halindeki hastalar yalnız bırakılmaz ve dikkatini başka yöne çekerek sakinleştirilmesi sağlanır.
- Hastanın yatağı alçak pozisyonda tutulur.

- Hastanın sıkça kullandığı eşyaları kolayca ulaşabileceği bir yere koyulur.
- Ajitasyon halinde terapötik iletişim teknikleri kullanılarak hasta sakinleştirilir.
- Hastanın tek başına mobilize olaması önlenir, mobilizasyon sırasında yardımcı olunur.
- Geceleri hastanın uyku sirkadyenini korumaya yardımcı olarak loş ışıkla uyuması sağlanır.
- Hasta ortostatik hipotansiyon açısından değerlendirilir.
- Hasta sık sık yere ve zamana oryante edilir.
- Hastanın tespit edilmesi zorunlu ise kısıtlama seviyesinin en az seviyede kısıtlanması sağlanmalıdır.
- Gündüzleri hastanın bulunduğu oda içerisindeki doğal aydınlatmayı sağlaması adına hasta yatağının pencereye doğru bakmasına özen gösterilmeli, bu sayede de hastanın etrafı inceleme şansı artırılmalı.
- Diğer hastalara yapılan müdahaleler sırasında ve mahremiyetin korunabilmesine olanak sağlayacak şekilde hasta yatakları arasına perde çekilir.
- Işıkları gerekli ölçüde açın ve geceleri azaltarak hastanın uyumasına olanak sağlanır.
- Hastanın uyku süresini uzatabilmek ve rahat uyumasını sağlayabilmek için ilaç, bakım verme ve ziyaret saatlerini buna uygun düzenleme gibi yaklaşımlar geliştirilir.
- Hastanın kendisine bağlı olan tıbbi araç-gereçlerin seslerinden mümkün olan en az ölçüde etkilenmesi için cihaz sesleri düşük seviyede tutulur.
- Sağlık personelinin kendi aralarındaki konuşmaları hastaları rahatsız etmeyecek düzeyde olacak şekilde ayarlanır.
- Hastaların günlük aldığı-çıkardığı takibini yapıp kaydedilir, anormal bir bulgu saptandıysa hastanın primer hekimiyle işbirliği yapılır.
- Hastaları her sabah aç karnına tartarak hastanın günlük kalori gereksinimini hesaplanır.
- Ağızdan beslenmesinde sakınca olmayan hastaların tüm öğünlerini eksiksiz tükettiğinden emin olunur.
- Hasta entübe ise var olan nazogastrik/ orogastrik/ gastrostomi tüpleri ile besleniyorsa besleme sırasında ve beslenmeden sonra en az 30 dakika hastanın başını yatak içinde dik konuma getirilir.
- Parenteral yoldan (santral/periferal katater) beslenen hasta varsa kataterinin bakımını ve korunmasını aseptik tekniklere uygun şekilde yapılır.

(Akıncı ve ark. 2005; Carpenito- Moyet. 2012; Day et al. 2011; Terzi ve ark. 2011; Townsend 2016,).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin deliryum yönetimine yönelik bilgi, uygulamalarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri**

Bu çalışma, bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde görev yapmakta olan hemşirelerle yapıldı. Çalışması yapılan kurumda toplam yatak sayısı 250 olup, her bir yatan hasta servisi beş yıldan fazla hizmet vermektedir. Kurumda on farklı yetişkin yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır ve yoğun bakım ünitelerindeki toplam yatak sayısı 92'dir.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Kurumun yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Toplam 139 hemşire çalışmaktadır. Örneklem seçimine gidilmeyip, evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. On farklı yoğun bakım ünitesinin bir bölümü çalışmaya katılmayı reddettiği için dokuz farklı yoğun bakımda çalışan hemşireler araştırmaya dahil edildi. 139 hemşirenin 64'ü araştırmaya katılmayı kabul etmediği için toplam 75 kişiye ulaşıldı. Yoğun çalışma tempoları, anketi doldurmada isteksiz oluşları nedeniyle anket Kasım 2017- Şubat 2018 arasında toplandı.

#### **3.4. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri**

##### **3.4.1. Dahil Edilme Kriterleri:**

Araştırmaya katılmayı kabul eden yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler.

##### **3.4.2. Dışlanma Kriterleri**

Poliklinik, yatan hasta servisi, pediatri ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler.

### **3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Veriler, aşağıdaki veri toplama araçları kullanılarak elde edilmiştir:

1. Hemşireleri Tanımlayıcı Bilgi Formu (EK-2 )
2. Deliryum Yönetimi Bilgi ve Uygulama Formu (EK-3 )

#### **3.5.1. Hemşireleri Tanımlayıcı Bilgi Formu**

Hemşireleri Tanımlayıcı Bilgi Formu, araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanmış olup kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yılı, ünitedeki görevi, deliryumla ilgili bilgi alıp almadıkları, buldukları yoğun bakım ünitesinde deliryuma ilişkin tanılama yapıp yapmadıkları, yapıyorlarsa hangi tanılama formunu kullandıkları, buldukları üniteye deliryumu değerlendirip değerlendirmedikleri ve fiziksel kısıtlama protokollerinin olup olmadığı kriterlerini içeren toplam 10 sorudan oluşmaktadır. (Ek 2 )

#### **3.5.2. Deliryum Yönetimi Bilgi ve Uygulama Formu**

Deliryum Yönetimi Bilgi ve Uygulama Formu, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanmış olup, deliryumun tanımı, deliryumun en yaygın belirtileri, deliryumun epidemiyolojisi, deliryum alt tipleri, deliryum ile demans arasındaki farkı, deliryum, demans ve depresyonun ayırıcı tanısı, deliryumun ileri dönem sonuçları, hiperaktif deliryuma giren hastanın özelliklerinin bulunmadığı, deliryum için alttan yatan faktörün olmadığı durumu, deliryumun gelişmesine neden olan durumları, eksikliğinde deliryum için risk faktörü oluşturan nörotransmitteri, deliryumun tanılmasında kullanılan testi, deliryumunla ilgili tanılama aracı kullanılmasının yararı, deliryum gelişimini önleyen uygulamaları, deliryum için tanı koymada en önemli semptomu, deliryumun tedavisinin amacını, deliryum tanısı konmuş hastaya hemşirenin en uygun yaklaşımı, deliryum tanısı konmuş hastaya hangi uygulanan ilacın sıkı vital takibi yapılması gerektiği, etik ilke ihlali, hasta davranışına uygun hemşirelik tanıları, vaka olgusu ve vakaya uygun hemşirelik tanısı ve uygulamalarını ve deliryum bakımına yönelik uygulamaların hangilerinin uygulandığını içeren toplam 22 sorudan oluşmaktadır (Ek 3). Anketin 1.-5. sorular arası 1'er puan, 6. soru 3 puan, 7.-19. sorular arası 1'er puan, 20. soru 7 puan ve 21. soru 12 puan olmak



üzere toplam 40 puan üzerinden değerlendirildi. Anketin doldurulma süresi ortalama 45 dakika olarak planlandı, fakat hemşirelerin yoğun çalışma temposunun varlığından dolayı anketi doldurma süreleri uzamıştır. Anketin içerik geçerliliği için konuyla ilgili beş kişiden uzman görüşü alındı.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Çalışmaya başlamadan önce evrenin tümünü oluşturan hemşirelere ulaşarak çalışmanın amacı açıklanıp kişilerden yazılı onam formları alınarak anket çalışmasına başlandı.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında kodlandıktan sonra SPSS (Statistical Package of Social Science) 21.0 programı ile analiz edildi. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma; kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile gösterildi. Veri dağılımlarının normalliği Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. İstatistiksel karşılaştırmalarda Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Güven aralığı <0,05 olarak belirlendi.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılabilmesi için, Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin, çalışmanın yapılacağı Eğitim ve Araştırma Hastanesinden yazılı kurum izni alındı. Ayrıca çalışmaya katılacak tüm hemşirelerden yazılı onamları alındı.

## 4. BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen veriler aşağıda belirtilen başlıklar altında verilmiştir:

1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri
2. Hemşirelerin Deliryum Yönetimine Yönelik Bilgi ve Uygulama Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı
3. Deliryum Yönetimine Yönelik Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamaları
4. Hemşirelerin Deliryum Bakımına Yönelik Yaptıkları Uygulamaların Sıklık Dağılımı
5. Deliryum Yönetimine Yönelik Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri İle Karşılaştırılması
6. Deliryum Yönetimine Yönelik Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Eğitim Durumu ve Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması

**Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri (n=75)**

Özellikler		N	%*
Cinsiyet	Kadın	67	89.3
	Erkek	8	10.7
Yaş	18-23	29	38.7
	24-29	32	42.7
	30 ve üstü	14	18.7
Yaş (Ort±SS)	26.49±5,68 (Min-Maks=18-45)		
Çalıştığı Bölüm	Genel-Acil Yoğun Bakım	14	18.7
	Koroner-Dahili-Göğüs-Nöroloji Yoğun Bakım	29	38.7
	Cerrahi-KVC-Nöroşirürji Yoğun Bakım	32	42.7
Eğitim Seviyesi	Sağlık Meslek Lisesi-Önlisans	23	30.7
	Lisans ve üstü	52	69.3
Bölümde Çalışma Süresi	0-1 Yıl	28	37.3
	2-5 yıl	38	50.7
	6 yıl ve üstü	9	12
Klinikte Görev	Sorumlu Hemşire	14	18.7
	Hemşire	61	61.3
Deliryuma İlişkin Bilgi Alma	Evet	64	85.3
	Hayır	11	14.7
Deliryuma İlişkin Tanılama	Evet	19	25.3
	Hayır	56	74.7
Hangi Tanılama (n=19)	Yoğun Bakım Ünitesi	3	15.8
	Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (YBÜ-KDÖ)	16	84.2
	Genel Klinik Muayene		
Tanılama Sıklığı / Gün (n=19)	1-Kez	4	21.1
	2-Kez	5	26.3
	3-Kez	3	15.8
	4-Kez ve üzeri	7	36.8
Fiziksel Kısıtlama Protokolüne İlişkin Farkındalık	Evet	75	100.0
	Hayır	0	0.0

Tablo 4.1.'de görüldüğü gibi çalışmaya katılan hemşirelerin %89,3'ü kadındır. Yaş ortalamasının 26.49 olduğu görülmektedir. Çalıştıkları bölümler incelendiğinde, %42.7'si Cerrahi-KVC-Nöroşirürji Yoğun Bakımda, % 38,7'si Koroner-Dahili-Göğüs-Nöroloji Yoğun Bakımda, 18,7'si Genel-Acil-Yoğun Bakımda çalışmaktadır. Hemşirelerin %69,3' ü lisans ve üstü eğitimi olduğu, yaklaşık yarısının 2-5 yıldır yoğun bakım ünitesinde çalıştığı, %61,3'ünün klinikte hemşire olduğu, çoğunluğunun (%85.3) deliryuma ilişkin bilgi aldığı, %74.7'sinin deliryuma ilişkin tanılama yapmadığı belirlenmiştir. Tanılama yapan 19 hemşireden 16'sının genel klinik muayene yaptığını ve 3'ünün Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (YBÜ-KDÖ) kullandığı, günde 4 kez ve üzeri tanılama yapanların %36.8 olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin tamamı fiziksel kısıtlama protokolünü bildiğini ifade etmiştir.

