

ÖZGE ZEKİ

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2013

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

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DELİRYUM
YÖNETİMİ KONUSUNDA DÜŞÜNCELERİ VE
UYGULAMALARI**

ÖZGE ZEKİ

**DANIŞMAN
PROF. DR. SEVİM BUZLU**

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2013

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Özge Zeki tarafından hazırlanan “Yoğun Bakımında Çalışan Hemşirelerin Deliryum Yönetimi Konusunda Düşünceleri ve Uygulamaları” başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

02 / 10 / 2013

Tez Sınav Jürisi

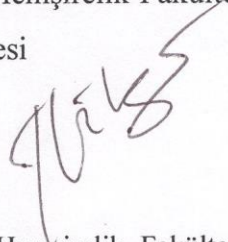
Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası
1.Prof.Dr.Sevim Buzlu (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi /
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



2.Doç.Dr.Yasemin Kutlu İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi /Ruh Sağlığı ve
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



3.Doç.Dr.Hülya Bilgin İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Ruh Sağlığı ve
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4.Doç.Dr.Leyla Küçük İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Ruh Sağlığı ve
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5.Yard.Doç.Dr. Neslihan Özcan Bakırköy Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Özge ZEKİ



İTHAF

Çok değerli aileme ve çok değerli eşime ithaf ediyorum...

TEŞEKKÜR

Değerli bilgi ve deneyimleri ile beni aydınlatan ve hiçbir zaman desteğini esirgemeyen saygı değer hocam Prof. Dr. Sevim Buzlu'ya,

Bilgi ve deneyimlerini her zaman bizlerle paylaşan Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı' ndaki gelişimime katkıda bulunan diğer tüm değerli hocalarıma,

Çalışmamın sürdürülmesinde, destek ve yardımları için İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan tüm meslektaşlarıma ve Özge Sükut'a,

Manevi desteğini esirgemeyen dostum Seda Dilli'ye ve Gül Oban' a

Yaşamımın her döneminde her daim yanımda olan ve hiçbir zaman desteğini esirgemeyen çok değerli aileme ve eşime,

En içten duygularıyla sonsuz teşekkürlerimi, sevgi ve saygılarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
BEYAN.....	İİ
İTHAF.....	İİİ
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Deliryumun Tanımı.....	4
2.2. Deliryumun Tarihçesi	5
2.3. Deliryumun Epidemiyolojisi.....	5
2.4. Deliryumun Etyolojisi.....	10
2.5. Deliryumun Risk Faktörleri	8
2.6. Deliryumun Belirti ve Bulguları	10
2.7. Deliryumun Prognozu.....	15
2.8. Deliryumun Ayırıcı Tanısı	15
2.9. Deliryumu Tanılama	16
2.10. Deliryumda Hemşirelik Süreci	18
2.10.1. Tanılama.....	21
2.10.2. Sonuç Kriterleri.....	24
2.10.3. Uygulama	24
2.10.4. Değerlendirme.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	30
Araştırma Sorusu	30
3.2. Araştırmanın Yeri, Evren ve Örneklem	30

3.3. Veri Toplama Araçları	30
3.4. Verilerin Toplanması	31
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.6. Etik Konular.....	31
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	31
3.8. Araştırmanın Güçlükleri	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular.....	34
4.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular.....	35
4.3. Hemşirelerin Deliryum Yönetimi ile İlgili Düşünce ve Uygulamalarına İlişkin Bulgular.....	36
4.4. Son Bir Yılda Hemşirelerin Bilimsel Aktivitelere Katılım ve Bilimsel Yayın İzleme Durumu İlgili Bulgular.....	44
4.5. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Deliryum Yönetimi ile İlgili Düşünce ve Uygulamalarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular	45
4.6. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Son Bir Yılda Hemşirelerin Bilimsel Yayın İzleme Durumunun Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular	48
5. TARTIŞMA	49
5.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması	49
5.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması	49
5.3. Hemşirelerin Deliryum Yönetimi ile İlgili Düşünce ve Uygulamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması	49
5.4. Son Bir Yılda Hemşirelerin Bilimsel Aktivitelere Katılım ve Bilimsel Yayın İzleme Durumu ile İlgili Bulguların Tartışılması	56
5.5. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Deliryum Yönetimi ile İlgili Düşünce ve Uygulamalarının Karşılaştırılması.....	56
5.6. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Son Bir Yılda Hemşirelerin Bilimsel Yayın İzleme Durumunun Karşılaştırılması.....	57
5.7. Sonuçlar	57
5.8. Öneriler	59
KAYNAKLAR	60
EKLER.....	67
EK-1-Anket Formu.....	68

EK-2-Kurum İzni.....	73
EK-3-Kurum İzni.....	75
ÖZGEÇMİŞ	77

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Hemşirelik Tanıları	22
Tablo 2-2: Hemşirelik Girişimleri	25
Tablo 4-3: Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	34
Tablo 4-4: Yoğun Bakım Ünitelerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	35
Tablo 4-5: Yoğun Bakım Ünitelerinde Deliryum Görülme Sıklığının Dağılımı	36
Tablo 4-6: Karşılaşılan Deliryum Tiplerinin Dağılımı	37
Tablo 4-7: Hemşirelerin Deliryuma İlişkin Uygulamalarıyla İlgili Bulgular	38
Tablo 4-8: Hemşirelerin Deliryum İle İlgili Verilen Önermelere Yönelik Görüşlerinin Dağılımı	41
Tablo 4-9: Hemşirelerin, Hastada Deliryum Gelişmesini Önlemek İçin Uyguladıkları Girişimler	43
Tablo 4-10: Geçtiğimiz Yıl Hemşirelerin Bilimsel Aktivitelere Katılım ve Bilimsel Yayın İzleme Durumunun Dağılımı	44
Tablo 4-11: Hemşirelerin Çalıştığı Kurumun Mekanik Ventilatore Bağlı Olan Hastalarda Deliryum Düşünme Durumuna Etkisi İle İlgili Bulgular	45
Tablo 4-12: Hemşirelerin Çalıştığı Kurumun Mekanik Ventilatore Bağlı Olmayan Hastalarda Deliryum Düşünme Durumuna Etkisi İle İlgili Bulgular	46
Tablo 4-13: Hemşirelerin Çalıştığı Kurumun Deliryumun Rutin İzlenmesine Etkisi İle İlgili Bulgular	47
Tablo 4-14: Hemşirelerin Çalıştığı Kurumun Bilimsel Yayın İzleme Durumuna Etkisi İle İlgili Bulgular	48

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Hemşirelere Göre Deliryum Gelişmesine Neden Olan Etmenlerle İlgili Bulgular	39
Şekil 2: Hemşirelerin Deliryumun Önemi Konusunda Düşüncelerinin Dağılımı.....	40
Şekil 3: Deliryumun Önlenmesine ve Tedavisine Yönelik Düşüncelerin Dağılımı.....	42

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

CAM-ICU: Confusion assessment method for the intensive care unit

KDÖ-YB: Yoğun bakımlar için konfüzyon değerlendirme ölçeği

ICDSC: Intensive Care Delirium Screening Checklist

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

MV: Mekanik Ventilasyon

ÖZET

Zeki,Ö (2013). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryum yönetimi konusunda düşünceleri ve uygulamaları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin deliryum yönetimi konusunda düşünce ve uygulamalarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlandı.

Araştırmanın örneklemini İstanbul il sınırları içinde iki sağlık bakanlığı hastanesi ve bir üniversite hastanesinde çalışan 106 hemşire oluşturdu. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu ile toplandı. Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirildi. Elde edilen bulgulara göre; 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 önlenabilir olduğunu düşünmektedir. Hemşirelerin %42.5'i en çok karşılaşılan deliryum tipinin karışık tip olduğunu belirtti. Hemşirelerin %24.5'i deliryumu rutin olarak izlediklerini ve bunların %42.3'ü günde dört ve üzeri değerlendirdiğini ifade etti . Deliryumu rutin izleyenlerin %50'si genel klinik değerlendirme ile izlediklerini ve hemşirelerin %57.5'i deliryumun önlenmesinde en önemli faktörün uyku olduğunu belirtti. Yoğun bakım - konfüzyon değerlendirme ölçeğinin deliryumu değerlendirmede %7.7 oranında kullanıldığı saptandı. Hemşirelerin %44.6'sı “hasta ile etkili iletişim kurmanın” deliryum gelişmesini önlemede yapılması gereken bir uygulama olduğunu belirtti.

Yoğun bakımda çalışan hemşireler, deliryumun önemli bir sorun olduğunu, hastaneden çıkışı uzattığını ve enfeksiyon oranını arttırdığını belirtmesine rağmen, deliryumu önlemede, tedavi etmede ve bakım vermede önemli olan deliryum izleminin rutin olarak yapılamadığı söylenebilir. Bu konuda daha fazla araştırma yapılmasına gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: yoğun bakım ünitesi, hemşire, deliryum yönetimi

ABSTRACT

Zeki,O.(2013).Thoughts and attitudes of nurses about the management of delirium. Istanbul University, the Institute of Health Science, Psychiatric Nursing ABD. Postgraduate Thesis.

This survey was planned to determine the understanding of nurses' implementations and opinions about the delirium management.

The sample of the study consisted of 106 nurses that work in two university hospital that depend on Ministry of Health, in Istanbul. Data of the research was collected with a questionnaire form prepared by the researcher. Obtained data was evaluated in a computer envirement. According to the results; %59.4 of nurses thought that delirium was partially recognised as an underdiagnosed syndrom. %66 of nurses thought that it is a serious illness. %64.2 of nurses thought that delirium was about the neuropsychologic disorders. %45.3 of nurses thought that delirium could be preventable. %42.5 of nurses said that their patients experienced mixed type of delirium. %24.5 of nurses had screened the delirium routinely and %42.3 of them had screened delirium four times or more in a day. Half of nurses who screen delirium routinely had done so with a general clinic examination. %57.5 of nurses thought that the most important element for preventing delirium was sleeping quality. %7.7 of the nurses used CAM-ICU (Confussion Assessment Measurement –Intensive Care Unit) scale to evaluate delirium. %44.6 of the nurses stressed that “effective communication with the patient” must be a practice through the prevention of delirium.

Eventough the nurses who work in the intensive care unit knew that the delirium is a serious disorder which increases the duration of the hospitalization and infection rates; it can be said that the delirium monitorizing that is important in the prevention, treatment and caregiving is not carried out sufficiently. More reasearch is needed in this area.

Key Words: intensive care unit, nurse, management of delirium

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Deliryum, yoğun bakım ünitelerinde sık rastlanan bir sorundur. Özellikle ventilatör desteği alan hastalarda iletişim kurmak zor olduğu için tanı konması da güçtür. Yoğun bakım ünitelerindeki hastalar var olan tedavisi, çoklu organ yetmezliği sebebiyle yüksek risk taşımaktadır. Deliryum, hastalar yoğun bakımdan çıktıktan sonra da devam etmesi ve hastanın ailesinde anksiyeteyi artırması sebebiyle çok önemlidir. Deliryum, klinikte hastanın entübasyon tüpünü çıkarması, kataterlerini çekmesi ve dolayısıyla hastanede yatışının uzaması, mortalitenin ve sağlık bakım maliyetinin artması gibi olumsuz durumlara sebep olur. Amerika Birleşik Devletlerinde, deliryum için yıllık sağlık giderinin 1-2 milyar dolar arasında olduğu saptanmıştır. Hastanede yatış süresince deliryum gelişen yaşlı hastalarda ölüm oranı ise %22-76 arasındadır (Williams ve Dobb 2009).

Deliryum karşımıza ensefalopati, akut konfüzyonel durum, yoğun bakım psikozu, akut beyin sendromu olarak da çıkmaktadır. Deliryumun prevelansı ve olumsuz sonuçları dikkate alınarak deliryum yönetiminde, tanı koyma, tedavi ve bakımda özelleşmiş stratejiler önemlidir (Akıncı ve ark. 2005). Ouimet ve arkadaşlarının (2007) yoğun bakım hastaları için özel olarak geliştirilmiş ölçekler uygulayarak yaptıkları araştırmada yoğun bakım ünitesindeki mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda deliryum oranı %60-80, mekanik ventilasyon desteği almayan hastalarda deliryum görülme oranı %20-50 olduğu saptanmıştır (Ouimet ve ark. 2007). Spronk ve arkadaşlarının (2009), yaş ortalamaları 73 olan 46 hasta ile yaptıkları araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin ve yoğun bakım uzmanı doktorların deliryumu yeterince tanılayamadıklarını ve tanılamak için yeterli ölçüm aleti kullanmadıklarını saptamıştır.

Son zamanlarda deliryumun saptanmasına yönelik çalışmalar artmasına rağmen farklı psikiyatrik tanılarla konsültasyon istemlerine rastlanmaktadır. Inouye ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir araştırmada özellikle 80 yaş ve üzerinde olan, hipoaktif deliryuma, görme sorununa ve demans tanısına sahip olan hastalara deliryum tanısı konamadığı saptanmıştır. Yine aynı araştırmada demanslı hastalardaki deliryumu saptama oranının %12 olduğu ve hemşirelerin %75'inin demans ile deliryum arasındaki farkı bilmedikleri saptanmıştır. Hipp' in (2012) yapmış olduğu araştırmada deliryumun

gözden kaçtığını ve tedavi edilemediğini saptamıştır. Ely ve arkadaşlarının (2004) 912 yoğun bakım çalışanı ile yaptığı farklı bir araştırmada sağlık çalışanının sadece %16'sının özel bir deliryum ölçüm formu kullandığını saptamıştır. Devlin ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışmada da yine deliryum tanılama formu kullanılan yoğun bakımda 331 yoğun bakım hemşiresinden %47'sinin deliryumu fark edebildikleri saptanmıştır. Deliryumu tanımlarken hemşireler farklı yöntemler kullanmıştır; %78'i hastanın verilen emirlere uymamasından, %71'i hastanın ajite olmasından, %36'sı yoğun bakımlar için konfüzyon değerlendirme ölçeği –KDÖ-YB (Confusion assessment method for the intensive care unit -CAM-ICU)' ni kullanarak, %11'i Yoğun bakım deliryum izlem kontrol listesi (Intensive Care Delirium Screening Checklist -ICDSC)' ni kullanarak, %9'u psikiyatri konsültasyonu isteyerek deliryumu tanımlayabilmiştir. Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmaya rastlanmamıştır.

Ouimet ve arkadaşları (2007) yaptıkları araştırmada deliryumun, herhangi bir tıbbi nedenle hastaneye yatan hemen her hastada görülme riski olduğunu, bununla birlikte bazı hasta gruplarında görülme riskinin daha yüksek saptamıştır. Bu riskler; hipertansiyon, alkolizm ve bazı hastalıklar olarak tanımlanmıştır. Ayrıca Williams ve Dobb (2009) yoğun bakım hastasında risklerin çevreye uyumla da ilgili olduğunu göstermektedir. Çevresel faktörler; yoğun bakımda cihazların ve personelin sesi, ışık, ventilatörle uyumsuzluk, sedasyon, analjezi, uyuyamama olarak düşünülmektedir (Williams ve Dobb 2009). Deliryuma sebep olabilecek risklerin bilinmesi erken tanınmasını kolaylaştırır. Geçerliği kanıtlanmış bir izlem formu ile deliryumun erken tanısı konulabilirse, hastanın prognozu için daha iyi sonuç verir (Spronk ve ark. 2009).

Tedavide farmakolojik olmayan yöntemler tercih edilmektedir. Hastanın anksiyetesini en aza indirmek için etkili iletişim kurulması, işlemlerin açıklanması, hastanın oryantasyonunun sağlanması, ağrısının sorgulanması, ailesini görmesi hastayı rahatlatıyorsa mümkün olduğunca yakınlarının ziyaretinin sağlanması, yoğun bakımlarda belirli aralıklarla ses ölçümlerinin yapılması, hastanın rahatı için ses geçirmeyen kulaklıklar bulundurulması, hastaların olabildiğince tekli odalarda bulundurulması, mekanik ventilasyondan mümkün olduğunca erken dönemde ayrılması, aktivitelerinin kısıtlanmaması, erken mobilizasyonu, olabildiğince erken dönemde kataterlerinin çıkarılması, dehidratasyondan korunması deliryum oranını azaltacaktır (Williams ve Dobb 2009). Deliryumla ilgili çok şey bilinmesine karşın, deliryum

tanısının sık sık atlanmasının sebebi, semptomların yeterince tanınmaması ya da yanlış yorumlanması, hekim ve hemşirelerin deliryuma yeterince dikkat göstermemesi olabilir. Bu nedenle deliryumlu hastanın bakım ve tedavisi için kanıta dayalı bir rehber geliştirmeden önce, deliryumu daha net tanımlayan çalışmalara gereksinim vardır. Delirium epidemiyolojisinden, önleme ve yönetmeye kadar her alanda yeni araştırmaların yapılması gerekmektedir. Young ve George (2003) sağlık personeli eğitilmeksizin tedavi rehberlerinin tek başına yeterli olmadığını bildirmiştir. Bu nedenle rehber oluşturmanın yanında, hemşire ve hekimlerin deliryumu tanıma ve deliryumun önemi konusunda eğitilmeleri de önemlidir.

Günümüzde delirium yönetiminde farmakolojik olmayan tedavinin ön planda olması gerçeği dikkate alındığında, hastanın sağlık gereksinimlerini belirleyen ve bu gereksinimler doğrultusunda hastanın bakımını planlayan, uygulayan ve değerlendiren yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere delirium yönetiminde önemli rol düşmektedir (Inouye ve ark 2001). Bu araştırma yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin delirium yönetimi konusunda düşünce ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Deliryumun Tanımı

Yoğun bakım sendromu, yoğun bakım psikozu, akut konfüzyon durumu, akut beyin sendromu diye pek çok isimle anılan deliryum, terminoloji kargaşası ve tanı zorluğu nedeniyle yakın döneme kadar karmaşık kalmış bir konudur. Deliryum kelimesi Yunanca “saçma konuşmak” anlamına gelen “Leros” kelimesinden ve latince “izin dışına çıkmak” anlamındaki “delirare” veya “delirare decedere” kelimelerinden köken almaktadır. Diğer terminolojiler bu durumun yoğun bakımda yatmanın bir parçası, doğal sonucu olduğunu tanımlaması ve dolayısı ile konunun önemsenmemesine neden olduğu için deliryum kelimesi tercih edilir (Akıncı ve ark. 2005).

Deliryum ani başlayan, genel olarak bilişsel işlevlerin bozulması, bilinç durumunda değişiklik, dikkat bozuklukları, artmış ya da azalmış psikomotor aktivite ve uyku-uyanıklık döngüsünün düzensizliği ile karakterize, geçici organik mental sendromdur (Sona 2009).

Deliryumun klasik iki tipi tanımlanmıştır: Hiperaktif ve hipoaktif deliryum. Hiperaktif deliryumda hasta uyarılara aşırı duyarlıdır ve psikomotor aktivitesi artmıştır. Düşmelerle sonuçlanabilen ortamdan kaçma çabası, kateterlerin çekilmesi ile kendini gösterebilen tıbbi cihazlardan kurtulma çabası, bağırma, çağırma, şikayet etme, küfür etme, söylenme gibi seslenmeler, diğer insanlara saldırma hiperaktif deliryumun davranışsal örnekleri arasında sayılabilir. Hipoaktif deliryumda ise duyarlılık ve psikomotor aktivite azalmıştır. Bir hasta gün içinde hem hiperaktif hem de hipoaktif olabilir ve bu durum karışık tip olarak da adlandırılabilir. Yapılan bir çalışmada yoğun bakımda yatan hastaların %94’ünde hipoaktif deliryum gözlenirken, %6’sında hiperaktif deliryuma rastlandığı bildirilmiştir (Akıncı ve ark. 2005).

