T.C
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

CERRAHİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DELİRYUMA YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE BAKIM UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

TÜLAY BAŞPINAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DR. ÖĞR. ÜYESİ SENNUR KULA ŞAHİN

İSTANBUL-2019

T.C
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

CERRAHİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DELİRYUMA YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE BAKIM UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

TÜLAY BAŞPINAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DR. ÖĞR. ÜYESİ SENNUR KULA ŞAHİN

İSTANBUL-2019

ÖZET

CERRAHİ YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DELİRYUMA YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE BAKIM UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Tülay BAŞPINAR
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN

2019

Yoğun bakımda yatan hastalarda çok fazla görülen deliryum, oryantasyon kaybı dikkat ve belleğin bozulmasıyla karakterize, gün içinde değişim gösteren konfüzyonel bir durumdur. Deliryumu tanılama, bakım ve tedavisi konusunda bilgi ve beceriye sahip olmak, yoğun bakım hemşireleri için oldukça önemlidir. Bu araştırma bir üniversite hastanesinin yetişkin cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin deliryuma yönelik bilgi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel türde çalışma olarak gerçekleştirildi.

Araştırma Ekim – Aralık 2018 tarihleri arasında beyin cerrahi, kalp damar cerrahi, anesteziyoloji ve re-animasyon, göğüs cerrahi ve genel cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan tüm hemşireler (69) araştırmanın evrenini, araştırmaya katılmayı kabul eden 63 yoğun bakım hemşiresi ise araştırmanın örneklemini oluşturdu. Veri toplamada araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik özelliklere ilişkin soru formu, deliryum ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamaların değerlendirildiği anket formu kullanıldı. Veriler yüz-yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin değerlendilmesinde sayı ve yüzde olarak; sürekli ölçümlerde ortalama ve standart sapma student t testi, pearson korelasyon analizi yöntemi kullanıldı.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamaları 31,6±6,7 olduğu, 7,3±5,8 yıldır bulundukları YBÜ'sinde çalıştığı, %63.5'inin deliryuma yönelik eğitim aldığı, bilgi sahibi olduğu, %50.8'nin deliryumu tanılamada form kullanmadığı, bilgi düzeyleri (10,3±4.0) ve tutumlarının (33,4±4,5) iyi düzeyde olduğu saptandı. Tanıtıcı özellikler ile bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamaları karşılaştırıldığında kadın cinsiyete sahip olanların bakım uygulamalarında daha etkili olduğu, hemşirelerin yaş düzeyleri arttıkça deliryum bilgi puan ortalamaları ve bakım uygulama puan ortalmalarının da artış gösterdiği saptandı.

Araştırma sonucunda yoğun bakımda uzun süre çalışmanın getirdiği deneyim, tutum ve uygulamayı etkilediği görülmektedir. Yoğun bakım hemşirelerine, deliryum risk faktörleri ve sonuçları konusunda hizmet içi eğitimlerin verilmesi, hemşirelerin,

deliryumu tanılamada ölçek kullanması için teşvik edilmesi ve yoğun bakım ünitelerine yeteri kadar eleman desteği verilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Deliryum, yoğun bakım, hemşire, bilgi düzeyleri, tutum, bakım

ABSTRACT

THE EVALUATION OF DELIRIUM KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PATIENT CARE PRACTICES OF THE NURSES WORKING IN THE SURGICAL INTENSIVE CARE UNIT

Tülay BAŞPINAR
Department of Surgical Nursing
Supervisor: Dr. Sennur KULA ŞAHİN

2019

Delirium, which is often observed in patients in intensive care unit, is a confusional situation that is characterized by loss of orientation, impaired attention and memory and which changes during the day. It is of vital importance for intensive care unit nurses to have knowledge and skills in diagnosis, care and treatment of delirium. This study was conducted as a descriptive and cross-sectional study to evaluate the delirium knowledge, attitudes and patient care practices of nurses working in adult surgical Intensive care clinics of a university hospital.

The population of the study consisted of all nurses (69) who were working in Neurosurgery, Cardiovascular Surgery, Anaesthesiology and Re-animation, Thoracic Surgery and General Surgery Intensive Care Units and the sample of the study consisted of 63 intensive care unit nurses who accepted to participate in the study between October and December 2018. The data were collected by a questionnaire about socio-demographic characteristics developed by the researcher and a questionnaire in which knowledge about delirium, attitudes and practices are evaluated. The data were collected through face-to-face interviews. In the evaluation of the data, numbers and percentages were used and mean and standard deviation, student t-test and Pearson correlation analysis method were used in continuous measurements.

It was seen that the mean age of the nurses who participated in the study was 31.6±6.7, and they worked in the same intensive care unit for 7.3±5.8 years, 63.5% of the nurses received training and had knowledge about delirium, 50.8% of them did not use any form and their knowledge levels (10.3±4.0) and attitudes 33.4±4.5 were at a good level. When the introductory characteristics were compared with knowledge level, attitude and practices, it was found that the female nurses were more effective in the care practices, and the delirium knowledge score averages and the mean care practice score increased in parallel with their ages.

It was concluded that the long-term experience in intensive care units affects the attitude and practices. It is recommended to provide intensive care nurses with in-service training about delirium risk factors and results, to encourage nurses to use scales in diagnosing delirium and to provide adequate number of personnel support to intensive care units.

Keywords: Delirium, intensive care, nurse, levels of knowledge, attitude, patient care

İTHAF

Yaşamı boyunca eğitimin önemini bilip ve etrafındaki herkese anlatmaya çalışan kaybettiğim anneme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ve araştırma konumun seçilmesi, yürütülmesi ve sonuçlanmasına kadar her aşamada hem yol gösteren hem de çalışmalarımda beni yüreklendiren tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sennur Kula ŞAHİN'e,

Bilği ve deneyimleriyle bana yol gösteren hocam Neriman AKYOLCU'ya,

Ders dönemimdeki hocalarıma,

Veri toplama sırasında anketleri doldurarak araştırmaya katkı sağlayan tüm meslektaşlarıma,

Eğitimim sürecinde zaman zaman ihmal ettiğim oğlum ve kızıma,

En içten duygularımla sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

DIŞ KAPAK
İÇ KAPAK
KABUL ONAY
ETİK BEYANI
ÖZET ..... **i**
ABSTRACT ..... **iii**
TEŞEKKÜR ..... **v**
İÇİNDEKİLER ..... **vi**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **ix**
TABLO LİSTESİ ..... **x**
SİMGE ve KISALTMALAR LİSTESİ ..... **xi**
GİRİŞ **1**
1. GENEL BİLGİLER **4**
1.1. DELİRYUMUN TANIMI 4
1.2. DELİRYUMUN TARİHÇESİ **5**
1.3. EPİDEMİYOLOJİSİ **5**
1.4. ETİYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ **6**
1.4.1. Değiştirilebilir risk faktörleri **7**
1.4.2. Değiştirilemeyen risk faktörleri **8**
1.5. PATAFİZYOLOJİSİ **8**
1.6. BELİRTİ VE BULGULARI **9**
1.7. DELİRYUM TİPLERİ **10**
1.8. PROGNOZ **10**
1.9. DELİRYUMUN AYIRICI TANISI **11**
1.10. TANI VE TANILAMA **11**
1.10.1. Tanı kriterleri **11**
1.10.2. Tanılama **12**
1.10.2.1. Tanılama araçları **14**
1.11. CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI DELİRYUM **16**
1.12. HEMŞİRELERİN DELİRYUMA YÖNELİK BİLGİ TUTUM VE UYGULAMALARI **17**
1.13. DELİRYUMUN ÖNLENMESİ, TEDAVİSİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI **18**
2. MATERYAL ve METOD **21**
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ **21**
2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIGI YER VE ZAMANI **21**
2.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ **21**
2.4. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI **21**
2.4.1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren form **22**
2.4.2. Deliryuma yönelik bilgi düzeyinin değerlendirildiği form **22**
2.4.3. Deliryuma yönelik tutum değerlendirme ölçeği **23**
2.4.4. Bakım uygulamalarının değerlendirildiği form **23**

2.5. ARAŞTIRMA SÜRECİ **23**
2.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ **24**
2.7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI **24**
2.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ **24**
2.9. ÖLÇEKLERİN GÜVENİRLİLİK DEĞERLERİ Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.10. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ **24**
3. BULGULAR 26
3.1. HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR ..**26**
3.2. HEMŞİRELERİN DELİRYUMLA İLĞİLİ VERDİKLERİ YANITLARUN DAĞILIMI **27**
3.2.1. Deliryuma yönelik bilgi düzeyinin değerlendirildiği soru formuna ilişkin bulgular **27**
3.2.2. Deliryuma yönelik tutum değerlendirme soru formuna ilişkin bulgular **29**
3.2.3. Hemşirelerin deliryumu önlemeye ya da azaltmaya yönelik yaptıkları bakım uygulamalarının değerlendirilmesi **30**
3.3. HEMŞİRELERİN DELİRYUMA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYİ, TUTUMU VE BAKIM UYGULAMALARI ÖLÇEKTEN ALDIKLARI PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI **31**
3.4. HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE BİLGİ DÜZEYİ, TUTUM VE BAKIM UYGULAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR **32**
3.4.1. Hemşirelerin cinsiyet değişkeni ile ilgili bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması (N=63) **32**
3.4.2. Hemşirelerin eğitim durumu ile ilgili bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması (N= 63) **33**
3.4.3. Hemşirelerin çalışma yılına göre bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarına ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=63) **33**
3.4.4. Hemşirelerin çalışma statüsü değişkeni ile ilişkin bulgular **34**
3.4.5. Hemşirelerin deliryuma yönelik eğitim alma durumları ile ilgili bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması (N=63) **35**
3.4.6. Hemşirelerin yaşa göre bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması (N=63) **35**
3.5. BİLGİ DÜZEYİ, TUTUM VE BAKIM UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLDİĞİ FORMLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ **36**
4. TARTIŞMA ve SONUÇ 37
KAYNAKLAR 41
EKLER 49
EK A. BAŞHEKİMLİK İZİN FORMU **49**
EK B. KATILIMCILARDAN ALINAN ONAY FORMU **50**
EK C. ANKET FORMU **51**
EK D. BAŞHEKİMLİĞE GÖNDERİLEN İZİN DİLEKÇESİ **54**
EK E. ETİK KURULU **55**
EK F. ANKET KULLANIM İZİN KAĞIDI **56**
EK G. ÖZGEÇMİŞ **57**

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1. Bilişsel fonksiyonu ve dikkati değerlendiren mini-mental test ölçeği.....16
Şekil 3.1. Hemşirelerin deliryuma yönelik bilği düzeylerinin sınıflandırılması.....33

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1. Deliryuma neden olan hazırlayıcı (predispozan) ve tetikleyici (presipitan) faktörler....7
Tablo 1.2. Deliryum ve demans arasındaki farklar....11
Tablo 1.3. Yoğun bakım ünitesinde konfüzyonun değerlendirme ölçeği (YBÜ-KDÖ)....15
Tablo 2.1. Ölçeklerin güvenirlilik değerleri....22
Tablo 2.2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin faktör analizine uygunluğuna ilişkin veriler....22
Tablo 3.1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri....26
Tablo 3.2. Hemşirelerin tanılama formlarını kullanma durumlarının dağılımı....27
Tablo 3.3. Hemşirelerin deliryuma yönelik bilgi düzeylerinin değerlendirildiği forma ilişkin verdikleri yanıtların dağılımı (N=63)....28
Tablo 3.4. Hemşirelerin deliryuma yönelik tutumlarının değerlendirildiği forma ilişkin bulguların dağılımı....29
Tablo 3.5. Hemşirelerin deliryuma önlemeye ya da azaltmaya yönelik yaptıkları bakım uygulamalarının değerlendirilmesi....30
Tablo 3.6. Hemşirelerin deliryuma yönelik bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarına göre ölçekten aldıkları puan ortalamalarının dağılımı....31
Tablo 3.7. Hemşirelerin deliryuma yönelik bilgi düzeylerinin dağılımı....31
Tablo 3.8. Hemşirelerin cinsiyet değişkeni ile ilgili bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması....32
Tablo 3.9. Hemşirelerin eğitim durumu ile ilgili bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması....33
Tablo 3.10. Hemşirelerin çalışma yılı ile ilgili bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması....34
Tablo 3.11. Hemşirelerin çalışma statüsüne göre bilgi, tutum ve uygulama ölçeklerinin karşılaştırılmalarına ilişkin bulgular....34
Tablo 3.12. Hemşirelerin deliryuma yönelik eğitim alma durumları ile ilgili bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması....35
Tablo 3.13. Hemşirelerin yaş durumu ile bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması....35
Tablo 3.14. Bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği formlar arasındaki ilişki....36

SİMGE ve KISALTMALAR LİSTESİ

Simgeler	Açıklama
APA	**:** Amerikan Psikiyatri Birliği'nin
ARAS	**:** Asendan Retiküler Aktive Edici Sistem
BT	**:** Bilgisayarlı tomografİ
DSM IV	**:** Diagnosticand Statistical Manual of Mental Disorders
EEG	**:** Elektroensefalografi
EKG	**:** Elektrokardiografi
KMO	**:** Kaiser-Mayer-Olkin
MMSE	**:** Mini Mental Durum Değerlendirme Testi
MR	**:** Manyetik Rezonans
YBÜ	**:** Yoğun Bakım Ünitesi
YBÜ-KDÖ	**:** Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği

,

GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), klinik açıdan kritik aralıkta olan ve yaşamsal işlevlerinin sürdürülmesinde riskli bulguları olan hastaları değerlendiren, izleyen ve tedavisini düzenleyen özel birimlerdir (Dedeli, 2005). Bu ünitelerde izlenen hastalar, bulundukları durumun kendilerinde oluşturduğu riskli durum dışında normal yaşam alanlarından ve fonksiyonlarından uzaklaştıkları için mental ve psikolojik açıdan da değişkenlikler göstermektedir. Birçok risk ve değişkenlikleri barındıran bu hastalarda deliryum YBÜ'sinde sık karşılaşılan bir durumdur ve uluslararası düzeyde yoğun bakım önceliği olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalarda hastaların yaklaşık %30-80'inin yoğun bakımda tedavi edilirken deliryuma girdiği belirtilmektedir (Ramoo V, 2017).

Deliryum, hastanelerde hasta güvenliğini tehdit eden özel bir durum olmakla birlikte, erken tanılanmadığında hastaya ve yakınlarına psikolojik açıdan sekel oluşturabilecek nitelikte etkilerinin yanı sıra hastane ve hastaya ekonomik yükü de olabilmektedir (Güner, 2007; Nydahl, 2017). Bir çalışmada yıllık 2.3 milyon yaşlı hastayı etkileyerek yaklaşık 17.5 milyondan fazla gün kadar hastanede kalma süresinin uzamasına ve sağlık giderlerinde 4 milyar dolardan fazla harcamaya neden olduğu belirtilmektedir (Monfred, 2015).

Yapılan çalışmalarda özellikle yoğun bakım ünitesinde ventilatör desteği alan hastalarda deliryum tanısını koymanın zor olmasına bağlı görülme oranının tahmin edilenden daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Ölüm korkusu, yalnızlık hissi, bilişsel değişiklikler, oryontasyon bozukluğu ve yer yer ajite davranışlar gösteren hastalar entübasyon tüpünü çıkarma, kateter ya da nazogastrik sondayı çıkarma gibi istenmeyen motor hareketler hastanın beklenmedik hayati riskler ile karşı karşıya kalınmasına neden olabilmektedir. Bu önemli durumlar hastanın yatış süresinin uzamasına, mortalite ve morbidite de artışa neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda deliryumun mortalite oranı, ilk bir ay içinde %25-33'tür (Ender, 2013), yaşlı hastalarda hastanede yatış süresince ölüm oranı %22-76 oranında olduğu, taburculuktan sonraki bir ay içinde de ölüm oranı oldukça yüksek olup, taburcu

olduktan sonra altı ay içinde hastaların %25'inin kaybedildiği vurgulanmaktadır. (Kaya, 2013).

Deliryum gelişmesi hasta ve hastaneye yükü dışında, hastayı yakından takip eden sağlık çalışanları üzerinde de olumsuz etkileri olabilmektedir. Deliryumun klinik belirtilerine bağlı anlık ruhsal dalgalanmalar gösteren deliryumlu hastalar, özellikle yoğun bakım hemşirelerinde kaygı gelişmesine neden olabilmektedir. Deliryumun erken tanıyı, önlenmesi ve tedavisinde öncelikle bilgi ve deneyime sahip hemşireler önemli bir rol oynamaktadırlar (Monfared, 2017).