**Tablo 4.2. Hemşirelerin Deliryum Yönetimine Yönelik Bilgi ve Uygulama Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=75)**

Sorular	Doğru		Yanlış	
	N	%*	n	%*
1. Aşağıdaki ifadelerden hangisi deliryumu tanımlamaktadır?	69	92.0	6	8.0
2. Aşağıdakilerden hangisi deliryumun en yaygın belirtileri arasında yer alır?	59	78.7	16	21.3
3. Aşağıda deliryumun epidemiyolojisi ile ilgili verilen bilgilerden hangisi doğrudur?	32	42.7	43	57.3
4. Aşağıdakilerden hangisi psikomotor aktivite ve uyanıklığın düzeyine göre tanımlanan deliryum tipidir?	39	52.0	36	48.0
5. Aşağıdakilerden hangisi deliryum ile demans arasındaki farktır?	23	30.7	52	69.3
6. Hastalık özelliklerine göre deliryum, demans ve depresyon tanısını belirleyebilme				
6.1. Demans	71	94.7	4	5.3
6.2. Deliryum	52	69.3	23	30.7
6.3. Depresyon	51	68.3	24	31.7
7. Aşağıdakilerden hangisi deliryumun ileri dönem sonuçlarından değildir?	56	74.7	19	25.3
8. Aşağıdakilerden hangisi hiperaktif deliryumda olan hastanın özelliklerinden biri değildir?	69	92.0	6	8.0
9. Aşağıdakilerden hangisi deliryum için altta yatan faktör değildir?	31	41.3	44	58.7
10. Deliryumun gelişmesine neden olan tıbbi durumları bilme	17	22,7	58	77.3
11. Aşağıdakilerden hangisinin eksikliği deliryum için risk faktörüdür?	25	33.3	50	66.7

12. Deliryumun tanılmasında aşağıdaki testlerden hangisi kullanılır?	47	62.7	28	37.3
13. Aşağıdakilere hangisi deliryumla ilgili tanılama aracı kullanılmasının yararlarındandır?	64	85.3	11	14.7
14. Aşağıdakilerden hangisi deliryum gelişimini önler?	53	70.7	22	29.3
15. Aşağıdaki bulgulardan hangisi, deliryum için tanı koymada en önemli semptomdur?	55	73.3	20	26.7
16. Aşağıdakilerden hangileri deliryum tedavisinin amacı değildir?	58	77.3	17	22.7
17. Deliryum tanısı konan hastaya hemşirenin hangi yaklaşımı en uygundur?	68	90.7	7	9.3
18. Deliryum tanısı konmuş hastaya aşağıdaki hangi ilaç grubu uygularken sıkı vital bulgu ve bilinç takibinin yapılması gereklidir?	57	76.0	18	24.0
19. Akut deliryum tablosu gelişen hastanın, akut konfüzyona bağlı onanı alınmayacak durumda olmasına karşın, hasta yakınının da onayı alınmadan hastanın sıkı tespitlenmesi durumuyla karşılaştığında aşağıdaki hangi etik ilke ihlal edilmiş olur?	27	36.0	48	64.0

#### UYGULAMA

Gözlenen davranışlara uygun hemşirelik tanılarını aşağıdaki listeden seçiniz?

20.1. Travma Riski	55	73.3	20	26.7
20.2. Düşünme Sürecinde Bozulma	29	38.7	46	61.3
20.3. Duyusal Algılamada Bozulma	40	53.3	35	46.7
20.4. Başkalarına Yönelik Şiddet Riski	61	81.3	14	18.7
20.5. Sözel İletişimde Bozulma	42	56.0	33	44.0
20.6. Özbakım Eksikliği	61	81.3	14	18.7
20.7. Düşük Benlik Saygısı	58	77.3	17	22.7
Olguya uygun hemşirelik tanısı koyabilme				
21.1. Sözel İletişimde Bozulma	16	21.3	59	78.7
21.2. Başkalarına Yönelik Şiddet Riski	38	50.7	37	49.3
21.3. Düşünme Sürecinde Bozulma	35	46.7	40	53.3
21.1. Belirlenen hemşirelik tanısına uygun yaklaşımı belirleme				
21.1.1 Sözel İletişimde Bozulma	7	9.3	68	90.7
21.1.2 Başkalarına Yönelik Şiddet Riski	10	13.3	65	86.7
21.1.3 Düşünme Sürecinde Bozulma	14	18.7	61	81.3

Tablo 4.2.'de görüldüğü gibi hemşirelerin deliryum yönetimine yönelik bilgi ve uygulama sorularına verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde, % 92'si deliryum tanımını, % 78,7'si deliryumun en yaygın belirtilerini, %94,7'si demans tanısını, 69,3'ü deliryum tanısını, 68,3'ü depresyon tanısını, %74,7'si deliryumun ileri dönem sonuçlarını, %92'si hiperaktif deliryumda olan hastanın özelliklerini, %62,7'si deliryumun tanılmasında kullanılan testleri, %85, 3'ü deliryumla ilgili tanılama aracı kullanılmasının yararlarını, %70,7'si deliryum gelişimini önlenmesinde yapılması

gerekenleri, %73,3'ü deliryum için tanı koymada en önemli semptomu, %77,3'ü deliryum tedavisinin amacını, %90,7'si deliryum tanısı konan hastaya hemşirenin en uygun yaklaşımını, %76'sı deliryum tanısı konmuş hastaya hangi ilaç grubu uygularken sıkı vital bulgu ve bilinç takibinin yapılması gerekli olduğunu doğru olarak ifade etmiş, %57,3'ü deliryumun epidemiyolojisini, %48'i psikomotor aktivite ve uyanıklığın düzeyine göre tanımlanan deliryum tipini, %69,3'ü deliryum ile demans arasındaki farkı, %58,7'si deliryum için altta yatan faktörü, %77,3'ü deliryumun gelişmesine neden olan tıbbi durumları bilmeyi, %66,7'si eksikliğinde deliryum için risk faktörünü ve %64'ü akut deliryum tablosu gelişen hastanın, akut konfüzyona bağlı onanı alınamayacak durumda olmasına karşın, hasta yakınının da onayı alınmadan hastanın sıkı tespitlenmesi durumuyla karşılaşıldığında hangi etik ilkelerin ihlal edilmiş olduğu sorularını yanlış olarak ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin gözlenen davranışlara göre uygun hemşirelik tanımlarını seçme durumları incelendiğinde, %81,3 'ü *Öz bakım Eksikliği ve Başkalarına Yönelik Şiddet Riskini*, %77,3'ü *Düşük Benlik Saygısını*, %73,3'ü *Travma Riskini*, %56 *Sözel İletişimde Bozulmayı*, %53,3 *Duyusal Algılamada Bozulmayı*, %38,7 *Düşünme Sürecinde Bozulmayı* hemşirelik tanısı olarak doğru şekilde seçmiş, %61,3'ü *Düşünme Sürecinde Bozulmayı* yanlış olarak seçmiştir.

Hemşirelerin verilen olguya göre hemşirelik tanısını belirleme durumları incelendiğinde, %50,7'si *Başkalarına Yönelik Şiddet Riskini* doğru olarak tanılamış, %53,3'ü *Düşünme Sürecinde Bozulmayı* ve %78,7'si *Sözel İletişimde Bozulmayı* yanlış olarak tanılamıştır. Hemşirelerin olguda belirlenen hemşirelik tanısına uygun yaklaşımı belirleme durumları incelediğinde, %18,7'si *Düşünme Sürecinde Bozulmayı* ve %13,3'ü *Başkalarına Yönelik Şiddet Riskine* yönelik yaklaşımı doğru, %31,7'si *Sözel İletişimde Bozulmaya* yönelik yaklaşımı yanlış olarak belirtmiştir.

**Tablo 4.3. Deliryum Yönetimine Yönelik Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamaları**

<b>Deliryum Yönetimine Yönelik Bilgi ve Uygulama Puanları</b>	<b>Ortalama ± Standart Sapma (Min.-Maks.)</b>
<b>Bilgi Puanı (İlk 20 Soru)</b>	13.64±2,45 (6-18)
<b>Uygulama Puanı (21. Soru)</b>	7.54±4.34 (0-19)

Tablo 4.3.'de görüldüğü gibi hemşirelerin deliryum yönetimine ilişkin bilgi ve uygulama puanlarının dağılımı incelendiğinde, bilgi puanı 13,64±2,45, uygulama puanı 7,54±4,34 bulunmuştur.

**Tablo 4.4. Hemşirelerin Deliryum Bakımına Yönelik Yaptıkları Uygulamaların Sıklık Dağılımı (n=75)**

Uygulamalar	Her Zaman		Ara Sıra		Hiç	
	n	%*	N	%*	n	%*
Bilişsel bozuklukları ve deliryumu tespit etmek için rutin testler uygulamak	32	42.7	21	28.0	22	29.3
Kaliteli uyku sağlamak için gürültüyü azaltmak	58	77.3	17	22.7	0	0.0
İlaç kullanımından kaçınmak veya dikkatli kullanmak. (benzodiazepin , opioid , psikotrop, sedatif)	47	62.7	27	36.0	1	1.3
Dehidratasyon ve elektrolit dengesizliğini önlemek için aldığı çıkardığı takibi yapmak, oral alım yeterli değil ise parenteral yoldan kaybı yerine koymak	71	94.7	4	5.3	0	0.0
İletişimi ve oryantasyonu arttırmak için kısa cümleler kullanmak	65	86.7	9	12.0	1	1.3
Yer, hastanede olma nedeni günlük bakım faaliyetleri hakkında bilgi vermek	67	89.3	8	10.7	0	0.0
Eğer mümkünse bakım sürecine hastanın katılımını sağlamak	60	80.0	15	20.0	0	0.0
Tıbbi prosedür hakkında bilgi ve güvence vermek	64	85.3	11	14.7	0	0.0
Görüş alanında saat takvim, bildiği nesnelere bulunmasını sağlamak	55	73.3	19	23.3	1	1.3
Görme ve işitme cihazlarının kullanımının sağlamak	57	76.0	18	24.0	0	0.0
Deliryuma ilişkin hasta yakınına bilgi vermek	50	66.7	20	26.7	5	6.7
Yakınlarının bakım ve beslenmeye katılımını sağlamak	53	70.7	22	29.3	0	0.0
Malnütrisyon ve vitamin eksikliğini önlemek	61	81.3	14	18.7	0	0.0
Fiziksel kısıtlamalardan mümkün olduğunca kaçınmak	50	66.7	24	32.0	1	1.3
Erken mobilizasyonu sağlamak (hastanın klinik durumu uygun ise)	47	62.7	25	33.3	3	4.0

Ameliyat koşullarını olumluya çevirmek için yeterli analjezi sağlamak	52	69.3	18	24.0	5	6.7
Ameliyat sonrası düşük tansiyon ve hipoksiyi önlemek	64	85.3	9	12.0	2	2.7
Hematokrit seviyesinin %30'un üstünde olmasını sağlamak	57	76.0	17	22.7	1	1.3

Tablo 4.4.'de görüldüğü gibi hemşirelerin deliryum bakımına yönelik yaptıkları uygulamaların sıklık dağılımı incelendiğinde, her zaman uygulanma oranı %80 ve üzerinde olanların %94.7'si dehidratasyon ve elektrolit dengesizliğini önlemek için aldığı çıkardığı takibi yapmak, oral alım yeterli değilse parenteral yoldan kaybı yerine koymayı, %86.7'si iletişimi ve oryantasyonu artırmak için kısa cümleler kullanmayı, %89.3'ü yer, hastanede olma nedeni ve günlük bakım faaliyetleri hakkında bilgi vermeyi, %80'i eğer mümkünse bakım sürecine hastanın katılımını sağlamayı, %85.3'ü tıbbi prosedür hakkında bilgi ve güvence vermeyi, %81.3'ü malnütrisyon ve vitamin eksikliğini önlemeyi, %85.3'ü ameliyat sonrası düşük tansiyon ve hipoksiyi önlemeyi belirtmiş, ara sıra uygulanan en yüksek oranı %36 ile ilaç kullanımından kaçınmak veya dikkatli kullanmayı, (benzodiazepin, opioid, psikotrop, sedatif) %33.3'ü erken mobilizasyonu sağlamayı, %32'si fiziksel kısıtlamalardan mümkün olduğunca kaçınmayı, %29.3'ü yakınlarının bakım ve beslenmeye katılımını sağlamayı belirtmiş, hiç uygulanmayan en yüksek oranı %29.3 ile bilişsel bozuklukları ve deliryumu tespit etmek için rutin testler uygulama olarak belirtmiştir.