Deliryum için DSM-IV Tanı Kriterleri:

Dikkati belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma, sürdürmede yetersizlikle giden bilinç bozukluğu.

Algı bozukluğunun ortaya çıkması ya da bilişsel değişikliklerin (bellek, yönelim, dil bozukluğu gibi) olması.

Tablonun kısa bir sürede gelişmesi (Genellikle saatler veya günler) ve gün içinde dalgalanmalar göstermesi.

Anamnez, fizik muayene ya da laboratuvar verilerinden, tablonun genel tıbbi bir durumun doğrudan etkilerine bağlı olduğunu gösteren kanıtların bulunması.

Her ne kadar DSM kriterleri ile açıkca tanımlanmış olsa da deliryum özellikleri hastadan hastaya değişiklikler gösterir (Akıncı 2005).

2.2. Deliryumun Tarihçesi

Deliryum tablosu ilk olarak Hipokrat tarafından tanımlanmıştır. Hipokrat'ın oluşturduğu sınıflandırmada mani, paranoya ve melankoliden sonra dördüncü büyük psikiyatrik hastalık grubunu deliryumun da içinde bulunduğu organik ruhsal bozukluklar oluşturmaktadır. Celsus, Hipokrat'ın tanımladığı klinik tabloyu deliryum olarak adlandırmış (MS. birinci yüzyıl) ve deliryum ile mani ve melankoli arasındaki farklılığı ortaya koymuştur. Galen ise deliryumun primer ve sekonder olarak isimlendirildiği alt gruplarından söz etmiştir. II. yüzyılda Efesli Seramus'un tanımladığı klinik tablo günümüz ölçütlerine en çok benzeyendir. Deliryum psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinden DSM-III (1980) ve DSM-III-R 'de (1987) organik ruhsal bozukluklar başlığı altında yer almıştır. DSM-IV (1994) ile birlikte organik ruhsal bozukluk terimi ortadan kaldırılmış, deliryum, demans, amnestik bozukluk ve diğer bilişsel bozukluklar başlığı altında incelenmeye başlanmıştır. Böylece diğer ruhsal hastalıkların organik nedenlerinin bulunmadığı gibi bir yanlış anlamının ortadan kaldırılması amaçlanmıştır (Özşahin ve ark. 2001).

2.3. Deliryumun Epidemiyolojisi

Deliryum ile ilgili bugüne kadar yapılan araştırmaların, farklı alanlarda yapılması ve örneklem büyüklüğü, veri toplama süresi, deliryumu ölçme aracı ve deliryum tanı kriterlerinin farklı olması gibi bazı metodolojik sorunlar nedeniyle deliryumun görülme oranı ile ilgili elde edilen sonuçlar da farklıdır. Bu nedenle, genel kliniklerde deliryum görülme oranı 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 ve ark. 2002). Pisani ve arkadaşlarının (2007) yaptığı araştırmada 10 yoğun bakım hastasının 8'inde deliryum geliştiği saptanmıştır.

Pisani ve arkadaşları (2007) yaptıkları araştırma sonucunda deliryumun yaşlı hastalarda özellikle de demansı olanlarda, arterial kan basıncı düşük olanlarda, kreatinin seviyesi yüksek olanlarda ve benzodiyazepin kullananlarda daha sık gözlemlendiğini saptamıştır. Yapılan araştırmalar deliryumun, herhangi bir tıbbi nedenle hastaneye yatan hemen her hastada görülme riski olduğunu, bununla birlikte bazı hasta gruplarında görülme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu hasta grupları; yaşlılar; kardiyotomi, kalça cerrahisi, organ transplantasyonu gibi cerrahi girişim geçiren; yanık tedavisi gören; diyaliz tedavisi alan; terminal dönemde olan; demans, HIV enfeksiyonu, inme, kanser gibi hastalıklar nedeniyle tedavi gören ve madde kullanım bozukluğu olanlardır (Schneider ve ark. 2002; Pisani ve ark. 2007; Gagnon ve ark. 2000).

2.4. Deliryumun Etyolojisi

Yoğun bakım ünitesi hastalarının, hastalıklarının daha şiddetli olması dolayısıyla daha şiddetli tepki gösterebilir. Stres deliryum gelişmesinde etkili olabilir, ancak bu sadece katkı şeklindedir. Beyin işlevini değiştiren diğer etkenler genellikle primer etyolojik faktörlerdir. Deliryum direk olarak strese atfedilmemelidir. Deliryumun merkezi sinir sisteminin organik bir fonksiyon bozukluğu olduğunu hatırlamak muhtemel nedenlerin araştırılmasını ve uygun tedavinin sağlanmasını kolaylaştıracaktır. Deliryumun gelişmesi ile ilgili en azından üç önemli varsayım vardır. Bu faktörlerden birisi veya birkaçının kombinasyonu özel bir hastada deliryuma neden olabilir (Gagnon P. ve ark. 2000). Bu varsayımlar:

Artmış Santral Noradrenarjik Üretim: İlaç yoksunluk durumları hastanede deliryuma neden olan en yaygın durumlardır ve muhtemelen aynı zamanda artmış noradrenarjik salınımından sorumlu olan en sık durumlardır. Bu tür deliryumda locus seruleus tarafından kontrol edilen beyin katekolamin üretiminin esas rolü oynadığına inanılır (Packard 2001).

Dopamin Ve Kolinergik Sistemler: Beyin dopamin ve kolinergik sistemleri arasındaki denge bozukluğu atropinik ajanlarca oluşturulan merkezi antikolinergik sendromlarda tanınabilir. Bu ilaçlar ajite deliryuma neden olacak biçimde göreceli dopamin aktivitesi artışına yol açarlar. Bu hipotez aynı zamanda haloperidol gibi dopamin blokajı yapan ajanların deliryumda bozulmuş olan dopaminergik ve kolinergik sistemler arasındaki dengesizliği nasıl düzelterek işe yaradıklarını da anlaşılır hale getirmektedir. Yine bu

dengede dopamin lehine bir bozulma yapan amfetaminler gibi deliryum oluşturan ajanlar da bu hipotez çerçevesinde daha iyi anlaşılabilir (Packard 2001).

Deliryum Toksik Nedenleri: Deliryumun anlaşılmasında üçüncü çerçeve, beyin hücrelerinin içinde çalıştıkları çevreyi içermektedir. İlaçların yan etkileri ya da bakteriyel infeksiyonlardaki endotoksinler nöronal çalışmayı etkileyebilir. Benzer biçimde, hipertermi ya da hipoksi gibi durumlar merkezi sinir sisteminde işlevleri bozabilir. Yukarıdaki anormalliklerin çoğunun özellikle orta beyini etkilediğine inanılır; bu durum retiküler aktivatör sistemle dalgalanmalara ve bilinç düzeyinde değişikliklere yol açıyor ve birçok deliryum olgusunun temel özelliği olan çevredeki uyaranlara dikkat etme yeteneğinde bozulmaya neden oluyor (Packard 2001).

Çok Etmenli Özellikler: Yoğun bakım ünitesinde tipik olarak deliryum oluşmasında rol oynayan birçok etmen vardır. Örneğin; astımı ve pnömonisi olan bir hasta, ateşi ve hipoksisi olan hasta ya da kandaki kortikosteroid ve katekolamin düzeyi artmış hasta...

Deliryum nedenini ya da nedenlerini belirlemeyi kolaylaştırmak için 'VITAMINS' (Packard 2001) ve 'I WATCH DEATH'(Krahne, Heyman ve Spies, 2007) gibi kapsamlı iki rehber geliştirilmiştir. Bu iki rehber sayesinde hastaya tanı konması kolaylaşabilir ve tanının atlanması engellenebilir.

VITAMINS:

V: Vascular (Vasküler): Sağ nondominant hemisfer enfeksiyonu, hipoksi, iskemik ensefalopati, hipertansif ensefalopati, komplike migren.

I: Infectious (İnfeksiyöz): Herpes simplex ya da diğer ensefalit, pnömoni, bakteriyel ya da fungal meningoensefalit, HIV ensefalit, nörosfiliz.

T: Traumatic (Travmatik): Kapalı kafa travması, subdural hematoma.

Toxic (Toksik): Alkol/madde etkileşimi ya da yoksunluğu, toksinler, fiziksel ajanlar.

A: Autoimmune (Otoimmün): Sistemik lupus eritematozus, serebral vaskülit, antitiroid antibadiller.

M: Metabolic (Metabolik): Endokrin bozukluklar (Hipoglisemi ya da hiperglisemi, hipotiroidi ya da hipertiroidi), elektrolit bozuklukları (Hiponatremi, hiperkalsemi),

beslenme bozuklukları (Wernicke ensefalopati, vitamin B12 eksikliği gibi), organ yetmezlikleri (Hepatik ensefalopati, üremi gibi)

I: Iatrogenic (Iatrojenik): Çok sayıda ilaç kullanımı, ilaç etkileşimleri, opioidler, antikolinergikler, steroidler, psikotrop ilaçlar gibi.

N: Neoplastic (Neoplasm): Primer beyin tümörü, metastatik beyin hastalığı.

S: Seizures (Nöbetler): Nöbet sonrası durum, kısmi tam nöbet, nonkonvülsif epilepsi durumu.

I WATCH DEATH:

I (Infections): Enfeksiyonlar

W (Withdrawal): Yoksunluk

A (Acute metabolic): Akut metabolik durumlar

T (Trauma): Travma

C (CNS pathology): Santral sinir sistemi patolojileri

H (Hypoxia): Hipoksi

D (Deficiencies): Yetersizlikler/Yetmezlikler

E (Endocrinopathies): Endokrinopatiler

A (Acute vascular events): Akut vasküler olaylar

T (Toxins/Drugs): Toksinler/İlaçlar

H (Heavy metals): Ağır metaller

2.5. Deliryumun Risk Faktörleri

Deliryum risk faktörleri, deliryuma yatkınlık oluşturan ve deliryumu başlatan faktörler olarak iki grup altında toplanabilir. Yatkınlık yaratan faktörler, hastane kabulünde var olan ve hastanın başlangıçtaki hassasiyetini belirleyen faktörlerdir. Deliryumu başlatan faktörler ise deliryumun gelişmesine sebep olan olumsuz uyarılar

ve hastane ile ilgili faktörlerdir. Hasta deliryuma girmeye yatkın ise, hafif bir başlatıcı uyarı deliryuma girmesine sebep olabilir. Tersine de mümkündür; deliryuma dirençli bir hasta çok ağır uyarılarla bile deliryuma girmeyebilir. Genel olarak hastanede yatmakta olan hastalarda başlangıçta, bilişsel işlev bozukluğunun olması, ağır hastalık, dehidratasyon ve yaş deliryumu artıran faktörlerdir. Erkek cinsiyet, alkol alışkanlığı, kırıklar, depresyon, görme bozuklukları, demans deliryuma yatkınlık oluştururken; hastanın bağlanması, beslenme bozuklukları, çoklu ilaç kullanılması, idrar sondası, enfeksiyonlar, duyu uyarılarının fazlalığı ya da azlığı (sosyal izolasyon), gürültü, ağrı, nöroleptik ve ya narkotik kullanılması, hastane odasının sık değişmesi, hastanın bulunduğu ortamda saat olmaması, gözlük kullanan hastanın gözlüklerinin olmaması, cerrahi, tıbbi girişimler ve yoğun bakımda kalış deliryumu başlatan faktörler olarak bildirilmiştir (Young ve ark. 2008).

Cerrahi geçirmiş hastalar özellikle risk altında oldukları için, bu hasta grubunda deliryum risk faktörleri ayrıntılı olarak çalışılmıştır. Yaş, alkol kullanımı, kronik bilişsel işlev bozuklukları, uzun süre cerrahi için beklemek, serum sodyum, potasyum, glikoz düzeylerinde bozukluklar, düşük hemoglobin, intraoperatif kanama, enfeksiyonlar, solunum sistemi hastalıkları, ateş, hipotansiyon, hipokalsemi, azotemi, karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk, hiperamilemi, hiperbilenemi, metabolik asidoz, postoperatif kan transfüzyonları, postoperatif hareket kısıtlılığı, ve ağrı, cerrahi geçirmiş hastalarda önemli risk faktörleridir. Uykusuzluk, melatonin salınımının sirkadyen ritminin bozulması gibi çevre ve hastaneyle ilgili faktörler de deliryumun gelişmesine neden olabilir (Young ve ark. 2008). Day ve arkadaşlarının 2008’de yapmış olduğu çalışmada deliryum açısından riskli grupların belirlenmesi ve deliryumu önlemeye yönelik girişimlerde bulunulmasının hiperaktif deliryum görülme riskini azalttığı saptanmıştır (Day ve ark. 2008).

Genel olarak deliryum risk faktörleri üç grupta toplanabilir. Birinci grubu akut hastalığın kendisi, ikinci grubu hastanın yaş ve kronik problemleri, üçüncü grubu da iyatrojenik ve çevresel faktörler oluşturur (Akıncı ve Şahin 2005).

Yoğun Bakım Hastalarında Deliryum Risk Faktörleri

Benzodiazepin veya narkotik kullanımı	BUN/kreatinin oranının ≥ 18 olması
Rektal tüp veya idrar sondası	Böbrek yetmezliği (kreatinin ≥ 2 mg/dL)
İşitme veya görme bozuklukları	Konjestif kalp yetmezliği hikayesi
Santral venöz kateterler	Felç, epilepsi hikayesi
Hipo veya hiperglisemi (< 80 veya > 120 mg/dL)	Son hafta içinde ilaç aşırı dozu
Hipo veya hipernatremi (< 135 veya > 145 mg/dL)	Bakım evinden transfer olma
Hipotermi veya ateş (< 36 veya $> 38^{\circ}\text{C}$)	Son ay içinde alkol alışkanlığı
Hastanın bağlanması	Malnütrisyon
> 70 yaş	Karaciğer hastalıkları (bilirubin > 2 mg/dL)
Tüple beslenme veya total parenteral beslenme	Hipo veya hipertiroidi
Önceden geçirilmiş depresyon hikayesi	AIDS hastalığı
Hipertansiyon	Epidural anestezi
Sigara kullanım öyküsü	Anemi
Kardiyojenik veya septik şok	Mekanik ventilasyonun süresi

2.6. Deliryumun Belirti ve Bulguları

Deliryum akut bir tablodur ve genellikle 4-6 saat içerisinde gelişir. Bir haftadan daha kısa sürer, ancak nadir bazı durumlarda 6 aya kadar uzayabilir. Deliryum belirtileri güçlkle fark edilebilecek kadar silik, yaşamı tehdit edecek kadar ciddi ya da bunların arasında herhangi bir yerde olabilir (Caraceni ve Simonetti 2009).

Deliryum, etiyolojisinde rol oynayan etkenlere de bağlı olarak çok değişik başlangıçlar gösterebilir. Olguların %20'sinde başlangıç belirtisi disforidir. Hastadaki irritabilite, anksiyöz ve depresif belirtiler yanırlıklıla depresyon ya da anksiyete bozukluğu gibi algılanabilir. %20 olgu ise aniden ortaya çıkan halüsinasyon ve hezeyanlarla belirgin bir tablo halinde başlar. Halüsinasyonlar işitsel nitelikteyse şizofreni ile karıştırılabilir. Bir diğerk %20 ise hastanede kalmayı kabul etmeme, kişilik değışiklikleri, sürekli bir şeyler isteme, uyumsuzluk gibi belirtiler gösterir. Deliryum olgularının sadece %30-40'ında bilişsel belirtilerde bozulma ile belirgin klasik bir

başlangıç vardır. Belirtilerin değişik hastalıklarla ilişkilendirilmesi tanının gecikmesine yol açabilir (Caraceni ve Simonetti 2009).

Farklı etyolojilere ve değişik özellikler taşıyan klinik başlangıçlara karşın, oturmuş klinik tablonun belirtileri benzerlik gösterir. Gün içerisinde dalgalı bir seyir gösteren dikkat dağınıklığı ve bilinçlilik düzeyindeki değişkenlikler deliryumun temel klinik belirtileridir. Bazı hastalarda konuşmadaki mantık zincirinin bozularak anlaşılma hale gelmesi ve hastanın söylenenleri yerine getirememesi gibi bilişsel bozukluğun açık göstergeleri bulunurken, bazılarında anksiyete, depresyon, irritabilite, psikomotor ajitasyon, halüsinasyon ve hezeyan gibi belirtiler altta yatan bilişsel yetersizliği gizleyebilir. Ancak etiyoloji ya da kliniğe hakim olan belirtiler ne olursa olsun, kapsamlı bir muayene tüm deliryum hastalarında altta yatan bilişsel yetersizliği açıkça ortaya çıkarır (Özşahin ve ark. 2001).

Hastanın klinik tablosu saatler hatta dakikalarla ifade edilebilecek sürelerde değişiklik gösterir. Hasta ilk muayenede iletişime açık iken birkaç dakika sonra hastada dikkat dağınıklığı, bilinç bulanıklığı, algı ve yönelim bozukluğu görülebilir. ‘Sun down’ diye de adlandırılan gün batımı fenomeni vardır. Bu fenomene göre hasta gün içinde letarjik ve sakin iken akşam olmasıyla birlikte huzursuzluk ve ajitasyon gösterir. Hasta hatırlamadığı deliryum dönemleri için uydurulmuş hikaye anlatabilir (konfabulasyon). Hasta yakınlarının da görüşlerinin alınması ve psikiyatrik muayenenin belirli aralıklarla tekrarlanması doğru tanı için önemlidir (Özşahin ve ark. 2001).

Deliryum başlamadan önce bazı prodromal belirtiler gösterir. Mental kıvraklığın azalması, konsantrasyon güçlüğü, düşüncelerin yavaşlaması, dikkat dağınıklığı, yaratıcılığın azalması ve tolerans yeteneğinin zayıflaması gibi belirtiler, beyinde hasar başladığının habercisidir. Serebral fonksiyonlar bozuldukça, hareketlerde yavaşlama, içe kapanma ve irritabilite, daha sonra ise hareketsizlik ve letarji, giderek huzursuzluk, kendini kontrol ve içgörü yeteneğini kaybetme hali ortaya çıkar. Başlangıçta bilişsel yetersizliklerle başa çıkma çabaları gözlenir. Zamanla, bu çabaların yerini şiddetli anksiyete, apati ya da kayıtsızlık gibi ilkel tepkiler alır. Hastadaki bilişsel fonksiyonların bozulması altta yatan hastalığın neden olduğu metabolik bozukluklarla paralellik gösterir ve seyrin olumsuzluğuna işaret eder (Koster ve ark. 2009).

Deliryumda özellikle bilinçlilik, dikkat, bellek, yönelim, algı gibi bilişsel fonksiyonlar bozulmaktadır. Bunlara ek olarak davranış bozuklukları, duygulanım

bozuklukları düşünce bozuklukları, uykuda bozulma ve nöropsikiyatrik bozulma ortaya çıkmaktadır (Meagher ve ark. 2008).