Cerrahi girişim uygulanan hastalarda deliryum gelişmesi riski yüksektir. Hastanın kullanmakta olduğu ilaçlar, cerrahi işlem sırasında kullanılan anestezik maddelerler ile etkileşime girmesi, ilaçların kesilmesi de anksiyete belirtilerinde alevlenmeye ve dolayısıyla deliryum gelişme riskini arttıran risk faktörleridir. Bu hastalarda bilinmezlik, anestezi, bedeninin zarar görme ihtimali, kontrolü kaybetme ve ölüm korkusu yaşayabilirler. Sonuçta bu durum ameliyat sonrası dönemde deliryum için zemin hazırlar (Terzi ve Kaya, 2011). Ortopedi hastalarında %11,5, kalp cerrahisi sonrası ise % 44,5 deliryum geliştiği bildirilmiştir (Akıncı, 2005). Bilge ve ark. 2015 yılında yapmış oldukları bir çalışmada genel anestezi alan hastaların %16,52'sinde deliryum geliştiği, 75 yaş ve üzeri olan hastalarda ise büyük abdominal cerrahi sonrası %24 oranında deliryum geliştiğini bildirmiştir (Ünal Bilge, 2015). Zakriya ve ark. 2002 yılında kalça kırığı cerrahisi geçiren 168 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, ameliyat sonrası dönemde %28 oranında deliryum geliştiğini belirtmektedir. (Zakriya ve ark. 2002).

Hemşirelerin çoğunluğu kendilerini deliryumu tanılamada sorumlu olarak görmemektedirler (Doorley ve McNeal, 2004; Van Zyl ve Davidson, 2003). Hemşirelerin bu bakış açısı, deliryuma yeterince dikkat etmemelerine neden olmakta ve bu durum hastada deliryum tanısının atlanmasına yol açabilmektedir (Güner ve Geenen). Yapılan çalışmalar, yoğun bakım hemşirelerinin çoğunun deliryum konusunda yeterli bilgi sahibi olmadığını, bildiğini ifade eden hemşirelerin ise tam olarak deliryumu tanımlayamadığını göstermektedir. Ancak hemşirelerin çoğunluğunun yoğun bakım ünitesindeki risk faktörlerini büyük oranda bildikleri ve bunlara dikkat ettikleri saptanmıştır (Topuz ve Doğan 2012).

Yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık çalışanları üzerinde birçok çalışma olmasına karşın cerrahi yoğun bakımlara özel ve bilgi, tutum ve uygulamalarının birlikte değerlendiridiği çalışmaların daha sınırlı olduğu gözlenmektedir. Bu çalışma

bir üniversite hastanesindeki yetişkin cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin deliryum konusunda bilgi, tutum ve uygulamalarını değerlendirerek deliryuma yönelik bakım ve tedaviye yönelik bakım kalitesini arttırabilmek amacı ile planlandı ve gerçekleştiridi.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. DELİRYUMUN TANIMI

Deliryum "akut beyin yetmezliği, akut konfüzyonel durum, post-operatif psikoz yoğun bakım sendromu" ya da "yoğun bakım psikozu" terimleri ile de tanımlanmaktadır. Deliryum, geçici organik mental bir sendromdur. Santral ya da ekstrakranial bir nedenden dolayı beyin metabolizmasında ve işlevselliğinde gözlenen değişikliğe sekonder, akut ya da subakut gelişimli genellikle geri dönüşlü organik mental bozukluktur.

Bu terimi ilk olarak Celsus kullanmıştır. Hipokrat ise huzursuzluk, uykusuzluk, mizaç değişikliği ve buna eşlik eden başka hastalıklarla gözlemlenen geçici mental bozukluğu tanımlamak için 'phrenitis' terimini kullanmıştır (Yaşayacak, 2009).

Hayatı tehdit edici, prevalansı sık, en önemlisi de yoğun bakım hastalarında önlenebilir ciddi komplikasyonlara yol açabilen ancak rahatlıkla gözden kaçabilen ya da yanlış tanı konulabilen klinik tanı olarak ifade edilmektedir. Belirti ve semptomlar hasta ve hastanın kliniğine göre değişiklik gösterebilmektedir. Semptomlar bazen oldukça hafif olduğundan fark edilemeyen veya yaşamı tehdit edecek kadar ciddi düzeyde olabilmektedir. Genel olarak bilişsel düzeyde işlevlerin bozulması, bilinç durumunda değişikliklere ve akabinde dikkat, hafıza kaybı, duygusal affektlerde değişimler artmış ya da azalmış psikomotor aktivite ve uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma ile karakterize olabilmektedir. Bununla birlikte hastaların halüsinasyon görmesi, sanrısal bozukluklar göstermesi ya da anksiyete, ajitasyon, huzursuzluk gibi klinik bulgular ile görülebilmekte, sirkadiyen ritimleri değişebilmektedir (Özsaban, 2015). Hastanın klinik belirtileri sadece bir kez ortaya çıksa dahi çok hızlı bir şekilde ilerleyebilir. Deliryum tablosu hastanın altta yatan metabolik tablosu, tedavisi ve bakımı doğrultusunda birkaç gün sürebildiği gibi haftalarca da sürebilmektedir.

Deliryum yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) sık karşılaşılan bir durumdur ve uluslararası düzeyde yoğun bakım önceliği olarak kabul edilmektedir. Hastaların yaklaşık %30-80'inin yoğun bakımda tedavi edilirken deliryum yaşadığı düşünülmektedir (Ramoo V, 2017).

Yapılan bir çalışmada hastaneye tekrar yatma riskini %20 ve 6 aylık ve 1 yıllık mortaliteyi % 10 artırdığını göstermiştir (Reade ve Finfer, 2014). Bu sonuçların, yoğun bakım ve sağlık hizmetlerinin maliyeti ve kalitesi üzerinde önemli etkisi vardır. Bu nedenle deliryum, kritik hastalardaki sık ve ciddi bir olay olarak kabul edilmektedir (Reade ve Finfer, 2014).

Deliryum; hiperaktif tip, hipoaktif tip ve miks tip olarak tanımlanmaktadır. Hiperaktif tip; huzursuzluk, ajitasyon ve agresif davranışlar ile karakterize iken, hipoaktif tip; uyku hali ilgisiz davranışlar ile karakterize ve miks tip ise; gün içerisinde değişim gösteren klinik ile karakterizedir (Karadaş, 2015).

1.2. DELİRYUMUN TARİHÇESİ

Deliryum 1. yy'da yoldan çıkmak anlamına gelen "delirida" dan köken almıştır. Kelime olarak deliryum, Yunanca "saçma konuşmak" anlamındaki "Leros" kelimesi ile özdeşleştirilmiştir. Latince de ise "izin dışına çıkmak" anlamındaki "delirare" ya da "delirare decedere" kelimelerinden köken almaktadır (Karadaş, 2015).

18. yüzyıla kadar phrenitis, frenzy (çılgınlık), febril insanity (ateşli cinnet) gibi terimlerle tanımlanmış, on dokuzuncu yüzyılda ise bilinç bozulması temel alınmıştır. 1813'te Sutton Delirium Tremens'i, 1881'de Wernicke kendi adını taşıyan "Wernicke ensefalopati"sini tanımlamıştır. Nihai olarak 1960'larda Lipowski'nin ve diğer araştırmacıların katılımı ile günümüzdeki deliryum kavramı oluşturulmuş ve tanısal ölçütleri belirlenmiştir (Kırkpınar, 2016).

Bugüne kadar birçok sayıda eş anlamlı terim; akut organik psikoz, metabolik ensefalopati, akut konfüzyonel durum, toksik ensefalopati, akut organik beyin sendromu kullanıla gelmiştir. Bu nedenle "deliryum sendromu" adıyla ilgili kavram kargaşası ortadan kalkmamıştır. Yukarda sıralanan eş anlamlı farklı isimler özellikle psikiyatri dışı disiplinler tarafından hala kullanılmaya devam edilmektedir (Kırkpınar, 2016).

1.3. EPİDEMİYOLOJİSİ

Farklı çalışmalarda deliryum görülme sıklığının %20-30 arasında değiştiği, kalp cerrahisi sonrası hastaların %36,2'sinde deliryum geliştiği bildirilmiştir (Küçük, 2011). Yine bir başka çalışmada kalp cerrahisi ameliyatı sonrası hastaların %44,5 oranında görüldüğü belirtilmiştir (Cheng Mei, 2010). Onur ve arkadaşlarının 2003'te

yaptıkları çalışmada deliryum tanılı hastaların %17,5'inin yoğun bakım servislerinde yatan hastalar olduğunu göstermişlerdir (Onur, 2003).

Bu sendromun erken tanınması, tedavisi, sendromun önlenebilir aşamada belirlenmesi ve yaygın santral hasar bırakmaması için oldukça önemlidir. Deliryumla ilgili çok şey bilinmesine rağmen, bulgular gerektiğince tanınmamakta veya yanlış yorumlanmakta ve deliryuma gerekli dikkat gösterilmemektedir ve hastanelerde deliryum tanısı sık sık atlanmaktadır (Küçük, 2011).

1.4. ETİYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Multifaktöriyel etyolojiye sahip olan deliryum, predispozan (yatkınlık) faktörlere presipite eden (başlatan) faktörlerin eklenmesi ile klinik bulgular görülmektedir. Metabolik /sistemik bozukluklar ile ortaya çıkan yatkın (predispozan) faktörler, hastanın daha savunmasız hale gelmesine neden olmakta, tetikleyici faktörler ise akut hastada deliryum sendromunun tetiklenmesine ve gelişimine zemin hazırlamaktadırlar (Çetin, 2018).

Bunun dışında altta herhangi bir hastalığı olmayan kişide yatkınlık söz konusu ise; genel anestezi, majör cerrahi, multipl psikoaktif ilaç, immobilizasyon ve infeksiyon gibi birçok farklı presipitan faktörde deliryuma neden olabilmektedir (Halil, 2007).

İleri yaş özellikle deliryum gelişmesine predispoze edici faktörler arasında oldukça önemli bir yere sahiptir. İleri yaş başka predispozan faktör olmadan da yaşlı hastalarda deliryum tablosu gelişebilmesini açıklayabilmektedir. Yaşlı hastalarda eşlik eden hastalıklar çoklu ilaç kullanımına (polifarmasi) sebep olmaktadır. Bazı ilaç gruplarının deliryuma daha sık neden olduğu belirtilmiş olmasına rağmen, bu tür ilaç grubunun dışında da çoklu ilaç kullanımı oldukça önemli bir risk faktörüdür. Deliryum gelişen hastada polifarmasi, predispozan ve presipite (tetikleyici) edici faktör olarak mutlaka akılda tutulmalıdır (Halil, 2007).

Eşlik eden hastalıklardan kardiyopulmoner hastalıklar, böbrek ve karaciğer yetmezlikleri, beslenme yetersizliği, düşük albümin düzeyi, SSS hastalığı, görme ve işitme sorunları, dehidratasyon, varolan beyin hasarı, kontrol altında olmayan tıbbi sorunlar arasında sayılabilir. Deliryum riski demanslı olan hastalarda 2-5 kat daha artmaktadır (Halil, 2007).

Tablo 1.1. Deliryuma neden olan hazırlayıcı (predispozan) ve tetikleyici (presipitan) faktörler

Predispoze edici faktörler	**Presipite edici faktörler**
İleri yaş (genellikle 60 yaş üstü)	Enfeksiyonlar
Polifarmasi (dijitaller, steroidler,v.b)	Elektrolit bozuklukları
Kardiyopulmoner hastalıklar	İlaçlar
Karaciğer, Böbrek yetmezlikleri	Ateş, hipotermi
Malnutrisyon, hipoalbuminemi	Hipoksi
SSS hastalığı (Alzheimer gibi)	Fiziksel kısıtlamalar
Görme-işitme sorunları	Metabolik dengesizlikler
Dehitratasyon	Uzun süren hospitalizasyon
Mevcut beyin hasarı ve kognitif bozukluk	Hipotansiyon
Birden fazla kontrol altında olmayan hastalık	Cerrahi girişimler (daha çok ortopedik cerrrahi)
Sosyal çekilme	Üriner kateterizasyon
İmmobilizasyon	Uykusuzluk
	Konstipasyon
	Üriner retansiyon
	Polifarmasi

Kaynak: Halil, 2007; Yavuz, 2015; Kaya ve Sönmez, 2013; Balcı, 2013

En sık gözlenen presipite edici faktörler olarak; ileri yaş, demans, mevcut alkol veya madde bağımlılığı, infeksiyonlar, elektrolit bozuklukları, ilaçlar, yüksek ateş, hipotermi, hipoksi, hipotansiyon, metabolik dengesizlikler, majör cerrahi girişimler (en sık ortopedik) sıklıkla gözlenmektedir (Yavuz, 2015). Önemli predispoze edici faktörlerden olmasına rağmen fiziksel kısıtlamalar ve hastanede kalış süresinin uzunluğu bazen gözden kaçabilmektedir. Hastaya uygulanan invaziv işlemler ve üriner kateterizasyon da deliryumu presipite edebilmektedir. Uykusuzluk, konstipasyon ve üriner retansiyon da yine deliryum gelişen her hastada önemli presipite edici faktörler olarak mutlaka sorgulanmalıdır (Kaya ve Sönmez, 2013). Bir çalışmada hastaneye başvuruda saptanan predispoze edici faktörler olarak; görme problemleri, ciddi hastalık, dehidratasyon ve kognitif bozukluğun, hospitalizasyon sırasında saptanan presipite edici faktörler olarak; fiziksel kısıtlamalar, malnütrisyon (albumin < 3 g/dL), son 24 saat içinde üçten fazla ilaç eklenmesi, mesane kateterizasyonu ve iyatrojenik olayların bağımsız olarak deliryum riskini artırdığı ve bu parametrelerin sayısı arttıkça deliryum riskinin de arttığı saptanmıştır (Balcı, 2013; Halil, 2007).

1.4.1. Değiştirilebilir risk faktörleri

Değiştirilebilir risk faktörleri aşağıdaki gibidir (Kırkpınar, 2016):

- Duyusal bozukluk (işitme veya görme)
- İmmobilizasyon (Kateterler veya kısıtlamalar)

- İlaçlar (örneğin, yatıştırıcı hipnotikler, narkotikler, antikolinerjik ilaçlar, kortikosteroidler, eczacılık, alkol veya diğer ilaçların geri çekilmesi)
- Akut nörolojik hastalıklar (örneğin akut inme [genellikle sağ parietal], intrakranial hemoraji, menenjit, ensefalit)
- İnterkaktif hastalık (örneğin enfeksiyonlar, iyatrojenik komplikasyonlar, şiddetli akut hastalık, anemi, dehidratasyon, kötü beslenme durumu, kırık veya travma, HIV enfeksiyonu)
- Metabolik düzensizlik
- Cerrahi
- Çevre (örneğin yoğun bakım ünitesine kabul)
- Ağrı
- Duygusal rahatsızlık
- Sürekli uyku yoksunluğu.

1.4.2. Değiştirilemeyen risk faktörleri

Değiştirilemeyen risk faktörleri aşağıdaki gibidir (Fong ve Tulebaev, 2009):

- Demans veya kognitif bozukluk
- İlerleyen yaş (> 65 yıl)
- Deliryum, inme, nörolojik hastalık, düşme veya yürüme bozukluğu öyküsü
- Çoklu komorbiditeler
- Erkek Cinsiyet
- Kronik böbrek veya karaciğer hastalığı

1.5. PATAFİZYOLOJİSİ

Deliryumun patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Deliryum temel olarak dikkat bileşenlerindeki bozukluğun göstergesidir. Uyanıklık ve dikkat işlevi beyin sapında özellikle üst ve alt difüzyonlarında yerleşim gösteren asendan retiküler aktive edici sistem (ARAS)'in korteksin polimodal assosiasyon alanlarının senkronize fonksiyonu ile sağlanmaktadır (Dönmez, 2007). İnternal ve eksternal uyarımların ARAS üzerindeki etkileri ile salınan hormonların hipotalamik ve preoptik alanlar ile sirkadiyen sisteme uyum çalışmaları uyanıklığı sağlar; bununla birlikte özellikle bu alanın lezyonları ya da disfonksiyonları ile sonuçlanan hadiseler fizyolojik olarak izlenen uykudan patolojik süreçler olarak tanımlanan koma

tablosuna kadar farklı klinik bulguların ortaya çıkmasına neden olur. Fonksiyonel olan beyin sapı ve talamik nükleuslar prefrontal alan, orbitofrontal alan ve posterior parietal korteks üzerinden etkilerini göstererek dikkatin ve kontrolün düzenlenmesini sağlarlar. Prefrontal kortikal alanların talamik retiküler çekirdekler ve kaudat nükleus başta olmak üzere bazal ganglionlar üzerinden limbik bağlantılar vasıtası ile affarent duysal girdilerin 'dikkat kapısı' olarak işlenmesini sağlarlar. Talamik çekirdekler esas olarak ARAS'dan gelen duysal bilgiyi işleme işini yapar. Bu alanda bilgilerin işlenmesinden problemde deliryuma neden olabilir. Deliryumda tanımlanan risk faktörleri ARAS'ın dikkat bileşenleri üzerindeki aşağıdan-yukarıya doğru olan etkisini bozarak; frontal, pariyetal ve limbik korteksin dikkat matriksi üzerindeki yukarıdan-aşağı kontrolünü bozarak veya alana-özgül dikkat işlevlerinin ayarlanmasını etkileyerek konfüzyonel tablolara neden olabilir (Dönmez, Gündoğar ve Demirci, 2007).