**Tablo 4.5. Deliryum Yönetimine Yönelik Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri İle Karşılaştırılması (n=75)**

Özellik	n	Bilgi Puanı	Uygulama Puanı	
Cinsiyet*	Kadın	67	13.69±2.48	7.75±4.13
	Erkek	8	13.25±2.25	8.63±6.14
	Test İstatistiği (U)		233.000	246.500
	p		0.545	0.711
Çalıştığı bölüm <sup>1</sup>	Genel-Acil Yoğun Bakım(a)	14	11.79±2.97	7.14±3.63
	Koroner-Dahili-Göğüs-Nöroloji Yoğun Bakım (b)	29	15.17±2.01(a,c)	8.93±4.81
	Cerrahi-KVC-Nöroşirürji Yoğun Bakım (c)	32	13.06±1.68	7.16±4.08
	Test İstatistiği ( $\chi^2$ KW)		20.090	2.241
	P		<b>0.000</b>	0.326
Eğitim seviyesi*	Sağlık Meslek Lisesi-Önlisans	23	13.13±2.49	6.39±3.95
	Lisans ve üstü	52	13.87±2.42	8.48±4.39



	Test İstatistiği (U)		482.000	439.000
	P		0.179	0.066
<b>Bölümde Çalışma süresi<sup>1</sup></b>	0-1 Yıl	28	14.00±1.87	7.93±4.27
	2-5 yıl	38	13.26±2.82	7.74±4.54
	6 yıl ve üstü	9	14.11±2.37	8.00±4.15
	Test İstatistiği ( $\chi^2$ KW)		1.568	0.389
	P		0.457	0.823
<b>Klinikte Görev*</b>	Sorumlu Hemşire	14	14.07±2.27	8.36±4.38
	Hemşire	61	13.54±2.49	7.72±4.36
	Test İstatistiği (U)		371.500	391.500
	P		0.447	0.628
<b>Deliryuma ilişkin bilgi alma*</b>	Evet	64	14.05±2.19	8.02±4.57
	Hayır	11	11.27 ±2.61	6.81±2.52
	Test İstatistiği (U)		151.000	323.000
	P		<b>0.002</b>	0.663
<b>Deliryuma İlişkin Tanılama*</b>	Evet	19	13.32±2.85	8.21±4.39
	Hayır	56	13.75 ±2.31	7.71±4.36
	Test İstatistiği (U)		503.500	487.500
	P		0.726	0.586
<b>Tanımlama Sıklığı<sup>1</sup></b>	1-Kez	4	11.25±4.27	5.50±1.29
	2-Kez	5	15.60±1.82	10.00±5.66
	3-Kez	3	13.00±1.00	10.33±3.06
	4-Kez ve üzeri	7	13.00±3.31	7.57±4.72
	Test İstatistiği ( $\chi^2$ KW)		5.223	4.366
	P		0.156	0.225
<b>Yaş<sup>1</sup></b>	18-23	29	13.48±2.49	6.79±3.70
	24-29	32	13.34±2.50	8.34±4.67
	30 ve üstü	14	14.64±2.10	8.86±4.64
	Test İstatistiği ( $\chi^2$ KW)		2.094	2.244
	P		0.351	0.326
<b>Yaş<sup>2</sup></b>	Test İstatistiği (r)	75	0.163	0.099
	P		0.163	0.397

\*=Mann Whitney U (U), <sup>1</sup>=Kruskal Wallis ( $\chi^2$ KW)

Tablo 4.5.'de görüldüğü gibi hemşirelerin cinsiyet, bölümde çalışma süresi, klinikteki görevleri, deliryuma ilişkin tanımlama yapma durumları, tanımlama sıklıkları, yaş grupları ve yaş ortalamaları ile bilgi ve uygulama puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır. (p>0,05).

Hemşirelerin deliryum yönetimine yönelik bilgi ve uygulama puan ortalamaları hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ile karşılaştırıldığında, Koroner-Dahili-Göğüs-Nöroloji Yoğun Bakımda çalışanların bilgi ( $X_{\pm}sd=15,17\pm2,01$ ,  $\chi^2$ KW=20,090, p=0.000) puan ortalaması ileri düzeyde anlamlı olarak farklıdır. Deliryuma ilişkin bilgi alanların bilgi puan ortalaması ( $X_{\pm}sd=14,05\pm2,19$ , U=151,000, p=0,002) almayanlara göre anlamlı düzeyde farklıdır.

Hemşirelerin deliryum bakımına yönelik yaptıkları yukarıdaki uygulamalar dışındaki diğer uygulamaların sıklığı ile deliryum yönetimine yönelik bilgi ve uygulama puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur (p>0,05).

**Tablo 4.6. Deliryum Yönetimine Yönelik Bilgi ve Uygulama Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Eğitim Durumu ve Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırılması**

Özellik		n	Bilgi Puanı	Uygulama Puanı	
Koroner-Dahili-Göğüs-Nöroloji Yoğun Bakım *	Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi-Önlisans	6	15.83±1.60	8.33±4.84
		Lisans ve üstü	23	15.00±2.11	9.09±4.91
		Test İstatistiği (U)		54.000	61.000
		P		0.410	0.666
Cerrahi-KVC-Nöroşirürji Yoğun Bakım*	Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi-Önlisans	10	12.60±1.58	5.40±4.01
		Lisans ve üstü	22	13.27±1.72	7.95±3.95
		Test İstatistiği (U)		87.000	70.500
		P		0.340	0.106
Koroner-Dahili-Göğüs-Nöroloji Yoğun Bakım <sup>t</sup>	Çalışma süresi	0-1 yıl	11	14.90±1.30	8.81±3.31
		2-5 yıl	13	15.30±2.56	9.46±5.76
		6 yıl ve üstü	5	15.40±2.07	7.80±5.71
		Test İstatistiği ( $\chi^2$ KW)		0.971	0.680
		P		0.615	0.712
Cerrahi-KVC-Nöroşirürji Yoğun Bakım <sup>t</sup>	Çalışma süresi	0-1yıl	15	13.60±1.68	7.20±5.07
		2-5 yıl	14	12.42±1.69	6.78±3.30
		6 yıl ve üstü	3	13.33±0.57	8.66±1.52
		Test İstatistiği ( $\chi^2$ KW)		3.200	1.226
		P		0.202	0.542
Koroner-Dahili-Göğüs-Nöroloji Yoğun Bakım + Cerrahi-KVC-Nöroşirürji Yoğun Bakım*	Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi-Önlisans	16	13.81±2.22	6.50±4.42
		Lisans ve üstü	45	14.15±2.09	8.53±4.44
		Test İstatistiği (U)		320.000	264.500
		P		0.507	0.116
Koroner-Dahili-Göğüs-Nöroloji Yoğun Bakım + Cerrahi-KVC-Nöroşirürji Yoğun Bakım <sup>t</sup>	Çalışma süresi	0-1 yıl	26	14.15±1.64	7.88±4.41
		2-5 yıl	27	13.81±2.57	8.07±4.76
		6 yıl ve üstü	8	14.62±1.92	8.12±4.42
		Test İstatistiği ( $\chi^2$ KW)		0.825	0.021
		P		0.662	0.990

\*=Mann Whitney U (U), <sup>t</sup>=Kruskal Wallis ( $\chi^2$ KW)

Tablo 4.6.'da görüldüğü gibi Koroner-Dahili-Göğüs-Nöroloji Yoğun Bakımında çalışan hemşirelerin eğitim ve bölümde çalışma süreleri ile deliryum yönetimine yönelik bilgi ve uygulama puanları arasında anlamlı bir fark yoktur (p>0,05).

Cerrahi-KVC-Nöroşirürji Yoğun Bakımında çalışan hemşirelerin eğitim ve bölümde çalışma süreleri ile deliryum yönetimine yönelik bilgi ve uygulama puanları arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Koroner-Dahili-Göğüs-Nöroloji-Cerrahi-KVC-Nöroşirürji Yoğun Bakımında çalışan hemşirelerin eğitim ve bölümde çalışma süreleri ile deliryum yönetimine yönelik bilgi ve uygulama puanları arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).



## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin deliryum yönetimine yönelik bilgi, uygulamalarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Hem ulusal hem de uluslararası literatürde hemşirelikte deliryum yönetimine yönelik az sayıda çalışmaya ulaşıldığı için sınırlı kaynaklarla tartışma yapılmıştır.

Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde, hemşirelerin çoğunluğunun (%89.3) kadın olduğu, %38.7'sinin 18-23 yaş aralığında olduğu, %69.3'ünün eğitim seviyesinin lisans ve üstü olduğu, %50.7'sinin yoğun bakım ünitesinde 2-5 yıldan beri çalıştığı, %12'sinin 6 yıl ve üzeri yıldan beri çalıştığı, %61.3'ünün yoğun bakım ünitesinde hemşire olarak çalıştığı belirlenmiştir.

Deliryuma ilişkin bilgi alma durumu incelendiğinde hemşirelerin %85.3'ünün bilgi aldığı, ancak hemşirelere deliryumu tanılamak için hangi form kullandıkları sorulduğunda, hemşirelerin sadece %15.8'inin Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (YBÜ-KDÖ) kullandığı, %84.2'sinin genel klinik muayene ile değerlendirdikleri saptanmıştır. Ayrıca Tablo 4.4.'de hemşirelerin deliryum bakımına yönelik yaptıkları uygulamaların sıklık dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin en az yaptığı uygulamalar bilişsel bozuklukları ve deliryumu tespit etmek için rutin testler uygulamak olarak saptanmıştır.

Zengin (2013)'in yaptığı çalışmada hemşirelerin %19.2'sinin tanılama aracı kullanmadığı, %50'sinin genel klinik muayene ile değerlendirdikleri, %7.7'sinin YBÜ-KDÖ ölçeğini kullandığını belirtmiştir. Sarı (2015)'in yaptığı çalışmada, hemşirelerin %13.1'inin genel klinik muayene ile değerlendirdiği, %85.7'sinin herhangi bir tanılama formu kullanmadığı saptanmıştır. Elliott (2014)'ün yaptığı çalışmada hemşirelerin %53'ünün YBÜ-KDÖ'ni kullandığı saptanmıştır. Ely ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada hemşirelerin %40'ının genel klinik muayene ile değerlendirdiği, %50'sinin Mini-Mental Durum Muayenesi ile değerlendirdiği, %7'sinin ise YBÜ-KDÖ'ni kullandıkları saptanmıştır. Patel ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmasında katılımcıların %62'sinin genel klinik muayene ile değerlendirdiği, %24'ünün YBÜ-KDÖ kullandığını, %4'ünün Mini-Mental Durum Muayenesi ile değerlendirdiklerini, %41'inin de deliryumu tanılamak için herhangi bir form kullanmadığını saptamıştır. Literatürde görüldüğü gibi, hemşirelerin genel olarak