Bilinç: Deliryumda, dış uyaranların ve kendi davranışlarının farkında olma yetisi önemli derecede bozulmuştur. Bilinç bozukluğu hafif bulanıklıktan derin komaya kadar değişik derecelerde olabilir ve bilinç düzeyindeki dalgalanmalar deliryumun tipik belirtilerindendir. Bazen bilinç açıkken bazen hafif şaşkınlık hali bazende ağır uyaranlara bile cevap vermeme durumu mevcuttur (Özşahin ve ark. 2001).

Dikkat: Bir olaya konsantre olma ve bunu sürdürme gayret ve yetisi bozulmuştur. Dikkatin üç ögesi vardır; Canlılık, seçicilik, işleme. Canlılık; Dış uyaranlara optimal yanıt verme ve bunu sürdürebilme; seçicilik, farklı uyaranları ayırt etme; işleme, gelen bilgileri kayıt etmektir. Deliryumlu hastalarda gün içerisinde değişkenlik gösteren ve üç ögeyi de kapsayan dikkat bozukluğu hep vardır. Hasta hem dikkatini toparlamada hem de bir obje ya da konuya yöneltme ve sürdürmede başarısızdır. Hastanın zihninin kolayca dağıldığı, düzenli bir iletişimi sürdürmekte zorlandığı ya da sürdüremediği gözlenir (Özşahin ve ark. 2001).

Bellek: Bilgilerin beyne kaydedilmesi, depolanması ve gerektiğinde tekrar bilince çağırılması işlemidir. Bellek bozuklukları deliryumun temel belirtilerindendir. Hasta deliryum epizodunda olanları genellikle hiç hatırlamaz ya da o döneme ait bilgiler silik ve parça parçadır. Bazı hastalar bu epizotlarla ilgili gerçekleşmemiş, hayali hikayeler anlatabilirler (konfobulasyon). Deliryumda bilinç ve dikkat bozukluğu nedeniyle bellek muayenesini gerçekleştirmek zordur. Muayenede özellikle anlık ve yakın bellek bozukluğu gözlenir. Hastanın söylenenleri hemen ya da birkaç dakika sonra tekrar etmesi istenerek anlık ve yakın bellek muayenesi yapılır. Doğum tarihi, eşinin ismi gibi sorular sorularak da uzak bellek muayenesi yapılır. Klinik tabloya demans eşlik etmiyorsa uzak bellek genellikle sağlamdır (Özşahin ve ark. 2001).

Yönelim: Zaman, yer ve kişilerin farkında olma haline yönelim denmektedir. Deliryumda bilinç ve bellek bozuklukları ile ilişkili olarak yönelim de bozulabilir. Yönelimin bozuk olması anlık ve yakın bellek fonksiyonlarının işlemediğinin göstergesidir. Bozulma genellikle ilk olarak zamana daha sonra yere karşı ortaya çıkar. Hafif olgularda yer ve kişiye yönelim tam iken, zaman yöneliminde bozulmalar vardır. Günün hangi anında olduğunun bilinmemesi deliryumun geliştiğini gösteren kritik bir

bulgudur. Yönelim bozukluğu özellikle geceleri ve ortam değişikliklerinde daha şiddetlidir (Özşahin ve ark. 2001).

Algı: Algı bozuklukları deliryumda sık karşılaşılan belirtilerdendir. Çoğunlukla hastanın normal uyaranları yanlış yorumlamasından kaynaklanır. En sık rastlanan algı bozuklukları görsel hallüsinasyonlar ve illüzyonlardır (%35-75). Deliryumda hasta ışık, geometrik şekiller, mitolojik ya da mistik figürler, ışık çakmaları, insan ve hayvan görüntüleri şeklinde algı bozuklukları tanımlar ve bu doğrultuda çeşitli davranış bozuklukları gösterir. Örneğin duvarda ya da vücudunda dolaşan böcekler olduğunu ileri sürerek korkar ve kaçma davranışları sergileyebilir. Ender olgularda işitme hallüsinasyonları da görülebilir. Deliryumda ortaya çıkan illüzyonlar, boyutları yanlış algılama (metamorfopsi), şekilleri yanlış algılama (dismorfopsi), tek objenin birden fazla olarak algılanması (poliopsi) şeklinde klinik görünüm verir (Özşahin ve ark. 2001).

Duygulanım: Genellikle hallüsinasyon, illüzyon ve hezeyanlarla uyumludur. Anksiyete, korku, depresyon, irritabilite, kızgınlık, apati gibi belirtiler vardır ve bu belirtiler kısa aralıklarla değişkenlik gösterir. Nadir olgularda zaman zaman öfori görülebilir. Hasta duygulanımıyla uyumlu kaçma, bağırma, inleme, ağıt yakma gibi davranışlar gösterebilir ve bazı durumlarda kendisine zarar verecek davranışlarda bulunabilir (Özşahin ve ark. 2001).

Düşünce: Deliryumda düşünce bozukluğu hemen her zaman vardır. Düşüncenin oluşumu, süresi, içeriği, dinamiği gibi konularda bozukluklar izlenir. Düşünce akışı mantık zinciri olmayan kopuk ve bağlantısızdır. Bazen yavaşlamış, bazen karmakarışıktır ve ağır olgularda anlamsız gibi görünen sözcük salatası haline gelebilir. Genellikle hasta düşüncelerini bir amaca yöneltme, amaca yönelik planlar hazırlama ya da sorunları çözme ve yargıya varma konusunda yetersiz kalır. Bazen sürekli olarak aynı kelimeler tekrar edilir (perseverasyon), bazen de afazi ortaya çıkabilir. Afazinin bulunması fokal serebral lezyon araştırılmasını gerektirir. Düşünce içeriğinde geçici ve sistemsiz paranoid hezeyanlar bulunabilir. Hezeyanlar bir konu bütünlüğü taşımaz ve çok değişkendir. Soyut düşünce ve gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuştur (Özşahin ve ark. 2001) .

Psikomotor Aktivite: Beyin sapı aktive edici sistemin hipo ya da hiper olma durumuna göre psikomotor etkinlikte artma ya da azalma görülebilir. Lipowski bu özelliğine göre

deliryumu hiperaktif, hipoaktif ve karma tip olmak üzere üçe ayırmıştır(Özşahin ve ark. 2001).

- **Hiperaktif deliryum:** Deliryumun hiperaktif tipinde huzursuzluk, ajitasyon, eksitasyon, iritabilite, yoğun anksiyete, hallüsinasyonlar, hezeyanlar ve terleme, titreme, taşikardi, tansiyon değişiklikleri gibi otonomik belirtiler ön plandadır. Hastalarda yatak örtülerini çekiştirme, serum setini çekme, sonda ve direnleri çıkarma ya da saldırganlık gibi amaçsız, yarı amaçlı ya da amaçlı ancak beceriksiz davranış bozuklukları vardır. Ağlama, gülme, bağırma, yardım isteme, küfretme ve cinsel davranış bozuklukları gibi impuls kontrol bozuklukları ortaya çıkabilir. Alkol ve sedatif-hipnotik ilaç yoksunluklarında genellikle hiperaktif deliryum ortaya çıkar.
- **Hipoaktif deliryum:** Bu tür hastalar kayıtsız, sessiz, sakin ve uyku halinde görünümündedir. Hareketler ve tepki zamanı yavaşlamıştır. Çağrışım bozukluğu nedeniyle sözel iletişim güçlüğü çekilir, bazı hastalarda mutizm gözlenir. Psikotik semptomlar ve sempatik aktivite hiperaktif deliryumdaki kadar belirgin değildir. Bu tip deliryumların yanlışlıkla depresyon olarak nitelendirilmesi ve gereksiz antidepresan kullanımı sonucu tablonun daha kötüye gitmesi mümkündür.
- **Karma tip deliryum:** Bu tip deliryumda hiperaktif ve hipoaktif belirtiler birlikte görülebilir ya da bu tablolar birbirinin yerine geçen dalgalı bir seyir gösterir. En sık görülen tiptir (Özşahin ve ark. 2001).

Uyku: Deliryumlu hastada uyku düzensizliği sık görülür. Tam bir uyku kaybı, uyku uyanıklık döngüsünün bozulması, aşırı uyanıklık ve canlılık hali, kısa uykular ya da sürekli uyuma gibi değişik örüntüler ortaya çıkabilir. Gündüz uykuya meyil, geceleri ise uykusuzluk vardır. Tablo şiddetlendikçe uykuda kabuslar ortaya çıkmaya başlar ve bunu genellikle hallüsinasyonlar izler. Uzun süreli uykusuzluk durumları tek başına deliryum nedenidir. Bu sebeple hastalarda uyku döngüsünü normalleştirmek tedavinin önemli bir parçasıdır (Özşahin ve ark. 2001).

Otonomik Belirtiler: Solukluk, kızarıklık, terleme, anhidrozis, midriazis, taşikardi, bradikardi, kan basıncında artma ya da azalma, hipotermi, bulantı, kusma, diare,

konstipasyon ve inkontinans gibi otonomik düzensizlikler deliryumda sık gözlenen belirtilerdendir (Özşahin ve ark. 2001).

Nöropsikiyatrik Bulgular: Deliryumda davranış bozuklukları, kooperasyon güçlüğü ve psikotik belirtiler nedeniyle nörolojik muayene yapmak güç olabilir. Nörolojik bir nedene bağlı deliryum olgularında, altta yatan hastalığın nörolojik bulgularına rastlanır. Nörolojik nedenlere bağlı olmayan deliryum olgularında da sıklıkla nöropsikiyatrik bulgular ortaya çıkar. Tiamin yetersizliğine ve anoksiye bağlı deliryumda altıncı sinir lezyonuna ait bulgular bulunabilir. Nesnelerin adlandırılmalarında güçlük (disnomi), harfleri ardıardına sıralayamama, aynı hatta yazamama, yazım yanlışlıkları şeklinde yazma bozuklukları (disgrafi), disfoni, koordinasyon güçlükleri, idrar ve gaita inkontinansı en sık rastlanan nörolojik bulgulardır. Disgrafi deliryumda erken ve önemli bir bulgudur (Özşahin ve ark. 2001).

2.7. Deliryumun Prognozu

Deliryumun klinik belirtileri genellikle birkaç saat ya da birkaç gün gibi kısa bir sürede ortaya çıkar. Huzursuzluk, anksiyete, irritabilite, kabuslar, uyku düzensizliği prodromal belirtilerdir. Önce tek bir semptomun, iki üç gün içerisinde de deliryumun tüm belirtilerinin görülmesi deliryumun tipik başlama özelliğidir. Kafa travması ya da serebrovasküler hastalık gibi durumlarda aniden de başlayabilir. Genellikle birkaç gün ya da hafta boyunca sürebilirse de etyolojiye yönelik uygun tedavilerle birkaç saat içerisinde de normale dönebilir. Yeterli genişlikte epidemiyolojik çalışmaların olmaması nedeniyle toplumda deliryum insidansına yönelik bir oran saptanamamıştır. Olguların çoğunluğunda tam iyileşme gerçekleşir. Özellikle demansa sekonder gelişen deliryumlar haftalar boyunca devam edebilir ya da bazı olgularda komaya kadar giden olumsuz bir seyir görülebilir. Uygun tedavi edilmeyen olgularda demans gelişme olasılığı vardır. Altı aydan daha uzun süren deliryum durumu demans olarak kabul edilir (Türkcan 2001). Deliryumda iyileşme yaş ve hastalıkla ters orantılıdır. Deliryum gelişen geriyatrik hastalarda mortalite oranı %22-76 arasındadır (Türkcan 2001).

2.8. Deliryumun Ayırıcı Tanısı

Deliryumun ayırıcı tanısında en sık karışıklık yaratan hastalık demanstır. En fazla yönelim bozukluğu ve yakın hafızadaki sorunlar sebebiyle bu iki hastalık birbirine

karıştırılır. Ayırıcı tanı açısından en önemli hususlar deliryum tablosunun ani ortaya çıkması ve dikkatin deliryumda demansa göre daha fazla dalgalanmalar göstermesidir. İnmeye bağlı vasküler demasin dışında demasin başlangıcı yavaştır, tablo zaman içerisinde kendini gösterir. Deliryum ise hızlı başlangıç gösterir (Türkcan 2001).

Demans: Yavaş yavaş başlar. Aylar seneler içinde kendini gösterir. Dikkat genellikle korunur uzak hafıza bozulur (Ribot kanunu). Kelimeleri bulmakta zorlanırlar. Gece uykuları bozulmuştur, parça parçadır. Düşünce içeriği fakirleşmiştir. Bilinç, farkındalık ve uyanıklık ileri dönemlere kadar büyük değişiklik göstermez. Görsel uzaysal yetenekleri çok bozulmuş hastaların gündüzleri nispeten iyiysen, gece uyaran mahrumiyetine bağlı deliryum görünür. Bu duruma gün batımı sendromu da denir. Tek yapılması gereken hastayı güçlü ancak hastayı rahatsız etmeyecek düzeyde yerleştirecek ve hep açık kalacak ışık kaynağının sağlanmasıdır (Bol ve ark. 2003).

Deliryum: Başlangıcı akuttur. Ortaya çıkması dakikalar, saatler, günler, ya da haftalar alabilir. Dikkat dalgalanma gösterir. Anlık ve yakın hafıza bozulur. Konuşma tutarsızdır. Uyku bozukluğu geceyi gündüzü karıştırmak şeklinde ortaya çıkar. Düşünce içeriği dağınıktır. Bilinç bozulur (Bol ve ark. 2003).

Deliryum, hastanın sosyal anlamda geri çekilmesi, apatik olması açısından diğer psikotik hastalıklara benzer ancak psikotik hastalıkların yavaş yavaş ilerlemesi ve kronik olarak yinelenmesi yönüyle deliryumdan ayrılır (Bol ve ark. 2003).

2.9. Deliryumu Tanılama

Deliryumun tanısında altın standart DSM-IV kriterlerine göre klinik olarak hikaye ve muayene ile bir psikiyatrist tarafından tanı konmasıdır. Yoğun bakımda hastalarla iletişim zor olduğu için kiritik hastalarda deliryumun fark edilmesi ve tanısının konması zor olabilmektedir. Mekanik ventilatördeki hastalarda deliryumun tanısında hemşireler ve yoğun bakım doktorları gibi psikiyatrist olmayan insanların da kullanabileceği ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden bir tanesi Dubois ve arkadaşları tarafından geliştirilen yoğun bakım deliryum izlemi kontrol listesi (Intensive Care Delirium Screening Checklist)'dir. Bu liste sekiz maddeden oluşur. Bilinç değişikliği, dikkati toplayamama, oryantasyon bozukluğu, halüsinasyon, psikoz, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, uygunsuz konuşma veya duygu durumu, uyku/uyanıklık siklusunun bozulması ve semptomların dalgalanması deliryum kontrol listesinin maddeleridir. Her bir madde 0 veya 1 puan alır ve toplam puan dörtten fazla ise

deliryum tanısı konur. Bu ölçeğin sensitivitesi %99 olarak bildirilmiştir (Leonard ve ark. 2008).

Yoğun bakımda konfüzyonun değerlendirilmesi amacıyla Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyonu Değerlendirme Ölçeği (YBÜ-KDÖ) (The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) de geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinalinde ikinci maddede Hart ve arkadaşları tarafından geliştirilen görsel dikkat dizileri testini de içerir. Görsel dikkat dizileri testinde hastaya beş tane resim üçer saniye ara ile gösterilir, daha sonra on tane resim (beş tanesi yeni beş tanesi daha önce gösterilen resimler) gösterilir ve arasından daha önceki resimleri hatırlaması istenir. Bu testte sekizden az doğru cevap verilmesi deliryum lehine alınır. YBÜ-KDÖ’de iki maddenin pozitif olması ve üçüncü veya dördüncü maddelerden birinin pozitif olması ile deliryum tanısı konmaktadır (Akıncı ve Şahin 2005). Bu ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik güvenirlik çalışması Hacettepe Üniversitesinde Seda Banu Akıncı ve arkadaşları tarafından 2005’te yapılmıştır.

Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (YBÜ-KDÖ)

1. Hastanın bilinç durumunda ani değişiklik oldu mu? Bilinci açılıp, kapandı mı?

Başlangıçtan farklı ani bilinç değişikliği oldu mu?

Son 24 saatte bilinci açılıp, kapandı mı? Uygunsuz davranışının düzelip, kötüleştiği oldu mu?

Sedasyon skalası veya koma skalası (Glasgow koma skalası) değerleri son 24 saat içinde değişti mi?

2. Dikkat bozukluğu

Hasta dikkatini toplamakta zorluk çekiyor mu?

Hastanın dikkatini sürdürmekte veya başka yöne kaydırmakta sıkıntısı var mı?

Dikkat değerlendirme muayenesinde başarılı oldu mu?

Şimdi size harfleri okuyacağım. Her A harfini duyduğunuzda elimi sıkınız (Bir harfi bir saniyede okuyun).

L T P E A O A I C T D A L A A

A N I A B F S A M R Z E O A D

P A K L A U C J T O E A B A A

Z Y F M U S A H E V A A R A T

Sekizden fazla doğru cevap verdi mi?

3. Düşünce organizasyonunun bozulması

Hasta ekstübe ise, hastanın konuşması, düşünce içeriği, akışı ve organizasyonu bozulmuş mu, düşünce içeriği konudan konuya atlama şeklinde mi?

Hasta ventilatörde ise şu sorulara cevap verebiliyor mu?

- Taş suda yüzer mi?
- Denizde balık var mı?
- 1 kg 2 kg'dan daha mı ağırdır?
- Çivi çakmak için çekiç kullanabilir misiniz?

Hasta soruları izleyebiliyor, aşağıdaki komutlara uyabiliyor mu?

- Düşüncelerinizde karışıklık, düzensizlik var mı?
- Bu kadar parmağınızı kaldırın (Muayene eden, hastanın görebileceği mesafede iki parmağını kaldırır).
- Aynı hareketi diğer elinizle yapın.

4. Kapanmış bilinç düzeyi

Aşırı uyarılmış,

Letarjik (Uykulu fakat hemen uyandırılabilir, çevresinde olup bitenlerin bazılarının farkında değil),

Stupor (Zorla veya tekrarlayan uyaranlarla uyandırılıyor, çevresinde olup bitenlerin çoğunun veya hiçbirisinin farkında değil),

Koma (Uyandırılmıyor) (Akıncı ve Şahin 2005).

2.10. Deliryumda Hemşirelik Süreci

Kişi ilk olarak zamana, ikinci olarak yere ve son olarak da kişiye oryantasyonunu sağlamada güçlük çeker. Deliryumdaki hasta, hastaneyi evi, hemşireyi karısı ve tarihi de 1972 zannedebilir. Bu nedenle hastanın sürekli olarak zaman, yer ve kişiler konusunda bilgilendirilmesi esastır. Odaklanmanın sürdürülmesi değişkendir, dikkat dağılabilir. Dikkat dağınıklığı sebebiyle sorular tekrarlanır, yeniden odaklanması sağlanır. Bilinçte dalgalanmalar gözlenir. Oryantasyonun bozulması genelde fark edilir derecede geceleri ya da sabah erken saatlerde ortaya çıkar. Bazı deliryumdaki hastalar ise, sadece geceleri oryantasyon bozukluğu yaşar ve gün boyunca sorun yaşamayabilir.