Deliryumu açıklayabilecek bir diğer etken de nörotransmitter, özellikle kolinerjik sistem, değişiklikleridir. Özellikle ponsta lokus sereleustan salınan ve bazal ön beyinden kortekse yayılan kolinerjik nöronlar, kortikal hücrelerin aktivitesini sağlar. Asetilkolin düzeyindeki azalma frontal korteks perfüzyonunda azalmaya yol açmaktadır. Hipoglisemi, hipoksi ve diğer metabolik değişiklikler asetilkolin aracılı işlevlerde değişikliklere neden olabilir. Asetilkolin yanı sıra dopamin, gama aminobutirik asit, noradrenalin, glutamat ve histamin gibi diğer nörotransmitterler de deliryum gelişiminde sorumlu olabilir (Dönmez, Gündoğar ve Demirci, 2007).

1.6. BELİRTİ VE BULGULARI

Deliryumun ani başlangıçlı olup, dalgalı seyri olması en önemli özelliklerindendir. Bilişsel fonksiyonlarda, dikkat ve duygulanımda ani ve dalgalı bozukluklar görülür (Halil, 2007). Hasta dikkatini odaklamada, sürdürmede ve başka yöne kaydırmada sorun yaşar. Bilginin alınması, işlenmesi, depo edilmesi, hatırlanması ve kullanılmasında sorunlar vardır. Bilişsel değerlendirme sırasında basit kelime tekrarlamada ve verilen komutları yerine getirmede aksamalar olur (Kaya, 2013). Yer, zaman oryantasyonu bozulur. Klinik bulgular hafif olabileceği gibi ağır da olabilir (Varlı, 2016). Bilinç düzeyinde hafif bozukluk ile başlar ve letarjiye kadar ilerleyen bulgular gözlenebilir. Kliniğe sanrısal bozukluk eşlik edebilir bu nedenle hasta, nesneleri farklı şekilde algılayabilir. Çok büyük

(makropsi), çok küçük (mikropsi), çoğalmış gibi (polipsi) veya şekilleri değişmiş biçimde, algılama ile illüzyon ve hallüsinasyonlar söz konusu olabilir (Eker, 1999).

Bilişsel bozulma sirkadiyen ritim gösterebilir bu şekli ile; geceleri semptomlarda artış gündüzleri bilinçte tamamen açılma olabilir. Kişiye karşı oryantasyon genellikle bozulmaz, ama konuşma problemleri, dezorganize düşünceler, fikir uçuşmaları gözlenebilir. Hastanın problem çözme ve karar verme yeteneği bozulmuştur. Hastalar çaresizlik, zayıflık ve korku içindedirler ve bulundukları ortamdan kaçmaya çalışırlar. Yaklaşık %10 vakada saldırganlık belirtileri görülür (Halil, 2008).

Sempatik sistemin aktivasyon belirtileri olan yüz kızarması, pupillaların genişlemesi, taşikardi, terleme gibi belirtiler görülebilir. İnkontinans durumu ve gaitanın tutulamaması deliryumlu yaşlı hastada oldukça sık olarak gözlenebilir.

1.7. DELİRYUM TİPLERİ

Deliryum; hiperaktif, hipoaktif ya da miks tipte gözlenebilir.

Hiperaktif tipte; bulgular erken fark edilip tanısı konulabilir. Hasta bireylerde psikomotor aktivite artmış ve huzursuzluk, ajitasyon, uyanıklık ve saldırganlık gibi davranışları vardır. En sık sebebleri arasında antikolinerjikler, ilaç intoksikasyonları ve yoksunluk (alkol, benzodiazepinler) sayılabilir. Erken farkedildiği için prognozları hipoaktif deliryuma göre daha iyidir.

Hipoaktif deliryumda; psikomotor retardasyon ve duyarlılıkta azalma, ilgisizlik ve geri çekilme görülebilir. Bu nedenle farkedilmesi gözden kaçabilir. Gözden kaçma kliniği ve etiyolojisi göz önüne alındığında, mevcut kliniğe eklenen yeni problemler yatış sürelerinde belirgin bir artışa neden olur Yapılan çalışmalarda yoğun bakımda % 43-94 oranında görüldüğü bildirilmiştir (Özkan ve Özkan 2009, Balcı, 2013).

Karma (miks) tip deliryum; Hasta hiperaktif ve hipoaktif semptomlar arasında öngörülemeyen dalgalanmalar gösterir. Gündüz hipoaktif, gece hiperaktif tipin görüldüğü tablo ile sıklıkla karşılaşılır. Yapılan çalışmalarda erişkin yoğun bakım hastalarında %31-55 oranında olduğu görülmüştür (Balcı, 2013).

1.8. PROGNOZ

Deliryum, klinik bulgularda kötüleşme ile başlayarak ölüm gibi ciddi sonuçlara yol açabilir. Deliryum, fonksiyonel ve bilişsel kapasiteyi azaltır, hastanede kalış

süresini ve uzun dönem bakım gereksinimini arttırır. Deliryumun mortalite oranı, ilk bir ay içinde %25-33'tür (Kaya, 2013). Deliryum gelişen yaşlı hastalarda hastanede yatış süresince ölüm oranı %22-76 arasında, taburculuktan sonraki bir ay içinde de ölüm oranı oldukça yüksek olup, taburcu olduktan sonra altı ay içinde hastaların %25'i ölmektedir (Kaya, 2013). Deliryum tanısını aldıktan sonraki 3 ay içindeki mortalite oranı duygulanım bozukluğu olan hastalardan 14 kat daha yüksektir (Kaya, 2013).

1.9. DELİRYUMUN AYIRICI TANISI

Deliryum bilişsel bozukluktur bu nedenle sıklıkla "demans" tanısı ile karıştırılır. Nadirende depresyonla karıştırılabilir. Demansı olan hastalarda da deliryum sıklıkla gözlenebilir. Hastaneye yatan demans hastalarının yaklaşık olarak üçte birinde deliryum gelişme ihtimali vardır. Ayırıcı tanıda mutlaka demans, depresyon ve primer psikotik hastalıklar göz önünde bulundurulmalıdır (Ateş, 2012). Deliryum ve demans arasındaki fark aşağıdaki gibidir.

Tablo 1.2. Deliryum ve demans arasındaki farklar (Karamanoğlu, 2015)

Deliryum	**Demans**
Hızlı gelişir	Yavaş gelişir
Dalgalı seyir gösterir	Yavaş ilerleyicidir
Baskın olarak dikkat etkilenir	Baskın olarak bellek etkilenir
Belirli bilişsel işlevlerde bozukluk vardır	Genel bilişsel bozukluk vardır
Sıklıkla sistemik hastalıklar veya ilaçlara bağlı gelişir	Genellikle Alzheimer hastalığı Serebrovasküler hastalığa bağlı gelişir
Acil değerlendirme ve tedavi gerektirir	Değerlendirme ve tedavi gerektirir

1.10. TANI VE TANILAMA

1.10.1. Tanı kriterleri

Deliryum tanısında sendromun belirtilerinin ortaya konulması ve deliryuma neden olan faktörlerin saptanması gerekir. Sendromun tanısı daha önce belirtilen klinik özellikler deliryum tanısı konmada halen altın standart olarak kabul edilen DSM-IV tanı kriterleri göz önünde tutularak yapılır. Hastanın bilişsel fonksiyonu ve dikkati ayrıntılı bir şekilde muayene edilir. DSM-IV Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) kriterleri, bir uzman konsensusu olup sensitivitesi ve spesifisitesi bilinmemektedir (Eker, 1999).

DSM-IV TANI KRİTERLERİ

1. Bilinç değişikliği ile birlikte dikkat ve konsantrasyonda bozulma (dikkatini odaklamada, sürdürmede ve başka yere kaydırmada zorluk),

2. Demansla ilişkisiz kognitif fonksiyon bozukluğu (hafıza kaybı, oryantasyon bozukluğu-daha çok yer ve zaman, konuşma problemi) veya algıda bozukluk (illüzyon, halüsinasyon, delüzyon),

3. Kısa süreli (genelde saatler veya günler içerisinde), gün içinde dalgalanmalar gösteren seyir,

4. Hikâye/fizik muayene/tetkikler sonucu organik bir sebebin saptanması (Akıncı ve Şahin, 2005).

1.10.2. Tanılama

Hasta izleminde temel kriter, izlem sırasında hastada akut değişkenlikleri belirlemek ve gerekli müdahaleleri zamanında yapmaktır. Bu nedenle her hangi bir yoğun bakıma yatırılan hastada ilk bulguların kayıt altına alınması şarttır. İlk bulgularda gözlem, görüşme ve fizik muayene bulguları gereklidir. Mevcut bulgular konusunda hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirerek takip sürecinde onları da kısmen dahil etmek gerekir.

Hastayı kabul eden hemşire öncelikle; hastanın bireysel özellikleri, mevcut şikâyeti/ başvurma nedeni, öz geçmişi (alkol, sigara, madde kullanımı, mevcut kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar) ve soy geçmişi sorgularken, aynı zamanda demans varlığı, geçmişte geçici bilinç bozuklukları atağı öyküsü, geçirilmiş ameliyatlar, görme/işitme sorunları, hareketsizlik gibi kontrol edilemez risk faktörleri dikkatle değerlendirilmesi, hastayı tanımlamada yararlı olacaktır (Özsaban ve Acaroğlu, 2015).

Deliryum için rutin sistematik bir tarama sistemi bulunmamaktadır. Ancak son yıllarda geliştirilen ölçeklerle risk grubunun önceden belirlenmesi sağlanabilmektedir. Rutin bakımlar sırasında deliryum tarama testleri hastaların deliryumda olup olmadığının belirlenmesini sağlanmış olacaktır (Doğu, 2017). Deliryum tanılamasında, psikiyatrik tanıların sınıflandırılmasının yapıldığı, uluslararası kılavuzlar olan, "DSM IV (Diagnosticand Statistical Manual of Mental Disorders- mental bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı) ve CAM-ICU (Confusion Assessment Method Intensıve Care Unıt-Yoğun Bakım Ünitesinde Karışıklık Değerlendirme Yöntemi) en çok kabul görenlerdendir.

Bilişsel durumun değerlendirilmesinde Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (MMSE) uygulanır. İlk değerlendirmede hastanın bazal metabolik değerlerinin belirlenmesi şarttır akciğer grafisi (özellikle infeksiyon açısından), EKG (özellikle kardiyak iskemi, enfarktüs açısından), idrar tahlili (idrar yolu enfeksiyonu) yapılmalıdır (Kaya, 2013). Etiyoloji bulunamayan hastalarda daha ileri incelemeler (EEG, serebral BT ve MR) yapılabilir.

Deliryum nedenlerini belirlemede sağlık çalışanlarına kolaylık sağlayabilecek "VITAMINS" (Packard, 2001) ve "I WATCH DEATH" gibi kapsamlı iki rehber geliştirilmiştir. Bu rehberlerde yer alan hastalık ya da durumlardan bir ya da bir kaçının varlığı deliryum nedenidir. Bu rehberler aracılığıyla deliryum nedenleri sorgulanabilir (Karadaş, 2015).

VITAMINS

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

I: İnfeksiyon (Infectious): Herpes simplex ya da diğer viral ensefalit, pnömoni, bakteriyal ya da fungal meningoensefalit, HIV ensefaliti, nörosfiliz, lnme hastalığı.

T: Travma (Traumatic): Kapalı kafa travması, subdural hematom.

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

A: Otoimmün (Autoimmune): Sistemik lupus eritomatozus, serebral vaskülit, antitiroid antikorlar.

M: Metabolik (Metabolic)Endokrin bozukluklar; hipoglisemi ya da hiperglisemi, hipotiroidi ya da hipertiroidi gibi. Elektrolit dengesizliği; hiponatremi, hiperkalsemi gibi. Beslenme bozuklukları; Wernicke ensefalopati, Vitamin B12 eksikliği gibi. Organ yetmezlikleri; Hepatik ensefalopati, üremi gibi.

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

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

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

I WATCH DEATH (Güner ve Geenen, 2007):

I (Infections): İnfeksiyonlar

W (Withdrawal): Yoksunluk

A (Acute metabolic): Akut metabolik durumlar

T (Trauma):Travma

C (CNS pathology): Santral Sinir Sistemi patolojileri

H (Hypoxia): Hipoksi

D (Deficiences):Yetersizlikler/Yetmezlikler

E (Endocrinopathies): Endokrinopatiler

A (Acute vascular events): Akut vasküler olaylar

T (Toxins/Drugs): Toksinler/İlaçlar H (Heavy metals): Ağır metaller.

1.10.2.1. Tanılama araçları

Bu amaçla kullanılan ölçekler;

- Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği
- Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Yöntemi (ICU- CAM)
- Mini mental durum muayenesi

Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği: Inouye tarafından 1990 yılında geliştirildi. En sık kullanılan tanılama aracıdır. DSM-III tanı kriterleri baz alınmıştır. Birçok Avrupa ülkelerinde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu ölçekte; ani başlangıç, dikkat dağınıklığı, karışık düşünce, bilinç düzeyinde değişiklik, oryontasyon bozukluğu, hafızada bozulma, algıda bozulma, psikomotor ajitasyon ve uyku- uyanıklık döngüsünde değişikliği tanımlamaktadır (Baran, 2013).

Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Yöntemi (ICU- CAM) (Intensive Care Unit Confusion Assessment Method):

1. Akut başlangıçlı, gün içinde dalgalanmalar gösteren seyir,

2. Dikkat azalması (söylenenleri aklında tutabiliyor mu? Dikkatini odaklayabiliyor mu?

3. Organize düşünme yetisinde azalma (anlamsız konuşmalar, mantıksız düşünceler),

4. Bilinç değişikliği.

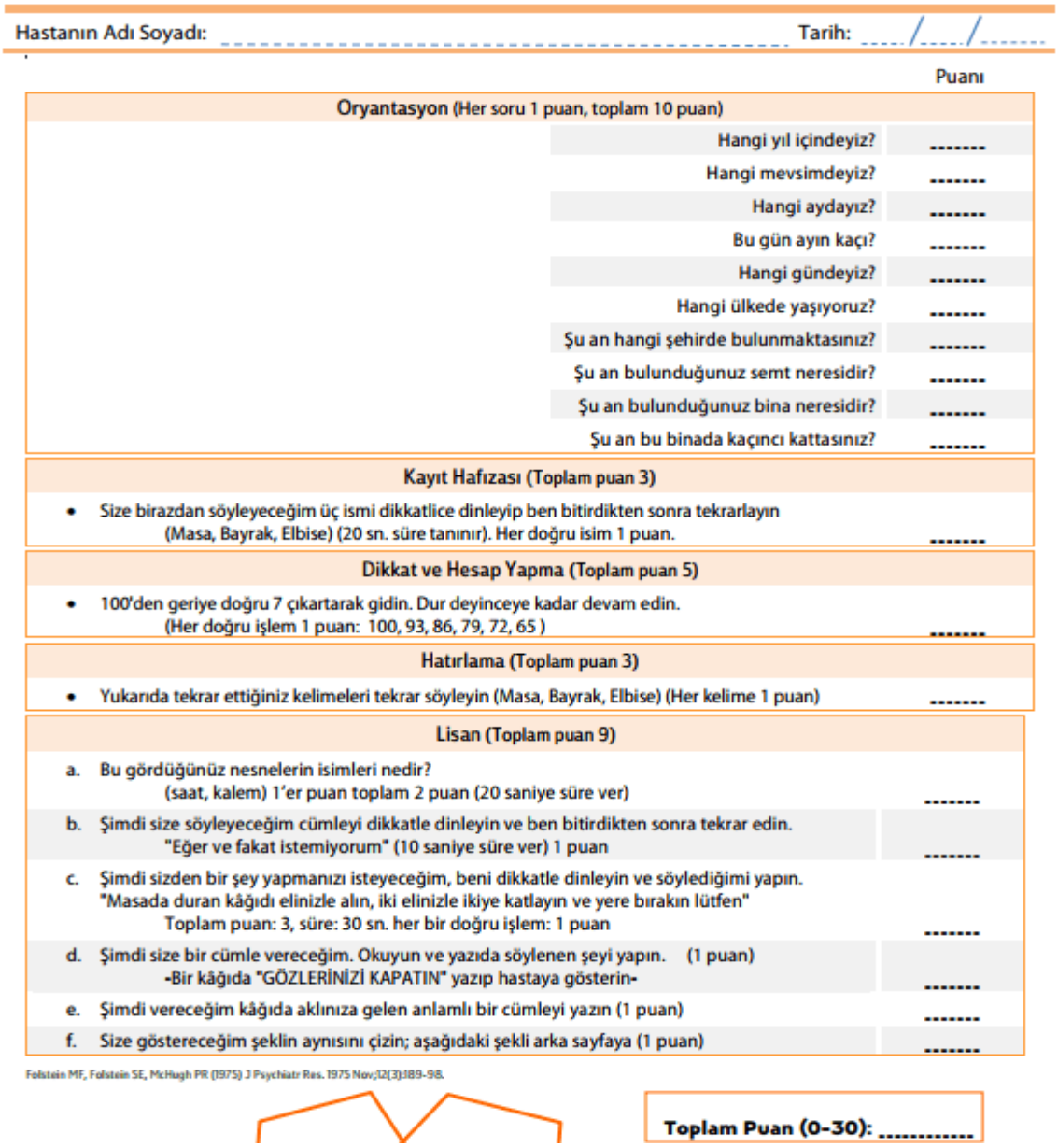
Konfüzyon değerlendirme metoduna göre hastaya deliryum tanısı koyabilmek için birinci ve ikinci kriterler mutlaka olmalı, bunlara ek olarak ise üçüncü veya dördüncü kriterlerden en az biri olmalıdır (Kırkpınar, 2016).

