

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YOĞUN BAKIMLARDA DELİRYUM
YÖNETİMLERİNİN İNCELENMESİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

Neslihan SARI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Meryem YAVUZ VAN GIERBERGEN

İZMİR-2015

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YOĞUN BAKIMLARDA DELİRYUM
YÖNETİMLERİNİN İNCELENMESİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

Neslihan SARI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Meryem YAVUZ VAN GIERBERGEN

İZMİR-2015

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Neslihan SARI

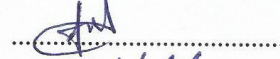


Başkan : Prof. Dr. Meryem YAVUZ VAN GİERSBERGEN



(Danışman)

Üye: Yard. Doç.Dr. Fatma VURAL



Üye: Yard. Doç.Dr Yelda CANDAN DÖNMEZ



Yüksek Lisans Tezinin Kabul Edildiği Tarih : 27.05.2015

ÖNSÖZ

Araştırma konumun seçilmesi, yürütülmesi ve sonuçlanmasına kadar her aşamada hem yol gösteren hem de çalışmalarımı beni yüreklendiren tez danışmanım Prof. Dr. Meryem YAVUZ VAN GIERBERGEN'a,

Tez önerim sırasında önerileri ve katkıları ile yardımda bulunan tez jüri üyeleri Yard. Doç. Dr. Fatma VURAL ve Yard. Doç. Dr. Yelda CANDAN DÖNMEZ'e

Araştırmam sırasında yardım ve desteklerini gördüğüm çalışma kapsamında bulunan hastanelerdeki yoğun bakım hemşirelerine ve doktorlarına,

Araştırmamın her aşamasında beni destekleyip güç veren erkek arkadaşım ve güçlerini hep arkamda hissettiğim aileme teşekkür ederim.

Neslihan SARI

27.05.2015

İZMİR

ÖZET

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YOĞUN BAKIMLARDA DELİRYUM YÖNETİMLERİNİN İNCELENMESİ

Yoğun bakım ünitesinde, hastadan ve ünitenin özelliklerinden kaynaklanan faktörler, hastanın psikolojik ve mental durumunda değişimlere neden olabilmektedir. Yoğun bakımlarda ki sağlık çalışanları deliryumu tanılamada ve önlemede önemli rollere sahiptir. Bu araştırma; Yoğun bakımda çalışan hemşire ve hekimlerin deliryum yönetimleri konusunda bilgi tutum ve uygulamalarını incelemek amacıyla yapıldı.

Araştırma İzmir ilinde bulunan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kasım 2014 - Şubat 2015 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın örneklemini, araştırmanın yapıldığı hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 175 sağlık çalışanı oluşturdu. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik özelliklerine ilişkin soru formu ve literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilen deliryum ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamalar soru formu olmak üzere toplam dört bölüm, 47 sorudan oluşan ve uzman görüşü alınan anket formu kullanıldı. Bunlardan 9 tanesi sosyodemografik özellikleri, 19 tanesi deliryuma ile ilgili bilgi soruları, 10 tanesi tutum soruları ve 9 tanesi de uygulama sorusundan oluşmaktadır. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS- Statistical Package for Social Science (SPSS) paket programında yapılmıştır. Veriler; bilgisayar ortamına işlenerek sayı, yüzde, ortalama, Kolmogrov Smirnov, Shapiro-Wilk, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testleri, Cronbach's α ve Spearman rank korelasyon analizleriyle değerlendirildi.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalamasının 30.81 ± 3.88 olduğu, %66.9'unun deliryum ile ilgili eğitim aldığı, sağlık çalışanlarının; bilgi düzeyi puanının 12,6 , tutum puanının 39,6 ve uygulama puanının 23,6 olduğu , sağlık çalışanlarının bilgi düzeyinin %75.4 ünün bilgi düzeyinin “iyi” olduğu saptandı. Çalışma yılı arttıkça kişilerin bilgi düzeyi arttığı saptandı. Sağlık çalışanlarının deliryum hakkında eğitim alma durumlarına göre; deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde sadece bilgi puan ortalamalarının eğitim alma durumuna göre anlamlı fark oluşturduğu saptandı. Eğitim alanların bilgi puanı daha yüksek olduğu saptandı. Meslek gruplarının ikili olarak bilgi, tutum ve uygulama skorlarının karşılaştırıldığında; yoğun bakım hemşiresi ve asistan doktor arasında bilgi ve uygulama skoru, yoğun bakım hemşiresi ve uzman doktor arasında tutum skoru, asistan doktor ve uzman doktor arasında tutum ve uygulama skoru karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Deliryumu tanılama

durumları incelendiğinde 151'i (%86,3) tanılama yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmada bulunan sonuca göre deliryum tanılması yapma oranı oldukça düşük saptandı.

Araştırma sonucunda yoğun bakım sağlık çalışanlarının bilgi puanı arttıkça, uygulama puanının arttığı, uygulama puanı arttıkça da tutum puanının arttığı saptandı. Bu doğrultuda; hastanelerde yoğun bakım hastasında deliryum tanılmasına yönelik hizmet içi eğitim verilmesi ve tanılamak için; deliryum tanılama standartlarının geliştirilmesi önerilir.

Anahtar kelimeler: Deliryum, Sağlık Çalışanı, Bilgi, Tutum, Davranış, Deliryum Tanılama



ABSTRACT

AN INVESTIGATION OF THE MANAGEMENT OF DELIRIUM IN INTENSIVE CARE BY HEALTH CARE WORKERS

In the intensive care unit, factors arising from the patients or the unit can cause changes in the psychological and mental state of patients. Health workers in intensive care units play an important part in the diagnosis and prevention of delirium. The aim of this study was to investigate the knowledge, attitudes and practice regarding the management of delirium by nurses and doctors working in intensive care.

The research was performed between November 2014 and February 2015 at Dokuz Eylül University Hospital, Ege University Medical Faculty Hospital and Katip Çelebi University Atatürk Teaching and Research Hospital in the province of Izmir, Turkey. The research sample consisted of 175 health workers employed in the intensive care units of these hospitals, who consented to take part in the study. Two questionnaires were used to collect data, one devised by the researchers on sociodemographic characteristics and one developed according to the literature and in consultation with experts on knowledge, attitudes and practice regarding delirium and consisting of four sections and 47 questions. Of these, nine were on sociodemographic characteristics, 19 were on knowledge about delirium, ten concerned attitudes and nine concerned practice. Evaluation of the data obtained was performed by computer using the program Statistical Package for Social Science (SPSS). Data was expressed numerically and as percentages and means, and Kolmogorov Smirnov, Shapiro-Wilk, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests, and Cronbach's α and Spearman rank correlation analyses were used.

It was found that the mean age of the health workers participating in the study was 30.81 ± 3.88 years, 66.9% had received training on delirium; their knowledge level score was 12.6, their attitude score was 39.6 and their practice score was 23.6. The knowledge level of 75.4% of the participants was "good". It was found that knowledge levels increased with years of working. When a comparison was made between mean scores on knowledge of delirium and attitudes and practice according to whether the health workers had received training on delirium, a significant difference was found only in mean knowledge scores according to whether they had received training. Knowledge scores were found to be higher in those who had received training. When the scores on knowledge, attitude and practice of professional groups were compared in pairs, statistical significance was found in the differences between the knowledge and practice scores of intensive care nurses and junior doctors, the attitude scores of intensive care nurses and specialist doctors, and the attitude and

practice scores of junior doctors and specialists. Examining their status on recognising delirium, 151 (86.3%) stated that they had not made a diagnosis of delirium. According to the results of the study, a very small proportion had made a diagnosis of delirium.

The results of the study showed that as the knowledge scores of intensive care health workers increased their practice scores increased, and as their practice scores increased, their attitude scores also increased. Therefore it is recommended that in-service training should be given in hospitals for the diagnosis of delirium in intensive care patients, and standards should be developed for the diagnosis of delirium.

Keywords: delirium, health worker, knowledge, attitude, behaviour, delirium diagnosis



İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	VIII
TABLolar DİZİNİ	XIII
GRAFİKLER DİZİNİ	XIV

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM I.....	2
1.GİRİŞ	2
1.1. Araştırmanın Konusu	2
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Hipotezler	4
1.4. Araştırmanın Önemi.....	4
1.5. Sınırlılıklar.....	5
1.6. Tanımlar	6
1.6.1. Ajitasyon.....	6
1.6.2. Deliryum	6
1.6.3. Tutum.....	6
1.7. Genel Bilgiler.....	7
1.7.1. Deliryumun Tanımı	7
1.7.2 Deliryumun Tarihçesi	10
1.7.3 Deliryumun Etiyolojisi.....	11
1.7.4 Deliryumun Epidemiyolojisi	13
1.7.5 Deliryumun Patofizyolojisi.....	15
1.7.6 Deliryumun Belirti ve Bulguları	16

1.7.7. Deliryumun Prognozu	17
1.7.8. Yoğun Bakım Ünitesinde Deliryum Sendromu ve Önleme Önerileri	19
1.7.9. Deliryumun Ayırıcı Tanısı	21
1.7.10. Deliryumu Tanılama	22
1.7.11. Deliryum Tanı Kriterleri.....	25
1.7.12. Deliryum Tanılama Araçları.....	25
1.7.12.1. Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği.....	26
1.7.12.2. Konfüzyon Değerlendirme Algoritması.....	27
1.7.12.3. Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Methodu.....	27
BÖLÜM II	31
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
2.1. Araştırmanın Tipi.....	31
2.2 Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	31
2.3 Araştırmanın Evreni.....	31
2.4 Araştırmanın Örneklemi	32
2.5. Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri	32
2.5.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	32
2.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	32
2.6. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	32
2.6.1 Veri Toplama Aracı	32
2.6.1.1 Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu.....	33
2.6.1.2 Deliryum Bilgisi Soru Formu.....	33

2.6.1.3. Deliryuma Yönelik Tutum Değerlendirme Formu.....	33
2.6.1.4 Deliryuma Yönelik Uygulama Değerlendirme Formu.....	34
2.6.2 Veri Toplama Yöntemi.....	34
2.7 Verilerin Analizi Ve Değerlendirilmesi	35
2.8 Araştırmanın Etiği.....	36
2.9. Süre Ve Olanaklar.....	36
BÖLÜM III	37
3. BULGULAR.....	37
3.1. Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özellikleri.....	37
3.2. Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Bilgi İfadelerinin İncelenmesi.....	41
3.3.Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Tutum İfadelerinin incelenmesi.....	45
3.4.Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Uygulama İfadelerinin İncelenmesi.....	47
3.5. Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi	48
3.6.Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi.....	49
3.7. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyete Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum Ve Uygulama Puan Ortalamalarının İncelenmesi	50
3.8. Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumuna Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının İncelenmesi	51
3.9. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yılına Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının İncelenmesi	52
3.10. Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları Yoğun Bakıma Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının İncelenmesi	53