Bu durumu tespit edebilmek için klinisyenler bir takım ölçüm aletleri kullanır. Hemşirelik değerlendirmeleri 3 maddede toplanabilir; Bilişsel ve algısal bozukluklar, fiziksel gereksinimler, duygudurum ve davranışlar (Olson 2012; Schreier 2010).

Bilişsel ve Algısal Bozukluklar

Deliryumlu hasta ile iletişim kurmak güçtür, kolayca dikkati dağılır, kafası karışıktır, hafızada bozulma olmuştur. Daha kendi durumunun farkındayken hafızada bozulmalar dikkatli sorular ile belirlenmelidir. Algısal süreç ise hastanın iç ve dış çevresinden etkilenebilir. İlüzyon ve halüsinasyonlar nedeniyle gerçeği yanlış yorumlayabilirler. Hasta beyaz geceliğini beyaz farelere ya da pencerenin çerçevesini yılanla benzetir. Uyarıcılar çevrede bulunan gerçek objelerdir ancak yanlış yorumlanmıştır ve genelde bu objeler, hastanın korkularının yansımasıdır. İlüzyonlar, açıklanabilir olması ve kişisel olarak yanlış yorumlanabilmesi dolayısıyla delüzyon ve halüsinasyonlardan ayrılır. Deliryumda genelde görsel halüsinasyonlar gözlenir. Dokunsal halüsinasyonlar da gözlenebilir. Örneğin hasta üzerinde örümcekler gezdiğini ifade edebilir. Hasta bazen durumun farkına varabilir ve durumu ile ilgili düşüncelerinin karmakarışık olduğunu, algısal bozukluklar yaşadığını, duygusal olarak korkulu ve anksiyeteli olduğunu ifade edebilir (Olson 2012; Schreier 2010).

Fiziksel Gereksinimler

Fiziksel Güvenlik: Deliryumdaki kişi oryante değildir ve eve gitmeyi deneyebilir. Kendini evde zannedebilir ya da pencereden çıkmaya çalışabilir. Hasta dengesiz yürüyebilir, intravenöz kataterleri ve foley kataterini çıkarabilir, yataktan düşebilir. Hastanın fiziksel çevresi olabildiğince sade ve temiz olmalıdır. Saat ve takvim hastanın oryantasyonunu sağlamada önemli nesnelerdir. Varsa kullandığı gözlükler, işitme cihazları ve hastanın çevrede olup biteni görebileceği kadar yeterli ışıklandırma gerekir. Sık ve kısa süreli sosyal etkileşim hastanın anksiyetesini azaltmada faydalı olabilir (Olson 2012; Schreier 2010).

Biyofiziksel Güvenlik: Otonomik belirtiler, taşikardi, terleme, kızarmış yüz, pupillerin genişlemesi, kan basıncının artması sıklıkla görülebilir. Bu değişiklikler dikkatli olarak izlenmeli ve kaydedilmelidir. Acil ilaç tedavisi gerektirebilir. Uyku döngüsündeki değişiklikler not edilmelidir. Hastanın bilinç durumu letarjiden stupora kadar değişkenlik gösterebilir. Hemşire, ilaç reaksiyonlarını ve potansiyel ilaç etkileşimlerinin

farkında olup deliryum oluşmadan önce fark edecek durumda olmalıdır (Olson 2012; Schreier 2010).

Duygudurum ve Davranışlar

Deliryumdaki bireyin davranışları ve duygudurumu kısa süreler içinde değişebilir. Duygudurumu korkudan kızgınlığa, kızgınlıktan anksiyeteye, anksiyeteden öforiye, depresyona ve apatiye yön değiştirebilir. Hastanın davranışları da bu değişken duygudurumuna göre değişkenlik gösterir. Davranışlarda ve duygularda dalgalanmalar olur. Aşağıda verilen kısa hikayelerde deliryum tablosundaki hastanın durumu daha net anlatılmaya çalışılmıştır (Varcarolis ve Halter 2009).

Kısa hikaye

N. Hanım 80 yaşında safra kesesi ameliyatı sonrası yoğun bakım ünitesine kabul edilmiştir. Ameliyat, olması gerekenden daha uzun sürmüştür. Yoğun bakımda anestezinin etkisi geçip uyandığında, yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon ve monitörlerin alarm sesleri içerisinde uyanır. Hemşireye tuvalete gitmek istediğini ifade eder. Durumu kritik olan farklı bir hastaya bakan hemşirelerden biri üriner katateri olduğunu yatağından kalkamayacağını ifade eder. Nermin Hanım ise tuvalete kalkabilirse daha rahat edeceğini ifade eder. Hemşire, tuvalete gidemeyeceğini bir kez daha hatırlattıktan sonra oksijen maskesini çıkarmaması gerektiğini ve az sonra kan gazına bakmak için kan alacağını ifade eder. Nermin Hanım, hemşireye bir dakika tuvalette kalabilmek için yalvarır. Tuvalet işareti zannettiği işaret ise çıkış işaretidir. N. Hanım üzerinde bulunan ven kataterini çıkartmaya çalışırken hemşire durumu fark eder ve doktor onayı ile kollarını kısıtlar. Birkaç dakika sonra hemşire N. Hanım'ı yatağından kalkmak üzere olduğunu fark eder. Kolundaki bağlarından kurtulan N. Hanım üzerinde bulunan üriner kataterini, ven kataterlerini çıkarmış, gömleği, yatağı, yerler kan olmuştur. Hemşire, doktor ve hasta bakıcı yardımı ile yatağına tekrar yatırılan N. Hanımın, ajitasyonu azaldıktan sonra annesini gördüğünü ve onunla birlikte parka gittiklerini ifade eder. Onu tekrar yatağına alan hemşire ve doktorların ise onu kaçırdığını düşünür. Serbest kalmak için yalvarır. Bu arada alınan kan gazında hastanın karbondioksitinin çok yükseldiği, oksijenin ise çok düştüğü görülür. Kan gazındaki bu ciddi bozukluk, anestezi sonrası olması, üzerinde pek çok katater bulunması, yaşının 80 olmasının yanı sıra yoğun bakımın çevresel koşulları da N. Hanım'ın bilincini etkilemiş olabilir. Yoğun bakımda monitör ve mekanik ventilatörlerin

sürekli alarm vermesi, hemşirenin farklı bir hastaya bakım vermek zorunda olması ve N. Hanım ile ilgilenilememesi, kısıtlanması gibi pek çok faktör N. Hanımın deliryuma girmesini kolaylaştıran faktörler olabilir.

Hemşire, N. Hanım'a foley kataterin ne işe yaradığını daha ayrıntılı anlatabilirdi, farklı olarak N. Hanım'ın oryantasyonunu sağlaması için uygun girişimlerde bulunabilirdi.

- Bilinç düzeyindeki dalgalanmaları tanıla.
- Hastanın normal durumundaki bilinç düzeyini öğrenmek ailesi ya da diğer bakım vericiler ile görüş.
- Eşlik eden konfüzyonel durumlarının değerlendir (Birincil olarak demans).
- Sağlık durumundaki diğer rahatsızlıkların belirle (Enfeksiyon, ödem, dispne)
- Beyin görüntülenmesi, elektroensefalografi ve laboratuvar bulgularındaki anormallikleri hasta dosyasına kaydet.
- Hayati bulguları, bilinç düzeyindeki değişiklikleri ve nörolojik belirtileri izle.
- Olası yaralanmaları tanıla (Hasta düşmelere karşı tehlikede mi?).
- Hastanın rahat olmasını sağla (varsa ağrısını tanıla, yatak içinde rahat etmesine yardımcı ol).
- Semptomların gelişmesine neden olan etkenleri izle.
- Hastayı olanlardan dolayı yargılama (Varcarolis ve Halter, 2009).

2.10.1. Tanılama

Hastadaki verilere göre uygun hemşirelik tanıları belirler (Tablo2-1).

Tablo 2-1: Hemşirelik Tanıları

Semptomlar	Hemşirelik Tanıları
Düzensiz yürür	Düşme riski
- Halüsinasyon ve ilüzyonlarından dolayı korktuğunu belli eden davranışlar gösterir - Gece boyunca uyanık ve oryantasyonunun bozuk kalması (günbatımı sendromu), korktuğunu göstermesi	Uyku düzeninde bozukluk Korku Akut konfüzyon
Temel ihtiyaçlarını karşılayamayacak kadar konfüze olabilir	Öz bakım eksikliği Etkisiz baş etme Üriner inkontinans Beslenme örüntüsünde değişiklik Sıvı- elektrolit dengesinde bozulma
Halüsinasyon ve ilüzyonlarından dolayı korkulu görünebilir, paranoid düşüncelere sahip olabilir	Algıda bozulma Kendine ve ya çevresine zarar verme Düşünce sürecinde bozulma

• Ailesini ve bulunduğu yeri tanıyamayabilir, kısa ve uzun dönem hafızada bozulma olabilir, unutkan ve konfüze olabilir	• Kendine veya çevresine zarar verme • Hafızada bozulma • Akut veya kronik konfüzyon
• İletişim kurmada zorlanabilir, kelime bulmakta zorlanabilir, inkoherans	• Sözel iletişimde bozulma
• Deliryumun yıkıcı kısmı geçtiğinde hasta kendine ne olduğunu anlamamış şekilde, korku dolu olabilir	• Spiritüel sıkıntı • Umutsuzluk • Durumsal düşük benlik saygısı • Yas
• Hastanın yakınları ve sevenleri tükenmiş, şaşırmış olabilir ve hastaya yardımcı olamayacak durumda olabilirler.	• Ailede etkisiz baş etme • Aile sürecinde değişim • Bakım verici rolünde değişiklik

2.10.2. Sonuç Kriterleri

- Deliryumdaki hasta hastalık öncesindeki fonksiyonel düzeyine geri dönecek.
- Hastanede kaldığı sürede hasta güvende olacak, kendine zarar vermeyecek.
- Hasta odasında bulunan saat, takvim, haritalar ile yer, zaman, kişiye oryantasyonu sağlanacak.
- Hastanın tüpleri, intravenöz kataterleri tedavi süreci bitene kadar yerinde kalacak, hasta çıkarmayacak (Varcarolis ve Halter 2009) .

2.10.3. Uygulama

Deliryum geliştikten sonra bakım ve tedavi, deliryumu başlatan geri döndürülebilir tüm nedenlerin ortadan kaldırılmasına ve semptomatik ilaç tedavisine odaklanır (Trezepacz Bourne; 2008).

Tablo 2-2: Hemşirelik Girişimleri

	Girişimler
Fizyolojik Destek	• Sıvı, elektrolit dengesi düzenlenir. • Normal beslenme sağlanır. • Vücut ısısı normale döndürülür. • Normal uyku/uyanıklık döngüsü sağlanır. • Doğal dışkılama ve idrar yapma şekline geri dönülür. • Oksijenasyonu düzeltilir. • Kan şekeri kontrol altında tutulur. • Kan basıncı normal sınırlarda tutulur. • Hasta bakımı planlı verilir, dinlenme aktivite saatleri ayarlanır. • Hareketsizlik azaltılır, olabildiğince erken mobilizasyon sağlanır. • Kafeinden uzak tutulur. • Düzenli uyku uyuması sağlanır. • Enfeksiyonların erken tanı ve tedavisi yapılır.
İletişim	• Kısa kolay cümleler kurulur. • Yavaş ve anlaşılır konuşulur. • Hastaya ismiyle hitap edilir. • Sorular tekrar edilir, cevap için yeterli süre tanınır. • İşaretle ve canlandırılarak konuşulur. • Hastaya ne yapması istenildiği söylenir, ne yapmaması gerektiği değil. • Hastanın ne söylediği dinlenir, hareketleri ve duyguları

İletişim	izlenir, anlamaya çalışılır. • Hastada dışavurulan duygunun nedeni bulunmaya çalışılır ve hastanın bu duygularla başedebilmesine yardımcı olunur. • Hasta konfüze değilken konfüzyon ve sonuçları hakkında bilgi verilir ve tedavi planı hem hasta hem de yakınlarıyla görüşülür. • Deliryum esnasında ve iyileşme sürecinde hastalara güven verilir.
Çevre Işıklandırma ve Ses Düzeni	• Yoğun bakım sakın, sessiz tutulmaya çalışılır, dolaylı loş ışıklandırma kullanılır ve gürültü minimumda tutulmaya çalışılır. • Hastanın algılamasını düzeltecek gözlükler, işitme cihazları ilk fırsatta takılır. • Gece konfüzyonlarını önlemek için gece lambaları kullanılabilir. • Ajite davranışların azaltılmasında müzik dinletilmesi faydalı olabilir. • Gerçeğe oryantasyon teknikleri kullanılır. Günlük rutinin bir parçası olarak hastanın kişi, yer ve zaman oryantasyonu yapılır. Konfüze hastalarda ise oryantasyon bilgileri sık sık tekrar edilir. • Hastaya içinde bulunduğu ortam, çevredeki araçlar (Monitörler, intravenöz yollar, oksijen tüpleri, drenaj tüpleri, kataterler), kurallar, bakım planı ve güvenlik kuralları (Düşmemesi için ellerinin bağlanması gerekebileceği vb.) ayrıntılı olarak anlatılır, bilgi verilir. • Tanıdık olmayan tüm ekipman mümkün olan en kısa sürede uzaklaştırılır.

Çevre Işıklandırma ve Ses Düzeni

- Çağrı ışıkları varsa, hastaya nasıl kullanıldıkları gösterilerek anlatılır ve hastaların kullanmaları sağlanır.
- Takvim ve saat hastaların görebileceği mesafeye konur ve hastaların dikkatleri çekilir.
- Çevredeki resimler, alarmlar, dekorasyonlar, televizyon, radyo ve çağrı sistemleri yanlış algılamalara sebep olabilir. Bu tip ekstra görüntüler kısıtlanır veya hastalara teker teker anlatılır: 'Duvardaki tabloyu hastamız hediye etti. Bu tabloda çiçekler var ve ne güzeller değil mi?' gibi.
- Günlük rutinler yapılandırılır ve mümkün olduğunca sabit tutulur. Hastanın doktoru ve hemşiresi mümkün olduğunca aynı kalır.
- Hastanın evinden kişisel eşyaları getirilir. Hastanın kendi kıyafetlerini giymesine izin verilebilir.
- Özellikle gece oda değişikliği yapılmaz. Mümkünse tek kalabilecekleri bir odaya konur, asla iki deliryumdaki hasta yan yana bulundurulmaz.
- Hastalar mümkün olduğunca tespit edilmez. Hasta yakınları alınıp hasta yanına oturtulabilir. Eğer tespit şartsa en az kısıtlanacak şekilde yapılır.
- Düşmesini ve kendine zarar vermesini önlemek için hasta hemşire deskine yakın bir yere taşınır veya hastaya bakan hemşirenin birebir bakım vermesi sağlanır.
- Hasta hiperaktif deliryuma girerse ne yapılacağına dair bir plan yapılır. Böyle bir durumda, hastaya mimiklerle ve hareketlerle tehdit oluşturulmaz, eller her zaman hastanın görebileceği şekilde tutulur, hasta ve çevresinden hastanın kendine ve çevresine zarar verebileceği herşey uzaklaştırılır.
- Hastaların kendi bakımlarına yardım etmeleri sağlanır.

Psikososyal	Hastalar kendi yapabildikleri şeylerin sınırlarını keşfeder fakat yapmak istemedikleri şeylere zorlanmaz. • Hastaya sonuç çıkarabileceği ya da mantık yürütmesi gereken komutlar verilir, komutlar kesin ve doğrudan verilir. • Hastaya çok fazla seçenek sunulmaz. Hastanın karar verme yetisi geri dönene kadar beklenir. • Aile ve arkadaş ziyaretleri desteklenir. Fakat ziyaretçi sayısı ve ziyaret süresi sınırlandırılır, hastaların yorulması önlenir. • Hastayla birlikte uzun dönem planlar yapılır. Fizik tedavi ve meslek tedavileri en erken sürede başlatılır.
Diğer Girişimler	• Şiddetli yıkıcı davranışlar, psikoz ortaya çıkarsa veya belirtiler 48 saat içinde çözülmezse psikiyatriste danışılır. • Şiddetli deliryum nöbetleri süresince ve sonrasında, hastalar sakinleştirilmeye çalışılır ve güven verilir. • Hasta, anksiyetesini dindirecek aktivitelere dahil edilir. • Hastanın soyut düşünmesi talep edilmez, eylemler ve cümleler somut tutulur.
Farmakolojik Girişimler	• Genellikle, akut konfüzyon ve yıkıcı davranışa sahip hastalarda mümkün olduğunca ilaç kullanımı sınırlandırılır. • Düzenli olarak verilen ilaçlar değerlendirilir ve azaltılmaya çalışılır. Eğer bu mümkün değilse, en düşük dozlarda ve en az sayıda ilaç kullanılır. • İlaçların beklenen ve beklenmeyen etkileri gözlemlenir. • Hastanın ağrısı tedavi edilir; ancak, narkotik ilaçların sebep olabileceği konfüzyon ve yıkıcı davranışlara karşı dikkat edilir.

2.10.4. Değerlendirme

Uzun dönemde beklenen sonuç kriterleri; hastanın güvende ve zamana, yere, kişiye oryante olmasıdır. Kısa dönemde beklenen sonuç kriterleri; hayati bulgularının stabil, deri turgorunun normal, beslenmesinin düzenli ve sıvı elektrolit düzeyinin dengede olmasıdır (Varcarolis ve Halter 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma; yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin deliryum yönetimi konusunda düşünce ve uygulamalarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlandı.

Araştırma Sorusu

1. Yoğun bakım hemşirelerinin deliryum yönetimi konusunda düşünceleri ve uygulamaları nelerdir?

3.2. Araştırmanın Yeri, Evren ve Örneklem

Araştırma İstanbul il Sağlık Müdürlüğüne bağlı, erişkin yoğun bakım yatak sayısı 15'in üzerinde olan bir üniversite hastanesi, iki eğitim ve araştırma hastanesi yoğun bakım ünitelerinde yapıldı.

Araştırmanın evrenini, Ocak 2011- Mart 2011 tarihleri arasında seçilen hastanelerin genel yoğun bakım ünitelerinde ve diğer yoğun bakım ünitelerinde (Koroner, acil, nöroşirurji yoğun bakım üniteleri) tam zamanlı çalışan, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler oluşturdu (150 hemşire).