Tablo 1.3. Yoğun bakım ünitesinde konfüzyonun değerlendirme ölçeği (YBÜ-KDÖ)

1. Bilinç durumu - 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 ekstube ise, hastanın konuşması, düşünce içeriği, akışı ve organizasyonu bozulmuş mu, düşünce içeriği konudankonuya atlama şeklinde mi? - Hasta ventilatorde 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? - 3'ten fazla yanlış yaptı mı - 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 obur elinizle yapın
4. Kapanmış bilinç düzeyi - Aşırı alert - Letarjik (uykulu fakat hemen uyandırılabiliyor, çevresinde olup bitenlerin bazılarının farkında değil) - Stupor (zorla veya tekrarlayan stimuluslarla uyandırılıyor, çevresinde olup bitenlerin çoğunun veya hiçbirisinin farkında değil) - Koma (uyandırılamıyor)

Kaynak: Ayazoğlu, 2012

Mini mental durum muayenesi: Hastaların mental durumlarının öğrenilmesi için kolayca uygulanan standart bir metottur**.** Bu test ile yönelim, kayıt hafızası, dikkat, matematik işlemler, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında bilgiler değerlendirilmiş olur. Toplam 11 maddeden oluşan bir tarama testidir (Güngen, 2002).



Hastanın Adı Soyadı: ..... Tarih: ../../....

	Puanı
Oryantasyon (Her soru 1 puan, toplam 10 puan)	
Hangi yıl içindeyiz?	.....
Hangi mevsimdeyiz?	.....
Hangi aydayız?	.....
Bu gün ayın kaçı?	.....
Hangi gündeyiz?	.....
Hangi ülkede yaşıyoruz?	.....
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?	.....
Şu an bulunduğunuz semt neresidir?	.....
Şu an bulunduğunuz bina neresidir?	.....
Şu an bu binada kaçıncı kattasınız?	.....
Kayıt Hafızası (Toplam puan 3)	
• Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn. süre tanınır). Her doğru isim 1 puan.	.....
Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)	
• 100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin. (Her doğru işlem 1 puan: 100, 93, 86, 79, 72, 65)	.....
Hatırlama (Toplam puan 3)	
• Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri tekrar söyleyin (Masa, Bayrak, Elbise) (Her kelime 1 puan)	.....
Lisan (Toplam puan 9)	
a. Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 1'er puan toplam 2 puan (20 saniye süre ver)	.....
b. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 saniye süre ver) 1 puan	.....
c. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kâğıdı elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan: 3, süre: 30 sn. her bir doğru işlem: 1 puan	.....
d. Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) -Bir kâğıda "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazıp hastaya gösterin-	.....
e. Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)	.....
f. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin; aşağıdaki şekli arka sayfaya (1 puan)	.....

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) J Psychiatr Res. 1975 Nov;12(3):189-98.

Toplam Puan (0-30): .....

Şekil 1.1. Bilişsel fonksiyonu ve dikkati değerlendiren mini-mental test ölçeği (TOAD)

1.11. CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI DELİRYUM

Cerrahi işlemin kendisi, başlı başına anksiyete kaynağıdır. Hastanın kullanmakta olduğu ilaçlar cerrahi işlem sırasında kullanılan anestezik maddelerle etkileşime girebilirler. İlaçların kesilmesi de anksiyete belirtilerinde alevlenmeye ve dolayısıyla deliryum gelişme riskini arttırmaya sebep olur.

Cerrahi işlem geçirecek olan hastalar; bilinmezlik, anestezi, bedeninin zarar görme ihtimali, kontrolü kaybetme ve ölüm korkusu yaşayabilirler. Sonuçta bu durum ameliyat sonrası dönemde deliryum için zemin hazırlar (Terzi ve Kaya, 2011).

Cerrahi girişim sonrası ortopedi hastalarında %11,5, kalp cerrahisi sonrası ise % 44,5 deliryum gelişme oranları raporlanmıştır (Akıncı, 2005). Yine Bilge ve ark. 2015 yılında yapmış oldukları bir çalışmada genel anestezi alan hastaların %16,52'sinde deliryum geliştiği, 75 yaş ve üzeri olan hastalarda ise büyük abdominal cerrahi sonrası deliryumun %24 oranında geliştiğini bildirmiştir (Ünal Bilge, 2015). Zakriya ve ark. 2002 yılında kalça kırığı cerrahisi geçiren 168 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, ameliyat sonrası dönemde %28 oranında deliryum geliştiğini belirtmektedir.

1.12. HEMŞİRELERİN DELİRYUMA YÖNELİK BİLGİ TUTUM VE UYGULAMALARI

Deliryum gelişmesini önlemek ve yönetiminde hastayı takip eden hemşirenin bilgi, tutum ve yaklaşımları önemli bir rol almaktadır. Hemşireler genellikle YBÜ hastalarında deliryumu tanımlayan ilk kişilerdir (Eastwood ve ark., 2012). Erken dönemde deliryumun tanısının konulmasını ve gerekli önlemlerin alınabilmesi için, hastayla 7/24 birlikte olan ve bakımını üstlenen hemşirelerin deliryum konusunda bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir (Çevik, 2016). Ancak literatürde hemşirelerin kendilerini deliryumu tanılamada sorumlu olarak görmediğini; bağlı olarak bu bakış açısının hastada deliryum tanısının atlanmasına neden olduğu bilğiside bulunmaktadır. (Doorley ve McNeal, 2004; Van Zyl ve Davidson, 2003). Hemşirelerin bu bakış açısı, deliryuma yeterince dikkat etmemelerine neden olmakta ve bu durum hastada deliryum tanısının atlanmasına yol açabilmektedir (Güner ve Geenen, 2007).

Hemşire hastaya bakım verirken deliryumun türüne göre bakım uygulamalarını planlamalıdır. Hemşirelerin büyük çoğunluğu hipoaktif deliryuma yönelik bakım ve tedavi uygulamalarında bilgi eksikliğinin olduğu belirtilmektedir. Nitekim fiziksel ajitasyon ile klinik belirti gösteren hiperaktif deliryum nispeten kolay tanımlanırken, prognozu daha kötü olan hipoaktif deliryum daha yaygındır ancak aktif olarak araştırılmadıkça bulgulanması daha zordur. Hipoaktif deliryumdaki hastalarda komplikasyon oranı daha fazla görülmekte ve depresyon ile karıştırıldığından tanısı zor konulmaktadır. Hiperaktif deliryumda özellikle mekanik ventilasyon senkronizasyon bozukluğu, akut miyokardiyal stres ve serebral iskemi açısından risk altında olması hayati risk taşımaktadır. Tanının geç konulmasına bağlı mortalite ve morbidite oranlarıda daha yüksek olmaktadır (Özdemir, 2014).

Hiperaktif deliryumdaki hastaya bakım vermek ve deliryumdaki hastanın saldırgan davranışlarını yönetme zaman ve ilgi isteyen zorlu bir süreçtir. Bu nedenle hemşire zamanının çoğunu deliryumdaki hastanın bakım uygulamalarına ayırıp, diğer hastaların ihtiyacı olan bakımı vermekte yeteri kadar zaman ayıramayabilmektedir. Bu durumda hemşirenin sorumluluğunu üstleneceği hastalara karar verilirken, hastanın klinik tablosu da göz önünde bulundurulmalıdır (Özdemir, 2014).

Hemşirelerin çoğunluğu kendilerini deliryumu tanılamada sorumlu olarak görmemektedirler (Doorley ve McNeal, 2004; Van Zyl ve Davidson,2003). Hemşirelerin bu bakış açısı, deliryuma yeterince dikkat etmemelerine neden olmakta ve bu durum hastada deliryum tanısının atlanmasına yol açabilmektedir (Güner ve Geenen, 2007).

Yapılan çalışmalar, yoğun bakım hemşirelerinin çoğunun deliryum konusunda yeterli bilgi sahibi olmadığını, bildiğini ifade eden hemşirelerin ise tam olarak deliryumu tanımlayamadığını göstermektedir. Ancak hemşirelerin çoğunluğunun yoğun bakım ünitesindeki risk faktörlerini büyük oranda bildikleri ve bunlara dikkat ettikleri saptanmıştır. Topuz ve Doğan'ın 2012 yılında bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin %98,6'sı yoğun bakım ortamında hastaların görebileceği bir yerde saat ve takvim olması, 85,1'ide yoğun bakım ortamında pencere olmasının gerektiğini, %86,5'i ise yoğun bakım ortamına ziyaretçi alınması gerektiğini, %86,5'ide tıbbi cihazların ses düzeylerinin gece gündüz açısından ayarlanmasının önemli olduğunu vurgulamıştır. Günümüzde deliryum gelişmesini önlemek amacı ile çift camlı pencerelerin kullanılması ve zaman oryontasyonunu sağlaması için saat ve takvim olmasını içeren iki faktör oldukça önemlidir (Topuz ve Doğan 2012).

Hamdan-Mansour ve ark. (2010) Ürdünde yaptıkları çalışmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryum konusundaki bilgi düzeylerinin düşük olduğunu göstermişlerdir. Fick ve Foreman'da, (2006) hemşirelerin %75'inin demans ile deliryum arasındaki farkı bilmediklerini saptamışlardır.

1.13. DELİRYUMUN ÖNLENMESİ, TEDAVİSİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

YBÜ hemşireleri deliryumla ilgili farkındalık ve bilgi birikimi ile deliryumun erken tanıyı, yönetimi ve önlenmesi için kilit rolü üstlenmektedirler (Ramoo, 2017).

Birçok çalışma sonucu, deliryumun erken tanınmasının hemşirelik ekibinin bilgi ve deneyim derecesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Hemşireler sağlık ekibinin diğer üyeleriyle koordine olarak hastaya ait risk faktörlerini, deliryumun belirtilerini ve semptomlarını belirlediklerinde ciddi sorunlara neden olabilecek bu durumun olumsuz sonuçlarını önleyebilirler.

Bu nedenle, eğitsel girişimler yoluyla bilgilerini genişletmek önemlidir. Aksi halde deliryumdaki hasta farkedilemez ve hemşire hastayı yatakta tutmaya çalışır ya da hastayı sakinleştirmek ve uyumasını sağlamak için farmakolojik yöntemlere başvurabilir veya hastadaki değişikliklerin farkına varamadığı için, herhangi bir girişimde bulunmayabilir. Sonuçta hasta yetersiz, yanlış tedavi ve bakım alır ya da tanı atlandığı için tedaviye başlanamaz. Bu durum, hastanın klinik durumunun daha kötüye gitmesine yol açabilir, hatta bazen hastanın ölümüne neden olabilir (Kaya, 2013).

Deliryum tedavisinde 3 hedef vardır:

1. Deliryuma neden olan durumu belirlemek,

2. Hasta yakınları ve tedavi ekibine bilgi vermek,

3. Deliryumlu hastanın güvenliğini sağlayarak belirtilerin tedavisini sağlamaktır (Kaya, 2013).

Yüksek risk taşıyan hastalar cerrahi öncesinde, sırasında ve sonrasında deliryum için yakından izlenmelidir. Hastanın ruhsal durumunu bir vital bulgu olarak izlemek deliryumu erken tanınmasını sağlayabilir. Gün içindeki dalgalanmalar dikkate alınarak değerlendirmelerin kuşkulu hastalarda daha sık aralıklarla yenilenmesi şarttır.

Deliryumlu hastanın bulunduğu ortam sakin, stabil ve iyi ışıklandırılmış olmalıdır. Uyaran fazlalığı ya da yoksunluğu da deliryum belirtilerini artırabilir.

Takvim, saat gibi bellek ipuçları veya yönelim düzeltme teknikleri yararlı olabilir. Deliryumlu hastalar asla yalnız veya refakatcısız bırakılmamalıdır. Hasta ve ailelerini hastalığın etiyoloji ve seyri hakkında ve gelecek risk etmenleri konusunda bilgilendirmek gerekir. Deliryumun geçici olduğu ve tıbbi durumun bir sonucu olduğu konusunda hastalar ve aileleri aydınlatılmalıdır. Aile üyeleri ve yakın arkadaşları hastayı her biri ayrı zamanlarda olmak üzere ziyaret konusunda desteklemelidir.

Bazı tanıdık eşyaları taşımaları hastanın kendini güvende hissetmesine yardımcı olacağı için teşvik edilmelidir. Hastayla iletişimi en üst düzeye çıkarmak

için düşük, yumuşak bir ses tonu kullanılması, bütün eylemleri ve yönergeleri açık, basit ifadelerle açıklamak, hastayı her gördüğünde kendini tanıtmak gerekir. Nazik tavırlar, yumuşak dokunuşlar, hoş davranışlar anksiyeteyi azaltmaya yardımcı olabilir. Fiziksel kısıtlamalardan, hastaların bağlanarak tespit edilmesinden kaçınılmalıdır. Ancak, kesinlikle yapmak gerekiyorsa dikkatli uygulanması gerekir. Aile bireylerinden birinin tercihen birlikte yaşadığı kişinin hastanın yanında bulunması yararlı olabilir. Aile üyeleri ve personel her fırsatta gelişmeler hakkında hastaya açıklamalar yapmalıdırlar. Duyusal defektler düzeltilmeli, gerekirse gözlük ve işitme cihazı takviyesi yapılmalıdır (Kaya, 2013).

Psikolojik kaygıların erken tanıyı, aile üyelerinin varlığı, hareketin kolaylaştırılması, gürültünün azaltılması ve kesintisiz uyku süreleri YBÜ hastalarının psikolojik durumunu iyileştirebilir (Whitehorne, 2015).

Kılavuzlar erişkin YBÜ hastalarının erken dönemde, deliryum (kanıt + 1B) insidansını ve süresini azaltmak için erken mobilizasyonunu önermektedir (Barr ve ark., 2013).

Deliryumun tanımlanması ve tipleri ile ilgili farkındalığın arttırılması, erken tanılama oranlarını etkileyebilmekte, deliryum ve sonraki morbidite insidansı büyük ölçüde önlenebilmektedir (Donnel ve Timmins, 2012; Moyce ve ark., 2014; Karamanoğlu, Gök, Demir Korkmaz, 2015).

Deliryum sadece hastalar için değil, aileleri ve hemşireleri için de psikolojik olarak travmatik bir deneyim olarak tanımlanmaktadır. (Sona, 2019) Niteliksel araştırmalar, ailelerin bu durumu sıklıkla tolere edemediklerini göstermektedir. Mevcut durumu stresli, korkunç, hızlı ve beklenmedik değişikliklerle ya da sevdiklerinin farkına varamama gibi sinir bozucu ve korkutucu sıkıntılı bir süreç olarak tanımlamaktadırlar. Hemşirelerle yapılan nitelsel çalışmalarda deliryumun öngörülemezliği sonucu artmış iş yükü, hastanın güvenlik bakımı, hasta ve yakınları ile etkin iletişim kurabilme zorluğu, hastaların deneyimini anlamada zorluk gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Farmakolojik tedavinin yanı sıra non-farmakolojik müdahalelerin kullanılması da deliryumun önlenmesi için etkili bir yöntemdir. Bu müdahaleler, çoğu çalışmalarda yarar sağlayan düşük riskli, düşük maliyetli bir strateji olarak kabul edilebilir.

2. MATERYAL ve METOD

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ

Bu araştırma yetişkin cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin deliryuma yönelik bilgi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel türde planlandı ve gerçekleştirildi.

2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIGI YER VE ZAMANI

Araştırma Adana'da bir üniversitesi hastanesindeki beyin cerrahi, kalp damar cerrahi, anesteziyoloji ve re-animasyon, göğüs cerrahi ve genel cerrahi yoğun bakım kliniklerinde Ekim – Aralık 2018 tarihleri arasında yapıldı.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Yetişkin yoğun bakımda ünitesinde çalışan 69 hemşire evreni, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve ulaşılabilen 63 hemşire ise örneklemi oluşturdu. Örneklem grubumuzu; beyin cerrahi yoğun bakım ünitesi 16, kalp damar cerrahi yoğun bakım ünitesi 11, anesteziyoloji ve re-animasyon ünitesi 13, göğüs cerrah yoğun bakım ünitesi 3 kişi ve genel cerrahi yoğun bakım ünitesi 20 kişinin katılımı ile 63 kişi oluşturdu. Ulaşılamayan 6 kişinin 2'si doğum izninde, 2'si ücretsiz izinde, 1'i hastalık raporunda ve 1 kişide çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Hastane özellikleri 2. ve3. basamak oldugundan örneklem hesabına gidilmedi.

2.4. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada verilerin toplanmasına yönelik araştırmacı tarafından oluşturulan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren anket formu "Ek, C1" ile hemşirelerin deliryuma yönelik bilgi düzeyinin değerlendirildiği form "Ek, C2", deliryuma yönelik tutum değerlendirme formu "Ek, C3" ve deliryuma yönelik bakım ve uygulamalarının değerlendirildiği formlar "Ek, C4" kullanıldı. Araştırmada kullanılan formların güvenirlilik değerleri Tablo 3'de incelenmiştir.