tanılama aracı kullanmadığı, çoğunlukla genel klinik muayene ile değerlendirdikleri saptanmıştır. Hemşirelerin deliryuma yönelik eğitim almalarına rağmen tanılama aracı kullanmamaları düşündürücü bir sonuçtur. Çalışma süresince yaptığımız gözlemlere göre yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler iş yüküne bağlı tanılama araçlarını kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Buna rağmen tanılama aracının önemini yeterince kavrayamamaları ve kendi sistemlerinde form kullanma zorunluluğu olmaması bu sonuca neden olabilir. Hemşirelerin deliryum yönetimine ilişkin bilgi ve uygulama puanlarının dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin deliryum yönetimine ilişkin bilgi puanları iyi değerlendirilirken (min.6 - max.18), uygulama puanları zayıf olarak (min.0 - max.19) olarak değerlendirilmiştir. Sarı (2015)'nin yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının deliryum ile ilgili bilgi, tutum ve uygulama puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; bilgi puan ortalamaları benzer çıkarken (12,6±2,3), uygulama puanları yüksek (23,6±2,1) olarak saptanmıştır. Elliot (2014)'ün yaptığı çalışmada, hemşirelerin %67'sinin deliryum bilgi düzeyininin yüksek olduğunu saptamıştır. Ayrıca deliryum yönetimine ilişkin bilgi ve uygulama puan ortalamalarının hemşirelerin tanımlayıcı özellikleriyle karşılaştırılması incelendiğinde, hemşirelerin cinsiyeti, bölümde çalışma süreleri, bölümde çalışma süreleri, klinikteki görevleri, deliryuma ilişkin tanılama yapmaları, deliryumu tanılama sıklıkları ve yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin çalıştıkları bölüme göre bilgi puanları incelendiğinde, dahiliye yoğun bakım ünitesinde çalışanların, cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışanlara göre bilgi puanları ortalaması ileri düzeyde anlamlı olarak farklıdır ( $p=0,000$ ). Bu çalışmadan farklı olarak Sarı (2015)'nin yaptığı çalışmada, hemşirelerin çalıştıkları bölüm ve eğitim durumuna göre bilgi, tutum ve uygulama puanları arasında anlamlı bir fark oluşturmadığını saptamıştır (bilgi puanı:  $p=0,145$ , uygulama puanı:  $p=0,121$ ). Tablo 4.6.'daki deliryum yönetimine yönelik bilgi ve uygulama puan ortalamalarının hemşirelerin eğitim durumu ve çalışma süreleri ile karşılaştırılması incelendiğinde dahiliye ve cerrahi yoğun bakımında çalışan hemşirelerin eğitim düzeyi ve bölümde çalışma süreleri ile deliryum yönetimine yönelik bilgi ve uygulama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Deliryuma ilişkin bilgi alanların bilgi puan ortalaması, almayanlara göre ileri düzeyde (11.27±2.61) farklıdır. Sarı (2015)'nin yaptığı çalışmada, hemşirelerin sadece bilgi puan ortalamalarının bilgi alma durumuna göre anlamlı bir fark oluşturduğunu

saptanmıştır (p=0,027). Bu veriler sonucunda deliryuma ilişkin bilgi alma durumu artıkça, puanların arttığı kanısına varılmıştır.

Tablo 4.2.'deki hemşirelerin deliryum yönetimine yönelik bilgi ve uygulama sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde, hemşirelerin tamamına yakını deliryumun, demansın tanımını, hiperaktif deliryumda olan hastanın özellikleri, deliryum tanısı konan hastaya hemşirenin uygulayacağı en uygun yaklaşımı doğru olarak bilmişlerdir. En az bilinen ise deliryumun gelişmesine neden olan tıbbi durumları ve deliryum için risk faktörü oluşturan sorular olmuştur. İkinci sırada en az bilinen soru deliryum ile demans arasındaki fark olmuştur. Üçüncü sırada da etik ilke ile ilgili olan soruya yanıt en az olarak verilmiştir.

Gözlenen davranışlara uygun hemşirelik tanısını belirleme oranı incelendiğinde, *öz bakım eksikliği, başkasına yönelik şiddet riski, düşük benlik saygısı ve travma riskini* doğru olarak bilmişlerdir. En az bilinen (%61.3) oranında *düşünce sürecinde bozulma* sorusu olmuştur. Hemşirelerin verilen olguya uygun hemşirelik tanısı koymaları incelendiğinde, hemşirelerin yarıdan fazlasının uygun tanıyı koyamadıkları, görülmektedir. Hemşirelerin belirlenen hemşirelik tanısına uygun yaklaşımı belirlemede çoğunluğunun yanlış yaptığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4.'deki hemşirelerin deliryum bakımına yönelik yaptıkları uygulamaların sıklığı incelendiğinde hemşirelerin tamamına yakınının (%94.7) her zaman yaptığı uygulamalar *‘dehidratasyon ve elektrolit dengesiliğini önlemek için aldığı-çıkarıldığı takibi yapmak, oral alım yeterli değilse parenteral yoldan kaybı yerine koymak’* olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin %80-89'un her zaman yaptığı uygulamalar *‘iletişimi ve oryantasyonu arttırmak için kısa cümleler kullanmak’*, *‘yer, hastanede olma nedeni günlük bakım faaliyetleri hakkında bilgi vermek’*, *‘eğer mümkünse bakım sürecine hastanın katılımını sağlamak’*, *‘tıbbi prosedür hakkında bilgi ve güvence vermek’*, *‘malnütrisyon ve vitamin eksikliğini önlemek’* ve *‘Ameliyat sonrası düşük tansiyon ve hipoksiyi önlemek’* olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin yaklaşık ¾'ü *‘kaliteli uyku sağlamak için gürültüyü azaltmak’*, *‘görüş alanında saat takvim, bildiği nesnelere bulunmasını sağlamak’*, *‘yakınlarının bakım ve beslenmeye katılımını sağlamak’*, *‘görme ve işitme cihazlarının kullanımının sağlamak’* ve *‘hematokrit seviyesinin %30'un üstünde olmasını sağlamak’* her zaman uyguladıkları saptanmıştır. Hemşirelerin yaklaşık yarısı (%66.7) her zaman *‘deliryuma ilişkin hasta yakınına bilgi vermek’* ifadesini uyguladıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin her zaman yaptığını

belirttiği en az uygulama (%42.7) *“bilişsel bozuklukları ve deliryumu tespit etmek için rutin testler uygulamak”* olarak saptanmıştır. Ara sıra ve hiç uygulama yapmayanların oranının yüksek olması önemli bir bulgudur. Hemşirelerin ara sıra yaptıkları uygulamalar incelendiğinde, ilaç kullanımdan kaçınmak, fiziksel kısıtlamalardan kaçınmak, yakınlarının bakım ve beslenmeye katılımını sağlamak, deliryuma ilişkin hasta yakınına bilgi vermek, erken mobilizasyonu sağlamak olarak belirlenmiştir. Aslında, bu uygulamaların her zaman hasta gereksinimine göre uygulanması önemlidir.

Elliott (2014)'ün yaptığı çalışmada hemşirelerin %79'unun deliryumun tanımını bildiklerini saptamıştır. Sarı (2015)'nin yaptığı çalışmada hemşirelerin %96.6'sının deliryumun tanımını doğru bildiklerini saptamıştır. Çalışmanın sonuçları paralellik göstermektedir. Fick ve Foreman (2000)'in yaptıkları çalışmada hemşirelerin %75'inin deliryum ile demans arasındaki farkı yanlış bildiklerini saptamıştır.

Sarı (2015)'in yaptığı çalışmada, hemşirelerin deliryum ile ilgili uygulama ifadelerine verdikleri yanıtları incelediğinde hemşirelerin %66.9'u *“hastanın ziyaretçilerini hasta ile konuşması yönünde desteklerim”* ifadesini, %90.9'u *“hastanın kendi kendisine zarar vermesini önlerim”* ifadesini ve %68.6'sı *“hastanın oryantasyonunu sağlamak için iletişime geçerim”* ifadesini her zaman uyguladıklarını saptamıştır. Sarı'nın çalışmasıyla farklılık gösteren bu bulguların sebebi, uygulama ifadelerine verdikleri yanıtın hiçbir zaman, bazen, her zaman olarak kategorilendirilmesinin istenmesi, herhangi bir olguya yönelik hemşirelik tanılması ve tanıya uygun yaklaşım istenmemesi olarak açıklanabilir. Bunun sonucunda hemşirelerin hastalara hastalıklarına uygun hemşirelik tanılması ve tanılama doğrultusunda uygun hemşirelik bakım planını oluşturamadıkları ve hemşirelik bakımını göz ardı ettikleri düşünülmektedir. Marcantonio ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmada, yaşlılarda deliryumu önlemek için oksijen uygulaması, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, ağrının tedavisi, çoklu ilaç kullanımının önlenmesi, bağırsak fonksiyonunun ve beslenmenin düzenlenmesi, erken mobilizasyon ve çevre düzenlemesini içeren geriatric konsültasyon uygulamalarını standart bakımla karşılaştığı çalışmada, müdahale grubunda deliryum sıklığının ve şiddetinin anlamlı şekilde azaldığını saptamışlardır. Uyku yoksunluğu ile deliryum arasındaki ilişki uzun yıllardan beri incelenmiştir. Kalp cerrahisi geçiren hastalarla yapılan çalışmalar uyku yoksunluğunun deliryumun bir sonucu olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle yoğun bakım ünitesi hastalarında kaliteli uykuyu sürdürmek için yalnızca farmakolojik

ajanların kullanımına bağlı olmaktan ziyade, daha az maliyete yönelik (non-farmakolojik) yaklaşımları benimsemek daha yararlı olabilir ( Fan et al. 2012).





## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin deliryum yönetimine yönelik bilgi, uygulamalarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte planlanan çalışma, bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin dokuz farklı yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler ile gerçekleştirilmiştir.

Bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Çalışmaya katılan hemşirelerin %89.3'ü kadın, %42.7'si 24-29 yaş aralığında ve hemşirelerin yaş ortalamalarının  $26.9 \pm 5.68$ 'dir.
- Çalışmaya katılan hemşirelerin %42.7'si cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışmaktadır.
- Hemşirelerin %69.3'ünün eğitim seviyesi lisans ve üstü, %50.7'sinin yoğun bakım ünitelerinde 2-5 yıldan beri çalıştığı, %12'sinin 6 yıl ve üzeri yıldan beri çalıştığı saptanmıştır.
- Hemşirelerin %15.8'i, deliryumu tanılamak için Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (YBÜ-KDÖ)'ni, %84.2'sinin genel klinik muayene ile değerlendirdikleri saptanmıştır.
- Hemşirelerin %85.3'ü deliryuma ilişkin bilgi aldığı, %14.7'sinin bilgi almadığı ve deliryum bilgisi alanların bilgi puan ortalaması ( $p=0,002$ ), almayanlara göre ileri düzeyde anlamlı çıkmıştır.
- Hemşirelerin cinsiyet, bölümde çalışma süresi, deliryuma ilişkin tanılama yapma durumları, yaş grupları ve yaş ortalamaları ile bilgi ve uygulama puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).
- Hemşirelerin çalıştıkları yoğun bakıma göre deliryum yönetimine yönelik bilgi ve uygulama puan ortalamaları (Tablo 4.5.) karşılaştırıldığında, dahiliye yoğun bakım ünitelerinde çalışanların bilgi puan ortalaması ileri düzeyde anlamlı olarak farklı bulunmuştur ( $p=0,000$ ).
- Deliryum yönetimine yönelik bilgi ve uygulama puan ortalamalarının hemşirelerin eğitim durumu ve çalışma süreleri ile karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.6.) dahiliye ve cerrahi yoğun bakımında çalışan hemşirelerin eğitim düzeyi ve bölümde çalışma süreleri ile deliryum

yönetimine yönelik bilgi ve uygulama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

- Hemşirelerin deliryum yönetimine yönelik bilgi ve uygulama puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.3.), bilgi puanı  $13,64\pm 2,45$ , uygulama puanı  $7,54\pm 4,34$  bulunmuş ve çalışmaya katılan hemşirelerin bilgi düzeyleri iyi (min. 6- max. 18), uygulama düzeyleri zayıf ( min.0- max. 19) olarak saptanmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda;

1. Hemşirelerin % 14.7'sinin deliryuma yönelik bilgi almadığı saptanmıştır. Yoğun bakım ünitelerinin özellikli birim olması nedeniyle çalışan tüm hemşirelerin sertifika almasının sağlanması,
2. Çalışmanın sonucunda en az bilinen bilgi soruları; deliryumun gelişmesine neden olan tıbbi durumlar, deliryum için risk faktörü oluşturan sorular, en az uygulanan uygulamalar ise; bilişsel bozuklukları ve deliryumu tespit etmek için rutin testler uygulanması olarak saptandığı için, hemşirelere verilecek eğitimin içeriğinde bu konuların eklenmesi,
3. Hemşirelerin bilgi puanı yüksek, uygulama puanları düşük olduğu için eğitimlerde teorinin yanında uygulamalara da yer verilmesi önerilir.