Örneklem seçimine gidilmeksizin tüm evrene ulaşılması amaçlandı ve 106 hemşireye ulaşıldı. 40 hemşire çalışmaya katılmak istemediğinden, 4 hemşire raporlu olduğundan çalışmaya dahil edilmedi.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

1. Yoğun bakım ünitesinde tam zamanlı çalışan hemşire olmak
2. Çalışmaya katılmaya istekli olmak

3.3. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak kullanılan 17 soruluk anket formu (EK-1) literatürden yararlanılarak hazırlandı (Ely 2004; Patel, 2009). Özel bir hastanede 20 yoğun bakım hemşiresi ile pilot çalışma yapıldı ve bu pilot çalışmadan sonra geliştirilen soru formunda; yoğun bakım çeşidi, kurum türü, katılımcının eğitim durumu, yoğun bakımda çalışma süresi, yoğun bakımın aylık doluluk oranı, mekanik ventilatöre bağlı olan ve olmayan hasta miktarı, mekanik ventilatöre bağlı olan ve bağlı olmayan hastaların ne

kadarının deliryum düşündürdüğü soruldu. Deliryum ile ilgili bazı önermeler verildi ve bu önermelere ne derece katıldıkları ya da katılmadıkları, deliryum gelişmesine hangi faktör ne derece sebep olduğu soruldu. Yoğun bakım ünitelerinde hangi deliryum çeşidi ile karşılaşıldığı, deliryumun rutin izleminin yapılıp yapılmadığı, yapılıyorsa ne sıklıkla takip edildiği ve takip edilirken hangi ölçüm aracı kullanıldığı soruldu. Ayrıca katılımcının deliryum ile ilgili herhangi bir makale okuyup okumadığı ya da deliryum ile ilgili herhangi bir konferansa katılıp katılmadığı, hastası için konsültan bir hekim ile görüşülüp görüşülmediği, görüşüldüyse hastaya yararı sorgulandı. Deliryumun önlenmesi için önerilerinin sorgulandığı açık uçlu bir soru soruldu.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Ocak 2011- Mart 2011 tarihleri arasında İstanbul il Sağlık Müdürlüğüne bağlı erişkin yoğun bakım yatak sayısı 15'in üzerinde olan bir üniversite hastanesi, iki eğitim ve araştırma hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerden, anket formu kullanılarak toplandı. Anketleri yanıtlama süresi ortalama 10 dk sürdü.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirildi (Frekans, yüzde, standart sapma, Ki-kare Testi).

3.6. Etik Konular

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izinleri alındı (EK-2, EK-3), hastanelerin başhekimlikleri kurum izinleri doğrultusunda bilgilendirilerek, onlardan da sözlü onam alındı. Araştırmaya katılan hemşirelere çalışmanın amacı açıklanıp bilgilerin gizli kalacağı, istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri ifade edildi. Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılım için gönüllü olan yoğun bakım hemşirelerinden belirtilen anket formu kullanılarak veri toplandı.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma İstanbul ilindeki 2 Eğitim ve Araştırma hastanesi, 1 Üniversite hastanesi ile sınırlıdır. Tüm yoğun bakım hemşirelerine genellenemez.

3.8. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmada veri toplama sürecinde yoğun bakım ünitelerinin özel birimler olması dolayısıyla ünite içine girmede, yoğun bakım hemşirelerine ulaşmada ve hemşirelerin iş yükü fazlalığı nedeniyle verilerin toplanmasında güçlük yaşandı.

4. BULGULAR

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin deliryum yönetimi konusunda düşünce ve uygulamalarını belirlemeye yönelik yapılan araştırmanın bulguları 6 bölümde sunuldu.

Bu bölümler;

- Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleriyle ilgili bulgular
- Yoğun bakım ünitelerinin tanımlayıcı özellikleriyle ilgili bulgular
- Hemşirelerin deliryum yönetimiyle ilgili düşünce ve uygulamalarıyla ilgili bulgular
- Son bir yılda hemşirelerin bilimsel aktivitelere katılım ve bilimsel yayın izleme durumu ile ilgili bulgular
- Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ve deliryum yönetimiyle ilgili düşünce ve uygulamalarının karşılaştırılması
- Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ile son bir yılda hemşirelerin bilimsel yayın izleme durumunun karşılaştırılması

4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin %67,9'u eğitim ve araştırma hastanesinde, %90,6'sı genel yoğun bakım ünitelerinde çalıştığı, diğer yoğun bakım ünitelerinin; koroner, acil, nöroşirurji yoğun bakım üniteleri olduğu tespit edildi. Çoğunluğu (%63,2) lisans mezunu, %42,5' i 2-5 yıl bölümde çalışmış olan hemşirelerdir. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4-3'de sunuldu.

Tablo 4-3: Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (N:106):

Özellikler		n	%
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	26	24,5
	Ön Lisans	6	5,7
	Lisans	67	63,2
	Yüksek Lisans	7	6,6
Çalıştıkları Bölüm	GYB	96	90,6
	Diğer	10	9,4
Kurum	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	72	67,9
	Üniversite Hastanesi	34	32,1
Bölümdeki Çalışma Süresi	1 yıl	35	33
	2-5 yıl	45	42,5
	5 yıl ve üzeri	26	24,5

4.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular

Hemşirelerin %86,8'i çalıştıkları yoğun bakım ünitesinin %75 ve daha fazla doluluk oranına sahip olduğunu ve %64,2'si hastaların çoğunluğunun mekanik ventilasyona bağlı olduğunu ifade etti. Çalışmanın yapıldığı yoğun bakım ünitelerinin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4-4'de sunuldu.

Tablo 4-4: Yoğun Bakım Ünitelerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (N:106)

Özellikler		n	%
Aylık Ortalama Doluluk	%10-25	3	2,8
	%26-50	6	5,7
	%51-75	5	4,7
	%76-100	92	86,8
MV Desteği Alan Hasta	%10 dan daha az	1	0,9
	%10-25	3	2,8
	%26-50	9	8,5
	%51-75	25	23,6
	%76-100	68	64,2

4.3. Hemşirelerin Deliryum Yönetimiyle İlgili Düşünce ve Uygulamalarıyla İlgili Bulgular

Tablo 4-5’ de yoğun bakım hemşirelerine göre deliryum görülme sıklığı; Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda, mekanik ventilatöre bağlı olmayan hastalarda ve tüm yoğun bakım hastalarında olmak üzere üç grupta sunuldu. %41,5 hemşire bütün yoğun bakım hastalarının %51-75’inin deliryumu deneyimlediğini ifade etti. Hemşirelerin %37,7 si mekanik ventilatöre bağlı hastaların % 26-50’sinin; %38,7’ si mekanik ventilatöre bağlı olmayan hastaların %10-25’inin deliryumu düşündüğünü ifade etti.

Tablo 4-5: Yoğun Bakım Ünitelerinde Deliryum Görülme Sıklığının Dağılımı (N:106)

Özellikler		n	%
Deliryum düşündüren hasta	%10 dan daha az	8	7,5
	%10-25	15	14,2
	%26-50	32	30,2
	%51-75	44	41,5
	%76-100	7	6,6
Deliryum düşündüren MV de Hasta	%10 dan daha az	18	17
	%10-25	15	14,2
	%26-50	40	37,7
	%51-75	25	23,6
	%76-100	8	7,5
Deliryum düşündüren MV’siz Hasta	%10’dan daha az	24	22,6
	%10-25	41	38,7
	%26-50	20	18,8
	%51-75	15	14,2
	%76-100	6	5,7

Tablo 4-6 incelendiğinde, hemşirelerin %42,5' i karışık tip deliryum, %37,7'si hipoaktif deliryum, %19,8'i hiperaktif deliryum ile daha çok karşılaştıklarını ifade etti.

Tablo 4-6: Karşılaşılan Deliryum Tiplerinin Dağılımı (N:106)

Özellikler		n	%
Deliryum Tipi	Hiperaktif Deliryum	21	19,8
	Hipoaktif Deliryum	40	37,7
	Karışık Deliryum	45	42,5

Hemşirelerin %24,5'inin deliryumu rutin izlediğini, izlem yapılan yoğun bakım ünitelerinin çoğunluğunun deliryumu günde 4 ve ya daha fazla değerlendirdiğini, yarısının bu değerlendirmeyi genel klinik muayene ile yaptıkları saptandı (Tablo 4-7).

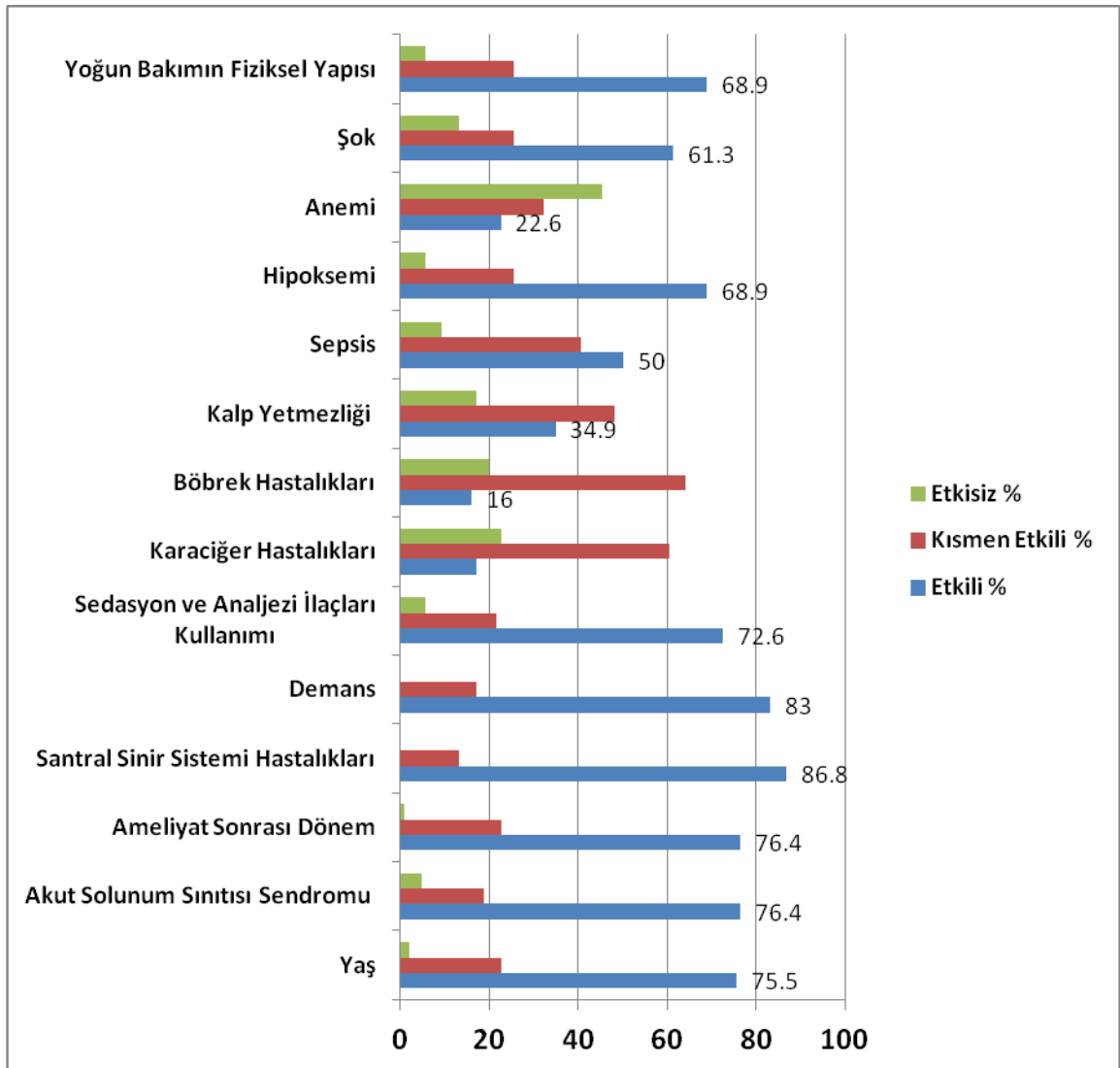
Son bir yılda hemşirelerin %12,3'ünün deliryum geliştiğini düşündüğü hasta için konsültan hekim ile görüştüğü, en fazla 3 hasta için ve 2 kez görüşüldüğü saptandı. Hemşirelerin çoğunluğu konsültan hekimin hastaya yardımcı olabildiğini ifade etti (Tablo 4-7).

Tablo 4-7: Hemşirelerin Deliryuma İlişkin Uygulamalarıyla İlgili Bulgular (N:106)

Özellikler		n	%
Deliryumu rutin izleme durumu	İzleniyor	26	24,5
	İzlenmiyor	80	75,5
Bir günde delirium değerlendirme sayısı *	Bir defa	7	26,9
	İki defa	7	26,9
	Üç defa	1	3,8
	Dört defa ve daha fazla	11	42,3
Deliryumu değerlendirmede kullanılan araç *	Yok	5	19,2
	YBÜ-KDÖ	2	7,7
	Delirium Ölçme Skalası	3	11,5
	Delirium İzlem Listesi	1	3,8
	Genel Klinik Değerlendirme	13	50
	Mini Mental Durum Muayenesi	2	7,7
Son bir yılda konsültan hekimle delirium düşünülen hasta için görüşme durumu	Konsültan hekim ile görüşen hemşire	13	12,3
	Konsültan hekim ile görüşmeyen hemşire	93	87,7
Son bir yılda konsültan hekimle görüşülen hasta sayısı **	Yanıt vermeyen	3	23,1
	1 hasta	2	15,4
	2 hasta	2	15,4
	3 hasta	3	23,1
	4 hasta	2	15,4
	10 hasta	1	7,7
Son bir yılda konsültan hekim ile görüşme sayısı **	Yanıt vermeyen	3	23,1
	1 kez	1	7,7
	2 kez	4	30,8
	3 kez	2	15,4
	4 kez	2	15,4
	10 kez	1	7,7
Konsültan hekimin delirium yönetimine yardımcı olabilme durumu **	Yanıt yok	4	30,8
	Evet	9	69,2

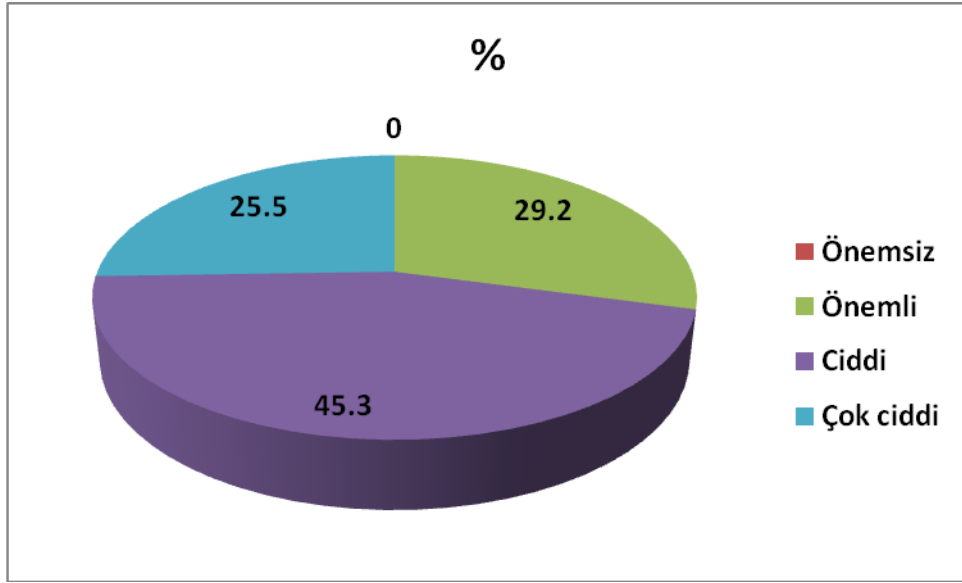
*N:26 , **N:13

Şekil-1 incelendiğinde deliryum gelişmesine neden olan etmenler en fazla oranda sırasıyla; santral sinir sistemi hastalıkları %86,8 (n:92), demans %83 (n:88), akut solunum sıkıntısı %76,4 (n:81), ameliyat sonrası dönem %76,4 (n:81), yaş %75,5 (n:80), sedasyon ve ağrı kesici ilaç kullanımı %72,6 (n:77), hipoksemi %68,9 (n:73), yoğun bakım ünitesinin fiziksel yapısı %68,9 (n:73), şok %61,3 (n:65), sepsis %50 (n:53) olduğu görüldü. Çoğunluk karaciğer hastalıklarının, böbrek hastalıklarının ve kalp yetmezliğinin deliryum gelişmesinde kısmen etkili olduğunu, aneminin ise etkisiz olduğunu ifade etti.



Şekil 1: Deliryum Gelişmesine Neden Olan Etmenlerle İlgili Bulgular

Şekil-2 incelendiğinde hemşirelerin %45,3'ünün (n:48) deliryumu ciddi bir sorun olarak gördüğü, hiç bir hemşirenin de deliryumu önemsiz görmediği bulundu.



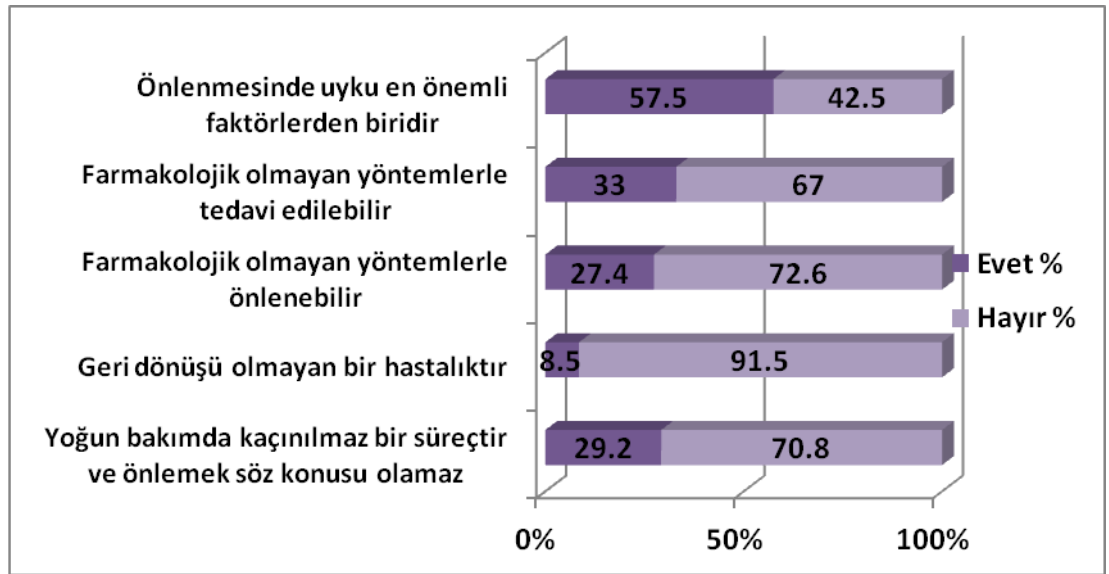
Şekil 2: Hemşirelerin Deliryumun Önemi Konusunda Düşüncelerinin Dağılımı

Tablo 4-8’ de hemşirelerin %74,5’i yoğun bakımda hastaların ağır sedasyon altında tutulduğunu, %66’sı deliryumun aktif bir müdahale gerekirse önemli olduğunu, %64,2’si deliryumu uzun süreli nöropsikolojik hasar ve uzun süreli yatış ile ilişkilendirdiğini, %61,3’ü deliryumun yeniden entübasyon riskini artırdığını, %45,3’ü deliryumun büyük oranda önlenabilir olduğunu, %44,3’ü hastane enfeksiyonları açısından risk faktörü olduğunu ifade ettiği sunuldu. Hemşirelerin %59,4’ü deliryumun tanı konulamayan bir sendrom olduğuna ve %48,1’i yoğun bakımda kalmanın normal bir parçası olduğuna kısmen katıldığını ifade etti.