Araştırma kapsamında kullanılan deliryum bilgi soru formu, deliryuma yönelik tutum değerlendirme formu ve uygulamaları soru formlarına ilişkin ölçeklerin güvenirlilik değerleri Tablo 2.1'de incelendi.

Tablo 2.1. Ölçeklerin güvenirlilik değerleri

Ölçülen Değişkenler	**Güvenirlilik Değerleri (Cronbach Alpha)**
Deliryuma yönelik bilgilerin değerlendirildiği form	0,842
Deliryuma yönelik tutum değerlendirme formu	0,793
Bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçek	0,757

Tablo 2.2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin faktör analizine uygunluğuna ilişkin veriler

Deliryum Bilgi Skoru	Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) Örneklem Ölçüm Değer Yeterliliği		,749
	Barlett Testi	Ki-kare	371,242
		Sd	171
		Sig.	,000
Deliryum Tutum Skoru	Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) Örneklem Ölçüm Değer Yeterliliği		,767
	Barlett Testi	Ki-kare	192,301
		Sd	45
		Sig.	,000
Uygulama Skoru	Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) Örneklem Ölçüm Değer Yeterliliği		,747
	Barlett Testi	Ki-kare	213,218
		Sd	36
		Sig.	,000

2.4.1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren form

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren form araştırmacı tarafından hazırlanan katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, yoğun bakımda çalışma yılı, yoğun bakım ünitesindeki görevi, üniversite/ çalışma hayatı boyunca deliryuma yönelik eğitim alma durumu, deliryumla ilgili tanılama yapıp yapmadığı, yapıyorsa hangi ölçeği kullandığını içeren 8 sorudan oluşmaktadır (EK C 1).

2.4.2. Deliryuma yönelik bilgi düzeyinin değerlendirildiği form

Sarı (2015) tarafından geliştirilen cronbach's alfa katsayı değerinin 0,783 belirlenen form çalışmada kullanıldı. Deliryuma yönelik bilgi düzeyinin değerlendirilmesinde 19 adet sorudan oluşan ölçek formu kullanıldı. Kullanılan ölçek formunda katılımcıların sorulara verdikleri doğru yanıtlar '1' puan, yanlış yanıtlar ise '0' puan şeklinde hesaplanmaktadır. Buna göre katılımcıların en düşük '0' puan, en yüksek ise '19' puan alabileceği belirtilmektedir. Kişilerin deliryuma yönelik bilgi düzeylerinin değerlendirilmesinde; 0-4 puan aralığı kötü, 5 - 9 puan aralığı orta, 10-

14 puan aralığı iyi, 15-19 puan aralığı ise çok iyi şeklinde yorumlanmaktadır (Ek C 2). Bu araştırmada Cronbach alfa katsayısı 0,842 olarak bulundu.

2.4.3. Deliryuma yönelik tutum değerlendirme ölçeği

Sarı (2015) tarafından geliştirilen cronbach's alfa katsayı değerinin 0,761 belirlenen form çalışmada kullanıldı. Deliryuma yönelik tutum değerlendirme ölçeğinin incelenmesinde 10 adet sorudan oluşan ölçek formu kullanıldı. Kullanılan ölçek formunda katılımcıların sorulara verdikleri yanıtlar; 'kesinlikle katılmıyorum' 1 puan, 'katılmıyorum' 2 puan, 'kararsızım' 3 puan, 'katılıyorum' 4 puan, 'kesinlikle katılıyorum' 5 puan şeklinde hesaplanmaktadır. Katılımcılardan alınan yanıtlara göre en düşük puan '10', en yüksek puan ise '50' olarak hesaplanmaktadır (Ek C 3). Puan arttıkça tutumun güçlendiği belirtilmektedir. Bu araştırmada Cronbach alfa katsayısı 0,793 olarak bulundu.

2.4.4. Bakım uygulamalarının değerlendirildiği form

Sarı (2015) çalışmasında deliryuma yönelik bilgi düzeyinin cronbach's alfa katsayı değerini 0,760 bulmuştur Bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçek formunda toplam 9 adet soruya yer verildi. Bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçek formuna katılımcıların verdikleri yanıtlar 'her zaman' 3 puan, 'bazen' 2 puan', 'hiçbir zaman' ise 1 puan şeklinde hesaplanmaktadır. (Ek C 4). Bu araştırmada Cronbach alfa katsayısı 0,757 olarak bulundu.

2.5. ARAŞTIRMA SÜRECİ

Çalışmanın verileri Ekim-Aralık 2018 tarihleri arasındaki üç aylık dönemde toplandı. Araştırmacı tarafından çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere çalışmanın amacını, bilgilerin yalnızca bu çalışma için kullanılacağı, cevapların gizli tutulacağı güvencesi verilerek, araştırmaya katılımın tamamen gönüllük esasına dayandığı ve anketi cevaplamaları halinde çalışmaya onay verdiği şekilde yorumlanacağı belirtilen ön bilgiyle başlandı. Ayrıca katılımcılara çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan çıkma hakkına sahip olduğu da ifade edilmiştir. Anket formları katılımcılara çalışma saatlerinde elden teslim edilerek, verilerin çoğu bireysel olarak toplandı. Her bir anketin yanıtlanması 10 dakika sürdü. Anket formunu çalışma saatlerinin uygun zamanlarında veya iş yoğunluğu nedeniyle

çalışma saatlerinde dolduramayanlara ise, çalışma saatleri dışında doldurulmak üzere katılımcılara form teslim edilerek sonrasında tekrar toplandı.

2.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Çalışmada kullanılan deliryuma yönelik bilgi düzeyinin değerlendirildiği soru formu, deliryuma yönelik tutum değerlendirme formu ve deliryum yönetimine yönelik bakım uygulamaları soru formları çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturdu.

Çalışmada yer alan katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yılı, çalışma statüsü (meslek grupları), deliryum ile ilgili bilgi alma ve yaş değişkenleri bağımsız değişkenlerini oluşturdu.

2.7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmanın yalnızca bir üniversite hastanesinin yetişkin cerrahi yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerde yapılması çalışmanın kısıtlılığını oluşturdu.

2.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya başlamadan önce Çukurova üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan gerekli Etik Kurul izni alındı. (Ek E) Etik kurul izin sonrası araştırmanın yapılacağı Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Başhekimliği bilgilendirilerek gerekli izin alındı (Ek A). Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden bilgilendirilmiş izin alındı (Ek B).

Ayrıca çalışmada kullanılan anket soruları uzman görüşü alarak geçerlilik çalışmalarını yapan Neslihan SARI'dan e-posta aracılığıyla kullanım izni alındı. (Ek F)

2.9. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Araştırmanın genel amacı çerçevesinde cevapları aranan alt amaçlara yönelik toplanacak veriler, önce veri kodlama formlarına işlenmiştir. Daha sonra bilgisayara aktarılan veriler üzerinde gerekli istatistiksel çözümlemeler için verilerin istatistiksel analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum -maksimum) olarak özetlendi. Gruplar arası ortalamaların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi, değişken sayısına göre normal dağılım

gösteren parametreler için ise Student t-testi kullanılmıştır. Çalışma kapsamında kullanılan ölçekler arasındaki ilişkilerin belirlenebilmesi için Pearson Korelasyon analizi yöntemine başvurulmuştur. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

3. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen veriler; hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, hemşirelerin deliryuma ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarını içeren ölçeklerden elde edilen bulgular toplam dört başlık altında sunuldu.

3.1. HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular özetlendi. Anket çalışmasına 63 hemşire dahil edildi.

Tablo 3.1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (N: 63)

Tanıtıcı özellikler		**n (Sayı)**	**% (Yüzde)**
Cinsiyeti	Kadın	53	84,1
	Erkek	10	15,9
Yaşı (Ort±ss) (min-maks)		31,6±6,7 (20- 47)	
Yaş grupları	31 yaş ve altı	32	50,8
	31 yaş üstü	31	49,2
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	16	25,4
	Önlisans programı	3	4,8
	Lisans	41	65,1
	Yüksek lisans ve üzeri	3	4,8
Kaç yıldır bu bölümde çalışmaktasınız		7,3±5,8 (0,1- 29)	
Klinikte çalışma yılı	7 yıl ve altı	41	65,1
	7 yıl üzeri	22	34,9
Yoğun bakım ünitesindeki görevi	Sorumlu hemşiresi	3	4,8
	Yoğun bakım hemşiresi	60	95,2
Çalışılan yoğun bakım	Beyin cerrahi yoğun bakım	15	23,80
	Kalp damar cerrahi yoğun bakım	11	17,46
	Anesteziyoloji ve re-animasyon	13	20,63
	Göğüs cerrahi yoğun bakım	3	4,76
	Genel cerrahi yoğun bakım	21	33,3
Okul döneminde veya çalışma hayatınız boyunca deliryum ile ilgili bilgi alma durumu	Evet	40	63,5
	Hayır	23	36,5
Deliryuma ilişkin tanımlama yapma durumu	Evet	32	50,8
	Hayır	31	49,2

Tablo 3.1 incelendiğinde; hemşirelerin %84,1 (n=53)'inin kadın ve yaş ortalamasının 31,6±6,7 olduğu, %65,1 (n=41)'inin lisans mezunu oldukları ve 7,3±5,8 yıldır yoğun bakım ünitesinde çalıştığı, %65,1 (n=41)'ininde 7 yıl ve altında çalışma yılına sahip olduğu, %63,5 (n=40)'inin üniversite/çalışma hayatı boyunca deliryum ile ilgili bilgi aldıkları belirlendi. Yoğun bakım ünitesinde deliryuma ilişkin tanımlama yapılma durumlarına bakıldığında %50,8 (n=32)'inin 'evet' yanıtını verdikleri gözlenirken, %49,2 (n=31)'sinin ise hayır yanıtını verdikleri tespit edildi.

Tablo 3.2'de katılımcıların tanılama formlarını kullanma durumlarına ilişkin bulguları özetlenmiştir.

Tablo 3.2. Hemşirelerin tanılama formlarını kullanma durumlarının dağılımı (N: 63)

Formlar	**N (Sayı)**	**% (Yüzde)**
YBÜ-KDÖ (Yoğun bakım ünitesi Konfüzyon değerlendirme ölçeği)	9	14,3
Deliryum ölçme skalası	1	1,6
Deliryum izlem listesi	1	1,6
Mini-mental durum muayenesi	1	1,6
Diğer (Belirtiniz)…….	3	4.8
Genel klinik değerlendirme	16	25,3
Kullanıyor	32	50.8

Tablo 3.2'de Hemşirelerin deliryuma ilişkin tanılama formlarının kullanma durumlarına bakıldığında; %50,8 (n=32)'inin kullandıkları, YKÜ-KDÖ (Yoğun bakım ünitesi konfüzyon değerlendirme ölçeği (% 14,3; n=9) en fazla kullanılan ölçek olarak saptanmıştır.

3.2. HEMŞİRELERİN DELİRYUMLA İLĞİLİ VERDİKLERİ YANITLARUN DAĞILIMI

Bu bölümde çalışmada kullanılan deliryuma yönelik bilgi düzeyinin değerlendirildiği form, deliryuma yönelik tutum değerlendirme formu ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği forma ilişkin bulgular özetlenmiştir.

3.2.1. Deliryuma yönelik bilgi düzeyinin değerlendirildiği soru formuna ilişkin bulgular

Bu bölümde çalışmada katılımcılardan 'Doğru', 'Yanlış' ve 'Bilmiyorum' seçenekleri ile cevaplandırılmaları istenilen on dokuz sorudan oluşan deliryum bilgi soru formuna ilişkin bulgular özetlendi.

Tablo 3.3. Hemşirelerin deliryuma yönelik bilgi düzeylerinin değerlendirildiği forma ilişkin verdikleri yanıtların dağılımı (N=63)

Değişkenler	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
1. Deliryum "ani başlayan, genel olarak bilişsel işlevlerin bozulması, bilinç durumunda değişiklik, dikkat bozukluğu, artmış ya da azalmış psikomotor aktivite ve uyku uyanıklık döngüsünün düzensizliği ile karakterize geçici bir durum" olarak tanımlanmaktadır.(D)	60	95,2	1	1,6	2	3,2
2. Erken taburculuk deliryumun ileri dönem sonuçlarındandır.(Y)	7	11,1	29	46,0	27	42,9
3. Uyuklama hiperaktif deliryumda olan hastaların özelliklerindendir.(Y)	18	28,6	21	33,3	24	38,1
4. Asetilkolin eksikliği deliryum için bir risk faktörüdür.(D)	29	46,0	1	1,6	33	52,4
5. Deliryum ile demans arasındaki fark hafıza kaybı olarak tanımlanır. (D)	34	54,0	11	17,5	18	28,6
6. Deliryum tanılamasında yoğun bakım konfüzyon değerlendirme ölçeği kullanılır.(D)	25	39,7	4	6,3	34	54,0
7. Deliryum için tanı koymada bilinç bulanıklığı/dalgalanması en önemli semptomdur. (D)	43	68,3	5	7,9	15	23,8
8. Aşırı uyarılardan kaçınma, yeterli hidrasyon sağlama, yeterince analjezik aldığından emin olma ve deliryum açısından sürekli izlem sağlanması deliryum gelişimini önlemeye yardımcı olur.(D)	47	74,6	2	3,2	14	22,2
9. Hiperglisemi deliryum için altta yatan faktörlerden biri değildir.(D)	15	23,8	23	36,5	25	39,7
10. Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda deliryum görülme riski daha yüksektir. (D)	32	50,8	14	22,2	17	27,0
11. Birden fazla ilaç kullanımı deliryum için risk faktörüdür (D)	45	71,4	5	7,9	13	20,6
12. Deliryum mortaliteyi önemli şekilde arttıran bir hastalıktır (D)	30	47,6	13	20,6	20	31,7
13. Kardiyak ve kalça cerrahisi deliryum için en yüksek risk faktörüdür.(D)	30	47,6	11	17,5	22	34,9
14. Hipoaktif deliryum çoğunlukla depresyon ile karıştırılmaktadır. (D)	32	50,8	3	4,8	28	44,4
15. İnvaziv girişimler deliryum için risk faktörüdür.(D)	38	60,3	9	14,3	16	25,4
16. Karma deliryumda hasta gün içinde farklı davranışlar gösterir. (D)	43	68,3	3	4,8	17	27,0
17. Non-farmakolojik yöntemlerle deliryum gelişimini önlenemez. (Y)	13	20,6	20	31,7	30	47,6
18. Deliryum morbidite ve mortaliteyi arttıran en önemli yoğun bakım komplikasyonlardan biridir.(D)	38	60,3	6	9,5	19	30,2
19. Yoğun bakımlarda ki uyaran fazlalığı hastalarda deliryum gelişmesini etkilemez. (Y)	6	9,5	43	68,3	14	22,2

* Her bir maddenin sonuna doğru (D) ya da yanlış olduğu (Y) parantez içinde verilmiştir.

Tablo 3.3'deki veriler incelendiğinde; deliryumun tanımı (%95,2), deliryumun önlemeye yönelik girişimler (%74,6) en fazla doğru verilen cevaplar oldu. Ayrıca deliryum, demans ve depresyon arasındaki klinik farklılıkları sorgulayan ve non-

farmakolojik yöntemlerin deliryumun gelişimindeki etkinliğini içeren sorulara; yanlış ya da bilmiyorum cevapların verildiği gözlenmektedir.

3.2.2. Deliryuma yönelik tutum değerlendirme soru formuna ilişkin bulgular

Bu bölümde çalışmada kullanılan deliryuma yönelik tutum değerlendirme soru formuna ilişkin bulgular özetlenmiştir.