## KAYNAKLAR

- Acaroğlu, R., Őendir, M., Kaya, N. (2008). Hemşirelik S¼reci. Babadağ, K. (Ed.), AŐtı, T. A. (Ed.), Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi içinde (s.8-20). İstanbul Tıp Kitabevi.
- Akıncı, S. B., Şahin, A. (2005). Yoğun Bakımda Deliryum. Yoğun Bakım Dergisi. 5(1):26-35
- Akıncı SB, Rezaki M, ¼zdemir H, elikcan A, Kanbak M, Yorgancı K, Aypar ¼. (2005). Yoğun Bakım ¼nitesinde Konf¼zyon Değerlendirme ¼leđinin Geçerlik G¼venilirlik alıŐması. T¼rk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi 33: 333-41.
- Alexander E. (2009) Delirium in the Intensive Care Unit: Medications as Risk Factors. Crit Care Nurse; 29: 85-87.
- Ali S, Patel M, Jabeen S, Bailey RK, Patel T, Shahid M. et al.(2011). Insight into delirium. Innov Clin Neurosci; 8:25–34
- American Psychiatric Association (APA), (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed.Washington DC, 136-143.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Arend E, Christensen M.(2009). Delirium in the intensive care unit: a review. Nursing in Critical Care; 14(3): 145-154.
- Ateş, A. (2012). Yoğun Bakım ¼nitesinde Hemşirelik Tanılaması İle Deliryum Riskinin Belirlenmesi. İstanbul ¼niversitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı Y¼ksek Lisans Tezi. İstanbul, 2012
- Ayazoğlu T.A., T¼r H.,Bolat C.,¼zkaynak İ.,Candan M.A. (2011). Yaşlılarda kardiyak cerrahi sonrası yoğun bakımda deliryum prevalansı ve risk fakt¼rleri. Kartal KoŐuyolu Y¼ksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul, T¼rkiye
- Aydemir, ¼., Noyan, A., G¼lseren, S. ve ark. (1998). Deliryum derecelendirme ¼leđinin geŐitirilmesi, g¼venirliđi ve geçerliği, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 6:21-7.
- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al.(2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Crit Care Med. 41(1): 263-306.
- Beecroft, J. M., Ward, M., Younes, M., Crombach, S., Smith, O., Hanly, P. J. (2008). Sleep Monitoring In The Intensive Care Unit: Comparison Of Nurse Assessment, Actigraphy And Polysomnography. Intensive Care Medicine. 34:2076-2083.
- Bergeron, N., Dubois, M.J., Dumont, M., Dial, S., Skrobik, Y. (2001). Intensive care delirium screening checklist: Evaluation of a new screening tool. Intens. Care Med. 27, 859-864
- Berrios, G. E. (1981) Delirium and confusion in the 19th century: a conceptual history. British Journal of Psychiatry, 139, 439–49.

- Bilge Ü.E., Kaya M., Şenel Ö.G., Ünver S. (2011). Erişkin Hastalarda Postoperatif Yoğun Bakım Ünitesinde Deliryum İnsidansı. *Turk J Anaesth Reanim* 2015; 43: 232-9
- Black, D.W., & Andreasen, N.C. (2011). *Introductory textbook of psychiatry* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Blazer , D. G. , & van Nieuwenhuizen , A. O.( 2012 ). Evidence for the diagnostic criteria of delirium: An update . *Current Opinion in Psychiatry*, 25( 3 ), 239 – 243 .
- Boogaard, M. V. D., Pickkers, P., Hoeven, H. V. D., Roodbol, G., Achterberg, T. V., Schoonhoven, L. (2009). Implementation Of A Delirium Assessment Tool In The ICU Can Influence Haloperidol Use. *Critical Care*. 13 (4):131-138
- Boogard, M. V. D., Peters, S. A. E., Hoeven, J. G. V. D., Dagnelie, P. C., Leffers, P., Pickers, P., Schoonhoven, L. (2010). The Impact Of Delirium On The Prediction Of In-Hospital Mortality In Intensive Care Patients. *Critical Care*.14:146-160.
- Boot R.(2012). Delirium: A review of the nurses role in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 28: 185-189.
- Bourgeois, J.A., Seaman, J.S., Servis, M.E.(2008). Delirium, dementia, and amnestic disorders. In R.E. Hales, S.C. Yudofsky, G.O. Gabbard (Eds.), *Textbook of clinical psychiatry* (5th ed.,pp. 303-363). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bourne, R. S., Tahir, T. A., Borthwick, M. & Sampson, E. L. (2008). Drug treatment of delirium: past, present and future. *J. Psychosom. Res.* 65, 273–282.
- Breau A., Stransky M., Metterlein T., Werner T., Trabold B. (2015). Subsyndromal delirium after cardiac surgery. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 49: 207–212
- Brummel NE, Girard TD. (2013). Preventing delirium in the intensive care unit. *Critical Care Clinics*, 29: 51-65.
- Bruno, J.J. ve Warren, M.L. (2010). Intensive care unit delirium. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 22, 161-178.
- Bucht G, Gustafson Y, Sandberg O.(1999). Epidemiology of delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord*; 0: 315-318.
- Carpenito-Moyet LJ *Hemşirelik Tanıları El Kitabı* Lippincot Williams & Wilkins 2010. Çev. Firdevs Erdemir , Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2012.
- Caraceni A., Grassi L. (2011). *Delirium. Acute Confusional States in Palliative Medicine*, 2nd Edn. Oxford: Oxford University Press.
- Casarett D. J., Inouye S. K. (2001). Diagnosis and management of delirium near the end of life. *Ann. Intern. Med.* 135, 32–40
- CCSMH. (2006). *National Guidelines for Seniors Mental Health – The Assessment and Treatment of Delirium*. Toronto: Canadian Coalition for Seniors Mental Health.

- Christensen M.(2005). What knowledge do ICU nurses have with regard to the effects of noise exposure in the intensive care unit? *Intensive and Critical Care Nursing*, 21: 199-207.
- Christensen M.(2007). Noise levels in a general intensive care unit: a descriptive study. *Nursing in Critical Care*, 12(4): 188-197.
- Christensen M.(2014). An exploratory study of staff nurses' knowledge of delirium in the medical ICU: An Asian perspective , *Intensive and Critical Care Nursing*; 30, 54—60.
- Cole M., McCusker J., Dendukuri N., Han L. (2003). The prognostic significance of subsyndromal delirium in elderly medical inpatients. *J. Am. Geriatr. Soc.* 51, 754–760.10.1046/j.1365-2389.2003.51255.x
- Cole, MG. (2004). Delirium in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(1):7-21.
- Cole M. G., You Y., McCusker J., Ciampi A., Belzile E. (2008). The 6 and 12 month outcomes of older medical inpatients who recover from delirium. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 23, 301–307.10.1002/gps.1878
- Cole M. G., McCusker J., Voyer P., Monette J., Champoux N., Ciampi A., Vu M., Belzile E. (2011). Subsyndromal delirium in older long-term care residents: incidence, risk factors, and outcomes. *J. Am. Geriatr. Soc.* 59, 1829–1836.10.1111/j.1532-5415.2011.03595.x
- Cole, M.G., Ciampi, A., Belzile, E., et al. (2013). Subsyndromal delirium in older people: A systematic review of frequency, risk factors, course and outcomes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(8), 771–780.
- Çelik S. (2014). Erişkin Yoğun Bakım Hastalarında Temel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. (ss: 175-188). Nobel Tıp Kitabevleri. Şubat 2014 İstanbul.
- Dahlke, S., & Phinney, A. (2008). Caring for hospitalized older adults at risk for delirium. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(6), 41-47.
- Day, J., Higgins, I., Keatinge, D. (2011). Orientaring strategies during delirium: Are they helpfull?
- Devlin, J.W., Fong, J.J., Fraser, G.L. ve Riker, R.R. (2007). Delirium assessment in the critically ill. *Intensive Care Medicine*, 33, 929–940.
- Devlin, J. W., Fong, J. J., Howard, E. P., Skrobik, Y., McCoy, N., Yasuda, C., Marshall, J. (2008). Assessmet Of Delirium In The Intensive Care Unit: Nursing Practices And Perceptions. *American Journal Of Critical Care*.17(6): 555-567.
- Devlin, J. W., Bhat, S., Roberts, R. J., & Skrobik, Y. (2011). Current perceptions and practices surrounding the recognition and treatment of delirium in the intensive care unit: A survey of 250 critical care pharmacists from eight states. *Annals of Pharmacotherapy*, 45(10), 1217-1229.
- Doksat, M.K. (2006). Deliryum Demans Farkı.
- Eker E. Deliryum. İ.Ü. Cerrahpafla Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu; 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 209-216

- Elie M., Rousseau F., Cole M., Primeau F., McCusker J., Bellavance F. (2000). Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *CMAJ* 163, 977–981
- Elliott S.(2014). ICU delirium: A survey into nursing and medical staff knowledge of current practices and perceived barriers towards ICU delirium in the intensive care unit, *Intensive and Critical Care Nursing*, 30, 333—338.
- Ely, E.W., Inouye, S.K., Bernard, G.R. (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: Validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) *JAMA*. 286, 2703-2710.
- Ely EW, Gautam S, Margolin R, et al (2001). The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med*,27:1892-900.
- Ely EW, Rasheeda K, Jackson J, Jason, W, Truman B, Gordon S.(2004). Current opinions regarding the importance, diagnosis and management of delirium of the intensive care unit: A survey of 912 healthcare professionals. *Critical Care Medicine*, Vol.32, No.1, 106-112
- Ely, E. W., Shintani, A, Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell, F. E. et al. (2004). Delirium As A Predictor Of Mortality In Mechanically Ventilated Patients In The Intensive Care Unit. *Journal Of American Medical Association*. 291(14): 1755-1762.
- Ely, E.W., Girard, T.D., Shintani, A.K., Jackson, J.C., Gordon, S.M., Thomason, J.W., Pun, B.T., Canonico, A.E., Light, R.W., Pandharipande, P. (2007). Apolipoprotein E4 polymorphism as a genetic predisposition to delirium in critically ill patients. *Crit. Care Med*. 35, 112-117
- Erişkin Yoğun Bakım Hastalarında Temel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. İçinde Çelik S. (Ed.), *Deliryum*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2014.
- European Delirium Association, American Delirium Society. (2014). The DSM-5 Criteria, Level of Arousal and Delirium Diagnosis: Inclusiveness is Safer. *BMC Medicine* 8(12):141.
- Fan, Y., Guo, Y., Li, Q. ve Zhu., X. (2012). A Review: Nursing of Intensive Care Unit Delirium. *American Association of Neuroscience Nurses*, 44(6), 307-314.
- Fearing, M.A. ve Inouye, S.K. (2009). Delirium. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. *FOCUS*, 7(1), 53-62.
- Fong, T. G. et al.(2009). *Nat. Rev. Neurol.* 5, 210–220.
- Gagnon P.(2000). Delirium in Terminal Cancer: A Prospective Study Using Daily Screening, Early Diagnosis, and Continuous Monitoring; *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 19 No. 6 , 412-426
- Gaudreau, J. D., Gagnon, P., Harel, F., Tremblay, A., Roy, M. A. (2005). Fast, Systematic And Continuous Delirium Assessment In Hospitalized Patients: The Nursing Delirium Screening Scale. *Journal Of Pain And Symptom Management*. 29(4): 368-375.