Tablo 4-8: Hemşirelerin Deliryum İle İlgili Verilen Önermelere Yönelik Görüşlerinin Dağılımı (N:106)

Deliryuma İlişkin İfadeler	Katılıyorum		Kısmen Katılıyorum		Katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%
Yoğun bakımda hasta ağır sedasyon altında tutulur	79	74,5	22	20,8	5	4,7
Aktif bir müdahale gerektirirse önemli	70	66	25	23,6	11	10,4
Uzun süreli nöropsikolojik hasar ile ilişkili	68	64,2	29	27,3	9	8,5
Uzun süre hastanede yatış ile ilişkili	68	64,2	33	31,1	5	4,7
Yeniden entübasyon riskini artırır	65	61,3	32	30,2	9	8,5
Büyük oranda önlenabilir	48	45,3	47	44,3	11	10,4
Hastane enfeksiyonları açısından risk faktörü	47	44,3	32	30,2	27	25,5
Yoğun bakımda kalmanın normal bir parçası	34	32,1	51	48,1	21	19,8
Tanı konulamayan bir sendrom	16	15,1	63	59,4	27	25,5

Çalışmaya katılan hemşirelerin %91,5' i (n:97) deliryumu geri dönüşü olan bir hastalık olarak gördüğünü; %72,6'sı (n:77) deliryumun farmakolojik olmayan yöntemlerle önlenemediğini, %67'si (n:71) tedavi edilen bir hastalık olarak görmediğini, %70,8' i (n:75) kaçınılmaz bir süreç olmadığını ve önlenebilir olduğunu, %57,5'i (n:61) önlenmesinde 'uyku' nun en önemli faktörlerden biri olduğunu ifade etti (Şekil-3).



Şekil 3: Deliryumun Önlenmesine Ve Tedavisine Yönelik Düşüncelerin Dağılımı

Tablo 4-9’ da çalışmaya katılan hemşirelerin, hastada deliryum gelişmesini önlemek için uygulamaları sunuldu. Öneriler en fazla oranda sırasıyla; etkili iletişim kurma; Hizmet veren ekibin kendini tanıtmayı, hastanın kendini ifade etmesinin sağlanması (%44,6), işlem öncesi hastayı bilgilendirme (%16,2), klinik bulguların sık takibi; Bilinç, laboratuvar bulguları, ateş, nabız, kan basıncı takibi (%16,2), hastanın yakınlarıyla sık görüştürülmesi (%6,8), erken taburculuk (%4,1), yoğun bakımın fiziksel koşullarının iyileştirilmesi (%4,1), psikososyal desteğinin artırılması (%2,7), Uygun sedatif ve analjeziklerin kullanımı (%1,4), kaliteli uyku uyumasının sağlanması (%1,4), düzenli olarak psikiyatristin hastaları görmesi (%1,4) ve hastanın mahremiyetinin korunması (%1,4) olarak ifade edildi.

Tablo 4-9: Hemşirelerin, Hastada Deliryum Gelişmesini Önlemek İçin Uyguladıkları Girişimler (N:74)

Özellikler	n	%
Etkili iletişim kurma (Hizmet veren ekibin kendini tanıtmayı, hastanın kendini ifade etmesini sağlamak)	33	44,6
İşlem öncesi açıklama yapma	12	16,2
Hastanın yakınlarıyla sık görüştürülmesi	5	6,8
Klinik bulguların sık takibi (Bilinç, laboratuvar bulguları, ateş, nabız, kan basıncı takibi)	12	16,2
Erken taburculuk	3	4,1
Yoğun bakımın fiziksel koşullarının iyileştirilmesi	3	4,1
Psikososyal desteğinin artırılması	2	2,7
Uygun sedatif ve analjezik kullanımı	1	1,4
Hastanın mahremiyetinin korunması	1	1,4
Kaliteli uyku uyumasının sağlanması	1	1,4
Hastaları düzenli olarak psikiyatristin görmesi	1	1,4

4.4. Son Bir Yılda Hemşirelerin Bilimsel Aktivitelere Katılım Durumu İle İlgili Bulgular

Geçtiğimiz yıl çoğu hemşire deliryum ile ilgili konferansa katılmamış (%97,2) ya da makale okumamıştır (88,7) (Tablo 4-10).

Tablo 4-10: Geçtiğimiz Yıl Hemşirelerin Bilimsel Aktivitelere Katılım ve Bilimsel Yayın İzleme Durumunun Dağılımı (N:106)

Özellikler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Konferansa katılım	3	2,8	103	97,2
Makale okuma	12	11,3	94	88,7

4.5. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Deliryum Yönetimiyle İlgili Düşünce ve Uygulamalarının Karşılaştırılması

Hemşirelerin eğitim durumu, bölümde çalışma süreleri ile deliryum yönetimiyle ilgili düşünce ve uygulamaları arasında anlamlılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 4-11: Hemşirelerin Çalıştığı Kurumun Mekanik Ventilatöre Bağlı Olan Hastalarda Deliryum Düşünme Durumuna Etkisi ile İlgili Bulgular

		Kurum Adı				Ki- Kare	P
		Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Üniversite Hastanesi			
		n	%	n	%		
Deliryum Düşünme Durumları	%50'nin altı	54	75	19	55,9	3,937	0,047*
	%51'in üstü	18	25	15	44,1		
	Total	72	100	34	100		

Chi-Square

* $p<0,05$

Tablo 4-11 de hemşirelerin çalıştığı kurum ile mekanik ventilatör desteği alan hastalarda deliryum düşünme durumu karşılaştırıldığında, eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin mekanik ventilatöre bağlı olan hastalarda deliryum görüldüğünü düşünme oranı, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hastalarda deliryum düşünme oranına göre istatistiksel olarak daha düşük saptandı ($p<0,05$).

Tablo 4-12: Hemşirelerin Çalıştığı Kurumun Mekanik Ventilatöre Bağlı Olmayan Hastalarda Deliryum Düşünme Durumuna Etkisi ile İlgili Bulgular

		Kurum Adı				Ki- Kare	P
		Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Üniversite Hastanesi			
		n	%	n	%		
Deliryum Düşünme Durumları	%50'nin altı	54	75	19	55,9	3,937	0,047*
	%51'in üstü	18	25	15	44,1		
	Total	72	100	34	100		

Chi-Square

*p<0,05

Tablo 4-12 de hemşirelerin çalıştığı kurum ile mekanik ventilatöre bağlı olmayan hastalarda deliryum düşünme durumu karşılaştırıldığında, eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin mekanik ventilatöre bağlı olmayan hastalarda deliryum görüldüğünü düşünme oranı, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak daha az belirlendi ($p<0,05$).

Tablo 4-13: Hemşirelerin Çalıştığı Kurumun Deliryumun Rutin İzlenmesine Etkisi ile İlgili Bulgular

	Kurum Adı						
					Ki-Kare	p	
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Üniversite Hastanesi				
	n	%	n	%			
Deliryumun Rutin İzlemi	İzleniyor	13	18,1	17	50	11,614	0,001*
	İzlenmiyor	59	81,9	17	50		
	Total	72	100	34	100		

Chi-Square

*p<0,01

Tablo 4-13 de eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin deliryumu rutin izlemeleri üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (p<0,01).

4.6. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Son Bir Yılda Hemşirelerin Deliryum İle İlgili Bilimsel Yayın İzleme Durumunun Karşılaştırılması

Hemşirelerin eğitim durumu, bölümdeki çalışma süresi ile bilimsel yayın izleme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 4-14: Hemşirelerin Çalıştığı Kurumun Bilimsel Yayın İzleme Durumuna Etkisi ile İlgili Bulgular

		Kurum Adı				Ki-Kare	p
		Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Üniversite Hastanesi			
		n	%	n	%		
Bilimsel Yayın İzleme Durunu	Yayın İzleme	4	5,6	8	23,5	7,432	0,006*
	Yayın İzlememe	68	94,4	26	76,5		
	Total	72	100	34	100		

Chi-Square

* $p<0,001$

Tablo 4-14 de eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin bilimsel yayın izleme durumu, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak daha düşük tespit edildi ($p<0,01$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma yoğun bakım ünitelerinde çalışmakta olan hemşirelerin delirium yönetimi konusunda düşünce ve uygulamalarını tanımlamak amacıyla yapıldı. Çalışmadan elde edilen bulgular 6 bölümde tartışıldı:

5.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırma bulgularına göre çalışmaya katılan hemşirelerin %63,2'sinin lisans mezunu olduğu, %67,9'unun eğitim ve araştırma hastanesinde, çoğunluğunun genel yoğun bakım ünitelerinde çalıştığı, diğer yoğun bakım ünitelerinin; koroner, acil, nöroşirurji yoğun bakım üniteleri olduğu, %42,5'inin bölümde 2-5 yıl çalışmış olduğu tespit edildi (Tablo 4-3). Literatür incelendiğinde hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin daha çok lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerden oluştuğu ve yoğun bakımda çalışan personellerin sık değiştiği sonucuna ulaşılmıştır (Barutçu ve Serinkan, 2008; Özaltın ve Nehir 2006). Çalışma bulgularına göre 5 yıldan daha uzun süre yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşire oranının en az olduğunun belirlenmesi, yoğun bakım ünitelerinde tükenmişliğin çok görülmesi ve sık personel değişimi ile açıklanabilir.

5.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Yoğun bakım üniteleri, fizyolojik dengesini yitirmiş, hastalara yoğun izlem, monitörizasyon ve organ destek tedavileri uygulanabilen günün 24 saati, haftanın yedi günü ve yılın 365 günü, sürekli ve aynı standartta hasta bakımı veren özel birimlerdir (Topeli, 2005). Araştırmada, hemşirelerin %86,8'i çalıştıkları yoğun bakım ünitesinin %75 ve daha fazla doluluk oranına sahip olduğunu, %64,2'si çalıştıkları yoğun bakım ünitesindeki hastalarının çoğunluğunun mekanik ventilasyona bağlı olduğunu ifade etti (Tablo 4-4).

5.3. Hemşirelerin Delirium Yönetimi ile İlgili Düşünce ve Uygulamalarıyla İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırma bulgularına göre, hemşirelerin %41,5'i yoğun bakım ünitesindeki hastaların %51-75'inin deliriumu deneyimlediğini ifade etti. Hemşireler mekanik ventilasyona bağlı hastaların, mekanik ventilasyona bağlı olmayanlardan daha fazla deliriumu deneyimlediğini belirtti. Literatüre göre mekanik ventilatördeki hastaların

%60-80'i deliryumu deneyimlemektedir (Landro, 2007; Pun ve Ely, 2007). Ely ve arkadaşlarının (2004) 912 yoğun bakım profesyoneli ile yapmış olduğu araştırmada yoğun bakım profesyonellerinin %9'u hastalarının %75'inden fazlasının deliryumu deneyimlediğini, %16'sı mekanik ventilatör desteği alan hastalarının %75'inden fazlasının deliryumu deneyimlediğini tespit etmişlerdir. Mekanik ventilatör ile destek alan hastaların daha uzun süre ve daha fazla miktarda sedasyon ihtiyacı olabileceğinden mekanik ventilatör ile destek alan hastalar, mekanik ventilatör ile destek almayan hastalara göre deliryumu daha fazla deneyimlemiş olabilir.

Araştırma bulguları incelendiğinde hemşirelerin %42,5'i karışık tip deliryum, %37,7'si hipoaktif deliryum, %19,8'i hiperaktif deliryum ile daha çok karşılaştıklarını belirtti (Tablo 4-6). Shaun ve arkadaşlarının (1999) yapmış olduğu çalışmanın sonucuna göre hipoaktif deliryum gözlenme oranı %43,5 ve karma tip deliryum gözlenme oranı %54,1 olduğu tespit edilmiştir. Meagher ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında %50 hipoaktif, %30 karma, %20 hiperaktif deliryum belirlenmiştir. En az oranda hiperaktif deliryum saptanması literatür tarafından desteklenmektedir (Shaun ve ark. 1999; Meagher ve ark. 2007).

Araştırma bulgularına göre hemşirelerin %75,5'inin deliryumu rutin izlemediği, rutin izlem yapan hemşirelerin çoğunluğunun deliryumu günde 4 ve ya daha fazla değerlendirdiği, yarısının bu değerlendirmeyi genel klinik muayene ile yaptıkları saptandı. Son bir yılda hemşirelerin %12,3'ünün deliryum geliştiğini düşündüğü hasta için konsültan hekim ile görüştüğü, en fazla 3 hasta için ve 2 kez görüşüldüğü belirlendi. Hemşirelerin çoğunluğu konsültan hekimin hastaya yardımcı olabildiğini ifade etti (Tablo 4-7). Patel ve arkadaşlarının (2009) 1384 yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık profesyoneli ile yaptığı araştırmada sağlık profesyonellerinin yarısından biraz azının deliryum izlemi yapmadıklarını, deliryum izlemi yapanların (%59), yarıdan fazlasının genel klinik muayene ile izlem yaptıklarını, çeyreğine yakınının da yoğun bakım konfüzyon değerlendirme ölçeği ile izlem yaptıkları sonucu saptanmıştır. Deliryum izlemi yapanların çoğunun günde bir defa izlem yaptığı, %12'sinin deliryumu dört ve ya daha fazla izlediği tespit edilmiştir. Deliryumun rutin izlemi istenen düzeyde yapılmamaktadır. Bunun sebebi deliryum rutin izlemine kurumların, hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin yeterli ilgi göstermemesi, deliryum ölçme aletlerine ulaşamama, konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmama olabilir.

Şekil-1 incelendiğinde hemşirelere göre, deliryum gelişmesine neden olan etmenler en fazla oranda sırasıyla; santral sinir sistemi hastalıkları (%86,4), demans (%83), akut solunum sıkıntısı (%76,4), ameliyat sonrası dönem (%76,4), yaş (%75,5), sedasyon ve ağrı kesici ilaç kullanımı (%72,6), hipoksemi (%68,9), yoğun bakım ünitesinin fiziksel yapısı (%68,9), şok (%61,3), sepsis (%50) olduğu görüldü. Çoğunluk karaciğer hastalıklarının, böbrek hastalıklarının ve kalp yetmezliğinin deliryum gelişmesinde kısmen etkili olduğunu, aneminin ise etkisiz olduğunu ifade etti. Ağır anemi düşünülmemiş olabilir. Ely ve arkadaşları (2004) deliryum gelişmesinde ilk üç riskin demans, sedatif ve analjezik ilaçlar ve yaş olduğunu belirtmişlerdir. Deliryum çeşitlilik gösteren risk faktörleri ve neden olan faktörlerin çok fazla olması sebebiyle karmaşıktır. Çalışma literatürü destekler niteliktedir.

Şekil-2 incelendiğinde hemşirelerin %45,3' ünün deliryumu ciddi, %29,2'sinin önemli, %25,5'inin çok ciddi bir sorun olarak gördüğü bulundu. Deliryum, taburculuğu geciktirmesi, taburculuk sonrası hastanın oryantasyon bozukluğunun devam etmesi hastada ve yakınlarında büyük olumsuz etkiler yaratabilmesi sebebiyle ciddi bir sorundur. Çalışmaya katılan hemşirelerin deliryumu önemli ve ciddi bir sorun olarak görmeleri ve hiç bir hemşirenin deliryumu önemsiz olarak nitelendirmemesi sevindirici bir bulgudur.

Tablo 4-8' de hemşirelerin %74,5' i yoğun bakımda hastaların ağır sedasyon altında tutulduğunu belirtti. Bu bulgu hastanın iyileşme sürecini olumsuz etkileyecek aşırı sedasyona ya da yetersiz sedasyona maruz kalmaması, hastanın sürekli en uygun seviyede sedasyon altında tutulması gereğinin yerine getirilmediğini düşündürmektedir. Literatürde, hastada deliryumu önlemek için önemli koşullardan birinin hastanın sedasyonunun en uygun seviyede tutulması önerilmektedir (Landro, 2007; Guentur ve ark.,2010).

Tablo 4-8' de hemşirelerin yarıdan fazlası deliryumun aktif bir müdahale gerekirse önemli olduğunu, deliryumu uzun süreli nöropsikolojik hasar ve uzun süreli yatış ile ilişkilendirdiğini, deliryumun yeniden entübasyon riskini arttırdığını ifade etti. Hemşirelerin yarısına yakınının deliryumu yoğun bakım ünitesinde kalmanın normal bir parçası gördüğü, yarisından biraz azının deliryumu hastane enfeksiyonları için risk faktörü ve önlenebilir buldukları saptandı. Ely ve arkadaşlarının (2004) yoğun bakım ünitelerinde yaptığı araştırmada, sağlık profesyonellerinin yarısına yakını deliryumu

uzun süreli nöropsikolojik hasar ile ilişkilendirmiş, çeyreğe yakınının deliryumu yoğun bakımda kalmanın normal bir parçası gördüğünü, çeyreğinden fazlasının deliryumu önlenabilir bulunduğunu ifade etmiştir. Landro (2007)'ya göre deliryum önlenmesi zor bir problem ve yoğun bakım şartlarında oluşması doğal bir durum olarak görülmektedir. Patel ve arkadaşlarının (2009) yaptığı araştırmada sağlık profesyonellerinin çeyreğine yakını deliryumu hastane enfeksiyonları açısından risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Deliryumun aktif bir müdahale gerekirse önemli olduğunun düşünülmesi özellikle letarjik seyreden hipoaktif deliryumun dikkate alınmamasına sebep olabilir. Hipoaktif deliryumdaki hastanın çevresini rahatsız etmemesi sebebiyle müdahale edilmeyebilir. Bu da hastalık seyrini olumsuz yönde etkileyebilir. Hemşirelerin yarısına yakınının deliryumu yoğun bakımda kalmanın normal bir parçası görmesi, deliryumdaki hastaya aktif müdahaleyi geciktirebilir ve hastalık seyrini olumsuz yönde etkileyebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %59,4'ü deliryumdaki hastaya tanı konulamadığını belirtti. Patel ve arkadaşlarının (2009) yaptığı araştırmada deliryumun tanı konulamayan sendrom olduğunu düşünen yoğun bakım profesyonellerinin oranı %36'dır. Kishi ve arkadaşlarının (2007) yoğun bakım ünitelerinde yapmış olduğu çalışmada deliryumda olan yoğun bakım hastalarının %46'sına tanı konulamadığını, Pun ve Ely' nin (2007) yapmış olduğu araştırmada tanı konamamış deliryum hastalarının oranı %66-84 arasında olduğu saptanmıştır. Yoğun bakım hemşiresi, 24 saat hastayı gerek hemşirelik bakımı verirken gerekse tedavisini uygularken sürekli hastanın yanındadır ve hastayı gözlemler. Dolayısıyla hastadaki değişiklikleri fark etme olasılığı yüksektir. Buna rağmen deliryum tanısının konulamamış olması, 'deliryum' tanımının iyi bilinmiyor olması, sistematik bir deliryum ölçüm aletinin oluşturulmamış olması, hemşirelerin konuya yeterli ilgiyi göstermedikleri anlamına gelebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin, hastada deliryum gelişmesini önlemek için uyguladıkları girişimler Tablo 4-9' da görüldüğü gibi gruplanmıştır. Uygulamalar en fazla oranda sırasıyla; etkili iletişim kurma; Hizmet veren ekibin kendini tanıtmayı, hastanın kendini ifade etmesinin sağlanması, işlem öncesi hastayı bilgilendirme, klinik bulguların sık takibi; Bilinç, laboratuvar bulguları, ateş, nabız, kan basıncı takibi, hastanın yakınlarıyla sık görüştürülmesi, erken taburculuk, yoğun bakımın fiziksel koşullarının iyileştirilmesi, psikososyal desteğinin artırılması, Uygun sedatif ve analjeziklerin kullanımı, kaliteli uyku uyumasının sağlanması, düzenli olarak

psikiyatristin hastaları görmesi ve hastanın mahremiyetinin korunması olarak ifade edildi. Sırasıyla incelendiğinde;