3.11. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının İncelenmesi	54
3.12. Sağlık Çalışanlarının Deliryum Hakkında Eğitim Alma Durumlarına Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının İncelenmesi	55
3.13. Sağlık Çalışanlarının Deliryum Tanılaması Yapma Durumlarına Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	56
3.14. Sağlık Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının İncelenmesi	57
3.15.Meslek Gruplarının İkili Olarak Bilgi Tutum ve Uygulama Skorlarının İncelenmesi.....	58
3.16. Meslek Gruplarının İkili Olarak Bilgi Tutum ve Uygulama Skorlarının Karşılaştırılması.....	58
3.17. Hemşire Ve Hekimlerin Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum Ve Uygulama Puanlarının Karşılaştırılması.....	59
BÖLÜM IV.....	60
4. TARTIŞMA.....	60
BÖLÜM V.....	68
5.1.Sonuçlar.....	68
5.2.Öneriler.....	70
BÖLÜM VI	71
6. Kaynakça	71
BÖLÜM VII.....	77
EKLER.....	77
EK I:ANKET BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	77
EK II:ANKET FORMU	78

EK III: EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ETİK KURUL ONAYI.....	85
EK IV: İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İZİN YAZISI	86
EK V:EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ İZİN YAZISI.....	88
EKVI:DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTE HASTANESİ İZİN YAZISI.....	90
ÖZGEÇMİŞ.....	92



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	37
Tablo 2: Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Bilgi İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	41
Tablo 3: Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Tutum İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	45
Tablo 4: Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Uygulama İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	47
Tablo 5: Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum Ve Uygulama Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	48
Tablo 6: Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Sınıflandırılması.....	49
Tablo 7: Sağlık Çalışanlarının Cinsiyete Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
Tablo 8: Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumuna Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 9: Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yılına Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 10: Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları Yoğun Bakıma Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 11: Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 12: Sağlık Çalışanlarının Deliryum Hakkında Eğitim Alma Durumlarına Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 13: Sağlık Çalışanlarının Deliryum Tanılaması Yapma Durumlarına Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 14: Sağlık Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 15 Sağlık Çalışanlarının Yaşı ve Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranış Skorları Arasındaki Korelasyon.....	58
Tablo 16: Meslek Gruplarının İkili Olarak Bilgi Tutum ve Uygulama Skorlarının Karşılaştırılması.....	59

Tablo 17: Hemşire Ve Hekimlerin Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum Ve Uygulama Puanlarının Karşılaştırılması.....	59
--	----



GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: Sağlık Çalışanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	38
Grafik 2: Sağlık Çalışanlarının Çalıştığı Hastaneye Göre Dağılımı	39
Grafik 3: Sağlık Çalışanlarının Çalıştığı Bölüme Göre Dağılımı.....	39
Grafik 4: Sağlık Çalışanlarının Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	40
Grafik 5: Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum ve Uygulama Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	49
Grafik 6: Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Sınıflandırılması.....	50



BÖLÜM I

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Yoğun bakım ünitesi, yaşamsal fonksiyonları risk altında olan ya da ileri derecede bozulmuş kritik hastalara hizmet vermek üzere düzenlenmiş özel birimlerdir. Yoğun bakım ünitesinde, hastadan ve ünitenin özelliklerinden kaynaklanan faktörler, hastanın psikolojik ve mental durumunda değişimlere neden olabilmektedir. Bu değişimler sonucu hastalarda en sık görülen sorunlardan biri deliryum sendromudur(1).

Florence Nightingale hastanelerin ana fonksiyonunun zarar vermeme ilkesi olduğunu savunmuştur. Ancak gerçekte hastane ortamı ve özellikle yoğun bakımlar bir dizi olumsuz psikolojik reaksiyonlara yol açıyor. Bunlardan en önemlisi de deliryum olarak tanımlanmıştır(2).

Deliryum kendi başına bir hastalık olmayıp, genel olarak bilişsel işlevlerin bozulması, bilinç durumunda değişiklik, dikkat bozuklukları, artmış ya da azalmış psikomotor aktivite ve uyku-uyanıklık döngüsünün düzensizliği ile karakterize geçici, organik mental bir durumdur(3,4).

Yoğun bakım ünitesinde deliryum gelişen hastalarda mortalite ve morbidite oranlarının arttığı, hastanede kalış süresinin uzadığı ve tedavi edilmediğinde hastaneden çıktıktan sonra fonksiyon kayıpları nedeni ile bu hastaların sürekli bakıma gereksinim duyduğu bildirilmektedir(3,5).

Yapılan çalışmalarda hastanede yatarak tedavi gören hastalarda %18- 25'inde, yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların %40-80 'inde, mekanik ventilatöre bağlı hastaların yaklaşık %60-80, mekanik ventilatöre bağlı olmayan hastaların %40-60'ında, yaşlı hastalarda %14-47'sinde, genel cerrahi sonrası hastaların %30'unda, kalp ameliyatı olmuş hastaların %30-67'sinde, kalça kırığı olan hastaların %40-50'sinde, hastane de yatan son evre kanser hastalarında %26-44'sinde deliryum geliştiği bildirilmiştir(3, 5, 6, 7, 8, 9).

Hasta popülasyonu	Deliryum görülme oranı
Hastanede yatan	%18-25
Yoğun bakımda yatan	%40-80
Mekanik ventilatöre bağlı	%60-80
Mekanik ventilatöre bağlı olmayan	%40-80
Yaşlı hastalarda	%14-47
Genel cerrahi sonrası hastalarda	%30
Kalp ameliyatı olmuş hastalarda	%30-67
Kalça kırığı olan hastalarda	%40-50
Son evre kanser hastalarında	%26-44

Deliryumun Hasta Gruplarına Göre Görülme Oranları (3,5,6,7,8,9).

Özellikle yaşlı hastalarda deliryum, hastanın mortalite ve morbiditesini doğrudan etkiler. Yapılan izleme çalışmalarında deliryuma giren yaşlıların 1/3'ü hastanede olurken, bu hastaların %70'inde bir yıl içinde demansiyel bir tablo yerleşmektedir(7).

Yoğun bakım ünitesinde deliryum bağımsız bir şekilde; bir çok komplikasyon ve istenmeyen sonuçlar ortaya çıkarır. Bunlar; bilişsel gerileme, uzamış mekanik ventilasyon, kendi kendine ekstübasyon, başarısız ekstübasyon, kateterlerin çıkması, hastanede kalış süresinin uzaması, sağlık hizmeti masraflarının artması ve mortalite oranının artmasıdır. Yaklaşık olarak hastane de kalış süresini de 4,9 gün arttırır. Hastaneden çıktıktan sonra %25'inin 6 ay içinde öldüğü bildirilmiştir. Amerika Birleşik Devletlerinde, deliryum için yıllık sağlık giderinin 1-6 milyar dolar arasında, İngiltere de yıllık 8 milyar dolara yakın sağlık gideri harcamalarına sebep olduğu saptanmıştır. Hastanede yatış süresince deliryum gelişen yaşlı hastalarda ölüm oranı ise %22-76 arasındadır (8, 10, 11).

Deliryum, yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar için önemli bir sorun olmasına karşın, genellikle sağlık ekibi üyeleri tarafından erken dönemde fark edilemediği görülmektedir. Deliryum açısından anlamlı belirti gösteren hastaların yaklaşık üçte biri yeterince tespit ve tedavi edildiği tahmin edilmektedir (5,8,11,12).

Spronk ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin ve yoğun bakım uzmanı doktorların deliryumu yeterince tanılayamadıklarını ve tanılamak için yeterli ölçüm aleti kullanmadıklarını saptamıştır. Yapılan bu çalışmada yoğun bakımda hastaların %50 sinde deliryum gelişmiş, hekimler hastaların %28'inin, hemşireler ise %34'ünde deliryum geliştiğini saptamış(13).

Ely ve arkadaşlarının (2004) 912 yoğun bakım çalışanı ile yaptığı farklı bir araştırmada sağlık çalışanının sadece %16'sının özel bir deliryum ölçüm formu kullandığını saptamıştır(14).

Ouimet ve arkadaşları (2007) yaptıkları araştırmada deliryumun, herhangi bir tıbbi nedenle hastaneye yatan hemen her hastada görülme riski olduğunu, bununla birlikte bazı hasta gruplarında görülme riskinin daha yüksek saptamıştır. Bu riskler; hipertansiyon, alkolizm ve bazı hastalıklar olarak tanımlanmıştır(15).

Ely ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada ise deliryum bu kadar klinik önem taşımaya rağmen, deliryumdaki hastaların % 64-84'ünde deliryum sağlık çalışanı tarafından fark edilmemektedir, %33-66'sına tanı koyulamadığı bildirilmektedir(3,4).

Günümüzde deliryumun yönetiminde non-farmakolojik yöntemlere önem verildiği için hastanın sağlık gereksinimlerini belirleyen ve bu gereksinimler doğrultusunda hastanın bakımını planlayan, uygulayan ve değerlendiren yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere ve doktorlara deliryum yönetiminde önemli rol düşmektedir. Bunun için eğitimler planlanması gerekmektedir(16).

Deliryum sık rastlanılan bir olgu olmasına rağmen literatürde de bahsedildiği gibi çok kolay gözden kaçmaktadır. Deliryumun rutin tanınmasının yapılması, sağlık çalışanlarına deliryum ile ilgili eğitimler düzenlenmesi deliryumun sebep olabileceği birçok komplikasyonu önlemede kilit rol oynamaktadır.

1.2 ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık çalışanının deliryum yönetimi konusunda bilgi tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

- Yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanının deliryuma ilişkin bilgi düzeyini saptamak
- Yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanının deliryuma ilişkin tutumlarını saptamak
- Yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanının deliryuma ilişkin uygulamalarını saptamak
- Yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanının deliryumu tanılamak için kullandıkları yöntemleri saptamak

1.3 ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

H1: Yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanının deliryuma ilişkin bilgi düzeyi yüksektir.

H2: Yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanının deliryuma ilişkin uygulamaları olumlu yöndedir.

H3: Yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanının deliryuma yönelik tutumu yeterli ve olumlu yöndedir.

H4: Yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanı deliryumu saptamak için uygun yöntemi seçmektedir.

1.4 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Deliryum genel hastanelerde yatan erişkin hastaları en çok etkileyen akut bozukluktur. Tıbbi hastalıkları nedeniyle hastanede yatan tüm erişkinlerin%18-25'sini, hastanede yatan yaşlı hastaların %14-47'ını ve yoğun bakım hastalarının %40-80'lere ulaşabilen bir kısmını etkilediği bildirilmektedir(17,18).

Hastanede yatış süresince deliryum gelişen yaşlı hastalarda ölüm oranı ise %22-76 arasındadır. Yoğun bakım ünitesinde deliryum gelişen hastalarda mortalite ve morbidite oranlarının arttığı, hastanede kalış süresinin uzadığı ve tedavi edilmediğinde hastaneden

çıktıktan sonra fonksiyon kayıpları nedeni ile bu hastaların sürekli bakıma gereksinim duyduğu bildirilmektedir (10,11,19,20,21,22,23,24).

Deliryum acil tıbbi bir durumdur ve mortalite/morbidite oranlarında artışla sonlanır. Belirtilerin erken anlaşılması hastalığın gidişini çok olumlu etkiler. Deliryum bir hastalık değil, belirli belirtilerin kümeleşerek oluşturduğu ve çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişen bir sendromdur. Genellikle geçici, geri dönebilir bir beyin işlev bozukluğu olarak tanımlanır ve klinik olarak birçok nöropsikiyatrik anormallikle beraber görünür. Klinik olarak en önemli belirtiler azalmış dikkat süresi ve artıp azalan konfüzyondur. Çoğu zaman tanınmaz veya yanlış tanı alır(17).

Elfeky ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hemşirelerin %100'ü deliryumu değerlendirmek hakkında eğitim almadığı ve %54'ünün ise deliryum tanılamaı yapmadığını sonucuna ulaşmıştır(10).