- Gilchrist NA, Isoh I, Greenberg B.(2012). Analytic reviews: atypical antipsychotics for the treatment of ICU delirium. *J Inten Care Med.* 27(6):354-361.
- Girard, T. D., Pandharipande, P., Ely, W. E. (2008). Delirium In The Intensive Care Unit. *Critical Care.* 12(3): 1-9.
- Gleason, O. C.(2003). Donepezil for postoperative delirium. *Psychosomatics* 44, 437–438
- Goodwin, M., Truman, B., Ely, E. W. (2003). Potentiating The Problem Of Delirium. *Journal Of The American Association of Critical Care Nurses.* 23: 13-14.
- Gofton, T.E. (2011). Delirium: A Review. *The Canadian Journal of Neurological Sciences,* 38, 673-680.
- Guenther, U., and Radtke, F. M. (2011). Delirium in the postanaesthesia period. *Curr. Opin. Anaesthesiol.* 24, 670–675.
- Guo-hao X, Xiang-ming F.(2009). Importance of recognizing and managing delirium in intensive care unit. *Chinese Journal of Traumatology ,* 12(6): 370-374.
- Güner P.,Geenen O.(2007). Atlanması kolay bir bozukluk : Deliryum. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 11 (1): 37-46
- Halil M.(2007). Deliryum ve Dahiliye Kliniklerinde Önemi. *İc Hastalıkları Dergisi.* 14(1), 39-44.
- Han L, McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Elie M.(2001). Use of medications with anticholinergic effect predicts clinical severity of delirium symptoms in older medical inpatients. *Arch Intern Med.* 161:1099–105
- Hewitt J (2002). Psycho-affective disorder in intensive care units: A review. *J Clin Nurs,* 11:575-84.
- Hshieh TT, Fong TG, Marcantonio ER, Inouye SK.(2008). Cholinergic deficiency hypothesis in delirium: A synthesis of current evidence. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 63:764–72.
- Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI.(1999). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 113(12):941-8.
- Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR et al.(1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine.* 340(4): 669-676.
- Inouye, S.K., Schlesinger, M.J., Lydon, T.J. (1999). Delirium: A symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *Am. J. Med.* 106, 565-573.
- Inouye, SK. (2006). Delirium in Older Persons. *The New England Journal of Medicine,* 354(11):1157-1165.
- Inouye S. K., Baker D. I., Fugal P., Bradley E. H. (2006). Dissemination of the hospital elder life program: implementation, adaptation, and successes. *J. Am. Geriatr. Soc.* 54, 1492–1499.
- Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS.(2014). Delirium in elderly people. *Lancet.* 383:911–922.

- Irving, K., Foreman, M. (2006). Delirium, Nursing Practice And The Future. *Internaional Journal Of Older People Nursing*. 1: 121-127.
- Irwin SA, Pirrello RD, Hirst JM, Buckholz GT, Ferris FD. (2013). Clarifying Delirium Management: Practical, Evidenced-Based, Expert Recommendations for Clinical Practice. *Journal Of Palliative Medicine* 16(4): 423-435.
- Irwin R, Rippe JM. Çev. Edi. Tulunay M, Cuhruk H. (2014). Irwin ve Rippe'nin Yoğun Bakım Tıbbı. (p:2039-2041, 2287-2295, 2360-2369). 6th Edition. Cilt 2. Güneş Kitabevleri, Ankara.
- Jackson,J.,Ely,E.W.,Morey,M.C.,Anderson,V.M.,Denne,L.B., Clune, J., I Hoenig, H. (2012). Cognitive and physical rehabilitation of intensive care unit survivors: Results of the return randomized controlled pilot investigation. *Critical Care Medicine*, 40(4), 1088-1097.
- Kalish VB, Gillham JE, Unwin BK. (2014). Delirium in Older Persons: Evaluation and Management. *American Famiyl Physician*, 90 (3):150-158.
- Kaya E, Sönmez S, Barlas F. Deliryum. *Okmeydanı Tıp Dergisi*2013; 29(Ek sayı 2):70-74
- Khurana V., Gambhir I. S., Kishore D. (2011). Evaluation of delirium in elderly: a hospital-based study. *Geriatr. Gerontol. Int.* 11, 467–473.
- Kırpınar İ. (2009) Deliryum, tanı, oluş nedenleri. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* . 2(3):1-13.
- Kırpınar İ. (2016). Dahili ve Cerrahi Tıpta Deliryumun Değerlendirilmesi ve Yönetimi: Bir Gözden Geçirme. *Bezmialem Science* 2016; 3: 113-22 DOI: 10.14235/bs.2016.508
- Kiely DK, Bergmann MA, Murphy KM, Jones RN, Orav EJ, Marcantonio ER.(2003). Delirium among newly admitted postacute facility patients: prevalence, symptoms, and severity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 58: M441–M445
- Krahne, D., Heymann, A., Spies, C. (2006). How To Monitor Delirium In The ICU And Why It Is Important. *Clinical Effectiveness In Nursing*. 9(3): 269-279.
- Levkoff SE, Evans DA, Liptzin B, et al.(1992). Delirium: the occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. *Arch Intern Medication*. 152:334–340.
- Levkoff S. E., Liptzin B., Cleary P. D. (1996). Subsyndromal delirium. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 4, 320–329.10.1097/00019442-199622440-00006
- Lewis L. M., Miller D. K., Morley J. E., Nork M. J., Lasater L. C. (1995). Unrecognized delirium in ED geriatric patients. *Am. J. Emerg. Med.* 13, 142–145.10.1016/0735-6757(95)90080-2
- Lipowski, Z. J. (1990) *Delirium: Acute Confusional States* (New York: Oxford University Press).
- Lonergan E, Luxenberg J.(2007). Antipsychotics for delirium. *Cochrane DB Syst Rev*. (2).



- Luetz, A., Heymann, A., Radtke, F.M., Chenitir, C., Neuhaus, U., Nachtigall, I. et al. (2010). Different assessment tools for intensive care unit delirium: Which score to use. *Critical Care Medicine*, 38(2), 409-418.
- Lütz, A., Radtke, F. M., Franck, M., Seeling, M., Gaudreau, J. D., Kleinwachter, R., I Spies, C. D. (2008). The Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC). *Anesthesia Intensive Med*, 43(2), 98Y102.
- MacLulich AM, Anand A, Davis DH, Jackson T, Barugh AJ, Hall RJ, et al.(2013) New horizons in the pathogenesis, assessment and management of delirium. *Age and Ageing*. 42(6):667–74.
- Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ et al.(2001). Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 49: 516–522.
- Mauk KL. (2014). *Gerontological Nursing-Competencies for Care*. (p: 483512). 3rd Edition. Jones&Barlett Learning Publications. USA
- McCusker, J., Cole, M. G., Voyer, P., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., Vu, M., and Belzile, E. (2011). Prevalence and incidence of delirium in long-term care. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 26, 1152–1161
- McNicoll, L., Pisani, M., Ely, W. E., Gifford, D., Inouye, K. S., (2005). Detection Of Delirium In The Intensive Care Unit: Comparison Of Confusion Assesment Method For The Intensive Care Unit With Confusion Assesment Method Ratings. *Journal Of The American Geriatrics Society*. 53(3):495-500.
- Meagher, D. (2001). Delirium: The role of psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(6), 433-442.
- Meagher, D., Adamis, D., Trzepacz, P., et al. (2012). Features of subsyndromal and persistent delirium. *The British Journal of Psychiatry*, 200(1), 37–44. Epub ahead of print Nov 10, 2011.
- Meyer-Masseti C, Cheng CM, Sharpe BA, et al.(2010). The FDA extended warning for intravenous haloperidol and torsades de pointes: how should institutions respond? *J Hospital Med*. 5(4):E8-E16.
- Michaud M Balardy L, Moulis Get et al.(2013). Proinflamatuary cytokines, aging anda ge-related disease.*J Am Med Dir Assoc*.
- Milbrandt EB, Deppen S, Harrison PL, et al.(2004). Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. *Crit Care Med*. 32(4):955-962.
- Morandi A., Jackson J. C. (2011). Delirium in the intensive care unit: a review. *Neurol. Clin*. 29, 749–763.
- Mu DL, Wang DX, Li LH, et al.(2010). High serum cortisol level is associated with increased risk of delirium after coronary artery bypass graft surgery: a prospective cohort study. *Crit Care*. 14(6): R238
- Neelon, V. J., Champagne, M. T., Carlson, J. R., & Funk, S. G. (1997). The NEECHAM confusion scale: Construction, validation, and clinical testing. *Nursing Research*, 45(6), 324Y330.
- Noyan, M. A., elbi, H. & Aksu, H.(2003). Donepezil for anticholinergic drug intoxication: a case report. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 27, 885–887 .
- Oğuz F, Kayrak M, Çicek E at al. (2010).Delirium following acute myocardial infarction: incidence, clinical profiles, and predictors. *Perspect Psychiatry Care*, Apr;46(2):135-42.

- Onur E, Cimili C, Ulaş H (2003). Psikiyatri Konsültasyonlarında Deliryum. Demans Dergisi,3:127130
- Onur, E. ve Cimilli, C. (2007). Deliryum. İçinde: Koroğlu, E. ve Güleç, C., Psikiyatri temel kitabı. (II. Baskı). Ankara, HYB Basım Yayın, 114-122
- Otter, H., Martin, J., Basell, K., von Heymann, C., Hein, O.V., Bollert, P. ve ark. (2005). Validity and reliability of the DDS for severity of delirium in the ICU. Neurocritical Care, 2, 150-158.
- Ouimet, S, Kavanagh BP, Gottfried S.B, Skrobik Y.(2007). Incidence, Risk Factors And Consequences of ICU Delirium. Intensive Care Medicine. 33(1): 66-73.
- Ouimet S., Riker R., Bergeron N., Cossette M., Kavanagh B., Skrobik Y. (2007). Subsyndromal delirium in the ICU: evidence for a disease spectrum. Intensive Care Med. 33, 1007.
- Özkan, M. ve Özkan, S. (2009). Deliryumun nedenleri ve tedavisi. Klinik Gelişim, 22(4), 56-60.
- Özşahin, A., Cansever, A. ve Uzun, Ö.(2001). Deliryum.Ankara:Gülhane Askeri Tıp Akademisi Basımevi.
- Öztürk M.O., Uluşahin A. (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13.Baskı, Ankara, 2015
- Packard RC.(2001). Delirium. The Neurologist. 7 327-340.
- Palmieri, T. L. (2003). Intensive care unit delirium in the older patient. Current Surgery, 60(4), 356-360
- Popeo, D. M. (2011). Delirium in older adults. Mt. Sinai J. Med. 78, 571–582.
- Radtke, F.M., Franck, M., Schneider, M., Luetz, A., Seeling, M., Heinz, A et al. (2008). Comparison of three scores to screen for delirium in the recovery room. British Journal of Anaesthesia, 101(3), 338-43.
- Rice, K. L., Bennett, M., Gomez, M., Theall, K. P., Knight, M., Foreman, M. D. (2011). Nurses' Recognition Of Delirium In The Hospitalized Older Adult. Clinical Nurse Specialist. 299-311.
- Rockwood K, Cosway S, Stolee P, et al.(1994). Increasing the recognition of delirium in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 42:252–256.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry (10th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sandeep Grover, MD,\* Akhilesh Sharma, MD, Munish Aggarwal, MD, Surendra K. Mattoo, MD, Subho Chakrabarti, MD FRCPsych, Savita Malhotra, MD, Ajit Avasthi, MD, Parmanand Kulhara, FRCPsych and Debasish Basu, MD (2014). Comparison of symptoms of delirium across various motoric subtypes. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2014; 68: 283–291
- Sarı, N. (2015). Sağlık Çalışanlarının Yoğun Bakımlarda Deliryum Yönetiminin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2015.
- Saxena, S., and Lawley, D. (2009). Delirium in the elderly: a clinical review. Postgrad. Med. J. 85, 405–413