- ❖ **Etkili İletişim:** %44,6 hemşire hastada deliryum gelişmesini önlemek için etkili iletişim kurmaya önem verdiklerini ifade etti. Akıncı ve Şahin (2005) etkili iletişim kurmanın, hastanın kendini ifade etmesini sağlamanın deliryum gelişmesini önlediği, aynı zamanda deliryum tedavisinde önemli yeri bulunduğunu belirtmiştir. Literatürde hizmet veren yoğun bakım ekibinin kendini tanıtmayı ve hastaya bakım veren kişilerin mümkün olduğunca aynı kalması önemli önleyici faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir.
- ❖ **İşlem Öncesi Hastayı Bilgilendirme:** %16,2 hemşire hastada deliryum gelişmesini önlemek için hastaya işlem öncesinde açıklama yaparak hastanın endişelerini gidermeye özen gösterdiklerini ifade etti. Yapılan tedavi girişimlerini her defasında hastaya anlatmak, yer, zaman ve kişileri tanıtmak, oryantasyonu artırmak için önemlidir. Sadece 12 hemşirenin bu girişimi uygulaması hemşirelere yönelik eğitimlerin değerlendirilmesine yönelik bir bulgudur.
- ❖ **Klinik Bulguların Sık Takibi:** %16,2 hemşire deliryum gelişmesini önlemek için hastanın klinik bulgularının yakın takibinin önemli olduğunu ifade etti. Rompaey ve arkadaşlarının da (2007) saptadığı gibi vücut ısısının yükselmesi, hiperbilirubinemi, hipokalsemi, hiponatremi ve diğer kan değerlerindeki düzensizlik hastanın deliryum gelişmesinde büyük risk oluşturmaktadır. Dolayısıyla hastanın laboratuvar tahlilleri ve klinik bulgularının izlemi, özellikle deliryum risk skalasına göre riskli grupta olan hastalara sık sık bilinç değerlendirmesi yapılması önemlidir. Deliryum görülme olasılığı saptandığında önceden müdahale edilmesi deliryum prognozunu olumlu etkilemektedir, dolayısıyla hastanın klinik durumunun yakın takibi deliryum önlemede çok büyük oranda etkilidir.
- ❖ **Hastanın Yakınları İle Sık Görüştürülmesi:** %6,8 hemşire deliryum gelişmesini önlemek için hastanın yakınları ile daha sık görüşmesini sağladığını ifade etti. Krahne ve arkadaşları (2007) hastanın ailesinin ziyaretine izin verilmesinin, uygunsa yanında kalmaları sağlanmasının deliryum önleme ve tedavisinde etkili olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada sadece 5 hemşirenin bu

girişimde bulunması yoğun bakım ünitelerindeki hastaların yakınlarının ihmal edilmesi ile ilişkilendirilebilir.

- ❖ **Erken Taburculuk:** %4,1 hemşire erken taburculuğun deliryum gelişme riskini azaltacağını ifade etti. Landro (2007) da yapmış olduğu araştırmada erken taburculuğun deliryumu önlemede büyük etkisi olduğunu saptamıştır. Sadece 3 hemşirenin bu girişimi desteklemesi hemşirenin taburculukta etkili rollerinin olmaması ile ilişkilendirilebilir.
- ❖ **Yoğun Bakım Fiziksel Koşullarının İyileştirilmesi:** 3 hemşire yoğun bakımın fiziksel koşullarının iyileştirilmesi ile deliryumun önlenilebileceğini ifade etti. Literatürde çevresel uyaranların azaltılması önemlidir. Hastanın çok fazla gürültüye maruz kalmasından kaçınılır. Diğer yandan aşırı uyaransızlık da halüsinasyonu başlatabilir. Çevresel düzenlemenin amacı, hastanın deliryum, konfüzyon ve yanlış algılamalarını artıran çevresel faktörleri ortadan kaldırmaktır. Hastanın odası yeniden düzenlenir. Tamamen karanlık olmayan, loş, nispeten sessiz bir oda ayarlanır. Gündüz yeterli ışık sağlanır, gece ışık azaltılır. Hastanın odasında, varsa duvardaki resimler kaldırılır, televizyon kapatılır, üzeri örtülür, çiçekler odadan çıkarılır. Ayrıca hastaya kendi kendini oryante etme fırsatı verilir. Bunun için odaya, hastanın tanıdığı eşyalar, saat, takvim konabilir (Krahne ve ark., 2007). Sadece 3 hemşirenin fiziksel koşulların iyileştirilmesine dikkat ediyor olması fiziksel koşulların değişimine karar vermede yetkilerinin olmaması ile ilişkilendirilebilir ya da yoğun bakım ünitelerinin fiziksel imkanları kısıtlı olabilir.
- ❖ **Psikososyal Destek Olmak:** 2 hemşire hastaya psikososyal destek olmanın deliryum gelişmesine karşı önleyici faktör olduğunu ifade etmiştir. Hastanın psikososyal desteğinin güçlü olması deliryumdan korumada etkili olduğu literatür tarafından desteklenmektedir (Krahne ve ark., 2007). Sadece 2 hemşirenin psikososyal destek verilmesinin deliryum gelişmesini önleyici bir uygulama olduğuna dikkate çekerken diğer hemşirelerin psikososyal destekle ilgili bir uygulamada bulunmaması üzücü bir durumdur. Özellikle bilinci açık hastalarda psikososyal destek sağlanması önemlidir.
- ❖ **Uygun Sedatif ve Analjezik İlaç Kullanma:** 1 hemşire deliryum gelişmesini önlemek için uygun sedatif ve analjezik ilaç kullandıklarını ifade etti. Yoğun

bakımlarda eski yöntem, hastanın derin sedasyonda olması ve uyandığında yoğun bakıma dair hiçbir şey hatırlamamasının hasta için en iyi olduğuydu. Böylelikle hastanın yoğun ağrılarından kurtulduğu düşünülürken, son zamanlarda yapılan araştırmalar hafif sedasyonun hasta için daha faydalı olduğunu göstermektedir (Landro,2007). Literatür de uygun analjezik seçimi ve hastayı erken uyandırmanın, hastayı deliryumdan korumada etkili olduğunu desteklemektedir (Landro,2007). Literatürde kimi sedatiflerin ve analjeziklerin özellikle yaşlı hastalarda deliryuma yatkınlık yarattığı yer almaktadır. Özellikle benzodiazepin ve propofol ilk sırada deliryum oluşturma riski olan ilaçlardır (Pun ve Ely, 2011). Sedatif ve analjeziklerin uygun doz ve uygun zamanda kullanılması deliryumun önlenmesinde çok önemli rol oynamaktadır. Sadece 1 hemşirenin uygun sedatif ve analjezik ilaç kullanmanın önemini vurgulaması hemşirelerin farmakolojik girişimlere müdahale edemiyor olması olabilir ya da hemşireler, hastaların yoğun bakım ünitesinde kaldığı sürece derin sedasyon altında tutulmasının iş yüklerini azalttıklarını düşünüyor olabilirler.

- ❖ **Hastanın Kaliteli Uyku Uyumasını Sağlamak:** 1 hemşire, hastanın kaliteli uyku uyuyabilmesi ile deliryumun önlenebileceğini ifade etti. Landro (2007) uyku bozukluklarının deliryum için büyük risk faktörü olduğunu ifade etmektedir ve hastanın özellikle gece 11.30 dan sabah 05.00' e kadar düzenli uyumasını önermektedir. Uyku düzeninde bozulma başlı başına bir deliryum sebebi olabilir. Bu yüzden hastanın kaliteli uyku uyuyabilmesi için varsa ağrısının dindirilmesi hastanın uyku kalitesini arttırabilir. Literatüre göre ağrının dindirilmesi hastada deliryum görülme riskini azaltan durumlardandır (Landro, 2007).
- ❖ **Düzenli Psikiyatri Konsültasyonu Gelmesi:** 1 hemşire yoğun bakım ünitesine düzenli psikiyatri konsültasyonu çağrıldığını ifade etti. Riskli görülen hasta için psikiyatri konsültasyonu çağırılması deliryum oluşmasını ya da hastanın kötüye gitmesini önleyebilir. Deliryum düşünülen her hastayı psikiyatri konsültan hekiminin görmesi istenebilir.
- ❖ **Hastanın Mahremiyetinin Korunması:** 1 hemşire deliryum gelişmesini önlemek için hastanın mahremiyetini korumaya önem verdiğini önlemede ifade etti. Hasta mahremiyetinin korunması her hasta için dikkat edilmesi gereken en

önemli hususlardandır ancak literatürde deliryum önlemeye yönelik bir girişim olduğuna dair bir bilgiye rastlanmadı.

5.4. Son Bir Yılda Hemşirelerin Bilimsel Aktivitelere Katılım ve Bilimsel Yayın İzleme Durumu İle İlgili Bulguların Tartışılması

Geçtiğimiz yıl çoğu hemşirenin deliryum ile ilgili konferansa katılmadığı (%97,2) ya da makale okumadığı saptandı (%88,7) (Tablo 4-4). Young ve George' un (2003) yapmış olduğu araştırmanın sonucuna göre, deliryum yönetimi için standart bir protokol oluşturulmasının yanısıra sağlık çalışanlarına deliryum yönetimi ile ilgili eğitim verilmesinin ve sağlık profesyonellerinin deliryum yönetimiyle ilgili süreci güncel takip etmesinin önemini ifade etmiştir. Deliryumun öneminin daha fazla fark edilmesi ve yeni başlayan sağlık çalışanlarına deliryum ve yönetimiyle ilgili kapsamlı eğitim verilmesi önerilir.

5.5. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Deliryum Yönetimiyle İlgili Düşünce ve Uygulamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4-11, Tablo 4-12' de farklı kurumlarda çalışan hemşirelerin farklı durumlardaki hastalarda (MV' ye bağlı MV' ye bağlı olmayan hastalarda ve ayırım yapılmaksızın yatan hastalarda) deliryum tespit oranları ve Tablo 4-13' de farklı kurumlarda çalışan hemşirelerin deliryumu rutin izleme oranları karşılaştırılmıştır. Buna göre üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin, hasta durumundan bağımsız olarak deliryum tespit etme oranlarının belirgin bir şekilde, eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelere oranla daha yüksek olduğu ($p<0.05$), üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerden daha fazla oranda deliryumu rutin izledikleri saptandı ($p<0.01$). Bu durum eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin bilimsel yayın izleme durumunun üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere oranla az olmasıyla açıklanabilir. Bunun yanında sonraki araştırmalar için düzenlenecek anketler için önemli ipuçları bulundurmaktadır. Bu ilişkiyi sorgulamak için, eklenebilecek sorular arasında, hemşire başına düşen hasta sayısı, sorgulanan hemşirelerin daha çok gece veya gündüz ağırlıklı çalıştıkları eklenebilir.

5.6. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri ile Son Bir Yılda Hemşirelerin Bilimsel Yayın İzleme Durumunun Karşılaştırılması

Tablo 4-14 incelendiğinde hemşirelerin çalıştığı kurum ile son bir yılda hemşirelerin bilimsel yayın izleme durumu karşılaştırıldı. Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin bilimsel yayın izleme durumunun, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere oranla daha düşük olduğu saptandı ($p<0,01$). Kurumlar arası bu fark, üniversite hastanelerinde bilimsel yayına ulaşmak için veri tabanlarına ulaşmanın daha kolay olmasından, süreli yayınların üniversite hastanelerinde eğitim ve araştırma hastanelerine göre daha fazla bulunmasından dolayı olabilir.

5.7. Sonuçlar

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryum yönetimi konusunda düşünce ve uygulamalarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulgularına göre,

- Çalışmaya katılan hemşirelerin %67,9'u eğitim ve araştırma hastanesinde, %90,6'sı genel yoğun bakım ünitelerinde çalıştığı, çoğunluğunun (%63,2) lisans mezunu, 2-5 yıl bölümde çalışmış olan hemşireler olduğu tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin %86,8'i çalıştıkları yoğun bakım ünitesinin %75 ve daha fazla doluluk oranına sahip olduğu ve %64,2'si hastalarının çoğunluğunun mekanik ventilasyona bağlı olduğu tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin %41,5'i hastaların yoğun bakımda kaldıkları zamanın bir döneminde deliryumu deneyimlediklerini ve çoğunluk, mekanik ventilatörle destek alan hastaların %26-50 , mekanik ventilatör ile destek almayanların ise %10-25'inin deliryumu düşündüğünü ifade etmiştir.
- Karışık tip deliryum en fazla oranda görülen deliryum çeşidi olduğu (%42,5). Hiperaktif deliryum (%19,8) ise hipoaktif deliryumdan (37,7) daha az oranda görüldüğü hemşireler tarafından ifade edilmiştir.
- Deliryumun rutin izlemi %24,5 oranında yapıldığı, izlem yapanların çoğunluğu deliryumu günde 4 ve ya daha fazla, sıklıkla genel klinik muayene ile izlediği tespit edilmiştir.
- Deliryum gelişen hasta için %12,3 (n: 13) hemşirenin konsültan hekim ile görüştüğü tespit edilmiştir. Konsültan hekim ile görüşen hemşirelerin en fazla 3 hasta için, çoğunun (%30,8) ise 2 hasta için görüştüğü ifade edilmiştir. Çoğu hemşire, hekimin hastaya yardımcı olabildiğini ifade etmiştir.

- Deliryum gelişmesine neden olan etmenlerin en fazla oranda sırasıyla; santral sinir sistemi hastalıkları (%86,4), demans (%83), akut solunum sıkıntısı (%76,4), ameliyat sonrası dönem (%76,4), yaş (75,5), sedasyon ve ağrı kesici ilaç kullanımı (%72,6), hipoksemi (%68,9), yoğun bakım ünitesinin fiziksel yapısı (%68,9), şok (%61,3), sepsis (%50) olduğu düşünülmektedir. Çoğu hemşire karaciğer hastalıklarının, böbrek hastalıklarının ve kalp yetmezliğinin deliryum gelişmesinde kısmen etkili olduğunu, aneminin ise etkisiz olduğunu ifade etmiştir.
- Hemşirelerin çoğu (%45,3) deliryumu ciddi bir sorun olarak olarak gördüğü, hiç bir hemşirenin de deliryumu önemsiz görmediği tespit edilmiştir.
- Hemşirelerin çoğu deliryumun tanı konulamayan bir sendrom olduğunu (%59,4) kısmen düşündüğünü ve büyük oranda önlenabilir (%45,3) olduğunu ifade etmiştir.
- Deliryumun yoğun bakımda kalmanın normal bir parçası olduğu düşüncesine kısmen katılan hemşireler (%48,1), aktif müdahale gerektirirse deliryumu önemli bulmaktadır (%66) .
- Deliryum daha çok uzun süreli nöropsikolojik hasar ve uzun süreli yatış ile ilişkilendirilmiş, yeniden entübasyon ve hastane enfeksiyonları açısından risk faktörü olarak görülmüştür.
- Sedasyon ve analjezi ilaçlarının deliryumda %72,6 etkili olduğunu düşünen hemşireler hastalarını yoğun bakımda kaldıkları sürece ağır sedasyon altında tuttuklarını ifade etmiştir (%74,5).
- Çalışmaya katılan hemşirelerin büyük bir kısmı deliryumun kaçınılmaz bir süreç olmadığını ve önlenabilir olduğunu ifade etmiştir (%70,8).
- Çoğu hemşire deliryumu geri dönüşü olan bir hastalık olarak görmekteyken (%91,5); farmakolojik olmayan yöntemlerle önlenabilen (%72,6) ve tedavi edilen (%67) bir hastalık olarak görmemektedir.
- Hemşireler ‘uyku’ nun deliryumun önlenmesinde en önemli faktörlerden biri olarak görmektedir.

- Hastada deliryum gelişmesini önlemek için hemşirelerin uygulamaları; en fazla oranda sırasıyla; etkili iletişim kurma; Hizmet veren ekibin kendini tanıtmayı, hastanın kendini ifade etmesinin sağlanması (%44,6), işlem öncesi hastayı bilgilendirme (%16,2), klinik bulguların sık takibi; Bilinç, laboratuvar bulguları, ateş, nabız, kan basıncı takibi (%16,2), hastanın yakınlarıyla sık görüştürülmesi (%6,8), erken taburculuk (%4,1), yoğun bakımın fiziksel koşullarının iyileştirilmesi (%4,1), psikososyal desteğinin artırılması (%2,7), Uygun sedatif ve analjeziklerin kullanımı (%1,4), kaliteli uyku uyumasının sağlanması (%1,4), düzenli olarak psikiyatristin hastaları görmesi (%1,4) ve hastanın mahremiyetinin korunması (%1,4) olarak saptanmıştır.
- Üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin, hasta durumundan bağımsız olarak (MV' ye bağlı olan, MV' ye bağlı olmayan hastalarda ve ayırım yapılmaksızın yatan hastalarda) deliryum tespit etme oranlarının belirgin bir şekilde, eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelere oranla daha yüksek olduğu bulundu ($p<0.05$).
- Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin bilimsel yayın izleme durumunun, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere oranla daha düşük olduğu saptandı ($p<0,01$).

5.8. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda öneriler;

- Hemşirelere deliryumdaki hastanın bakımına yönelik uygulamalı eğitimler düzenlenmesi,
- Hasta odasının hastanın güvenliğini dikkate alarak düzenlenmesi,
- Eğitim ve araştırma hastanelerinin yoğun bakım ünitelerinde sürekli yayınların bulunmasının ve veri tabanlarına erişimin sağlanması,
- Sağlık personelinin kurum içi eğitimlerle bilgi düzeyinin artırılması.

KAYNAKLAR

Akıncı, S.B., Şahin A.(2005). Yoğun bakımda deliryum. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5: 26-35

Balasundaram, B., Holmes, J.(2007). Delirium in vascular surgery. *European Endovascular Surgery*,34: 131-134

Barutçu, E., Serinkan, C.(2008). Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli’de Yapılan Bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış*,8(2):541-561

Bol N., Kessler L., Edwards M., Phoneix E., Heuvelmans M., Rivera T., Janes N.(2003). Screening for delirium dementia and depression in older adults. *Nursing Best Practice Guideline*.