Hemşireler, hekimlere göre hasta başında daha çok vakit harcar ve hasta ile sürekli temas halindedir. Hastada görülen bilinç, davranış değişikliğini takip etmesi ve fark etmesi daha kolaydır (16).

Deliryum tanısının konulması ve etkin tedavisi için yoğun bakımlarda çalışan sağlık çalışanının deliryum konusunda yeterli bilgi sahibi olması ve bu doğrultuda girişimlerini planlayıp uygulaması önemlidir.

1.5. SINIRLILIKLAR

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Hastanesi, Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şifa Üniversitesi Hastanesi ve Medikal Park Üniversite Hastanesinde Cerrahi Ve Dahiliye Yoğun Bakımlarda araştırma yapabilmek için izin istendi. Şifa Üniversitesi Hastanesi ve Medikal Park Üniversite Hastanesi izin vermediği için araştırmaya dahil edilmedi.

1.6 TANIMLAR

1.6.1 AJİTASYON

Ajitasyon kişinin, yakınlarının ve/veya tedavi ekibinin güvenliğini tehlikeye sokan, tıbbi bakımı engelleyen, kişinin işlevselliğini bozan, sesli, sözlü ve/veya motor davranışlar kumesidir. Ajitasyon, saldırganlık, şiddet, kırıp dökme gibi kişinin normal davranış repertuvarında olmayan, yeni ortaya çıkan bazı davranışlardan oluşabileceği gibi; tekrarlayıcı sorular veya adımlama gibi normal bir davranışın anormal bir biçimde tekrarlanması şeklinde de görülebilir (25). Yoğun bakım da yatan hastada ; uyumama , disoryantasyon, kateterini ve entübasyon tüpünü çekme gibi davranışlar görülebilir(26).

Türk dil kurumu ise ajitasyonu ; “Kişinin ruhsal gerginliğini dışa vurması sonucu oluşan etrafına karşı saldırganlık durumu” olarak tanımlamıştır. (27)

1.6.2 DELİRYUM

Deliryum, değişmiş bilinç düzeyi ile oryantasyon hafıza düşünce ve davranış dalgalanması ile karakterizedir(21,28,29,30). Günümüze kadar "toksik metabolik ensafalopati", "akut beyin sendromu" veya "organik beyin yetmezliği" gibi çeşitli isimler verilmiştir. Deliryum; akut ve subakut gelişen, intrakranial veya ekstrakranial bir sebeple oluşan beyin metabolizma ve işlevlerinde, yaygın ve gecici bir bozukluk olarak tanımlanır(7).

1.6.3. TUTUM

Bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir nesne, toplumsal konu, ya da olaya karşı deneyim, bilgi, duygu ve güdülerine (motivation) dayanarak örgütlediği zihinsel, duygusal ve davranışsal bir tepki ön eğilimidir. Tutum, bir eylemin tamamlanması yönünde uygun görülen nesneleri veya uyarıları arar, seçer, reddeder veya eylemin ilerleyişi sırasında ortaya çıkacak olan başarı veya başarısızlıklar yoluyla bu eylemin değerlendirilmesi için referansta bulunabilecek esasları saptar. Böylece söz konusu eylem gelişmesine devam ederken, tutum, eylemin değişikliğe uğramasına neden olabilir (31).

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. DELİRYUMUN TANIMI

Deliryum (Organik Beyin Sendromu), ani başlayan, genel olarak bilişsel işlevlerin bozulması, bilinç durumunda değişiklik, dikkat bozuklukları, artmış ya da azalmış psikomotor aktivite ve uyku-uyanıklık döngüsünün düzensizliği ile karakterize, geçici organik mental bir sendromdur(6, 21, 32, 33, 34). Potansiyel birçok organik ya da fizyopatolojik nedenleri vardır ve çoğul nöropsikiyatrik bozukluklara neden olur. İleri yaş, demans, erkek olma, duysal yoksunluk (görme ve işitme sorunları), uyku yoksunluğu, sosyal izolasyon, fiziksel kısıtlama, mesane kateteri kullanma, üç ve daha fazla ilaç kullanma, psikoaktif ilaç kullanma, dehidratasyon, malnütrisyon, hareketsizlik, ameliyat, enfeksiyon, elektrolit dengesizliği, aşırı ya da az uyaran, stres, ağrı ve korku, nörolojik hastalıklar, yanık, madde kullanım bozukluğu, endokrin hastalıklar, hipotermi, merkezi sinir sistemi (MSS) patolojileri, metabolik nedenler, alkol kötüye kullanım öyküsü ve yoğun bakım risk faktörleri arasındadır. Cerrahi girişimler içerisinde özellikle kardiyak cerrahi ve kalça cerrahisi daha fazla deliryuma yol açmaktadır(35,36).

Deliryum kelimesi kökenini, Yunanca 'saçma konuşmak' anlamına gelen 'Leros' ve Latince 'izin dışına çıkmak' anlamına gelen 'deliare' veya 'deliare decedere' kelimelerinden alır (3,5). Deliryum ani başlayan, genel olarak bilişsel işlevlerin bozulması, bilinç durumunda akut değişiklik, dikkat bozuklukları, artmış ya da azalmış psikomotor aktivite ve uyku-uyanıklık döngüsünün düzensizliği ile karakterize, genellikle geçici organik mental bir sendromdur (5, 37).

Deliryum genel tıbbi uygulamada, ayırıcı tanıda nadiren akla gelebilen, ancak hastanede yatarak tedavi gören hastalarda ve özellikle yaşlılarda oldukça sık görülen bir bozukluktur(4).

Deliryumun önemi ciddi morbidite ile mortaliteye neden olması ve akla gelmedikçe tanı konamamasından gelmektedir. Deliryum tanısı için tanı kriterleri mevcut olması ve tanı konduğunda komplikasyonlarının önlenebilir olmasına rağmen, sıklıkla gözden kaçabilmekte, %30-60'ı tanılanamamaktadır(38).

Deliryumun yaygınlığı, tıbbi nedenlerle hastaneye yatırılan hastalarda %10-30, hastanede yatan yaşlı hastalarda %10-40, hastanede yatan kanserli hastalarda, %25, hastanede yatan AIDS'li hastalarda %40, postoperatif dönemdeki hastalarda %51, terminal dönem hastalarda %80 olarak saptanmıştır(4,39).

Deliryumun temel özellikleri, bilinç, dikkat, biliş ve algı bozukluklarının olmasıdır. Bu değişiklikler kısa zamanda gelişir. Çoğunlukla birkaç saat birkaç gün içinde gelişir ve gün içinde dalgalanmalar gösterir(4).

Epidemiyolojik çalışmalarda hastaneye yatan tüm hastalar için deliryumun nokta yaygınlığı %10-30 olarak bildirilmektedir (18,32,40). Ancak deliryum bazı hasta gruplarında daha fazla görülebilmektedir. Bunlar yaşlı hastalar, kritik hastalığı olanlar, kanser hastaları, kardiyak ve kalça cerrahisi hastalarıdır (41).

Deliryumun olması aynı zamanda kötü prognozun işaretidir. Deliryumlu hastaların üç aylık mortalite oranlarının %23-33, hastanede yatarken deliryum olan hastaların yattıkları dönem içerisinde mortalite oranlarının ise %25-75 olduğu tahmin edilmektedir(42). Marcantonio ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada tanıdan bir hafta sonra yalnızca % 14'ünde düzelme olduğu, % 52'sinde halen belirtilerin sürdüğü, belirtilerin kalıcılığının ve şiddetinin işlevsel düzelmenin yetersizliği ile ilişkili olduğu bildirilmiştir(36).

Deliryum gelişen hastalarda hastanede kalış süresi uzamakta, fonksiyonel kapasite azalmakta, maliyet artmaktadır Ayrıca kalıcı kognitif bozukluk, bası yaraları, düşme, pnömoni ve mortalite artışı ile sonuçlanabilmekte, bakımevine yerleştirilme oranları artmaktadır(43).

Yaşayacak ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum oranı %18.2 olarak bulundu. Deliryum gelişen hastaların %80'i hipoaktif olarak bulunmuş . Yoğun bakım skorlarından APACHE II, RASS, TISS-28 puanları deliryum gelişen grupta artış gözlenmiş. Deliryum gelişen hastaların mortalite hızı, deliryum gelişmeyen gruptan daha yüksek olarak bulunmuş(42).

Deliryumun tanılanmasında altın standart Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders- DSM-IV) kriterleridir. Bunlar;

a- Dikkatin odaklanması ve dikkatin sürdürülmesinde değişim ile karakterize bilinç bozukluğu,

b- Hafızada eksiklikler, oryantasyon bozukluğu, konuşmada zorluk gibi bilişsel bozukluklar veya daha önceden demans olmaksızın algılama bozukluğu,

c- Bozuklukların kısa sürede gelişmesi ve aynı gün içinde şiddetinin değişiklik göstermesi,

d- Hasta öyküsü, fizik muayene veya laboratuvar testleri ile bozukluğun;

-Genel durumun fizyolojik sonucuna,

-İlaç veya toksik maddelerin sonucuna,

-Çekilme sendromuna ya da

-Yukarıdaki sebeplerden birden fazlasına bağlanabilmesidir(7).

DSM-IV'e göre de 4 tip deliryum sözkonusudur:

1. Genel tıbbi duruma bağlı deliryum

2. Madde kullanımına bağlı deliryum (entoksikasyon veya yoksunlukta)

3. Çoğul etiyojolojiye bağlı deliryum (Özellikle yaşlı hastalarda çoğul etiyojoloji bulunur. Bir çalışmada, yaşlı hastaların %56'sında tek bir deliryum nedeni saptanırken %44'ünde ortalama 2.8 neden saptanmıştır.)

4. Başka yerde belirtilmeyen deliryum(4).

Başlıca üç klinik formu vardır:

Hiperaktif-Hiperalert Tip: Psikomotor bir hareketlilik çok belirgindir. Dış uyarana reaksiyon fazladır, heyecanlı ve huzursuzdur. Hastanın tüm davranışlarına bu yansımıştır. Yatakta kalmak istemez, bağırır, kendisine ve çevresine zarar verecek davranışlarda bulunur. Kooperasyon kurmak güçtür. Artmış otonomik ve sempatik sinir sistem aktiviteleri göze çarpar. Çok belirgin illuzyonları, halusinasyonları, hezeyanları vardır. Deliryum tremens en tipik örneğidir.

Hipoaktif-Hipoalert Tip: Tüm psikomotor faaliyette ve uyanıklıkta azalma ile karakterizedir. Bu hastalar genellikle yatağında yatar, az konuşur, sık sık uyuklar, çevre ile az ilişki kurar, sanki aldırıyor gibi bir izlenim alınabilir. Halusinasyon ve illuzyonları olsa bile dikkatten kaçabilir. Hatta depresyon gibi düşünülebilir. Bu vakaların gözden kaçma olasılığı yüksektir. Genel hastanede yatan hastaların % 8' inin depresyonun değerlendirilmesi ve

tedavisi için psikiyatriye yönlendirildiği ancak bu hastaların depresyon değil, çeşitli tiplerde deliryum tanısı aldıkları görülmüştür(3,7).

Karma Tip: Her iki durumun düzensiz olarak aynı hastada görüldüğü tiptir. Gündüz hipoaktif, gece hiperaktif tipin görüldüğü sıklıkla karşımıza çıkar. Herhangi bir fiziksel hastalığın seyri sırasında, daha önce tamamen sağlıklı bir kişide de deliryum ortaya çıkabilir(7,11).