- Schieman, A., Hadzidiakos, D. ve Spies, C. (2011). Managing ICU Delirium. *Current Opinion in Critical Care*, 17, 131-140.
- Schneider F, Böhner H, Habel U.(2002). Risk factors for postoperative delirium in vascular surgery. *Gen Hosp Psychiatry*. 24: 28-34.
- Schreier, A. M. (2010). Nursing care, delirium, and pain management for the hospitalized older adult. *Pain Management Nursing*, 11(3), 251-256.
- Schuermans, M. J., Duursma, S. A., Shortridge- Baggett, L. M. (2001). Early Recognition Of Delirium: Review Of The Literature. *Journal Of Clinical Nursing*. 10: 721-729
- Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al.(2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: A randomized controlled trial. *Lancet*; 373(30): 1874-1882.
- Seeling, M., & Heymann, A. (2009). Monitoring delirium in the ICU. *Intensive Care Medicine*, 21(10), 236-241.
- Siddiqi, N., House, A. O., and Holmes, J. D. (2006). Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age Ageing* 35, 350–364.
- Siddiqi, N, Holt, R, Britton, AM and Holmes, J. (2007). Interventions for preventing delirium in hospitalised patients (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, 2009.
- Spronk, P. E., Riekerk, B., Hofhuis, J., Rommes, J. H. (2009). Occurrence Of Delirium Is Severely Underestimated In The ICU During Daily Care. *Intensive Care Medicine*. 35:1276-1280.
- Tarlacı, S. (2004). Deliryum. *Acil Nörolojik Hastalıklar Güncel Tanı ve Tedavi*. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 45-53.
- Tepper M, Rakic S, Haas JA et al.(2000). Incidence and onset of critical illness polyneuropathy in patients with septic shock. *Netj J Med* 56:211-214
- Terzi B., Kaya N. (2011). Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi* 2011; 1: 21-5.
- Townsend M. C. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıtı Dayalı Uygulama Bakım Kavramları* 6. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016: 244-277
- Trzepacz, P.T., Franco, J.G., Meagher, D.J., et al. (2012). Phenotype of subsyndromal delirium using pooled multicultural Delirium Rating Scale–Revised–98 data. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(1), 10–17.
- Truman, B., Ely, E. W. (2003). Monitoring Delirium In Critically III Patients: Using The Confusion Assessment Method For The Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*. 23:25-35.
- Tural Z, Babayiğit M.(2014). Koksartroz Cerrahisi Sonrası Gelişen Akut Miyokard İnfarktüsü Ve Deliryum. *Nobel Med*. 10(1): 82-84.

- Tülek, Z. (2013). Bilişsel İşlev Bozukluğunun Değerlendirilmesi, Yorumlanması ve Yönetimi. İçinde. Durna, Z., Topcuoglu, M.A., Karadakovan, A. (Çev. Eds), *Norolojik Bilimler Hemsireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Türkcan, A. (2001). Deliryum. *Psikiyatri Dünyası Dergisi*, 5, 15-23
- Van Der Mast RC, Fekkes D.(2000). Serotonin and amino acids: Partners in delirium pathophysiology? *Semin Clin Neuropsychiatry*. 5:125–31.
- Van Eijk, M. M., Kesecioglu, J., & Slooter, A. J. (2008). Intensive care delirium monitoring and standardised treatment: A complete survey of Dutch intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(4), 218-221.
- Van Eijk, M. M., Van Marum R. J., Klijn I. A., de Wit, N., Kesecioglu, J., & Slooter, A. J. (2009). Comparison of delirium assessment tools in a mixed intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 37(6), 1881-1885.
- Van Eijk MM, Roes KC, Honing ML, Kuiper MA, Karakus A, van der Jagt M, et al.(2010). Effect of rivastigmine as an adjunct to usual care with haloperidol on duration of delirium and mortality in critically ill patients: A multicentre, double-blind, placebo-controlled randomised trial. *Lancet*.376:1829–37.
- Van Mook WN, Hulsewe-Evers RP. (2002). Critical illness polyneuropathy. *Curr Opin Crit Care* 8(4): 302-10
- Virani. T., Sanbs, J., McConnell, H., Mason, M., Scott, C., Gergolas, E., Powell, K. (2003). Screening For Delirium, Dementia And Depression In Older Adults. Registered Nurses Association of Ontario Nursing Best Practice Guidelines Project. Toronto, Ontario.
- Voyer P, Cole MG, McCusker J et al.(2005). Characteristics of institutionalized older patients with delirium newly admitted to an acute care hospital *Clin Eff Nurs*, (9): 13-25
- Voyer, P., Cole, M. G., McCusker, J., St-Jacques, S., Laplante, J. (2008). Accuracy Of Nurse Documentation Of Delirium Symptoms In Medical Charts. *International Journal Of Nursing Practice*. 14: 165-177.
- Voyer P., Richard S., Doucet L., Carmichael P. H. (2009). Detecting delirium and subsyndromal delirium using different diagnostic criteria among demented long-term care residents. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 10, 181–188.
- Watt D. F., Koziol K., Budding D. (2012). “Delirium and confusional states,” in *Disorders in Neuropsychiatry*, eds Noggle C. A., Dean R. S., editors. (New York: Springer Publishing Company; ).
- Yavuz B.B.(2011). Deliryum Geriatri Uzmanı Gözüyle. *Akademik Geriatri*. 178-180.
- Yıldızeli, B., Özyurtkan, O., Batırel, H. F., Kuşcu, K., Bekiroğlu, N., Yüksel, M. (2005). Factors Associated With Postoperative Delirium After Thoracic Surgery. *Annals Of Thoracic Surgery*. 79: 1004-9.

Young, J., and Inouye, S. K. (2007). Delirium in older people. *BMJ* 334, 842–846.

Zeki, Ö. (2013). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Deliryum Yönetimi Konusunda Düşünceleri ve Uygulamaları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2013



## **EKLER**

### **EK-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)**

**ÇALIŞMANIN ADI:** Hemşirelerin Deliryum Yönetimine Yönelik Bilgi, Uygulamaları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

#### **ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :**

Deliryum çok sık karşılaşılmamasına rağmen tanısının sık sık atlandığı gözlenmektedir. Bunun sebebi, semptomların yeterince tanınmaması ya da yanlış yorumlanması, hemşirelerin deliryuma yeterince dikkat göstermemesi olabilmektedir. Hemşirelik bakımının kalitesini artırmak ve hasta güvenliğini sağlamak için hemşirelerin ne bildikleri ve bakım uygulamalarının ne olduğunun bilinmesine gereksinim vardır. Hemşirelerin Deliryum Yönetimine Yönelik Bilgi, Uygulamaları ve Etkileyen Faktörlerin belirlenmesi amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

#### **ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:**

Hemşirelerin cevaplayacağı anket soruları vardır. Herhangi bir olumsuzluğu, riski bulunmamaktadır.

#### **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Çalışmadan elde edilen verilerin hemşirelik bakımının iyileştirilmesi çalışmalarına dolayısıyla hasta sağlığına , erken taburculuğa katkı vermesi beklenmektedir.

#### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Çalışmaya katılanların kişisel bilgileri kesinlikle başka hiçbir yerde kullanılmayacaktır.

#### **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

1. **Hatice Begüm Cetin**

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise ) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

## EK-2 HEMŞİRELERİ TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

### 1.Cinsiyetiniz :

Kadın

Erkek

### 2.Yaşınız : .....

### 3.Bölümünüz:

3.1. Genel Yoğun Bakım

3. 2. Koroner Yoğun Bakım

3.3. Dahiliye Yoğun Bakım

3. 4. Cerrahi Yoğun Bakım

3.5. Diğer: .....

### 4. Eğitim durumunuz nedir?

1.Sağlık Meslek Lisesi

2.Ön lisans Programı

3.Lisans

4.Yüksek Lisans

5.Doktora

6. Diğer : .....

### 5. Kaç yıldır bu bölümde çalışmaktasınız?

a) 0-1 yıl

b) 2-5 yıl

c) 6-10 yıl

d) 11-15 yıl

e) 16 yıl ve üzeri

### 6. Klinikteki göreviniz nedir?

a) Yoğun Bakım Sorumlu Hemşire

b) Yoğun Bakım Hemşire

### 7. Okul döneminde veya çalışma hayatınız boyunca deliryum ile ilgili bilgi aldınız mı?

Evet

Hayır

### 8. Yoğun Bakım Ünitenizde deliryuma ilişkin tanılama yapılıyor mu?

Evet

Hayır



**9. 8. Soruya cevabınız evet ise ; hangi tanılama formunu kullanıyorsunuz?**

1. YBÜ-KDÖ (Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği)  
 2. Deliryum Ölçme Skalası  
 3. Deliryum İzlem Listesi  
 4. Genel Klinik Değerlendirme  
 5. Mini-Mental Durum Muayenesi  
 6. Diğer (Belirtiniz).....

**10. 8.Soruya cevabınız evet ise ;**

**Günde kaç kez değerlendiriyorsunuz?**

1. Hiç  2. Bir kez  3. İki kez  4. Üç kez  5. Dört ve üzeri

**11. Hastaninizde fiziksel kısıtlama protokolünüz var mı?**

- Evet  
 Hayır

## EK-3 DELİRYUM YÖNETİMİ BİLGİ VE UYGULAMA FORMU

### 1. Aşağıdaki ifadelerden hangisi deliryumu tanımlamaktadır?

- a) Çoğu kez yavaş ilerleyici olan, beynin bilgi, davranış ve gündelik yaşamı sürdürme konularında gösterdiği kalıcı yetersizliktir.
- b) Ani başlayan, genel olarak bilişsel işlevlerin bozulması, bilinç durumunda değişiklik, dikkat bozukluğu artmış ya da azalmış psikomotor aktivite ve uyku uyanıklık döngüsünün düzensizliği ile karakterize geçici bir durumdur.
- c) Çökkünlük, elem, keder, karamsarlık, umutsuzluk duyguları ile daha önceden zevk aldığı nesnelere, uğraşılara ilgi duymama, hiçbir şeyden zevk almama halidir.
- d) Kişinin entelektüel ve sosyal yeteneklerinin, günlük fonksiyonlarını etkileyecek şekilde ilerleyici bir kaybıdır.
- e) Çeşitli ruhsal sıkıntılar veya travmatik olaylarla bireyde bilinç, bellek ve kimlik sorunlarının ortaya çıkması.

### 2. Aşağıdakilerden hangisi deliryumun en yaygın belirtileri arasında yer alır?

- a) Bilinç bulutlanması
- b) Dikkati odaklama, sürdürme ve bölmede güçlük
- c) Yönelim bozukluğu
- d) Dezorganize düşünce ile kısa dönem belleğinde bozulma
- e) Yukarıdakilerin hepsi

### 3. Aşağıda deliryumun epidemiyolojisi ile ilgili verilen bilgilerden hangisi doğrudur?

- a) Yaşlanma ile birlikte deliryum için risk artar.
- b) Tıbbi hastalık nedeniyle hastanede yatan tüm erişkinlerin % 10 - 20' sini, yaşlı hastaların % 30 - 40' ını etkileyebilmektedir.
- c) Mekanik ventilasyondaki yoğun bakım hastalarının ise % 83'lere ulaşabilen bir kısmını etkileyebilmektedir. Yaşlanma ile birlikte deliryum için risk artar.
- d) Deliryumlu hastalarda mortalite oranı yüksektir.
- e) Cinsiyetin deliryum gelişiminde bir etkisi yoktur.