Bossaert, L.(2009). Longterm outcome after delirium in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 18:3349-3357

Caraceni, A., Simonetti, F.(2009). Palliating delirium in patients with cancer. *Lancet Oncology*.10: 164-172

Ceriana, P., Fanfulla, F., Mazzacane, F., Santoro, C., Nava, S. (2010). Delirium in patients admitted to a step-down unit: Analyses of incidence and risk factors. *Journal of Critical Care*,25: 136-143

Day, J., Higgins, I., Koch,T.(2008). The process of practice redesign in delirium care for hospitalized older people: A participatory action research study. *International Journal of Nursing Studies*, 46: 13-22

Devlin, JJ., Fong, JJ., Howard, EP.(2008). Assessment of delirium in the intensive care unit: Nursing practices and perceptions. *American Journal of Critical Care*, 17: 555-566

Ely, EW., Rasheeda, K., Jackson, J., Jason, W., Truman, B. ve 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

Gagnon P., Allard P., Masse B., Serres M.(2000). Delirium in terminal cancer: A prospective study using daily screening, early diagnosis and continuous monitoring. *Journal of Pain and Symptom Management*,19:, 412-426

Gaudreau,J., Gagnon,P., Harel, F., Tremblay, A., Roy, M.(2005). Fast, systematic and continuous delirium assesment in hospitalized patients: The nursing screening scales. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29: 368-376

Girard, T.D., Pandharipande, P.P., Ely, W.(2008).Delirium İn The Intensive Care Unit.*Critical Care Medicine*,12:3

Guenter, U., Popp, J., Koecher, L., Muders, T., Wrigge, T., Ely W. (2010). Validity and reability of the CAM-ICU flowsheet to diagnose delirium in surgical ICU patients. *Journal of Critical Care*, 25: 144-151

Güner P., Geenen O.(2007). Atlanması kolay bir bozukluk: Delirium.C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,11:37-46

Fayers, P., Hjermsstad, M., Ranhoff, A., Kaasa, S., Skogstad, G., Klepstad, P. (2005). Which mini-mental state examıtems can be used to screen for delirium and cognitive impairment?*Journal of Pain and Symptom Management*,30: 41-51

Henderson, M.(2009). Delirium. *Psychiatric Aspects of General Medicine*. 36: 9

Hickey, J.V.(2000). Assessment and evaluation of neuroscience patients. *The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing*, Texas:Lippincott Williams&Wilkins;119-125

Hipp, D.M.(2012). Pharmacological and Non-pharmacological Management of delirium in critically ill patients. *Neurotherapeutics*, 9(1):158-175

Inouye SK, Foreman MD, Mion LC ve ark.(2001). Nurses Recognition And Its Symptoms, Comparison of nurse and researcher ratings. *Archives in Internal Medicine*, 12: 2467-2473

Kishi, Y., Kato, M., Okuyama, T., Hosaka, T., Mikami, K.,Meller, W. (2007).Delirium: Patient characteristics that predict a missed diagnosis at psychiatric consultation. *General Hospital Psychiatry*, 29: 442-445

Koster, S., Henses, G., Oosterveld, F., Wijma A., Palen J.(2009). The delirium observation screening scale recognizes delirium early after cardiac surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8: 309-314

Krahne, Daniel, Heyman Anja, Spies Claudia.(2007). How to monitor delirium in the ICU and why it is important. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9: 269-279

Landro, L.(2007). Hospitals Combat an Insidious Complication. *The Wall Street Journal Online*, Erişim: 23.06.2012,

http://www.mc.vanderbilt.edu/icudelirium/news/WSJ_insidiouscomplication.pdf

Leentjens, A., Diefenbacher A. (2006). A survey of delirium guidelines in Europe. *Journal of Psychosomatic Research*, 61:123-128

Leonard, M., Agar, M., Mason, C., Lawlor P.(2008).Delirium issues in palliative care settings. *Journal of Psychosomatic Research*, 65: 289-298

Litaker, D., Locala, J., Franco, K., Bronson, D., Tannous, Z. (2001). Preoperative risk factors for post operative delirium. *General Hospital Psychiatry*, 23:84-89

Malley, G., Leonard, M., Meagherd, D., Keeffe, S.(2008). The delirium experience: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 65:223-228

Meagher D., O'Hanlon D., O Mahony E., Casey P., Trzepacz P. (2000). Relationship Between Symptoms and Motoric Subtype of Delirium. *J Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 12 (1):51-56

Meagher, D., MacLullich, A., Laurilla, J.(2008). Defining Delirium for The International Classification of Diseases, 11th Revision. *Journal of Psychosomatic Research*, 65:207-214

Olson, T.(2012). Delirium In The Intensive Care Unit: Role Of The Critical Care Nurse In Early Detection And Treatment. *Dynamics*.23(4):32-36

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

Özşahin, A., Cansever, A. ve Uzun, Ö.(2001).*Deliryum*.Ankara:Gülhane Askeri Tıp Akademisi Basımevi.

Özaltın, G., Nehir, S.(2007).Ankara İlindeki Hastanelerin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin İş Ortamındaki Stres Etkenleri ve Kullandıkları Başetme Yöntemlerinin Belirlenmesi.*Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,10:3

Packard R.C. (2001). Delirium. *Neurologist*, 7: 327-340

Patel, R., Gambrel, M., Speroff, T., Scott, T., Pun, B., Okahashi, J. (2009). Delirium and sedation in the intensive care unit: Survey of behaviour and attitudes of 1384 health care professionals. *Critical Care Medicine*,37: 825-833

Pisani, M., Murphy, T., Ness, P., Araujo, K., Inouye S.(2007). Characteristics Associated With Delirium in Older Patients in a Medical Intensive Care Unit.167:15. Erişim:12.08.2011, www.archintemmed.com

Pun, B.T., Ely, E.W.(2007)The Importance of Diagnosing and Managing ICU Delirium. *Critical Care Medicine*,132(2):624-636

Pun, B.T., Gordon, S.M., Peterson, J.F., Shintani, A.K., Jackson, J.C., Foss, J.(2005). Large Scale Implementation of Sedation and Delirium Monitoring In The Intensive Care Unit: A Report From Two Medical Centers. *Critical Care Medicine*,33(6):1199-1205

Roberts B.L., Rickard C.M., Rajbhandari D., Reynolds P.(2006). Patient dreams in ICU: Recall at two years post discharge and comparison to delirium status during ICU admission A multicentre cohort study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22: 264-27

Robinson, S., Vollmer, C., Jirka, H., Rich, C., Midiri, C., Bisbi, D.(2008). Aging and delirium: Too much or too little pain medication? *Pain Management Nursing*,9: 66-72

Rompaey, B., Schuurmans, M.J., Shortridge-Baggett, L.M., Truijen, S., Elseviers, M. ve Bossaert, L.(2007).Risk factors for intensive care delirium: A systematic review. *Intensive and Critical Care of Nursing*, 24: 98-107

Schneider, F., Böhner, H., Habel, U., Salloum, J., Stierstorfer, A., Hummel,T.(2002). Risk factors for post operative delirium in vascular surgery. *General Hospital Psychiatry*,24:28-34

Schneier, A.M.(2010).Nursing Care, Delirium And Pain Management For The Hospitalized Older Adult. *Pain Management Nursing*,11(3): 177-185

Shaun T., Lavan J.(1999). Clinical Significance of Delirium Subtypes In Older People. *Age And Ageing*, 28:115-119

Spronk, P., Riekerk, B., Hofhuis, J., Rommes JH.(2009). Occurence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. *Intensive Care Medicine*, 35:1276-1280

Sona, C.(2009).Assessing delirium in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 29: 103-105

Türkcan A.(2001). Delirium. *Psikiyatri Dünyası*, 5:15-23

Türkcan A., İskit T.(2008).Ventilator-Associated Pneumonia Caused By High Risk Microorganisms: a Matched Cased-Control Study. *Tuberk Toraks*,56(2): 139-149

Trzepacz, P., Bourne, R., Zhang, S.(2008). Designing clinical trials for the treatment pf delirium. *Journal of Psychosomatic Research*, 65: 299-307

Varcarolis, E.M., Halter, M.J.(2009). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care*. China: Saunders Elseiver

Williams, T., Dobb, G.(2009). Delirium in the ICU:Non-pharmacological management. *Minerva Anestesiologica*, 75: 251-253

Young, L., George J.(2003). Do guidelines improve the process and outcomes of care in delirium? *Age Ageing*, 32: 525-528

Young, J., Leentjens, A., George, J., Olofsson, B., Gustafson, Y.(2008). Systematic approches to the prevention and management of patients with delirium. *Journal of Psychosomatic Research*,65:267-272

EKLER

EK-1- ANKET FORMU

EK-2- KURUM İZNİ

EK-3- KURUM İZNİ

EK-1-ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen “Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryum yönetimi konusunda düşünce ve uygulamaları ” konulu bir tez çalışmasıdır. Yoğun bakım hemşirelerinin; deliryum sendromu, belirtileri, bu hastalarla nasıl iletişim kurulacağı, tablonun erken fark edilmesi ve hemşirelik uygulamaları konularında düşüncelerini ve uygulamalarını öğrenmek amacıyla planlanmıştır. 17 sorudan oluşan anket formunun doldurulma süresi yaklaşık 10 dakikadır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Cevaplarınız gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacına yönelik olarak kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Özge Zeki

İstanbul Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Enstitüsünü Psikiyatri

Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Prof. Dr. Sevim Buzlu

İstanbul Üniversitesi

Psikiyatri Hemşireliği

Anabilim Dalı

Deliryum;

*ani başlayan,
genel olarak bilişsel işlevlerin bozulması,
bilinç durumunda değişiklik,
dikkat bozuklukları,
artmış ya da azalmış psikomotor aktivite,
uyku-uyanıklık döngüsünün düzensizliği*
ile karakterize, geçici, organik mental sendromdur.

1. Bölümünüz:

- ☐ 1. Genel Yoğun Bakım ve Reanimasyon Ünitesi
- ☐ 2. Koroner Yoğun Bakım
- ☐ 3. Kalp Cerrahisi Yoğun Bakım
- ☐ 4. Dahiliye Yoğun Bakım
- ☐ 5. Diğer:.....

2. Aşağıdaki kurumlardan hangisinde çalışmaktasınız?

- ☐ 1. Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- ☐ 2. Üniversite Hastanesi

3. Eğitim durumunuz nedir?

- () 1.Sağlık Meslek Lisesi
 () 2.Ön lisans Programı
 () 3.Lisans
 () 4.Yüksek Lisans
 () 5.Doktora
4. Kaç yıldır bu bölümde çalışmaktasınız?

5. Yoğun bakım ünitesinin aylık ortalama doluluk oranı nedir?
- () 1. %10'dan az
 () 2. %10-25
 () 3. %26-50
 () 4. %51-75
 () 5. %76-100
6. Hastaların ortalama yüzde kaç mekanik ventilasyon desteği alıyor?
- () 1. %10'dan az
 () 2. %10-25
 () 3. %26-50
 () 4. %51-75
 () 5. %76-100
7. Hastaların yüzde kaç yoğun bakımda kaldıkları zamanın bir döneminde deliryumu deneyimler?
- () 1. %10'dan az
 () 2. %10-25
 () 3. %26-50
 () 4. %51-75
 () 5. %76-100
8. Mekanik ventilatörle destek alan hastaların yüzde kaç deliryumu düşündürüyor?
- () 1. %10'dan az
 () 2. %10-25
 () 3. %26-50
 () 4. %51-75
 () 5. %76-100
9. Mekanik ventilatöre bağlı olmayan hastaların yüzde kaç deliryumu düşündürüyor?
- () 1. %10'dan az

- () 2. %10-25
 () 3. %26-50
 () 4. %51-75
 () 5. %76-100

10. Deliryum ile ilgili sizce aşağıdakilerden hangisi uygundur?

- () 1. Önemsiz bir sorun
 () 2. Önemli bir sorun
 () 3. Ciddi bir sorun
 () 4. Çok ciddi bir sorun

11. Aşağıdaki ifadelere ne derece katılıyorsunuz?

Katılıyorum Kısmen Katılmıyorum

Deliryum:

Tanı konulamayan bir sendromdur	()	()	()
Yoğun bakımda kalmanın normal bir parçasıdır	()	()	()
Aktif müdahale gerektirirse önemlidir	()	()	()
Büyük oranda önlenebilir	()	()	()
Uzun süreli nöropsikolojik hasar ile ilişkilidir.	()	()	()
Hastane enfeksiyonları açısından risk faktörüdür	()	()	()
Uzun süre hastanede yatış ile ilgilidir.	()	()	()
Yeniden entübasyon riskini artırır	()	()	()
Hasta yoğun bakımdayken ağır sedasyon altında tutulur	()	()	()

12. Yoğun bakım ünitelerinde aşağıdakilerden hangileri ne oranda deliryum gelişmesine neden olur?

	Etkili	Kısmen etkili	Etkisiz
Yaş	()	()	()
Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu	()	()	()
Ameliyat sonrası dönem	()	()	()
Santral Sinir Sistemi Hastalıkları	()	()	()
Demans	()	()	()
Sedasyon ve analjezi ilaçları kullanımı	()	()	()
Karaciğer hastalıkları	()	()	()
Böbrek hastalıkları	()	()	()
Kalp yetmezliği	()	()	()
Sepsis	()	()	()
Hipoksemi	()	()	()
Anemi	()	()	()
Şok	()	()	()
Yoğun bakımın fiziksel yapısı	()	()	()

13. Daha çok hangi çeşit deliryum ile karşılaşmaktasınız?

- ☐ 1. Hipoaktif deliryum (Psikomotor olarak yavaş, sessiz ve geri çekilmiştir)
- ☐ 2. Hiperaktif deliryum (Psikomotor olarak aktif, huzursuz, kaygılı)
- ☐ 3. Karışık tip

14. Ünitenizde deliryum rutin olarak izlenir mi?

- ☐ 1. Evet
- ☐ 2. Hayır

Cevabınız evet ise;

a) Günde kaç kez değerlendirirsiniz?

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

b) Hastayı hangi araçla değerlendiriyorsunuz?

- ☐ 1. Araç(skala, ölçek, liste, vb.) kullanmıyoruz
- ☐ 2. YBÜ-KDÖ (Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği)
- ☐ 3. Delirium Ölçme Skalası
- ☐ 4. Deliryum İzlem Listesi
- ☐ 5. Genel Klinik Değerlendirme
- ☐ 6. Mini-mental durum muayenesi
- ☐ 7. Diğer (Belirtiniz).....

15. Hastanın deliryuma girmesini önlemek için uygulamalarınız nelerdir?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16. Aşağıdaki önermelerden hangileri sizin için doğrudur? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ 1. Deliryum, yoğun bakımda kaçınılmaz bir süreçtir ve deliryumu önlemek söz konusu olamaz.
- ☐ 2. Deliryum, geri dönüşü olmayan bir hastalıktır.
- ☐ 3. Deliryum farmakolojik olmayan yöntemlerle önlenebilir.

- () 4. Deliryum farmakolojik olmayan yöntemlerle tedavi edilebilir.
() 5. Deliryum, önlenmesinde en önemli faktörlerden biri uykudur.

17. Geçtiğimiz 12 ay içinde;

a) Deliryum ile ilgili bir konferansa katıldınız mı?

- () 1.EVET () 2.HAYIR

b) Deliryumla ilişkili bir makale okudunuz mu?

- () 1. EVET () 2.HAYIR

c) Deliryumla bağlantılı bir konu için konsültan hekim ile görüştünüz mü?

- () 1.EVET () 2.HAYIR

Cevabınız evet ise;

a) Kaç hasta için?

b) Kaç defa?

c) Konsültan hekim hastanızın yönetiminde yardımcı olabildi mi?

- () 1. EVET () 2.HAYIR

EK-2 : KURUM İZNİ



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



Konu: Özge Kapucu'nun
tez çalışması hak.
Sayı :
Konu : 1233

İstanbul / /
12 Ocak 2011

İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.SEVİM BUZLU'nun danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden ÖZGE KAPUCU'nun "Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Deliryum Yönetimi Konusunda Düşünceleri ve Uygulamaları" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Fakültemizde yapması Dekanlığımızca uygun görülmüş olup, konu hakkında adı geçen yüksekokul müdürlüğünden alınan 16.12.2010 tarihli, 2653 sayılı yazı ve eklerinin bir fotokopisi ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Eki: 11

İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ

13 -01- 2011
/...../20

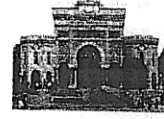
Yazı İşleri ve
Genel Evrak Md.
Gelen Evrak
Sayı: 2473

Prof.Dr.Özgün ENVER
Dekan

Not: Yanıtlarda yazınızın gün sayısının belirtilmesi rica olunur. Tel:(0212)4143000



T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : B.30.2.İST.0.72.00.00/473
Konu :

19.01.2011* 3666

FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Sevim BUZLU'nun danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Özge KAPUCU'nun "Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Deliryum Yönetimi Konusunda Düşünceleri ve Uygulamaları" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde yapmasının uygun görüldüğü hakkında, adigeçen Fakülte Dekanlığından alınan 13.01.2011 tarihli 1233 sayılı yazı ve eklerinin fotokopileri ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Zeynep Çiğdem KAYACAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK: Yazı örneği ve ilişkileri (1 takım)

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜ
Gelen Kayıt No. : 249
Gelen Tarih : 20.01.2011

Personel bilgi
Hesleme
20 Ocak 2011

EK-3: KURUM İZNİ

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : B.10.4.ISM.4.34.47.63/605.99/32
Konu : Araştırma İzni

10.01.2011

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ FLORENCE NIGHTINGALE HYO

İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu öğrencisi Özge KAPUCU'nun "Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Deliryum Yönetimi Konusunda Düşünceleri ve Uygulamaları" konulu araştırmasını aşağıdaki Kurumlarda uygulayabilmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, protokol örneği ektedir. Çalışmanın kurumunuzda uygulanması sırasında protokol dışına çıkılmaması için gerekli özenin gösterilmesi hususunda; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. İbrahim TOPÇU
Müdür a.
İl Sağlık Müdür Yardımcısı

Ekler :
Protokol
Anket Formu (4 sayfa)

Dağıtım Gereğine
Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Dağıtım Bilgisine
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ FLORENCE NIGHTINGALE HYO

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜ

Gelen Kayıt No. : 295
Gelen Tarih : 25.01.2011

persenel
25 Ocak 2011

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü » Strateji Geliştirme Birimi

Peykhane Cad. No:10 Çemberlitaş

Telefon: 212 453 08 74-453 39 00-453 39 24 Fax: 453 39 89

e-posta: istanbul.strateji@gmail.com Elektronik Ağ: www.istanbulsaglik.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:

PROTOKOL

protokol TC Sağlık Bakanlığı *İstanbul Sağlık Müdürlüğü* ile *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu* arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: *Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Çalışmanın adı: *"Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Deliryum Yönetimi Konusunda Düşünceleri ve Uygulamaları"*

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: *Ozge KAPUCU*

Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda3 ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) **Başlangıç:** *01.01.2011* / **Bitiş:** *01.04.2011*

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolu daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

h)Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların(Hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

...../...../2011

Adı-Soyadı
Özge KAPUCU

OLUR

...../...../2011

Vali a.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU

Sağlık Müdürü

...../...../2011

Uz. Dr. İbrahim TOPCU
Sağlık Müdür Yardımcısı

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Özge	Soyadı	Zeki
Doğ.Yeri	Soma/ Manisa	Doğ.Tar.	07.07.1985
Uyruğu	TC	TC Kim No	26203254644
Email	zeki.ozge@gmail.com	Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	-	
Yük.Lis.	-	
Lisans	Koç Üniversitesi	2007
Lise	Soma Rıfat Dağdelen Anadolu Lisesi	2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Gaziantep Çocuk Hastanesi	1
2.	Hemşire	İstanbul Haydarpaşa Numune E.A.H	2
3.	Hemşire	Amerikan Hastanesi	3

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	YDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	iyi	iyi	İyi	56	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	76	75	70
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Mikrosoft Office	İyi
SPSS	orta

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri: Siemens Excellence Award: 2007

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Psikoloji