Yapılan bir çalışmada yoğun bakımda yatan hastaların %94'ünde hipoaktif deliryum gözlenirken, %6'sında hiperaktif deliryuma rastlandığı bildirilmiştir(3,6).

1.7.2. DELİRYUMUN TARİHÇESİ

Deliryum köken olarak Yunanca 'aptal konuşması veya saçmalık' anlamına gelen 'lerōs' ve Latince 'dışına çıkmak' anlamındaki 'delirare' veya 'delirare decedere' sözcüklerinden türemiştir. Bu terimi ilk kullanan milattan önce 1. yüzyılda Celsus olmuştur. Hipokrat huzursuzluk, uykusuzluk, mizaç değişikliği ve buna eşlik eden başka hastalıklarla özellenen geçici mental bozukluğu tanımlamak için 'phrenitis' terimini kullanmıştır. Deliryum terimi 19. yüzyıl başlarına kadar belirsiz bir şekilde kullanılmıştır. 1813'te Sutton alkol bağımlılarında 'delirium tremens' terimini kullanmış; izleyen yıllarda Greiner ve Bonhoeffer uyanıklık ve koma arasında değişen bu klinik tabloda 'bilincin sislenmesi' kavramını tanımlamışlardır. Wolff ve Curan deliryumun temel klinik özelliklerinin genellikle özgül bir nedene bağlı olmadığını, pek çok farklı nedenle ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir. Engel ve Romano deliryumlu hastalarda elektroensefalografide (EEG) alfa yavaşlaması, delta ve teta dalgalarının izlendiğini saptamış, bunun serebral metabolizmadaki genel bir azalmayı yansıttığını öne sürmüşlerdir. Bu EEG bulgularının deliryumun şiddeti ile ilişkili olarak değiştiğini bildirmişlerdir. Deliryum için uzmanların görüş birliğine dayanarak yapılan ilk standart tanı ölçütleri Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanmıştır(34).

Deliryum tanı kriterleri 1980 de yayımlanan DSM III de belirtilmiştir. 1987 de yayınlanan DSM IIIR ile tekrar düzenlenmiştir. 1994 de yayınlanan DSM IV de ise, deliryumun tanı kriterleri dört kategoriye ayrılarak incelenmiştir(44).

1.7.3. DELİRYUMUN ETİYOLOJİSİ

Sebebi genellikle multifaktöryel olan deliryum değerlendirilirken altta yatan hastalıkların ve durumların değerlendirilmesi, kapsamlı klinik ve geriatrik değerlendirme yapılması gerekir. Predispozan faktörlere sahip olan hastalarda presipitan faktörlerin gelişmesi ve bu faktörlerin etkileşimi sonucu deliryum gelişmektedir. Yaşlılarda hastalıklar genellikle sessiz, atipik ve nonspesifik semptomlarla ortaya çıkabilmekte, bir organik bozukluk başka bir semptom vermeden deliryum tablosu ile gelebilmektedir. Enfeksiyonlar, pnomoni, sepsis, miyokard enfarktüsü gibi hastalıklar deliryum tablosuyla ortaya çıkabilmektedir (38,43).

Kuşçu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada deliryum hastalarının ortalama olarak günde 6.69 ilaç kullandığı olduğu saptandı. Hastaların %86.20'si kardiyovasküler ilaçlar, %72.41'i GİS ilaçları kullanmaktaydı. Deliryuma neden olarak en sık sistemik nedenler saptanırken, postoperatif durumlar bu nedenlerin içinde ilk sırada olduğu ve hastaların büyük bir çoğunluğunun (%80.45) hiperaktif deliryum olarak değerlendirilirken, %56'sında uyku azalması, %52.9'unda da varsanılar saptanmış(35).

Sezer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; koroner arter bypass greft geçiren 87 hastadan 12 hastada ameliyat sonrası dönemde deliryum saptanmıştır. Deliryum görülme sıklığı %24 olarak bulunmuştur. 11 olguda deliryum ameliyat sonrası birinci günde ortaya çıkmıştır(9).

Ayazoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yaşlı ve kalp ameliyatı geçirmiş hastalarda deliryumun prevalansı % 29,5 olarak bulunmuş. İleri yaş, erkek cinsiyet, yüksek (APACHE II) değeri, serebrovasküler hastalık, kötü fiziksel durum, aortik cerrahi, ameliyat süresi, iskemi süresi, hematokrit düşüklüğü (<30), kan laktat düzeyi artışı (>1,2mmol/L), hipoalbuminemi (<3g/dL), BUN/Kreatinin oranında artış (>18), immobilizasyon, postoperatif 48. saat medikasyonlar, uyku bozukluğu ve yoğun bakımda kalma süresi yaşlılarda deliryum gelişiminde risk faktörleri olarak tespit edilmiş(45).

Predispoze edici faktörler arasında ileri yaş önemli bir yere sahiptir, bu da başka ciddi bir predispozan faktörü olmayan geriatrik hastalarda bile deliryum tablosu gelişebilmesini açıklamaktadır. İleri yaş hastalarda altta yatan hastalıkların çokluğu, polifarmasiye neden olmaktadır, yine bu grup hastada reçetesiz kullanılan ilaç sayısı da fazladır. İlaç grubundan

bağımsız olarak çoklu ilaç kullanımı önemli bir risk faktörüdür. Polifarmasi hem predispoze edici hem de presipite edici faktör olarak deliryum geliştiren her hastada mutlaka akla gelmelidir(32,38).

Presipite edici faktörler olarak; infeksiyonlar, elektrolit bozuklukları, ilaçlar, ateş, hipotermi, hipoksi, hipotansiyon, metabolik dengesizlikler, cerrahi girişimler (en sık ortopedik) sıklıkla gözlenmektedir. Önemli predispoze edici faktörlerden olmasına rağmen fiziksel kısıtlamalar ve hospitalizasyon süresinin uzunluğu bazen gözden kaçabilmektedir. Hastaya uygulanan invaziv işlemler ve üriner kateterizasyon da deliryumu presipite edebilmektedir. Uykusuzluk, konstipasyon ve üriner retansiyon da deliryum geliştiren her hastada önemli presipite edici faktörler olarak mutlaka sorgulanmalıdır(32,38).

Yaşlı hastalarda deliryum oranının %40-45 olduğu ve bu hastaların 1/4'unun bir kaç ay içinde öldüğü, terminal kanser hastalarında ise bu oranın %25 olarak görüldüğü bildirilmiştir. Genel olarak kardiyak cerrahi girişimlerinden sonra ise deliryum görülme sıklığı %12-70 oranında görülmekte, bu oran kapalı kalp cerrahisine göre açık kalp cerrahisinde 2 kat artırmaktadır. Örneğin koroner yoğun bakım ünitelerinde lidokain uygulanan hastaların %11'inde konfüzyon geliştiği bildirilmiştir. Cerrahi servislerinde yatan hastaların %5-10'u, dahiliye- cerrahi yoğun bakım ve yanık ünitelerinde yatan hastaların %20-30'u deliryum belirtileri göstermektedirler. Yanıklı hastalarda %5-57 oranında, kanserli hastalarda %5-85 oranında deliryum bildirilmiştir. Koroner ve yoğun bakım hastalarının %30-40'ında, ciddi yanık hastalarında %20 oranında deliryum semptomları görülmüştür. Yaşlı ve hastanede yatan hastalarda deliryum %11-26 oranında ortaya çıkar ve bu durum hastaların fonksiyonel yetersizliklerine, ölüm oranının artmasına, uzun süre bakım almalarına, hastanede daha uzun süre kalmalarına neden olur(7).

Yaşlılarda birçok organik nedenler etiyolojik faktör olarak rol oynarlar. Bu organik faktörler çoğunlukla bir yaş reaksiyonu, bildik bir ortamdan ayrılıp yeni bir ortama yerleşme veya duyuşsal uyarı noksanlığı gibi psikososyal stres yapıcı faktörlerle açığa çıkar. Uykusuzluk ve yorgunluk da deliryumun oluşmasına katkıda bulunur. Öte yandan normal yaşlılıkta serabral kan akımı ve glukoz metabolizmasının azaldığı görülür. Hafif veya asemptomatik arterioskleroz durumunda bu azalmalar daha belirgin hale gelir. Yaşlanan beyin herhangi bir nedenle oluşmuş hipoksiye oldukça yatkındır(46).

Deliryum nedeni/lerini belirlemede sağlık personeline kolaylık sağlayabilecek “**VITAMINS**” (Packard 47). ve “**I WATCH DEATH**” (15). gibi kapsamlı iki rehber geliştirilmiştir.

VITAMINS:

V:	Vascular (Vasküler)
I:	Infectious (İnfeksiyon)
T:	Traumatic (Travma) Toxic (Toksik)
A:	Autoimmune (Otoimmün)
M:	Metabolic (Metabolik)
I:	Iatrogenic (İatrojenik): Çok sayıda ilaç kullanımı
N:	Neoplastic (Neoplasm)
S:	Seizures (Nöbetler)

(47).

I WATCH DEATH:

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	(Deficiencies): Yetersizlikler/ Yetmezlikler
E	(Endocrinopathies): Endokrinopatiler
A	(Acute vascular events): Akut vasküler olaylar
T	(Toxins/Drugs): Toksinler/ İlaçlar
H	(Heavy metals): Ağır metaller

(20).

1.7.4. DELİRYUMUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Deliryum ile ilgili bugüne kadar yapılan araştırmaların, farklı alanlarda yapılması ve örneklem büyüklüğü, veri toplama süresi, deliryumu ölçme aracı ve deliryum tanı kriterlerinin farklı olması gibi bazı metodolojik sorunlar nedeniyle deliryumun görülme oranı ile ilgili elde edilen sonuçlar farklıdır(34).

Çalışma gruplarının farklılığı ve tanımlayıcı net ölçütlerin olmaması nedeni ile deliryumun sıklığı hakkında kesin sayılara ulaşmak güçtür. Hastanede kalış sürecinde herhangi bir dönemde, dahiliye servislerinde, cerrahi yoğun bakım ve koroner yoğun bakım birimlerinde izlenen hastaların yaklaşık %10-30'unda deliryum gözlemlendiği bildirilmiştir. Yaşlılarda, özellikle bilişsel bozukluğu olan veya başka bir hastalığı olanlarda, daha sık ortaya çıkabilmektedir(34).

Epidemiyolojik çalışmalarda hastaneye yatan tüm hastalar için deliryumun nokta yaygınlığı % 10-30 olarak bildirilmektedir. Çalışmalar, yaşlı hastalar başta olmak üzere bazı klinik gruplarda bu oranların çok daha yüksek olduğunu göstermektedir(48,49). Genel tıbbi durumun ileri derecede bozulmuş olduğu kanser hastalarında yapılan çalışmalarda ve demans hastalarında yapılan hastane ve toplum çalışmaları da deliryumun yaygınlığı yüksek (% 22-89) bulunmaktadır (50,51).

Çok sayıda epidemiyolojik çalışma ile yaygınlığının yüksek olduğunun gösterilmesine karşın, deliryum tanısı halen yeterli oranda koyulamamaktadır. Deliryum olgularının % 33-66'sına tanı koyulamadığı gibi (Inouye 1994), farklı bir psikiyatrik tanı ile (örneğin depresyon) konsültasyon istenmesi de sık görülen bir durumdur (52).