Tablo 3.4. Hemşirelerin deliryuma yönelik tutumlarının değerlendirildiği forma ilişkin bulguların dağılımı (N: 63)

Değişkenler	**Kesinlikle Katılmıyorum**		**Katılmıyorum**		**Kararsızım**		**Katılıyorum**		**Kesinlikle Katılıyorum**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
1. Hastanın anlayabilmesi için tane tane ve normal ses tonu ile konuşulması gerektiğini düşünüyorum.	3	4,8	1	1,6	2	3,2	31	49,2	26	41,3
2. Hasta ajiteleştiğinde (kendine ve çevresine zarar verdiğinde) onu bağlamaya çalışırım.	2	3,2	9	14,3	18	28,6	29	46,0	5	7,9
3. Hastaya karşı anlayışlı davranılması kanısındayım.	1	1,6	2	3,2	3	4,8	31	49,2	26	41,3
4. Bu tip hastalara bakmaktan çoğu zaman sıkılırım.	2	3,2	22	34,9	21	33,3	15	23,8	3	4,8
5. Bu hastalara non-farmakolojik tüm yöntemlerin denenmesini gerekmektedir.	4	6,3	4	6,3	20	31,7	26	41,3	9	14,3
6. Hastanın ajitasyonunun sebebini anlamaya çalışırım.	2	3,2	4	6,3	4	6,3	37	58,7	16	25,4
7. Deliryumlu hastaların beni gereksiz bir şekilde yorduğu kanısındayım.	1	1,6	25	39,7	13	20,6	18	28,6	6	9,5
8. Nöbetim boyunca deliryumlu hastalardan uzak durmaya çalışırım.	8	12,7	35	55,6	10	15,9	5	7,9	5	7,9
9. Hastayı sakinleştirmek için ziyaretçileri ile konuşmasını sağlarım.	3	4,8	2	3,2	5	7,9	31	49,2	22	34,9
10. Hastanın bana zarar verme eğilimi göstermesinde, tepki olarak istemsiz bir şekilde kendimi hastaya karşı zarar verme eğilimi içerisinde buluyorum.	36	57,1	17	27,0	7	11,1	2	3,2	1	1,6

Tablo 3.4'de Deliryuma yönelik tutumlarının değerlendirildiği forma ilişkin bulguların dağılımına bakıldığında; hemşirelerin "Bu tip hastalara bakmaktan çoğu zaman sıkılırım (Kararsızım: %33,3)", "Hastalara non-farmakolojik tüm yöntemlerin denenmesini gerekmektedir (Kararsızım: %31,7)", "Deliryumlu hastaların beni

gereksiz bir şekilde yorduğu kanısındayım (Katılıyorum: %28,6; Kararsızım: % 20,6)" içeren maddelere katılımcıların en az üçte bir oranında kararsızım cevabını verdikleri belirlendi.

Yine "Hastanın anlayabilmesi için tane tane ve normal ses tonu ile konuşulması gerektiğini düşünüyorum (Katılıyorum: % 49,2; Kesinlikle Katılıyorum: % 41,3)", "Hastaya karşı anlayışlı davranılması kanısındayım (Katılıyorum: % 49,2; Kesinlikle Katılıyorum: % 41,3)", "Hastanın ajitasyonunun sebebini anlamaya çalışırım (Katılıyorum: % 58,7; Kesinlikle Katılıyorum:% 25,4), "Hastayı sakinleştirmek için ziyaretçileri ile konuşmasını sağlarım (Katılıyorum:% 49,2; Kesinlikle Katılıyorum: % 34,9) ifadelerine yüzde doksan oranında olumlu tutum gösterdikleri bulundu.

3.2.3. Hemşirelerin deliryumu önlemeye ya da azaltmaya yönelik yaptıkları bakım uygulamalarının değerlendirilmesi

Bu bölümde bakım uygulamaları soru formuna ilişkin bulgular özetlenmiştir.

Tablo 3.5. Hemşirelerin deliryuma önlemeye ya da azaltmaya yönelik yaptıkları bakım uygulamalarının değerlendirilmesi (N: 63)

Değişkenler	Her Zaman		Bazen		Hiçbir Zaman	
	n	%	n	%	n	%
1. Işıklandırmaları gece gündüz ayrımını belirleyecek şekilde ayarlarım.	47	74,6	14	22,2	2	3,2
2. Gürültünün azaltılmasını sağlarım.	48	76,2	14	22,2	1	1,6
3. Hastanın oryantasyonunu sağlamak için iletişime geçerim.	57	90,5	5	7,9	1	1,6
4. Saat ve takvimin hastanın görebileceği yerde olmasını sağlarım.	21	33,3	33	52,4	9	14,3
5. Hastanın ziyaretçilerini hasta ile konuşması yönünde desteklerim.	49	77,8	13	20,6	1	1,6
6. Enfeksiyon kontrol önlemlerine uyarım.	58	92,1	4	6,3	1	1,6
7. Ağrının kontrol altına alınmasını sağlarım.	57	90,5	6	9,5	-	-
8. Hastanın gözlük ve işitme cihazı kullanımını desteklerim.	41	65,1	19	30,2	3	4,8
9. Hastanın kendi kendine zarar vermesini önlerim.	60	95,2	2	3,2	1	1,6

Tablo 3.5'de Hemşirelerin deliryumu önlemeye ya da azaltmaya yönelik yaptıkları bakım uygulamaları incelendiğinde; hemşirelerin %95,2'sinin "hastanın kendi kendine zarar vermesini önlerim", %92,1'inin "Enfeksiyon kontrol önlemlerine uyarım"ve %90,5'inin "Ağrının kontrol altına alınmasını sağlarım" ifadelerine 'her zaman' şeklinde yanıtladıkları saptandı.

Hastanın gözlük ve işitme cihazı kullanımını desteklerim (%30.2), Işıklandırmaları gece gündüz ayrımını belirleyecek şekilde ayarlarım (%22.2), ve Gürültünün azaltılmasını sağlarım (%22.2) seçeneklerini bazen şeklinde yanıtladıkları belirlendi.

3.3. HEMŞİRELERİN DELİRYUMA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYİ, TUTUMU VE BAKIM UYGULAMALARI ÖLÇEKTEN ALDIKLARI PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI

Bu bölümde deliryuma yönelik bilgi düzeyi, tutumu ve bakım uygulamalarını ölçekten aldıkları puan ortalamalarının dağılımı deliryum ile ilgili bilgi, tutum ve uygulama ölçeklerinden alınan puan ortalamaları incelendi.

Tablo 3.6. Hemşirelerin deliryuma yönelik bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarına göre ölçekten aldıkları puan ortalamalarının dağılımı (N= 63)

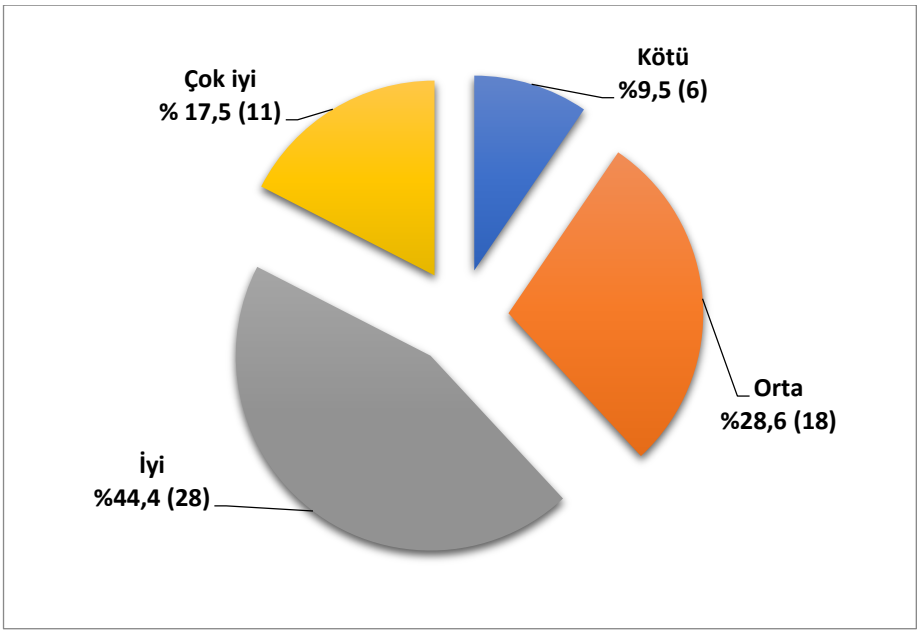
Ölçümler	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Bilgi skoru	10,3	4,0	1	17
Tutum skoru	33,4	4,5	21	50
Uygulama skoru	24,6	2,4	15	27

Tablo 3.6 incelendiğinde katılımcıların deliryum bilgi puanının ortalamasının 10,3±4,0 düzeyinde olduğu belirlendi ve minimum 1, maksimum 19 puandır. Tutum puan ortalaması açısından katılımcıların aritmetik ortalama skorlarının 33,4±4,5 oldukları, minimum 21, maksimum 45 puandır. Bakım uygulamalarından aldıkları puan ortalamalarının ise 24,6±2,4 düzeyinde olduğu, minimum 15, maksimum 27 puan olduğu gözlendi.

Tablo 3.7. Hemşirelerin deliryuma yönelik bilgi düzeylerinin dağılımı (N: 63)

Ölçümler	n (Sayı)	% (Yüzde)
Kötü	6	9,5
Orta	18	28,6
İyi	28	44,4
Çok iyi	11	17,5

Tablo 3.7'de Hemşirelerin deliryum bilği düzeyleri incelendiğinde, %9,5'inin deliryum bilgi düzeyinin kötü olduğu, %28,6'sının deliryum bilgi düzeyinin orta düzeyde oldukları, % 44,4'ünün deliryum bilgi düzeylerinin iyi olduğu ve % 17,5'inin ise deliryum bilgi düzeylerinin çok iyi düzeyde olduğu saptandı.



Şekil 3.1. Hemşirelerin deliryuma yönelik bilği düzeylerinin sınıflandırılması

3.4. HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE BİLGİ DÜZEYİ, TUTUM VE BAKIM UYGULAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde örneklem grubunda yer alan hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yılları, çalışma statüsü, yaş ve deliryum ile ilgili bilgi alma değişkenlerinin, deliryum bilgi, tutum ve uygulama ölçeklerinin karşılaştırmalarına ilişkin bulgulara yer verildi.

3.4.1. Hemşirelerin cinsiyet değişkeni ile ilgili bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması (N=63)

Bu bölümde çalışmaya katılanların cinsiyet değişkeni ile ilgili bilgi, tutum ve uygulama ölçeklerinin karşılaştırmalarına ilişkin bulgular özetlenmiştir.

Tablo 3.8. Hemşirelerin cinsiyet değişkeni ile ilgili bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması (N: 63)

Ölçümler	Kadın (n: 53)	Erkek (n: 10)	t	p*
	Ort±ss	Ort±ss		
Bilgi puan ortalaması	10,2±4,0	10,2±3,8	0,046	0,963
Uygulama puan ortalaması	24,9±2,0	23,0±3,7	2,433	0,018
Tutum puan ortalaması	33,4±4,2	33,4±6,1	-0,002	0,998

* $p < 0,05$

Tablo 3.8'de Hemşirelerin kadın ya da erkek cinsiyete sahip olmanın deliryuma yönelik bilgi düzeyi puan ortalaması ve tutumları üzerinde istatistiksel olarak etkili bir faktör olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Ancak bakım uygulamaları üzerinde ise kadın cinsiyete sahip olanların (X=24,9+2,0 puan ortalamalarını daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak etkili bir faktör olduğu belirlenmiştir (p = 0,018, p<0,05).

3.4.2. Hemşirelerin eğitim durumu ile ilgili bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması (N= 63)

Bu bölümde çalışmaya katılanların eğitim durumu değişkeni ile ilgili bilgi, tutum ve uygulama ölçeklerinin karşılaştırmalarına ilişkin bulgular özetlenmiştir.

Tablo 3.9. Hemşirelerin eğitim durumu ile ilgili bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması (N: 63)

Değişkenler	Sağlık meslek lisesi (n: 16)	Önlisans (n: 3)	Lisans (n: 41)	Yüksek lisans ve üstü (n: 3)	p*
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	
Bilgi Puan Ortalaması	9,8±3,6	9,3±6,5	10,3±4,0	11,6±5,1	0,861
Uygulama Puan Ortalaması	24,1±2,9	25,0±3,4	24,7±2,2	25,3±0,5	0,770
Tutum puan ortalaması	32,9±5,3	34,3±4,0	33,8±4,1	29,3±4,7	0,390

* p <0,05

Tablo 3.9'da Hemşirelerin ğitim durumu ile deliryuma yönelik bilgi düzeyi, tutumları ve bakım uygulamaları üzerinde istatistiksel olarak etkili bir faktör olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

3.4.3. Hemşirelerin çalışma yılına göre bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarına ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=63)

Bu bölümde çalışmaya katılanların çalışma yılı değişkeni ile ilgili bilgi, tutum ve uygulama ölçeklerinin karşılaştırmalarına ilişkin bulgular özetlendi (Tablo 3.10).

Tablo 3.10. Hemşirelerin çalışma yılı ile ilgili bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulmalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması (N: 63)

Değişkenler	0 – 4 yıl arası (n: 17)	5 – 8 yıl arası (n: 30)	9 yıl ve üzeri (n: 15)	p*
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	
Bilgi Puan Ortalaması	9,5±2,3	9,8±3,7	12,1±5,3	0,030
Uygulama Puan Ortalaması	24,0±2,7	24,7±2,4	25,0±2,1	0,482
Tutum Puan Ortalaması	33,4±4,7	33,1±4,4	33,4±4,6	0,950

* p < 0,05

Tablo 3.10'ya bakıldığında deliryuma yönelik bakım uygulamaları ve tutumları üzerinde katılımcıların çalışma yılının, istatistiksel olarak etkili bir faktör olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Ancak çalışma yılı arttıkça bilgi düzeyininde parelel olarak arttığı ve istatistiksel olarak etkili bir faktör olduğu belirlendi (p<0,03).

3.4.4. Hemşirelerin çalışma statüsü değişkeni ile ilişkin bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılanların çalışma statüsü değişkeni ile ilgili bilgi, tutum ve uygulama ölçeklerinin karşılaştırmalarına ilişkin bulgular özetlendi.

Tablo 3.11. Hemşirelerin Çalışma Statüsüne göre Bilgi, Tutum ve Uygulama Ölçeklerinin Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Ölçümler	Sorumlu Hemşire (n: 3)	Yoğun Bakım Hemşiresi (n: 60)	t	p*
	Ort±ss	Ort±ss		
Bilgi skoru	15,0±2,6	10,1±4,0	2,056	0,044
Uygulama skoru	24,0±5,1	24,6±2,3	-0.472	0,638
Tutum skoru	32,6±6,1	33,4±4,5	-0,285	0,777

* p < 0,05

Tablo 3.11'e bakıldığında katılımcıların çalışma statülerine göre; uygulama skorları (p=0,638) ve deliryuma yönelik tutum değerlendirme skorları (p=0,777) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Deliryum bilgi skorları sonuçlarına bakıldığında sorumlu hemşire olarak görev yapanların (15,0±2,6), yoğun bakım hemşiresi olarak (10,1±4,0) görev yapan katılımcılara göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptandı (p<0,05).

3.4.5. Hemşirelerin deliryuma yönelik eğitim alma durumları ile ilgili bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması (N=63)

Bu bölümde çalışmaya katılanların deliryum ile ilgili bilgi alma değişkeni ile ilgili bilgi, tutum ve uygulama ölçeklerinin karşılaştırmalarına ilişkin bulgular özetlendi.

Tablo 3.12. Hemşirelerin Deliryuma Yönelik Eğitim Alma Durumları İle İlgili Bilgi Düzeyi, Tutum ve Bakım Uygulamalarının Değerlendirildiği Ölçeklerden Aldıkları Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (N: 63)

Ölçümler	Evet (n: 40)	Hayır (n: 23)	t	p*
	Ort±ss	Ort±ss		
Bilgi Puan Ortalaması	11,0±3,4	8,9±4,6	2,001	0,049
Uygulama Puan Ortalaması	24,5±2,8	24,7±2,0	1,407	0,164
Tutum Puan Ortalaması	33,5±4,1	33,0±5,2	0,410	0,683

* p < 0,05

Tablo 3.12'e bakıldığında, deliryuma yönelik bakım uygulamaları ve tutumları üzerinde eğitim almanın, istatistiksel olarak etkili bir faktör olmadığı saptandı (p>0,05). Eğitim almanın bilgi düzeyinin artırdığı ve farklılığın anlamlı olduğu belirlendi (p<0,049). Ancak uygulama ve tutumda anlamlı farklılık bulunmadı.

3.4.6. Hemşirelerin yaşa göre bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması (N=63)

Bu bölümde hemşirelerin yaş durumu değişkeni ile ilgili bilgi, tutum ve uygulama ölçeklerinin karşılaştırmalarına ilişkin bulgular özetlendi.

Tablo 3.13. Hemşirelerin yaş durumu ile bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulmalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılması (N: 63)

Değişkenler	20 – 25 yaş arası (n: 16)	26 – 31 yaş arası (n: 16)	32 – 37 yaş arası (n: 17)	38 yaş ve üzeri (n: 14)	p*
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	
Bilgi Puan Ortalaması	8,5±2,9	11,1±2,6	12,2±3,7	13,5±5,2	0,035
Uygulama Puan Ortalaması	23,9±3,0	24,9±1,5	25,0±1,8	26,6±3,1	0,016
Tutum Puan Ortalaması	32,6±3,8	33,7±5,3	34,5±3,1	32,5±5,6	0,528

* p <0,05

Tablo 3.13 incelendiğinde hemşirelerin yaş değişkenlerine göre, deliryuma yönelik tutum değerlendirme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Deliryum bilgi puan ortalaması ve uygulama puan ortalamaların elde edilen sonuçlar incelendiğinde; katılımcıların yaş düzeyleri arttıkça deliryum bilgi skoru düzeyleri (p=0,035) ile uygulama skorlarının (p = 0,016) artış gösterdiği saptandı.

3.5. BİLGİ DÜZEYİ, TUTUM VE BAKIM UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLDİĞİ FORMLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu bölümde deliryum bilgi soru formu, deliryuma yönelik tutum değerlendirme ve deliryuma yönelik bakım uygulamalarını değerlendiren ölçeklerin karşılaştırmalarısına ilişkin bulgular özetlendi.