### 4. Aşağıdakilerden hangisi psikomotor aktivite ve uyanıklığın düzeyine göre tanımlanan deliryum tipidir?

1. Hiperaktif tip 2. Hipoaktif tip 3. Mental tip 4. Affektif tip 5. Miks tip
- a) 1,2,3 b) 1,2,3,4 c) 1,2,4,5 d) 1,2,5 e) 3,4,5

**5. Aşağıdakilerden hangisi deliryum ile demans arasındaki farktır?**

- a) Hafıza kaybı
- b) Dikkat eksikliği
- c) Dalgalanan bilişsel durum
- d) Dağınık düşünce
- e) Tutarsız konuşmalar

**6. Deliryum, demans ve depresyonun ayırıcı tanısı için hastalıkların özellikleri aşağıdaki tabloda verilmiştir. Belirtilen özelliklerin hangi tanıya ait olduğunu soru işareti olan yerlere yazınız.**

**a) Deliryum b) Demans c) Depresyon**

Özellik	?	?	?
Başlangıç	Yavaş	Kademeli	Her ikisi de olabilir
Seyir	İlerleyici	Geceleri kötüleşir	Gündüz kötüleşir
Dikkat	Normal	Bozulmuş	Değişken
Bellek	Yakın ve uzak bellekte bozulma	Anlık ve yakın bellekte bozulma	Seçici bozulma
Algı	Normal	Bozulmuş	Normal
Psikomotor Davranış	Normal/ Apraksi	Hareketlerde yavaşlama ya da artma	Gerileme ya da ajitasyon
Prognoz	Geri dönüşsüz	Geri dönüşlü	Değişken

**7. Aşağıdakilerden hangisi deliryumun ileri dönem sonuçlarından değildir ?**

- a)Uzamış mekanik ventilasyon
- b) Kendi kendine ekstübasyon
- c)Erken taburculuk
- d) Kataterlerini çekme eğilimi
- e) Eksitasyon durumu

**8. Aşağıdakilerden hangisi hiperaktif deliryumda olan hastanın özelliklerinden biri değildir?**

- a) Uyuklama
- b) Huzursuzluk
- c) Kendine zarar verme (kendi kendine ekstübasyon ve kateter çekme)
- d) Ajitasyon
- e) Yerde duramama

**9. Aşağıdakilerden hangisi deliryum için altta yatan faktör değildir?**

- a) İmmobilite
- b) Fiziksel sabitleme
- c) Malnütrisyun
- d) Dehidratasyon
- e) Hiperglisemi

**10. Aşağıdakilerden hangileri deliryumun gelişmesine neden olur? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)**

- Yaş
- Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu
- Ameliyat sonrası dönem
- Santral Sinir Sistemi Hastalıkları
- Sedasyon ve analjezi ilaçları kullanımı
- Karaciğer hastalıkları
- Böbrek hastalıkları
- Kalp yetmezliği
- Sepsis
- Hipoksemi
- Şok

**11. Aşağıdakilerden hangisinin eksikliği deliryum için risk faktörüdür?**

- a) Serotonin
- b) Asetilkolin
- c) Dopamin
- d) Melatonin
- e) Östrojen

**12. Deliryumun tanılmasında aşağıdaki testlerden hangisi kullanılır?**

- a) Glaskov Koma Skalası
- b) Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği
- c) Braden Skalası
- d) Global Detoriasyon Skalası
- e) Hachinski İskemik Skorlaması

**13. Aşağıdakilere hangisi deliryumla ilgili tanılama aracı kullanılmasının yararlarındandır?**

1. Akut değişiklikleri farketme
2. Deliryum riski olan ve ani değişim olan hastada deliryumun saptanması
3. Hata olasılığını azaltma
4. Hastanın güvenliğini sağlama
5. Sağlık ekibi arasında iletişimi sağlama

a) 1,2,3 b) 1,2,3,4,5 c) 2,3,4,5 d) 3,4,5 e) Hiçbiri doğru değil

**14. Aşağıdakilerden hangisi deliryum gelişimini önler?**

- a) Aşırı uyarımlardan kaçınmak
- b) Yeterli hidrasyon sağlamak
- c) Yeterince analjezik aldığından emin olmak
- d) Deliryum açısından sürekli izlem sağlamak
- e) Hepsi

**15. Aşağıdaki bulgulardan hangisi, deliryum için tanı koymada en önemli semptomdur?**

- a) Halüsinasyon
- b) Unutkanlık
- c) Apati
- d) Bilinç bulanıklığı / dalgalanması
- e) İnsomnia

**16. Aşağıdakilerden hangileri deliryum tedavisinin amacı değildir?**

- a) Deliryuma neden olan durumu belirleyip tedavi etmek
- b) Hasta yakınlarına bilgi vererek hastanın güvenliğini sağlamak
- c) Hastanın yoğun bakım ortamında kalmasını sağlamak
- d) Deliryum belirtilerini tedavi etmektir
- e) Tedavi ekibine bilgi vererek hastanın güvenliğini sağlamak

**17. Deliryum tanısı konan hastaya hemşirenin hangi yaklaşımı en uygundur?**

- a) Hastaya herhangi bir açıklama yapmadan alt ve üst ekstremitelerini sıkı tespite almak
- b) Hekimin order ettiği ilaçları hekime hastanın akut durumunu anlatmadan uygulamak
- c) Hastanın oryantasyonunu sağlamak için oda içindeki ziyaretçi sayısının artırılması için desteklemek
- d) Hastanın uyku kalitesinin kesintiye uğramaması adına uyku-uyanıklık döngüsünün korunması için aşırı gürültüye maruz kalmamasını sağlamak
- e) Hastanın ajitasyonunun sonlanmasını bekleyerek mobilizasyonu geciktirmek

**18. Deliryum tanısı konmuş hastaya aşağıdaki hangi ilaç grubu uygularken sıkı vital bulgu ve bilinç takibinin yapılması gereklidir?**

- a) Antihipertansif
- b) Beta-bloker
- c) Antiemetik
- d) Benzodiazepin
- e) Antifungal

**19. Akut deliryum tablosu gelişen hastanın, akut konfüzyona bağlı onayı alınamayacak durumda olmasına karşın, hasta yakınının da onayı alınmadan hastanın sıkı tespitlenmesi durumuyla karşılaşıldığında aşağıdaki hangi etik ilke ihlal edilmiş olur ?**

- a) Mahremiyet ilkesi
- b) Zarar vermeme/yararlılık ilkesi
- c) Özerklik ilkesi
- d) Adalet ilkesi
- e) Hepsi

**20. Aşağıda gözlenen davranışlara uygun hemşirelik tanılarını aşağıdaki listeden seçiniz?**

- 1.Travma riski
- 2.Düşük benlik saygısı
- 3.Sözel iletişimde bozulma
- 4.Düşünme sürecinde bozulma
- 5.Başkalarına yönelik şiddet riski
- 6.Özbakım eksikliği
- 7.Duyusal algılamada bozulma
- 8.Spiritüel stres
- 9.Beden imajında bozulma
- 10.Uyumsuzluk

<b>DAVRANIŞLAR</b>	<b>HEMŞİRELİK TANILARI</b>
<b>20.1.</b> Düşmeler, amaçsız gezinme, zayıf koordinasyon, konfüzyon, çevreyi yanlış yorumlama (yanılsamalar, halüsinasyonlar), çevredeki tehlikeleri anlamada eksiklik	
<b>20.2.</b> Oryantasyon bozukluğu, konfüzyon, bellekte yetersizlik, çevreyi yanlış yorumlama, şüphecilik,paranoya	
<b>20.3.</b> Halüsinasyonlar (sesler duymak, görüntüler görmek, teninde bir şeyler geziniyor hissine kapılmak)	
<b>20.4.</b> Agresiflik, saldırganlık, (vurma, tınaklama ya da tekmeleme)	
<b>20.5.</b> Nesne ya da kişilerin isimlerini söyleyememe,bellek kaybı, doğru kelimeyi bulmada güçlük çekme, konfabulasyon, tutarsız, ve talepkar şekilde konuşma	
<b>20.6.</b> Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe: Beslenme, hijyen, tuvalet vb.	
<b>20.7.</b> Utanma ve kendini küçük görme ifadeleri, ilerleyen sosyal izolasyon, ilgisizlik, azalmış aktivite, içe çekilme	

**21. Aşağıda verilen vaka olgusuna göre soruyu cevaplayınız.**

**OLGU**

R. Bey, (73 yaş) evde düşme sonucu acil servisinize getirilmiştir. Çekilen kalça eklem grafisinde fraktür saptanarak acil ameliyata alınmasına karar verilmiştir. Ameliyat sonrası yoğun bakıma transferi yapılmıştır. Hasta yoğun bakım ünitesinde post-op 2.günündedir, bilinci açık, koopere, yönelimi tamdır. İdrar sondası, cvp katateri ve bir adet basınçlı drenajı mevcuttur. Post-op 2.gününün öğle saatlerinde bilinç bulanıklığı, yerinde duramama, var olan kataterlerini çekme eğilimi, kendine ve etrafına zarar verici hareketler yapmaya başlamıştır. Yer-zaman ve kişi oryantasyonu bir anda bozulmuş, ajitasyon belirtileri göstermektedir. Yataktan kendini atmaya çalışıp oda içerisinde bağırma başlamıştır.

**Yukarıdaki olguya göre sekonder tanı olarak deliryum tanısı konmuş R. Bey'e hangi hemşirelik tanıları konulabilir ve bu tanıları yönelik hemşirelik yaklaşımlarını yazınız? (Tanıları 20.soruda verilen tablodan seçiniz.)**

HEMŞİRELİK TANISI	HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI
1.	1.
2.	2.
3.	3.

- 1) Işıkları gece gündüz ayırımı belirleyecek şekilde ayarlarım.
- 2) Gürültünün azaltılmasını sağlarım.
- 3) Hastanın oryantasyonunu sağlamak için iletişime geçerim.
- 4) Saat ve takvimin hastanın görebileceği yerde olmasını sağlarım.
- 5) Hastanın ziyaretçilerini hasta ile konuşması yönünde desteklerim.
- 6) Enfeksiyon kontrol önlemlerine uyarım.
- 7) Ağrının kontrol altına alınmasını sağlarım.
- 8) Hastanın gözlük ve işitme cihazı kullanımını desteklerim.
- 9) Hastanın kendi kendine zarar vermesini önlerim.



**22.Deliryum bakımına yönelik aşağıda yazılan önerilerden siz uygulamalarınızda hangisini/hangilerini kullanıyorsunuz,işaretleyiniz.**

GENEL ÖNERİLER	Her zaman uygulanır	Ara sıra uygulanır	Hiçbir zaman uygulanmaz
22.1 .Bilişsel bozuklukları ve deliryumu tespit etmek için rutin testler uygulamak.			
22.2. Kaliteli uyku sağlamak için gürültüyü azaltmak.			
22.3 İlaç kullanımından kaçınmak veya dikkatli kullanmak. (benzodiazepin , opioid , psikotrop, sedatif)			
22.4.Dehidratasyon ve elektrolit dengesizliğini önlemek için aldığı çıkardığı takibi yapmak,oral alım yeterli değil ise parenteral yoldan kaybı yerine koymak.			
22.5. İletişimi ve oryantasyonu arttırmak için kısa cümleler kullanmak.			
22.6. Yer , hastanede olma nedeni günlük bakım faaliyetleri hakkında bilgi vermek.			
22.7.Eğer mümkünse bakım sürecine hastanın katılımını sağlamak.			
22.8.Tıbbi prosedür hakkında bilgi ve güvence vermek.			
22.9. Görüş alanında saat takvim , bildiği nesnelere bulunmasını sağlamak.			
22.10. Görme ve işitme cihazlarının kullanımının sağlanmasını sağlamak.			
22.11. Deliryuma ilişkin hasta yakınına bilgi vermek.			
22.12. Yakınlarının bakım ve beslenmeye katılımını sağlamak.			
22.13.Malnutrisyon ve vitamin eksikliğini önlemek.			
22.14.Fiziksel kısıtlamalardan mümkün olduğunca kaçınmak.			

<b>22.15. Erken mobilizasyonu sağlamak.(hastanın klinik durumu uygun ise)</b>			
<b>22.16. Ameliyat koşullarını olumluya çevirmek için yeterli analjezi sağlamak.</b>			
<b>22.17. Ameliyat sonrası düşük tansiyon ve hipoksiyi önlemek.</b>			
<b>22.18. Hematokrit seviyesinin %30'un üstünde olmasını sağlamak.</b>			
<b>22.19. DİĞER (AÇIKLAYINIZ.....)</b>			