Deliryum tablosu tıbbi morbidite, hastanede yatış süresi, taburculuk sonrası gidiş üzerine belirgin olarak olumsuz etki gösterdiği bu alanda yapılan çalışmalarda sıklıkla vurgulanmaktadır (53). Yakın dönemde Marcantonio ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan ileriye dönük kohort çalışmasında tanıdan bir hafta sonra yalnızca % 14'ünde düzelme olduğu, % 52'sinde halen belirtilerin sürdüğü, belirtilerin kalıcılığının ve şiddetinin işlevsel düzelmenin yetersizliği ile ilişkili olduğu bildirilmiştir(42).

Deliryumun görülme sıklığı ya da deliryumda mortaliteyi araştıran epidemiyolojik çalışmaların sonuçları farklılıklar göstermektedir. Genel toplumda görülme sıklığı düşük olmakla birlikte, yatan hastaların %10' unda hastanede kaldıkları süre içinde herhangi bir dönemde deliryum görüldüğü bildirilmiştir. Deliryum hastane ortamında 6 yaş altı ve 60 yaş üstünde daha sık izlenir. Çocuklarda izlenen deliryum nedenlerinin başında yanıklar gelir. Bir hastaneye tedavi olmak üzere başvuran 65 yaşın üzerindeki bireylerin %15' inde daha hastaneye yatış sırasında deliryum mevcuttur. Hastaneye yattıktan sonra ek olarak bu yaşlı hastaların %10 kadarlık bölümünde daha deliryum gelişir(47,54,55).

Yapılan araştırmalar deliryumun, herhangi bir tıbbi nedenle hastaneye yatan hemen her hastada görölme riski olduğunu, bununla birlikte bazı hasta gruplarında görölme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu hasta grupları; yaşlılar; kardiyotomi, kalça cerrahisi, organ transplantasyonu gibi cerrahi girişim geçiren; yanık tedavisi gören; diyaliz tedavisi alan; terminal dönemde olan; demans, HIV enfeksiyonu, inme, kanser gibi hastalıklar nedeniyle tedavi gören ve madde kullanım bozukluğu olanlardır(47,54,55).

1.7.5. DELİRYUMUN PATOFİZYOLOJİSİ

Organik Ruhsal Bozukluklar; akut (deliryum) ve kronik (demans) diye iki büyük alt gruba ayrılırlar. Üçüncü bir alt grup olarak ensefalopatileri, başlangıçta dalgalanma göstermekle birlikte çoğu zaman sebat eden ve giderek kötüleşen seyirleri yüzünden ikisinin arasında bir alan olarak tanımlayabiliriz. Organik Ruhsal Bozuklukların tüm formlarında son ortak yol, kortikal beyin işlevlerindeki değişmelerdir. Bu durum 1. serebral nörokimyasal işlevselliği etkileyen endojen veya ekzojen bir süreç, 2. korteksin fiziksel veya yapısal hasarı olabilir. İşlevsel veya yapısal bozulmalar; uyanıklılık, yönelim, bellek gibi bilişsel işlevlerde bozulmalarla sonuçlanır (11).

Deliryumun mekanizmaları henüz kesin değildir. Birçok yapısal veya fizyolojik nedenle oluşabilir. Deliryum nöropatogenezi hepatik ensefalopati ve alkol yoksunluğu olan vakalarda çalışılmıştır. En önemli varsayım serebral oksidatif metabolizmanın geriye dönebilir bozukluğu ve çoklu nörotransmitter anormallikleridir. Sonraki gözlemler çoklu nörotransmitter anormalliklerini desteklemiştir. En önemli nörotransmitter eksikliği dopamin, asetilkolindir (11).

Bir hipoteze göre asetilkolin düzeyi azalıp dopamin düzeyinin arttığı düşünölüyor, diğer hipoteze göre hipoksi, nörotransmitter dengesizliği, inflamasyon, stres tepkisi ve toksik ve metabolik nedenlerle gelişen ensefalopati nin sebep olduğu düşünölüyor(6).

Asetil Kolin: Deliryumda rol oynayan ana nö- rotransmitter asetil kolindir. Deliryuma yol açan nedenlerin çoğunun asetil kolini azalttığı gösterilmiştir. Hayvan ve klinik çalışmaları asetil kolinin deliryum patogenezinde en önemli nörotransmitterlerden biri olduğunu göstermektedir.

Dopamin: Beyinde kolinerjik ve dopaminerjik etkinlikler arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Haloperidol ve diğer dopamin blokeri nöroleptiklerle semptomatik düzelme oluşmaktadır.

Diğer nörotransmitterler: İnsan ve hayvan çalışmaları hepatik ensefalopati ve septik deliryumda serotoninin arttığını göstermektedir. Hepatik ensefalopatide GABA artışı da gözlenmiştir. Kortizol ve beta-endorfinler: Deliryum ile kortizol ve sirkadiyen ritminde aksama gösterilmiştir. Bu mekanizma glukokortikoidler ve deliryum arasındaki muhtemel ilişkiyi desteklemektedir.

Stres tepkisi düzeneği: Çalışmalar psikososyal stres ve uyku yoksunluğunun deliryum başlangıcını kolaylaştırdığını göstermektedir. Bir başka görüşe göre özellikle yaşlılıkta gelişen deliryumun akut strese bir reaksiyon olduğu ve bu sırada anormal derecede yüksek kortizolün dolaşıma katıldığı bildirilmişse de, bu oldukça tartışmalı bir konudur.

Deliryumda beyin metabolizmasının genel olarak düştüğü de öne sürülmüştür. Bu düşüşün EEG’de yavaşlama ve bilişsel işlevlerde bozulma ile uyumlu olduğu kabul edilmiştir. Beyin kan akımı azalması ile deliryum arasında ilişki bulan çalışmalar yayınlanmıştır. Deliryum nedeniyle ölen hastaların beyinlerinde belirgin bir patolojik değişiklik gösterilememiştir. Fakat bu hastalardaki lezyonların genellikle ortabeyin, subtalamus ve temporal lobda yer aldığı belirlenmiştir(17,38).

1.7.6. DELİRYUM BELİRTİ VE BULGULARI

Deliryum olguları ile ilgili çalışmaları gözden geçirme yazıları en yaygın belirtiler olarak; bilinç bulutlanması (% 65-100), dikkati odaklama, sürdürme ve bölmede güçlük (% 62-100), yönelim bozukluğu (en yaygın belirti % 78-100), dezorganize düşünce (% 95) ile kısa dönem belleği ve anımsamada sorunları (% 62-90) göstermektedirler(56).

a. Bilinç bulutlanması: Uyuşukluk, uykululuk gibi hipereksitabilite ve irritabilitenin de görülebileceği, uyanıklık ve farkındalığın en aza indiği durumdur. Ancak hastalar çok geniş bir uyanıklık spektrumu gösterebilirler.

b. Dikkati odaklama, sürdürme ve bölmede güçlük: Deliryumun en çarpıcı özelliğidir. Dikkat bozukluğu, hastanın muayene-görüşmeler sırasında yapılan işlemleri izleyebilme derecesine bakılarak genel olarak anlaşılabilir. Ancak, daha nesnel olarak bazı yatak başı testleri ile değerlendirilebilir.

c. Yönelim bozukluğu; en yaygın belirtidir, ancak sadece yaygın olduğu için değil, aynı zamanda “zaman sıralı olmak” bilinçli tecrübeler için en gerekli şey olduğundan dolayı esas belirti olarak düşünülmelidir

d. Dezorganize düşünce: Sözcükler, cümleler ve konular arasında bağlantıların zayıfladığı tutarsız bir düşünce akışı. Enkoheran konuşma, konuşma kalıpları ve davranışlarını durduramama biçiminde görünebilir.

e. Duyumsama ve algılama bozuklukları sık görülür. İlüzyonlar ve halüsinasyonlar tüm duyular ile ilgili olabilir. Kısa dönem belleği ve hatırlamada sorunlar sıktır. Hem kayıt hem de anımsamada ve tanıma bozulur.

f. Düşünce içeriğinde daha çok perseküsyon doğasında sistemsiz sanrılar şeklinde sanrılar ortaya çıkabilir. Ancak bazen değişik sanrı türlerine de rastlanabilir.

g. Uyku-uyanıklık döngüsünün ters dönmesi sıktır. Insomnia veya hipersomnia da görülebilir.

h. Davranış değişiklikleri: Deliryumlu hastanın izlenmesini güçleştiren en önemli belirtidir. Hiperaktif deliryumlu hastalar uyanıklık artışı ve hipervijilans gösterirler. Ajite, taşkın ve saldırgan olabilirler. Tersine hipoaktifler uykuludurlar. Hareketsizlik, retardasyon belirgindir.

*Semptomlar gün boyunca dalgalanmalar gösterir, gündüz biraz düzelme ve geceleri kötüleşme sıktır.

Belirtilerin gün içinde dalgalanmalar ve değişmeler göstermesi, deliryumun en tipik özelliklerindendir. Kuşkusuz bu özellik, sık görüşülmeyen hastalarda tanının gözden kaçırılmasının en önemli nedenlerinden biridir.(4,13,17,56).

1.7.7. DELİRYUMUN PROGNOZU

Deliryum belirti ve bulguları, nedenler ortadan kaldırılamadığı sürece kalıcıdır. Eğer altta yatan neden kısa sürede belirlenmiş ve tedavi edilmişse, bu hastalarda kısa sürede düzelme olabilmektedir(46,57).

Deliryum, bir haftadan daha kısa ya da iki aydan daha uzun(3-5 gün , 6-8 hafta) sürebilir. Tipik bir deliryum, 10-12 gün içinde geçer. Bununla birlikte deliryum hastalarının %15’inde bulgular 30 güne kadar devam edebilir. Hastaların çoğu, tamamen iyileşirken, deliryum tedavi edilmezse stupor, koma gelişebilir. Yaşlılarda, tam iyileşme daha azdır ve taburculuk anında tam düzelme oranları % 4-40 oranındadır(4,18,37,58).

Yapılan bir çalışmada tanıdan bir hafta sonra yalnızca hastaların % 14'ünde düzelme olduğu, %52'sinde belirtilerin devam ettiği, belirtilerin kalıcılığının ve şiddetinin işlevsel düzelmenin yetersizliği ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir(36).

Deliryum olgularında mortalite oranları %10-26 arasındadır. Hastanede yatış sırasında deliryum gelişen olguların taburcu olduktan sonraki aylar içinde mortalite oranı %22-76'dur. Özellikle deliryum tremens, ciddi hipoglisemi, MSS enfeksiyonları gibi ciddi durumlarda tanınmaması ve tedavi edilmemesi durumunda mortalite veya ciddi morbidite oranları yükselmektedir. (17).

Deliryum geçiren tıbbi hastalarda malnutrisyon, sıvı ve elektrolit dengesizlikleri, aspirasyon pnömonisi, basınç ülserleri, güçsüzlük, azalmış hareketlilik, azalmış işlevsellik, düşmeler ve yaralanmalar/kırıklara neden olabilen huzursuz davranışlar, yerinde duramama ve kaybolmalar gibi komplikasyonlar sık olarak görülebilmektedir. Demanslı hastalarda deliryum gözlenmesi, altta yatan bozukluğun ciddiyetini yansıtır ve beklenen yaşam sürelerinin azalması ile sonuçlanır(17).