Tablo 3.14. Bilgi Düzeyi, Tutum ve Bakım Uygulamalarının Değerlendirildiği Formlar Arasındaki İlişki (N: 63)

Ölçümler	Bilgi skoru	Tutum skoru	Uygulama skoru
Bilgi Puan Ortalaması	1,000	-0,116	0,277*
p	-	0,367	0,028
Tutum Puan ortalaması	-0,116	1,000	0,261*
p	0,367	-	0,039
Uygulama Puan Ortalaması	0,277*	0,261*	1,000
p	0,028	0,039	-

* p <0,05

Tablo 3.14'e bakıldığında deliryuma yönelik bilgi düzeyi ile deliryuma yönelik bakım uygulamaları (r = 0,277) ve tutum arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi.

4. TARTIŞMA ve SONUÇ

Deliryum, yetişkin yoğun bakım ünitelerinde özellikle majör cerrahi girişim geçiren hastalarda iyi bilinen, sık rastlanan ve ciddi bir sorundur (Wells, L. G. (2012). Ancak yoğun bakım ünitesinde çok sık görülmesine karşın tanı konulmasında gecikmeler yaşanır. Deliryuma bağlı hastaların hastanede kalış süresinin uzadığı, tedavi maliyetlerini arttırdığı kısa ve uzun vadede mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Kaya ve ark., 2013).

Yoğun bakım ünitesinde deliryum tanısı konulan hastalar taburcu edildikten iki hafta sonra deneyimlerinin belirlenmesi amacı ile telefon görüşmesi ile verilerin toplandığı çalışmada, hastalar "okyanusun dibinde bir kamyon sürekli hareket halindeydi", "beni garip bir odaya koymuşlardı, duvarlar örümcek agı gibi çatlamıştı, kapı ve pencereler hızla hareket ediyordu", "oda şeklinini kaybetti bir balonun içinde süzülüyordum", " kim olduğumu ve nerede olduğumu kaybettim beni dağlarda gerilla savaşına gönderdiler", "ölen akrabalarım tavandan asılı haldeydi", "tünelin sonundaki ışık parlaktı tavan benim burnumun üstündeydi" gibi hiçte hoş olmayan halüsinasyon/ sanrılar deneyimlediklerini belirtmişlerdir (Svenningsen ve ark., 2016).

Bu olumsuz sonuçlarından dolayı, hastalarda deliryumun hızlı bir şekilde tanınması, mortalite ve morbiditeyi önlemek açısından çok önemlidir (Kaya ve ark., 2013). Hastalarla en fazla zaman geçiren meslek grubu olarak hemşirelerin deliryum konusunda bilgi düzeyi, uygulama ve tutumları deliryumu tanımada ve önlemede kilit rol oynar.

Bir üniversite hastanesinin cerrahi yoğun bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin deliryuma yönelik bilgi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirilerek bakım kalitesini artırmak amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatürden elde edilen bilğiler dogrultusunda tartışıldı. Çalışma kapsamına alınan 63 hemşirenin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde, hemşirelerin çoğunluğunun (%84.1) kadın olduğu, katılımcıların yaş ortalamasının 31.6±6.7 (20-47) olduğu saptandı.

Hemşirelerin %65,1 (n=41)'inin eğitim seviyesinin lisans düzeyinde, %95,2'sinin yoğun bakım hemşiresi olarak çalıştığı, 7.3±5.8 (0.1-29 yıl) çalışma yılına sahip olduğu belirlendi (Tablo 3.1).

Bu çalışmada dahil olan hemşirelerin %63,5'i lisans eğitiminde veya çalışma hayatı boyunca deliryum ile ilgili bilgi aldıklarını belirtmişir (Tablo 3.1), Sarı'nın yaptığı çalışmada (2015)'in ise katılımcıların %66,3'nün, Çetin (2018)'in yaptığı çalışmada ise hemşirelerin %85,3'ünün deliryuma yönelik eğitim aldıklarını bildirmiştir. Bu çalışma sonuçlarının Sarı'nın çalışma sonucuna benzediği ancak Çetin'nin çalışma bulgusundan farklı olduğu görülmektedir. Özellikle yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin bu konuda daha yüksek oranda bilğili olması gerektiği dikkate alındığında sonucun düşündürücü olduğu söylenebilir.

Eğitim alan hemşirelerin bilgi puan ortalamaları beklenildiği üzere, bilgi almayanlara göre istatistiksel düzeyde anlamlı derecede yüksek olmasına karşın, uygulama ve tutumda bilgi almanın anlamlı farklılık yaratmadığı görüldü (Tablo 3.12) Tutum ve uygulama puanları incelendiğinde eğitim alma durumlarına göre anlamlı fark saptanmamıştır. Bu çalışma sonucu sağlık çalışanlarının deliryum hakkında eğitim alma durumlarının sadece bilgi puan ortalamalarında anlamlı fark oluşturduğunu saptayan Sarı'nın (2015) çalışma bulgusunu desteklemektedir. Hemşirelerin %50,8'inin "yoğun bakım ünitesinde deliryuma ilişkin tanılama yapma" sorusunda olumlu yanıt verdikleri görüldü (Tablo 3.1). Ateş (2012)'in yaptığı çalışmada ise hemşirelerin %67,8' inin deliryum tanılaması yaptığı belirtilmiştir. Hemşirelerin tümünün ya da çoğunluğunun deliryum tanılaması yapması beklenirken, sadece yarısının bu işlevi yerine getirmesi, konunun yeterince önemsenmediği, ihmal edildiği ya da yoğun iş yükü nedeniyle zaman ayıramadıklarını düşündürmektedir. Bu durum bizim çalışmamızda hemşirelerin eğitim alsalar bile büyük bir kısmının çalıştıkları ünitede deliryumu tanımlamadıklarını göstermektedir.

Hemşirelerin deliryum ile ilgili bilgi, tutum ve uygulama puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; bilgi puna ortalama 10,3±4.0, tutum skoru ortalaması 33,4±4,5, uygulama skoru ortalaması 24.6±2,4 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin deliryum ile ilgili bilgi düzeylerinin % 17.5 (11)'inde çok iyi, % 44.4 (28) iyi, % 28.6 (18)'inde orta, % 9.5 (6)'inde ise kötü olduğu belirlendi.

Bu sonuçlara göre hemşirelerin %61,9'nun deliryum konusunda iyi düzeyde bilgi sahibi olmasına rağmen; %14,3'ünün YBÜ-KDÖ (Yoğun bakım ünitesi konfüzyon değerlendirme ölçeği) kullandığı, ancak %28,6'sının genel klinik

değerlendirme ile deliryumu belirledikleri bununla birlikte %50,8' nin herhangi bir form kullanmadıkları belirlendi (Tablo 3.2). Devlin ve ark.(2008)'nın yaptığı çalışmada %36'sı klinik değerlendirme ve sadece % 11'i yoğun bakım deliryum tarama listesi kullandığını belirtmiştir.

Zeki (2013)'nin yaptığı çalışmada, bu çalışmadan farklı olarak hemşirelerin %75,5'inin deliryumu rutin izlemediği, deliryumu rutin izleyen hemşirelerin, %50'si genel durum değerlendirme ile izledikleri belirlenmiştir.

Bu çalışma sonucu; sağlık çalışanlarının çoğunun YBÜ deliryumunu ciddi bir sorun olarak kabul ettiğini, ancak sadece %16'sının onaylanmış bir deliryum tarama aracı kullandığını belirleyen Patel ve ark (2013)'nın çalışma sonucuna benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin bilgi, tutum ve uygulama puan ortalamalarını etkileyen faktörler irdelendiğinde; kadın hemşirelerin uygulama skorunun istatistiksel olarak erkek hemşirelerden daha yüksek olduğu (p: 0.018); ancak cinsiyetin bilgi (p: 0,963) ve tutum (0.998) skorlarında anlamlı bir fark yaratmadığı görülmektedir (Tablo 3.9).

Eğitimin bu değişkenler açısında etkisine bakıldığında ise; hemşirelerin sağlık meslek lisesi, önlisans, lisans, yüksek lisans ve üstü eğitime sahip olması bilgi (p: 0,861), uygulama (p: 0.770) ve tutum (0.390) açısından fark yaratmadığı belirlendi (Tablo 3.10).

Hemşirelerin yoğun bakımda çalışma yılının bilgi puan ortalaması (p:0.030) üzerinde istatistiksel düzeyde anlamlı fark yarattığı, daha uzun yıl çalışan hemşirelerde bilgi puanının yüksek olduğu gözlendi. Ancak çalışma süresi ile uygulama (p: 0.482) ve tutum (p: 0.950) puanı arasında anlamlı bir farklılık gözlenmedi (Tablo 3.11). Bu çalışma sonucuna benzer şekilde Çetin (2018)'nin çalışmasında, bölümde çalışma yılı ile deliryum yönetimine yönelik bilgi ve uygulama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır

Çalışma statüsünün, (aynı zamanda çalışma yılı ile ilişkili); bilgi puan ortalaması üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark yarattığı (p: 0.044) (Tablo 3.11). Sorumlu hemşirelerin seçiminde bilgi ve deneyimi temel alan, doğru tercihlerin yapıldığını akla getirmektedir.

Hemşirelerin deliryuma yönelik eğitim alma ile ilgili bilgi düzeyi, tutum ve bakım uygulamalarının değerlendirildiği ölçeklerden aldıkları puan ortalamasının karşılaştırılmasına bakıldığında; deliryuma yönelik bakım uygulamaları ve tutumları üzerinde eğitim almanın, istatistiksel olarak etkili bir faktör olmadığı saptandı

(p>0,05). Ancak eğitim almanın deliryuma yönelik bilgi düzeyinin artırdığı ve istatistiksel olarak etkili bir faktör olduğu belirlendi (p<0,049) (Tablo 3.12).

Aynı zamanda; çalışmaya dahil edilen hemşirelerin yaşları irdelendiğinde 38 yaş ve üstünde olan hemşirelerin, daha genç yaştaki meslektaşlarına göre bilgi (p: 0.035) ve uygulama (p: 0.016) skorlarının istatiksel açıdan daha anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. Ancak tutumun (p:0.528) yaş ile farlılık göstermediği dikkati çekti (Tablo 3.14). Yaş ile doğru orantılı olarak çalışma yılı, bilği ve uygulama deneyiminin artmasının doğal bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışma sonucunda yoğun bakımda çalışma yıllarının fazla olmasının bir bakıma deneyimin, tutum ve uygulamayı etkilediği; yoğun bakım hemşirelerinin bilği düzeylerinin iyi olmasına ve hemşirelerin 2/3'nün deliryum konusunda eğitim almalarına karşın herhangi bir ölçek kullanmadıkları belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Deliryumun dalgalı yapısı nedeniyle yoğun bakım hastalarının, deliryum açısından erken dönemde belirli aralıkla ve günün değişen saatlerinde sistematik olarak değerlendirilmesi,
- Yoğun bakım için risk belirleme ve deliryumu önleme protokolünün oluşturulması,
- Yoğun bakım hemşirelerine deliryum, risk faktörleri ve sonuçları konusunda hizmet içi eğitimler verilerek, bilği ve farkındalıklarının arttırılması,
- Ölçek kullanımının desteklenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akarsu Ayazoğlu, T., Tür, H., Bolat, C., Özkaynak, İ., Candan, MA. (2012). Yaşlılarda kardiyak cerrahi sonrası yoğun bakımda deliryum prevalansı ve risk faktörleri, *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi,* 29, 101-107.

Akıncı, SB., Şahin, A. (2005). Yoğun bakımda deliryum, *Yoğun Bakım Dergisi,* 5 (1), 26-35.

Al-Qadheeb, NS., Hoffmeister, J., Roberts, R., Shanahan, K., Garpestad, E., Devlin, JW. (2013). Perceptions of nurses and physicians of their communication at night about ıntensive care patients pain, agitation and delirium, *American Journal of Critical Care,* 22 (5), 48-57.

Armağan, HH., Uyanık, E., Erçelik, H., Eliçabuk, H. (2011). Hipokalsemiye bağlı gelişen deliryum, *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 3 (2), 29-31.

Ateş, A. (2012). Yoğun bakım ünitesinde hemşirelik tanılaması ile deliryum riskinin belirlenmesi, Yayınlanmamış Tez: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Aydoğmuş, M., Tükenmez, B. (2012). Spinal anestezi altında yapılan açık prostatektomi sonrası gelişen postoperatif deliryum: olgu sunumu, *Fırat Tıp Dergisi*, 17 (1), 57-59.

Balcı, N. (2013). Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum hastalarda deliryum ve risk faktörleri, Yayınlanmamış Tez: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Baran, S. (2013). Açık kalp cerrahisi sonrası yaşlılarda deliryum, Yayınlanmamış Tez: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Barr, J., Fraser, GL., Puntillo, K., Ely, EW., Gelinas, C., Dasta, JF., ve ark. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients, *Intensive Care Unit*, 41 (1), 263-306.

Bölüktaş, RP. (2015). Yoğun bakım ünitelerindeki yaşlı hastalarda deliryumun değerlendirilmesi, önlenmesi ve yönetimine ilişkin stratejiler, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,* 19 (2), 68-79.

Ceyhan, D., Demirtaş, K., Akkemik, Ü. (2018). Delirium following propofol use, *Osmangazi Journal of Medicine,* 40 (2), 78-81.

Cho, H., Song, X., Piao, J., Jin, Y., Lee, S. (2015). Automatic delirium prediction system and nursing-sensitive outcomes in the medical intensive care unit, *Clinical Nursing Research,* 24 (1), 29-50.

Çetin, HB. (2018). Hemşirelerin deliryum yönetimine yönelik bilgi, uygulamaları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Yayınlanmamış Tez: Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Çevik, B., Akyüz, E., Uğurlu, Z., Ersayın, A., Doğan, N. (2016). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryum yönetimi konusunda farkındalıklarının belirlenmesi, *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,* 1 (1), 32-46.

Dedeli, Ö., Durmaz Akyol, A. (2005). Yoğun bakım sendromu, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,* 9 (1-2), 20-27.

Devlin, JW., Brummel, NE., Al-Qadheeb, NS. (2012). Optimising the recognition of delirium in the intensive care unit, *Best Practice & Research Clinical Anaestheslology,* 26, 385-393.

Devlin, JW., Fong, JJ., Howard, EP. (2008). Assesment of delirium in the intensive care unit nursing practices and perceptions, *American Journal of Critical Care,* 17 (6), 555-565.

Doğu, Ö., Kaya, H. (2017). Yoğun bakımda deliryum ve hemşirelik bakımı, *J Hum Rhythm,* 3 (2), 81-84.

Dönmez, C., Gündoğar, D., Demirci, S. (2007). Deliryum: nedenleri ve klinik yaklaşım, *Türkiye Klinikleri J Med Sci,* 27 (5), 718-24.

Eker, E. (1999). Deliryum, İ.Ü. Cerrahpaşa tıp fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri, 209-216.

Fan, Y., Guo, Y., Li, Q., Zhu, X. (2012). A review: nursing of ıntensive care unti delirium, *Journal of Neuroscience Nursing,* 44 (6), 307-316.

Fong, TG., Tulebaev, SR., Inouye, SK. (2009). Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment, *Nat Rev Neurol,* 5 (4), 210-220.

Franco, K., Litaker, D., Locala, J., Bronson, D. (2001). The cost of delirium in the surgical patient, *Psychosomatics,* 42 (1), 68-73.

Glenn, M., Eastwood, RN., Leah Peck, RN., Bellomo, R., Baldwin, I. (2011). A questionnaire survey of critical care nurses' attitudes to delirium assessment before and after introduction of the CAM-ICU, *Australian Critical Care,* 25, 162-169.

Grover, S., Shah, R., Kr, A. (2012). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ekibi tarafından deliryum tanısı konan hastalarda tanıdan 6 ay sonraki ölüm oranı, *Türk Psikiyatri Dergisi,* 23 (3), 189-92.

Güner, P., Geenen, O. (2007). Atlanması kolay bir bozukluk: deliryum, *ÇÜ. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 11 (1), 37-46.

Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., Engin, F. (2002). Standardize mini mental test'in türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenirliliği, *Türk Psikiyatri Dergisi,* 13 (4), 273-281.

Halil, M. (2007). Deliryum ve dahiliye kliniklerinde önemi, *İç Hastalıkları Dergisi,* 14 (1), 39-44.

Hamdan-Mansour, AM., Othman, EH., Yacoub, MI. (2010). Knowledge and nursing practice of critical care nurses caring for patients with delirium in intensive care units in Jordan. *The journal of continuing education in nursing,* 41 (12), 571-576.

Hosie, A., Agar, M., Lobb, E., Davidson, P., Phillips, J. (2016). Improving delirium recognition and assessment for people receiving inpatient palliative care: a mixed methods meta-synthesis, *Accepted Manuscript*.

Cheng-mei, SHI., Dong-xin, WANG., Kai-sheng, CHEN., Xiu-e, GU. (2010). Incidence and risk factors of delirium in critically ill patients after non-cardiac surgery, *Chinese Medical Journal,* 123 (8), 993-999.