Tanınmayıp tedavi edilmezse; morbidite, mortalite yüksektir ve bazen tedaviye rağmen kalıcı sekel bırakabilir. Birçok olguda geçici nörolojik komplikasyonlar ve nöropsikolojik bozukluklar görülür; %5 olguda bu bozukluklar büyük ölçüde geri dönüşümsüz ve kalıcıdır. Aynı tıbbi hastalıktan dolayı tedavi gören hastalar arasında, deliryum geçirenlerde mortalite en az iki kat fazladır. Psikiyatrik konsültasyon ile deliryum tanıları kesinleşen yatan hastaların, izleyen 3 ay içerisindeki mortalite oranı %33 olarak bildirilmiştir. İyileşme, yaş ve hastalık süresi ile ters orantılıdır ve yaşlı hastalarda ölüm oranları %15-30'u bulabilir. Deliryum gelişen geriyatrik hastaların ¼ ünün birkaç ay içinde kaybedildiği bildirilmiştir(17).

2.8 YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE DELİRYUM SENDROMU VE ÖNLEME ÖNERİLERİ

Yoğun bakım üniteleri gerek akut hastalıkların, gerekse kronik hastalıkların seyrinde görülen ve hayatı tehdit eden organ yetmezliklerinin takip ve tedavisi için geliştirilmiş, yakın gözlem ve hızlı müdahale için hasta başına düşen hemşire sayısının fazla olduğu, yüksek teknolojik donanıma sahip özel tedavi birimleridir (59).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda fizik ortam, hastanın tıbbi tanısı ve uygulanan tedavilere bağlı olarak psikolojik ve/veya fizyolojik, kalıcı ya da geçici komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Bu komplikasyonların belirlenmesi ve önlenmesine ilişkin yapılan çalışmalar, yoğun bakım hastalarında ciddi hasarlara neden olabilen sorunlardan birinin %80' lere ulaşan oranlarda delirium olduğunu göstermektedir (14,20).

Yoğun bakımda yatan hastalarda ortaya çıkan mental değişimlerin yoğun bakım sendromu, yoğun bakım psikozu, akut konfüzyon durumu, akut beyin sendromu gibi farklı terimlerle ifade edilmesi, deliriumun yakın zamana kadar yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar için beklenen bir durum olarak algılanmasına yol açmıştır (1).

Hemşireler hastalar ile en çok iletişimde olduğu ve onları yakından takip ettiği için hastada oluşan küçük bir değişikliği fark etme şansı daha yüksektir ve böylece deliriumu tanılamakta hemşirelere daha çok görev düşmektedir. Bu durum deliriumun erken tanılanmasını sağlar(5).

Yoğun bakımda kaldıkları dönemde delirium tanısı almış 10 koroner bypas ameliyatı olmuş hastalar ile servise çıktıklarında görüşmeler yapılmış : hastalar korku içinde olduklarını , kaygı duyduklarını , ufak uyanların bile onlara büyük gibi geldiğini ifade etmişlerdir. Böyle bir ortamda hemşirelerin yaklaşımlarının onlar için öneminin büyük olduğunu ifade etmiştir . Hemşire-hasta iletişimi ; deliriumun önlenmesinde ve tedavisinde en önemli noktalardan biridir(5).

DELİRYUMU ÖNLEME ÖNERİLERİ

GENEL ÖNERİLER	BELİRLİ ÖNERİLER	Kanıt düzeyi
Bilişsel bozuklukları tespit ve tedavi etmek	-Bilişsel işlevler ve deliryumu tespit için mümkünse rutin tarama yapın . Bilişsel uyarıcı faaliyetlerini hastaya uyarlayın.	A C
Yüksek kalite de uyku sağlamak	-Nonfarmakolojik yöntemler. - Gürültü azaltma; düşük seviyeli aydınlatma kullanımı; sabit aydınlatmadan kaçınma -Normal uyku –uyanıklık düzeninin sağlanması	A A A
İlaç yan etkilerini en aza indirmek	-toplam ilaç sayısını minimum sayıda tutmak - bazı ilaçların kullanımından kaçınmak veya dikkatli kullanmak (benzodiazepin , opioid ,antikolinerjik psikotropik , sedatif	C C
Dehidratasyon ve elektrolit dengesizliğini önlemek	-aldığı çıkardığı takibi yapın biyokimya taraması yapın . (elektrolit dengesizliğini erken tedavi etmek için) - oral alım yeterli değil ise parenteral yoldan kaybı yerine koymak	A B C
İletişimi ve oryantasyonu arttırmak / iyileştirmek	- Normal sözlü iletişim; Kısa cümleler kullanın - Yer , hastane de olma nedeni günlük bakım faaliyetleri hakkında bilgi verin. - Eğer mümkünse bakım sürecine hastanın katılımını sağlayın . tıbbi prosedür hakkında bilgi ve güvence verin. - Görüş alanında Saat takvim , bildiği nesneler bulunmasını sağlayın . oda veya yatak değişikliğinden kaçının. - Bakımın sürekliliğini sağlayın	B B B B B
Duyusal yükü sınırlamak	-Görme ve duyma bozukluğu için tarama; görme ve işitme cihazlarının kullanımının sağlanması -Yeterli aydınlatma; Gece lambası kullanımı;	A A

	- Penceresi olmayan odalardan ve yoğun bakımlardan kaçınma	
Diğer önemli kişileri dahil etmek ve bilgilendirmek	-deliryuma ilişkin hasta yakınına bilgi verin ; ziyarete teşvik edin . -yakınlarının bakım ve beslenmeye katılımını sağlayın (mümkün ise)	C C
Malnutrisyon ve vitamin eksikliğini önlemek - gerilemeyi tedavi et ve önle	-Yüksek riskli gruplar için beslenme desteği ve / veya vitamin takviyeleri sağlayın.	B
Fiziksel kısıtlamaları kullanmamak Mobilizasyonu tercih edin	- Fiziksel kısıtlama için protokol oluşturun. - immobilizasyonun zararları hakkında eğitim - IV ve folay katater kullanımından kaçının . - erken mobilizasyonu sağlayın (hastanın klinik durumu uygun ise)	A B
Ameliyat koşullarını olumluya çevirin	- Yeterli analjezi sağlayın ; hasta kontrollü analjezi ; eğer mümkünse - ameliyat sonrası düşük tansiyon ve hipoksiyi önleyin . - hematokrit seviyesinin %30 un üstünde olmasını sağlayın .	B C C
Sistemdeki –literatürdeki müdahaleleri düşünün – inceleyin	- Personel eğitimi - Yeterli personel sağlanması - Ailenin katılımı	A B C

(60).

1.7.9. DELİRYUMUN AYIRICI TANISI

Ayırıcı tanıda en önemli hastalık demansdır. Deliryum, demans tablosu içinde görülebilir. Her ikisinde de bilişsel bozukluklar vardır. Demanslı hasta çoğunlukla alert olup, bilinç bozukluğu yoktur ve aşırı uyarılmışlık gözlenmez. Deliryumda ise bilişsel işlev bozukluğu geçici ve geri dönüşlüdür. Deliryum bulguları 24 saat içinde dalgalanır oysa demansta dalgalanma gözlenmez. Tıbbi kayıtların incelenmesi ve aile anamnezi ile deliryum öncesinde demans olup olmadığı saptanabilir(4).

Deliryum, Demans Ve Depresyon Arasındaki Farklılıklar			
Özellik	Demans	Deliryum	Depresyon
Başlangıç	Yavaş, kademeli	Ani	Her ikisi de olabilir
Seyir	İlerleyici	Geceleri kötüleşir	Gündüz kötüleşir
Dikkat	Normal	Bozulmuş	Değişken
Bellek	Yakın ve uzak bellekte bozulma	Anlık ve yakın bellekte bozulma	Seçici bozulma
Algı	Normal	Bozulmuş	Normal
Psikomotor Davranış	Normal/ Apraksi	Hareketlerde yavaşlama ya da artma	Gerileme ya da ajitasyon
Prognoz	Geri dönüşsüz	Geri dönüşlü	Değişken

(8).

1.7.10. DELİRYUMU TANILAMA

Hastalar, uygun hikâye, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri ile değerlendirilmelidir. Her hastaya mutlaka mental durum muayenesi yapılmalıdır. Kolay uygulanabilirliği nedeniyle minimal durum değerlendirme testi (MMSE) mental fonksiyonların değerlendirilmesinde basit ve oldukça faydalı bir testtir. İlk değerlendirmede mutlaka yapılması önerilen tetkikler;

Kan sayımı, Elektrolitler, Böbrek ve karaciğer fonksiyonları, Akciğer grafisi (özellikle infeksiyon açısından), Elektrokardiyografi (EKG) [kardiyak iskemi, miyokard infarktüsü (Mİ)], İdrar tahlili (idrar yolu infeksiyonu)'dir.

Bunlara rağmen etiyoloji belirsiz ise; lomber ponksiyon, tiroid fonksiyonları, vitamin B₁₂, folat düzeyleri, toksikoloji ve ilaç düzeyleri, EEG (genellikle normal olmaz), kranial manyetik rezonans veya bilgisayarlı tomografi (ayırıcı tanı için) yapılabilir. Deliryumu belirleyen spesifik bir laboratuvar testi yoktur. (44).

Mini Mental Durum Değerlendirme Formu
<u>Oryantasyon (Yönelim)</u> 5 () Hangi yıldayız? Hangi mevsimdeyiz? Hangi aydayız? Bugün ayın kaçı? Bugün günlerden ne? (Her doğru cevap için 1 puan) 5 () Hangi ülkede yaşıyoruz? Hangi kentteyiz? Bulunduğunuz semtin adı nedir? Bulunduğunuz bina neresidir? Bu binada kaçınıcı kattasınız? (Her doğru cevap için 1 puan)
<u>Anlık bellek = Kayıt Etme</u> 3 () Üç kelime söyleyin (mavi, şahin, lale) ve her biri için 1 sn verin. Sonra hastanızın bunu tekrar etmesini isteyin. Yanıt için 20 saniye tanıyın. Hasta üç kelimeyi de tekrar edemezse, öğrenene ya da 5 kereye kadar deneyin. (Her doğru cevap için 1 puan)
<u>Dikkat ve Hesap yapma</u> (Her doğru cevap için 1 puan) 5 () Hastadan 100'den 3'er 3'er veya 7'ser 7'ser beş kez çıkarma yapması istenir.
<u>Hatırlama (Yakın Bellek)</u> 3 () Hastadan daha önce söylemiş olduğunuz üç sözcüğü hatırlayarak söylemesini isteyin. (Her doğru cevap için 1 puan verin)
<u>Adlandırma ve Dil</u> 2 () Hastaya bir kalem ve bir kol saati gösterin ve bu nesnelerin adını söylemesini isteyin. 1 () "O gelmiş olsaydı, ben de giderdim" cümlesini söyleyerek tekrarlamasını isteyin. 3 () Üç aşamalı bir komut verin: 1-Bu kağıdı sağ/sol elinize alın, 2-Ortadan ikiye katlayın, 3-Yere ayağınızın yanına bırakın (Doğru uygulanan her komut için 1 puan verin) 1 () Şu yazıyı okutun ve yapmasını isteyin: GÖZLERİNİZİ KAPATIN. Hasta gözlerini kapatırsa puan verin. 1 () Boş kağıda bir cümle yazmasını isteyin. Cümle mantıklıysa puan verin. Harf eksikliği gibi hataları ihmal edin. 1 () Kesişen iki beşgeni göstererek aynısını kopyalamasını isteyin. Hasta iki tane beşgeni ve bunların kesişiminden oluşan dörtgeni çizmiş olmalıdır. 30 () <u>Toplam</u>
(61).

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST
YONELİM (Toplam puan 10) Hangi yıl içindeyiz () Hangi mevsimdeyiz..... () Hangi aydayız () Bu gün ayın kaç..... () Hangi gündeyiz () Hangi ülkede yaşıyoruz () Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız () Şu an bulunduğunuz semt neresidir () Şu an bulunduğunuz bina neresidir () Şu an bu binada kaçınca kattasınız ()
KAYIT HAFIZASI (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
DİKKAT 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)
HATIRLAMA (Toplam puan 3) Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
LİSAN (Toplam puan 9) a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol 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) "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan) f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan)

(62).

1.7.11. Deliryum Tanı Kriterleri

Deliryum tanısında; DSM-IV tanı kriterleri, CAM (confusion assessment method), DRS (delirium rating scale) ve Neecham skalası kullanılabilir. En çok kabul gören ve uygulananlar DSM-IV tanı kriterleri ve CAM'dır.

DSM-IV tanı kriterleri: Bu değerlendirme halen deliryum tanısındaki altın standarttır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin kriterleri, bir uzman konsensusu olup sensitivitesi ve spesifisitesi bilinmemektedir. DSM-IV tanı kriterleri aşağıdakilerin tamamını içermektedir:

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 (ilüzyon, halüsinasyon, delüzyon),
3. Kısa süreli, gün içinde dalgalanmalar gösteren seyir,
4. Hikaye/fizik muayene/tetkikler sonucu organik bir sebebin saptanması.(44).

1.7.12. DELİRYUM TANILAMA ARAÇLARI

Deliryumu tanılama için çeşitli tanılama araçları bulunmaktadır. Bu tanılama araçları; Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği, Konfüzyon Değerlendirme Algoritması, Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği, Yoğun Bakım Deliryum İzleme Kontrol Listesi, Hemşirelik Deliryum Tarama Skalası, NEECHAM Konfüzyon Skalası, Deliryum Gözlem Tarama Skalası (DOS) ve Türkiye' de geliştirilmiş olan Yoğun Bakım Olgularında Yeni Deliryum Değerlendirme Skalasıdır.

Tanılama Araçlarının Yararları;

- ☐ Önceden deliryum riski olduğu bilinen ya da ani değişimi olan hastada deliryum varlığını belirleme,
- ☐ Farklı klinik durumları ayırt etme,
- ☐ Akut değişiklikleri tanılama,
- ☐ Sağlık ekibi üyelerinin farkındalığını artırma,
- ☐ Hata olasılığını azaltma,
- ☐ Hastanın güvenliğini sağlama,
- ☐ Sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişimi kolaylaştırma olarak sıralanabilir (63,64,65).

Deliryum tanılama araçlarının kullanmama nedenleri ;

- ☐ Deliryumun tanılanmasında katkısı olmadığı düşüncesi,
- ☐ Yoğun bakım ünitesinde gelişen deliryumun hastaya etkileri hakkındaki bilgi eksikliği,
- ☐ Bilinen, aşına olunan tanılama aracının olmaması,
- ☐ Mevcut tanılama araçlarının karmaşık olduğu düşüncesi,
- ☐ Tanılama araçlarının geçerliliğinin yeterince rapor edilmemiş olması,
- ☐ Tanılama araçlarının klinisyenlerin değil, araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olması,
- ☐ Tanılamada hastaların öncelikli tanılmasına ilişkin rehber azlığı,
- ☐ Zaman kısıtlılığı,
- ☐ Deneyim azlığı,
- ☐ Deliryum tanılama sorumluluğunun hemşirelere açıkça verilmemiş olması,
- ☐ Sedatize hastaların yeterince değerlendirilememesi şeklinde açıklanmaktadır (65).

1.7.12.1.KONFÜZYON DEĞERLENDİRME YÖNTEMİ(CONFUSION ASSESSMENT METHOD)

Deliryumun tanılanmasında en sık kullanılan tanılama aracıdır. DSM-III tanı kriterleri baz alınarak Inouye tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir (66).

Konfüzyon değerlendirme ölçeği; ani başlangıç, dikkat dağınıklığı, karışık düşünce, bilinç düzeyinde değişiklik, oryantasyon bozukluğu, hafızada bozulma, algıda bozulma, psikomotor ajitasyon ve uyku- uyanıklık döngüsünde değişikliği tanımlayan dokuz maddeden oluşmaktadır. Hollanda, Finlandiya, Fransa, Almanya, İtalya, Japonya, Portekiz ve İspanya gibi pek çok ülkede geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (67).

Inouye ve arkadaşları (1990) konfüzyon değerlendirme ölçeğini geliştirdikten sonra deliryumu tanılamada DSM-III' te yer alan ani başlama ve dalgalı seyir gösterme, dikkat dağınıklığı, karışık (dezorganize) düşünce ve bilinç düzeyinde değişiklik kriterlerini temel alarak ayrıca bir de algoritma geliştirmişlerdir. Algoritmada ölçekteki beş maddenin yer almamasının nedeni; bu maddelerin deliryumu tanılamada bazen yanıltıcı olabileceği ve deliryumu tanılamada duyarlı ve özgül olmadığı şeklinde açıklanmıştır. Örneğin; bazı orta şiddetli deliryum olgularında hafızada bozulma tespit edilmemiştir. Hafızada bozulma demans gibi farklı problemleri açıklayabilir. Ayrıca bu algoritmanın, psikiyatri uzmanları dışındaki hekim ve hemşirelerin daha kolay ve hızlı tanılamasına imkan sağlayacağı belirtilmiştir. Bu nedenle ölçek yerine algoritma tercih edilmektedir. (66, 68).

1.7.12.2 .KONFÜZYON DEĞERLENDİRME ALGORİTMASI

Ani başlama ve dalgalı seyir gösterme, dikkat dağınıklığı, karışık (dezorganize) düşünce ve bilinç düzeyinde değişiklik olmak üzere 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde, 1. ve 2. maddelerin varlığı ile birlikte 3. ya da 4. maddelerden birisinin varlığı deliryum tanısını gösterir (66, 68,69).

1.7.12.3. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ KONFÜZYON DEĞERLENDİRME YÖNTEMİ (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(38).

Bergaron ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptığı araştırma da 93 hastaya yeni geliştirdikleri tanılama aracını uygulamışlar. 15 hastada deliryum tespit etmişler. Ek olarak hastaların 14 ünde psikiyatrik hastalık, demans, ensefalopatiye rastlanmıştır. Bu değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği 0,9017, sensivitesi % 99, spesifitesi % 64 olarak verilmiştir. (70).

Akıncı ve arkadaşlarının 2005 te yaptığı çalışmada CAM-ICU değerlendirme skalasının geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır. 60 hasta araştırmaya alınmış. Hastaların % 43 üne deliryum tanısı konulmuş. Bu ölçeğin sensitiviteye (% 65-69), mükemmel spesifisiteye (% 97) ve güvenilirliğe (Kappa=0.96) sahip olduğu saptanmış (1).

Wang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada CAM-ICU değerlendirme skalasının geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır. Bu ölçeğin sensitiviteye (% 91.8-93.4), spesifisiteye (% 90.8-88.7) ve güvenilirliğe (Kappa=0.92) sahip olduğu saptanmış (71).

Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (YBÜ-KDÖ)

1. Hastanın bilinç durumunda ani değişiklik oldu mu? Bilinci açılıp, kapandı mı? *Başlangıçtan farklı ani bilinç değişikliği oldu mu? -Son 24 saatte bilinci açılıp, kapandı mı? Uygunsuz davranışının düzelip, kötüleştiği oldu mu? -Sedasyon skalası veya koma skalası (Glasgow koma skalası) değerleri son 24 saat içinde değişti mi?
2. Dikkat bozukluğu -Hasta dikkatini toplamakta zorluk çekiyor mu? -Hastanın dikkatini sürdürmekte veya başka yöne kaydırmakta sıkıntısı var mı? -Dikkat değerlendirme muayenesinde başarılı oldu mu? -Şimdi size harfleri okuyacağım. Her A harfini duyduğunuzda elimi sıkınız (Bir harfi bir saniyede okuyun). -L T P E A O A I C T D A L A A -A N I A B F S A M R Z E O A D -P A K L A U C J T O E A B A A -Z Y F M U S A H E V A A R A T -Sekizden fazla doğru cevap verdi mi?
3. Düşünce organizasyonunun bozulması -Hasta ekstübe ise, hastanın konuşması, düşünce içeriği, akışı ve organizasyonu bozulmuş mu, düşünce içeriği konudan konuya atlama şeklinde mi? -Hasta ventilatörde ise şu sorulara cevap verebiliyor mu? • Taş suda yüzer mi? • Denizde balık var mı? • 1 kg 2 kg'dan daha mı ağırdır? • Çivi çakmak için çekiç kullanabilir misiniz? -Hasta soruları izleyebiliyor, aşağıdaki komutlara uyabiliyor mu? • Düşüncelerinizde karışıklık, düzensizlik var mı? • Bu kadar parmağınızı kaldırın (Muayene eden, hastanın görebileceği mesafede iki parmağını kaldırır). • Aynı hareketi diğer elinizle yapın.
4. Kapanmış bilinç düzeyi -Aşırı uyarılmış, -Letarjik (Uykulu fakat hemen uyandırılabilir, çevresinde olup bitenlerin bazılarının farkında değil), -Stupor (Zorla veya tekrarlayan uyaranlarla uyandırılıyor, çevresinde olup bitenlerin çoğunun veya hiçbirisinin farkında değil), -Koma (Uyandırılmıyor)

(1).

YENİ DELİRYUM DEĞERLENDİRME SKALASI:
1)Fizikomotor aktivite: 0 normal 1 hafif artmış(ajitasyon veya huzursuzluk)veya aktivitede azalma 2 orta düzeyde artmış(tüpünü çekmeye çalışan veya bulunduğu servisi terk etmeye çalışan veya azalmış aktivite 3 aşırı düzeyde artan(tespit edilmeye sebep olacak ajitasyon) veya azalan aktivite(istenileni dahi yapamaz düzeyde)
2) Oryantasyon 0 normal 1 disoryantasyon (zaman veya mekan veya insan) 2 didisoryantasyon (zaman ve mekan veya zaman ve insan veya mekan ve insan) 3 disoryantasyon (yer- zaman -mekan)
3) Dikkat 0 normal 1 konsantrasyon güçlüğü 2 orta derecede dikkat bozukluğu ve dağınıklığı 3 dikkatte genel bozukluk
4 hafıza 0 Normal 1 yakın veya şimdiki bellekte bozukluk 2yakın ve şimdiki bellekte bozukluk 3 yakın şimdiki ve uzak bellekte ki bozukluk
5 algı 0 normal 1 canlı rüyalar ve/veya kabuslar 2 Geçici yanılsamalar ve / veya halüsinasyonlar 3 Kalıcı yanılsamalar ve / veya halüsinasyonlar (sanrısız deneyim)
6 düşünce 0 Normal 1 Kısmen bozulmuş düşünce 2 tamamen bozulmuş düşünce 3 tutarsızlık
7 Düşünce içeriği 0 Normal 1 aşırı değerli düşünce (sürekli hareket etmez ve bunun yanlış olduğunu bilir.) 2 kısmi sanrı (bazen hareket eder ve yanlış olduğunu sorgulayabilir) 3 sanrı (sürekli hareket eder ve yanlış olduğunu sorgulamaz)
8 Uyku –uyanıklık döngüsü 0 Normal 1 gündüz belirgin uyuşukluk gecenin büyük bir kısmında uyanıklılık 2 gündüz uykulu gece ise tamamen uyanıklılık 3 gece ve gündüz ya hiç uyumaz ya da uykuludur.
9 günlük değişiklik 0 dalgalanma yok 1 gündüzler normal iken semptomlar gece ortaya çıkar 2 gece ve gündüz semptomlar aralıksız ortaya çıkar 3 semptomlar gece ve gündüz dalgalanma gösterir.
10 ruh hali değişkenliği 0 dalgalanma yok 1 bir saat içinde ruh hali değişir 2 dakikalar içinde ruh hali değişir 3 duyguların ciddi bozulması (öfke patlamaları, kontrolsüz kahkaha ya da ağlama)(72).