Inouye, SK., Foreman, MD., Mion, LC., Katz, KH., Cooney, LM. (2001). Nurses recognition of delirium and its symptoms, *Arch Intern Med,* 161 (12), 2467-2473.

Irving, K., Fick, D., & Foreman, M. (2006). Delirium: a new appraisal of an old problem. *International Journal of Older People Nursing, 1*(2), 106-112.

Karadaş, C. (2015). Yoğun bakımda yatan 65 yaş ve üstü bireylerde eklem açıklığı hareketlerinin deliryumu önlemedeki etkisi, Yayınlanmamış Tez: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Kaya, E., Sönmez, S., Barlas, F. (2013). Deliryum, *Okmeydanı Tıp Dergisi,* 2, 70-74.

Kırpınar, İ. (2016). Dahili ve cerrahi tıpta deliryumun değerlendirilmesi ve yönetimi: bir gözden geçirme, *Bezmialem Science*, 3, 113-122.

Küçük, L., Kaya, H. (2011). Koroner yoğun bakım sürecinde yaşanan psikiyatrik bir durum: deliryum ne kadar tanıyoruz?, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,* 4 (1), 161-166.

Larsson, C., Axell, AG., Ersson, A. (2007). Confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU): translation, retranslation and validation into Swedish intensive care settings, *Acta Anaesthesiol Scand*, 51, 888-892.

Lin, WL., Chan, YF., Wang, J. (2015). Factors associated with the development of delirium in elderly patients in ıntensive care units, *The Journal Of Nursing Research,* 1-7.

Louis T van, Zyl., Davidson, P. (2003). Delirium in hospital: an underreported event at discharge, *MMed (Psych)*.

Louise, G., Weells, BN. (2012).(Grad cert perioperative nursing, grad cert critical care nursing, master of nursing)why don't intensive care nurses perform routine delirium assessment? *A Discussion of the Literatüre Received,* 6-12.

Martins, S., Pinho, E., Correia, R., Moreira, E., Lopes, L., Palva, JA., Azevedo, L., Fernandes, L. (2018). What effect does delirium have on family and nurses of older adult patients?, *Aging & Mental Health*, 22 (7), 903-911.

Mert, DG., Kavakcı, Ö., Semiz, M., Kuğu, N., Yönel, E. (2014). Manik deliryum olgusu, *Journal of Mood Disorders*, 4 (2), 88-90.

Monfared, A., Soodmand, M., Ghasemzadeh, G. (2017). Knowledge and attitude of ıntensive care unit nurses towards delirium working at guilan university of medical sciences in 2015, *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal,* 7 (1), 1-7.

Nydahl, P., Dewes, M., Dubb, R., Hermes, C., Kaltwasser, A., Krotsetis, S., Haken, RV. (2017). Survey among critical care nurses and physicians about delirium management, *British Association of Critical Care Nurses,* 23 (1), 23-29.

Ok, G., Aydemir, Ö., Tok, D., Erbüyün, K., Turan, E. (2009). Yoğun bakım olgularında yeni deliryum değerlendirme skalası, *Araştırma Makalesi,* 36.

Onur, E., Cimilli, C., Ulaş, H. (2003). Psikiyatri konsültasyonlarında deliryum. *Demans Dergisi,* 3 (4), 127-30.

Ortaç Ersoy, E., Demir, AU., Topeli, A. (2016). Yoğun bakımda uyku: var mı, yok mu?, *Yoğun Bakım Dergisi*, 7, 28-33.

Özdelikara, A., Kaya, E. (2018). Kısıtlama altındaki hastanın bakımında bir yol haritası, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,* 22 (1), 37-43.

Özdemir, L. (2014). Yoğun bakım hastasında deliryumun yönetimi ve hemşirenin sorumlulukları, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 90-98.

Özkan, M., Özkan, S. (2009). Deliryumun nedenleri ve tedavisi, *Klinik Gelişim*, 56-60.

Özsaban, A., Acaroğlu, R. (2015). Yoğun bakım hastalarında deliryum ve yaşam modeli doğrultusunda bakımı, *FN Hem. Derg,* 23 (2), 146-151.

Packard, R. C. (2001). Delirium. *The neurologist*, *7*(6), 327-340.

Patel, RP., Gambrell, M., Speroff, T., Scott, TA., Pun, BT., Okahashi, J., Dittus, RS. (2009). Delirium and sedation in the intensive care unit (ICU): survey of behaviors and attitudes of 1,384 healthcare professionals. *Critical Care Medicine*, 37 (3), 825.

Ramoo, V., Abu, H., Rai, V., Singh, SKS., Baharudin, AA., Danaee, M. (2017). Educational intervention on delirium assessment using confusion assessment method-ICU (CAM-ICU) in a general intensive care unit, *Journal of Clinical Nursing Wiley*, 27 (7), 4028-4039.

Reade, MC., Phil, D., Finfer, S. (2014). Sedation and delirium in the ıntensive care unit, *N Engl J Med*, 370, 444-454.

Rivosecchi, RM., Smithburher, PL., Svec, S., Campbell, S., Kane-Gill, S. (2015). Nonpharmacological ınterventions to prevent delirium: an evidence-based systematic review, *Critical Care Nurse*, 35 (1), 39-50.

Rockwood, K. (1993). The Occurrence and duration of symptoms in elderly patients with delirium, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 48 (4), 162-166.

Sarı, N., Van Giersbergen, MY. (2017). Yaşlılarda deliryum, demans ve depresyonun değerlendirilmesi ve hemşirelik bakım rehberi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 33 (3), 138-152.

Sarı, N. (2015). Sağlık çalışanlarının yoğun bakımlarda deliryum yönetimlerinin incelenmesi, Yayınlanmamış Tez: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Smithburger, PL., Korenoski, AS., Kane-Gill, SL., Alexander, SA. (2017). Perceptions of family members, nurses and physicians on involving patients families in delirium prevention, *Critical Care Nurse*, 37 (6), 48-58.

Sona, C. (2018). Assessing delirium in the ıntensive care unit, 29 (2), 103-105.

Svenningsen, H., Egerod, İ., Dreyer, P. (2016). Strange and scary memories of the intensive care unit: a qualitative, longitudinal study inspired by ricoeur's interpretation theory, *Journal Of Clinical Nursing*, 25, 2807-2815.

Tel Aydın, H., Çelik, P. (2017). Yoğun bakım ünitesinde hemşire kontrollü sedasyon protokollerinin kullanımı, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi,* 21 (2), 50-54.

Terzi, B., Kaya, N. (2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı, *Yoğun Bakım Dergisi,* 1, 21-25.

Tiryaki, A. (2010). Deliryum tedavisinde psikiyatri gözüyle, *Akademik Geriatri*.

Topuz, Ş., Doğan, N. (2012). Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin deliryum konusuna ilişkin bilgi düzeyleri, *KÜ Tıp Fak Derg,* 14 (3), 21-26.

Trogrlic, Z., Ista, E., Ponssen, HH., Schoonderbeek, JF., Schreiner, F. (2013). Attitudes, knowledge and practices concerning delirium: a survey among intensive care unit professionals, *British Association of Critical Care Nurses,* 22 (3), 133-140.

Tropea, J., Slee, J., Brand, CA. (2008). Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia, *Australasian Journal on Ageing,* 27 (3), 150-156.

Tuğlu, C., Yıldırım, E., Vardar, E., Çalıyurt, O. (2001). Rutin biyokimyasal ve hematolojik belirleyicilerin cerrahi girişim sonrası deliryum gelişimine etkisi, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 18 (4), 285-289.

Uslu, Y., Demir Korkmaz, F. (2015). Yoğun bakım hastalarında uyku: hemşirelik bakımı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 12 (3), 156-161.

Uzun, K., Yavşan, DM. (2014). Yoğun bakımda uyku, *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi,* 2 (2), 230-236.

Ünal Bilge, E., Kaya, M., Özalp Şenel, G., Ünver, S. (2015). Erişkin hastalarda postoperatif yoğun bakım ünitesinde deliryum insidansı, *Turk J Anaesth Reanim,* 43:232-239.

Üstek, S., Boran, M. (2010). Multipl travmalı hastalarda postoperatif gelişen deliryum, *Ege Tıp Dergisi,* 49 (1), 67-70.

Varlı, M. (2016). Demans ve Deliryuma Yaklaşım. 5. dönem Geriatri Ders Notları.

Van Zyl, L. T., & Davidson, P. R. (2003). Delirium in hospital: an underreported event at discharge. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(8), 555-560.

Whitehorne, K., Gaudine, A., Meadus, R., Solberg, S. (2015). Lived experience of the ıntensive care unit for patients who experienced delirium, *American Journal of Critical Care*, 24 (6), 474-482.

Yaşayacak, A. (2009). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum ve risk faktörlerinin belirlenmesi, Yayınlanmamış Tez: Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Düzce.

Yavuz Karamanoğlu, A., Gök, F., Demir Korkmaz, F. (2015). Kalp cerrahisi hastalarında deliryum ve hemşirelik bakımı, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31 (2), 113-129.

Zakriya, KJ., Christmas, C., Wenz, JF., Franckowiak, S., Anderson, R., Sieber, FE. (2002). Preoperative factors associated with postoperative change in confusion assessment method score in hip fracture patients. *Anesthesia & Analgesia*, 94 (6), 1628-1632.

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

EKLER

EK A. BAŞHEKİMLİK İZİN FORMU

Tarih ve Sayı: 16/10/2018-E.39610

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Balcalı Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 18649120-774.04.06/
Konu : Tülay Başpınar

Sayın Dr. Öğrt. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN
İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İlgi : 16/10/2018 tarihli dilekçeniz.

Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Hastane) Birimi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesinde sorumlu hemşire olarak görev yapan Tülay BAŞPINAR'ın, "Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Deliryuma Yönelik Bilgi, Tutum ve Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması kapsamında Hastanemiz yoğun bakım hemşirelerine yönelik anket yapılması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Tamer Cevat İNAL
Başhekim

Mevcut Elektronik İmzalar
TAMER CEVAT İNAL (BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ - Başhekim) 16/10/2018 17:37

Evrakı Doğrulamak İçin : https://ebys.cu.edu.tr/Validate_Doc.aspx?V=BENDKSURC
Adres:Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Başhekimliği 01330 Balcalı, Sarıçam / Adana
Telefon:0 (322) 338 60 60 Faks0 (322) 338 69 00
e-Posta:hastane@cu.edu.tr Elektronik Ağ:www.cu.edu.tr

Bilgi için: Leyla USKANER
Unvanı: Şef
Tel No: 0(322) 338 60 60
Kep Adresi: cukurovauniversitesi@hs01.kep.tr

EK B. KATILIMCILARDAN ALINAN ONAY FORMU

Sayın meslektaşım;

Bu araştırma, İstinye üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hemşireliği Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen ''Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Deliryuma Yönelik Bilgi Düzeyleri, Tutum ve Bakım Uygulamalarının Degerlendirilmesi ''konulu bir tez çalışmasıdır. Yoğun bakım hemşirelerinin deliryum sendromu, belirtileri, bu hastalarla nasıl iletişim kurulacağı, tablonun erken farkedilmesi ve hemşirelik uygulamaları konularında düşünceleri ve uygulamalarını öğrenmek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılım tamamen gönüllük esasına dayanmaktadır. Kimlik bilgileriniz ve cevaplarınız gizli tutulacak ve test yanıtlarınız yalnızca araştırma amacına yönelik kullanılacaktır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir aşamada çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Anketi cevaplamanız çalışmaya onay verdiğiniz şekilde yorumlanacaktır.

Katılımınız için teşekkürler.

Araştırmacı

İstinye Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Cerrahi Hastalıkları HemşireliğiA.D.
Yüksek Lisans Öğrencisi
Ç.Ü. Balcalı Hastanesi
Genel Cerrahi Yogun Bakım Hemşiresi
Tülay BAŞPINAR

EK C. ANKET FORMU

YOĞUN BAKIMLARDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DELİRYUM YÖNETİMLERİNİN İNCELENMESİ

A. Demografik Özelliklere İlişkin Sorular

1. Cinsiyetiniz? ( ) Kadın ( ) Erkek

2. Yaşınız?_____(Lütfen belirtiniz)

3. Eğitim durumunuz nedir?
( ) Sağlık meslek lisesi ( ) Önlisans programı
( ) Lisans ( ) Yüksek lisans ve üstü

4. Kaç yıldır bu bölümde çalışmaktasınız?_____(Lütfen belirtiniz)

5. Yoğun bakım ünitesindeki göreviniz nedir?
( ) Sorumlu hemşire ( ) Yoğun bakım hemşiresi

6. Okul döneminde veya çalışma hayatınız boyunca deliryum ile ilgili bilgi aldınız mı?
( ) Evet ( ) Hayır

7. Yoğun bakım ünitesinde deliryuma ilişkin tanılama yapıyor musunuz? (7. Soruya evet diyorsanız 8. soruyu yanıtlayınız.).
( ) Evet ( ) Hayır

8. Aşağıda yer alan tanılama formlarından hangisini kullanıyorsunuz?
( ) YBÜ-KDÖ (Yoğun bakım ünitesi konfüzyon değerlendirme ölçeği)
( ) Deliryum ölçme skalası
( ) Deliryum izlem listesi
( ) Genel klinik değerlendirme
( ) Mini-mental durum muayenesi
( ) Diğer (Belirtiniz).....

B. Deliryum Bilgi Soru Formu

Bu bölümde yer alan sorulara "Doğru", "Yanlış" ve "Bilmiyorum" seçeneklerinden size göre en uygun olanı işaretleyeceksiniz.

Değişkenler	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Deliryum "ani başlayan, genel olarak bilişsel işlevlerin bozulması, bilinç durumunda değişiklik, dikkat bozukluğu, artmış ya da azalmış psikomotor aktivite ve uyku uyanıklık döngüsünün düzensizliği ile karakterize geçici bir durum" olarak tanımlanmaktadır.			
2. Erken taburculuk deliryumun ileri dönem sonuçlarındandır.			
3. Uyuklama hiperaktif deliryumda olan hastaların özelliklerindendir.			
4. Asetilkolin eksikliği deliryum için bir risk faktörüdür.			
5. Deliryum ile demans arasındaki fark hafıza kaybı olarak tanımlanır.			
6. Deliryum tanılamasında yoğun bakım konfüzyon değerlendirme ölçeği kullanılır.			
7. Deliryum için tanı koymada bilinç bulanıklığı/dalgalanması en önemli semptomdur.			
8. Aşırı uyarımlardan kaçınma, yeterli hidrasyon sağlama, yeterince analjezik aldığından emin olma ve deliryum açısından sürekli izlem sağlanması deliryum gelişimini önlemeye yardımcı olur.			
9. Hiperglisemi deliryum için altta yatan faktörlerden biri değildir.			
10. Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda deliryum görülme riski daha yüksektir.			
11. Birden fazla ilaç kullanımı deliryum için risk faktörüdür			
12. Deliryum mortaliteyi önemli şekilde arttıran bir hastalıktır			
13. Kardiyak ve kalça cerrahisi deliryum için en yüksek risk faktörüdür.			
14. Hipoaktif deliryum çoğunlukla depresyon ile karıştırılmaktadır.			
15. İnvaziv girişimler deliryum için risk faktörüdür.			
16. Karma deliryumda hasta gün içinde farklı davranışlar gösterir.			
17. Non-farmakolojik yöntemlerle deliryum gelişimi önlenemez.			
18. Deliryum morbidite ve mortaliteyi arttıran en önemli yoğun bakım komplikasyonlardan biridir.			
19. Yoğun bakımlarda ki uyaran fazlalığı hastalarda deliryum gelişmesini etkilemez.			

C. Deliryuma Yönelik Tutum Değerlendirme Formu

Bu bölümde yer alan sorulara "Kesinlikle Katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Kararsızım", "Katılıyorum" ve "Kesinlikle Katılıyorum" seçeneklerinden size en uygun olanı işaretleyeceksiniz.

Değişkenler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hastanın anlayabilmesi için tane tane ve normal ses tonu ile konuşulması gerektiğini düşünüyorum.					
2. Hasta ajiteleştiğinde (kendine ve çevresine zarar verdiğinde) onu bağlamaya çalışırım.					
3. Hastaya karşı anlayışlı davranılması kanısındayım.					
4. Bu tip hastalara bakmaktan çoğu zaman sıkılırım.					
5. Bu hastalara non-farmakolojik tüm yöntemlerin denenmesini gerekmektedir.					
6. Hastanın ajitasyonunun sebebini anlamaya çalışırım.					
7. Deliryumlu hastaların beni gereksiz bir şekilde yorduğu kanısındayım.					
8. Nöbetim boyunca deliryumlu hastalardan uzak durmaya çalışırım.					
9. Hastayı sakinleştirmek için ziyaretçileri ile konuşmasını sağlarım.					
10. Hastanın bana zarar verme eğilimi göstermesinde, tepki olarak istemsiz bir şekilde kendimi hastaya karşı zarar verme eğilimi içerisinde buluyorum.					

D. Sağlık Çalışanı Uygulamaları Soru Formu

Bu bölümde yer alan sorulara "Her Zaman", "Bazen" ve "Hiçbir Zaman" seçeneklerinden size en uygun olanı işaretleyeceksiniz.

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