Yeni Deliryum Değerlendirme Skalası (NDRS); gözlemcinin sorduğu on soruya verilen yanıtlar doğrultusunda, deliryumun ana bulgularının değerlendirildiği, DSM-IV ve mevcut klinik araştırmalara dayanarak geliştirilmiş bir değerlendirme ölçütüdür (72).



BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma İzmir ili üniversite hastanelerinde ki yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin ve doktorların deliriumun yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı.

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma İzmir ili üniversite hastanelerinde Cerrahi ve dahili yoğun bakımlarında Kasım 2014 – Şubat 2015 tarihleri arasında uygulandı.

- ✓ Anestezi yoğun bakım
- ✓ İç hastalıkları yoğun bakım
- ✓ Koroner yoğun bakım
- ✓ Göğüs- kalp damar cerrahisi yoğun bakımı

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Kasım 2014 -Şubat 2015 tarihleri arasında İzmir ili Üniversite Hastanelerinde ki yoğun bakımlarda çalışan tüm hemşireler ve asistan ve uzman hekimler oluşturdu. (Toplam 348 kişi)

Bölüm / Çalıştığı Hastane	Ege Üniversitesi Hastanesi	Dokuz Eylül Üniversitesi hastanesi		Katip Çelebi Üniversitesi Hastanesi
		Hemşire	Hekim/Uzman hekim	
Anestezi Yoğun Bakım	50	36	8/5	40
Göğüs Kalp Damar Yoğun Bakım	28	19	7	16
Koroner Yoğun Bakım	28	14	5	14
İç Hastalıkları Yoğun Bakım	10	35	8	25
Toplam	116	104	28/5	95

2.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Kasım 2014 -Şubat 2015 tarihleri arasında İzmir ili üniversite hastanelerinde ki yoğun bakımlarda çalışan tüm hemşireler ve doktorlardan araştırmaya katılmayı kabul eden, yaş, cinsiyet, eğitim durumu ayırt edilmeksizin ve ulaşılabilen tüm hemşireler ve hekimler örnekleme alındı. Araştırmaya katılmayı reddeden, cerrahi birimde çalışma süresi 1 aydan az olan hemşireler ve doktorlar örnekleme alınmadı. Araştırmaya 100 kişi Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinden, 52 Kişi Ege Üniversitesi Hastanesinden, 23 Kişi Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesinden katılmıştır. Bunlardan 151'i hemşire , 24'ü de hekim dir.

2.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

2.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Yoğun bakımda çalışan hemşireler ve doktorların deliryuma ilişkin bilgi düzeyleri, tutumları ve davranışları bağımlı değişkenleri oluşturdu.

2.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Sonuç kriterlerini etkileyebileceği düşünülen sağlık çalışanının yaşı, eğitim düzeyleri, okulda ya da çalışma yerlerinde deliryum ile ilgili bilgi alıp almama durumları, meslekteki çalışma yılları gibi sosyo-demografik özellikler bağımsız değişkenleri oluşturdu.

2.6. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

2.6.1. VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik bilgi formu, literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilen deliryum bilgisi, tutumu ve uygulamaları soru formu olmak üzere toplam 47 sorudan oluşmaktadır.

Veri toplama formu hazırlandıktan sonra formun ölçek ve kapsam geçerliliğini test etmek amacıyla 10 öğretim üyesinden uzman görüşü alındı. Uzman görüşü için veri toplama formunun her bir maddesi Waltz ve Bausell tarafından geliştirilmiş Content Validity Index

(CVI)'e göre uyarlanarak bir dereceleme ölçütü geliştirildi. Bu aracı kullanarak uzmanlar her bir maddenin ölçüm değeri ile ilgili olarak 1 ile 4 arasında puan vermişler ve değişiklik gereken maddelerdeki değişiklikleri maddeler üzerinde belirtmişlerdir. Uzmanların sorular için verdikleri puan ortalamaları alındı ve her madde için verilen puan ortalamaları 2.5' ten büyük olduğu için veri toplama formu kapsam yönünden geçerli kabul edildi. Uzmanların önerileri doğrultusunda madde değişiklikleri yapıldı ve veri toplama formuna son şekli verildi.

Sorulara verilen cevaplarda tutarlılığın olması, elde edilen sonuçların güvenilirliğini arttıracaktır. Sağlık çalışanlarının bilgi, tutum ve uygulama sorularına vermiş oldukları cevaplar arasındaki iç uyumu değerlendirildiğinde, Cronbach alfa değeri 1 değerine oldukça yakın olması nedeniyle (Bilgi Formu Cronbach's alfa değeri: 0.761; Tutum Formu Cronbach's alfa değeri: 0.783 ; uygulama formu Cronbach's alfa değeri:0.760) cevaplar arasında yüksek uyum ve tutarlılık olduğu söylenebilir.

2.6.1.1. Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu

Oluşturulan soru formu katılımcı yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve çalışma yılı gibi hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerini içeren 9 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümün amacı ayrıca okul dönemlerinde ve çalışma dönemlerinde deliryum konusunda eğitim alıp almadıklarını saptamaktır.

2.6.1.2 Deliryum Bilgisi Soru Formu

Deliryum soru formu katılımcıların bilgi düzeyini ölçmek oluşturuldu. 9 tane çoktan seçmeli 10 tane doğru-yanlış olmak üzere 19 sorudan oluşmaktadır. Her doğru soruya 1 puan verilerek; formdan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 19 olarak belirlendi. Kişilerin bilgi düzeyi durumlarını belirlemek için; 0-4 puan arası kötü, 5-9 puan arası orta, 10-14 puan arası iyi, 15-19 puan arası çok iyi olarak değerlendirildi. Formun Cronbach's alfa değeri 0.761 olarak saptandı.

2.6.1.3. Deliryuma Yönelik Tutum Değerlendirme Formu

Kişilerin deliryuma yönelik tutumlarını ölçmek için kullanıldı. Olumlu ve olumsuz kavramlar olmak üzere toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Formun Cronbach's alfa değeri 0.783 olarak saptandı.

Beşli likert tipinde oluşturulan forma verilecek cevaplar “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Az katılıyorum” “Katılıyorum”, “Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde standardize edildi. Olumlu sorularda “Kesinlikle katılmıyorum” cevabına 1 puan, “Katılmıyorum” cevabına 2 puan , “Az katılıyorum” cevabına 3 puan , “Katılıyorum” cevabına 4 puan , “Kesinlikle Katılıyorum” cevabına 5 puan verildi. Olumsuz sorularda ise “Kesinlikle katılmıyorum” cevabına 5 puan, “Katılmıyorum” cevabına 4 puan , “Az katılıyorum” cevabına 3 puan , “Katılıyorum” cevabına 2 puan , “Kesinlikle Katılıyorum” cevabına 1 puan verildi. . Formdan alınabilecek en düşük puan “10”, en yüksek puan “50” olarak belirlendi.

2.6.1.4 Deliryuma Yönelik Uygulama Değerlendirme Formu

Oluşturulan soru formu katılımcıların deliryum yönetiminde ki uygulamalarını değerlendirmek içindir. Toplam 9 sorudan oluşmaktadır. Uygulama değerlendirme formunda, “her zaman” cevabına 3 puan, bazen sorusuna 2 puan, hiç birzaman 1 puan verildi. Formdan alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan 27 olarak belirlendi. Formun Cronbach’s alfa değeri 0.760 olarak saptandı.

Bilgi Tutum Ve Uygulama Formlarının Cronbach A Değerleri, En Düşük, En Yüksek Puanları Ve Formdan Alınan Ortalama Puanlar

Formlar	Ortalama	min	Max	Cronbach’s α
Bilgi puanı	12.6	0	19	0.761
Tutum puanı	39.6	0	50	0.783
Uygulama puanı	23.6	0	30	0.760

2.6.2. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Anket formuyla birlikte katılımcılara çalışmanın amacını, gizlilik güvencesi ve bilgilerin isim belirtilmeden çalışma yerlerinde çalışmacıya elden teslim edileceğini kapsayan bir davet mektubu verilecektir. Katılımcılara ayrıca araştırmacının iletişim bilgilerini içeren izin formu verildi.

Anket formu sosyo-demografik bilgiler, bilgi, tutum ve uygulamaları değerlendirilerek değişik bölümlerde tamamlandı. Araştırmacı verilerin çoğunu bireysel olarak toplayacak, anket formunu çalışma saatleri dışında ya da evde tamamlamak isteyen katılımcılara anket

formu teslim edildi, sonrasında geri toplandı. Veri toplamadan önce katılımcılar davet mektubunu ve izin formunu teslim alındı ve imzalatıldı.

2.7. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRME TEKNİKLERİ

Araştırma sonucu elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS-Statistical Package for Social Science (SPSS) paket programında yapılacaktır. Bilgi, tutum ve uygulama formlarının cevapları arasındaki iç güvenirliliği incelemede Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştı. Bilgi ve tutum skorlarının normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı Kolmogrov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile test edildi. Bilgi ve tutum skorlarının normal dağılım göstermemesi nedeniyle bu skorları etkileyen parametreleri belirlemede non parametrik testler (Mann Whitney U veya Kruskal Wallis) kullanıldı. Değerlendirilen parametrenin iki kategorili olması halinde skorların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Değerlendirilen parametrenin 3 veya üzeri kategorili olması durumunda ise skorların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kruskal Wallis testi ile yapılan karşılaştırmalarda anlamlı bulunan durumlar için farklılığın hangi gruplar arasından kaynaklandığını saptamak amacıyla ikili alt grup karşılaştırmaları Mann Whitney U testi ile değerlendirildi. P değeri 0,05'ten küçük olduğunda istatistiksel açıdan anlamlılık olduğu göz önünde bulunduruldu. Araştırmanın amacına uygun olarak verilerin analizinde;

- Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri, deliryuma yönelik bilgi düzeyleri (Doğru cevap yüzdeleri hesaplanarak bulunacaktır), deliryuma yönelik tutumları, deliryuma yönelik uygulamaları sayı, yüzde ve ortalama olarak verildi.

Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine göre cevap farklılıklarını test etmek için ki-kare testi ve t testi kullanıldı.

- Araştırma kapsamındaki veriler sayı, yüzde, Man Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile analiz edildi.

Bilgi düzeyi katılımcıların “deliryum yönetimi bilgisi soru formu”na verdikleri doğru cevap sayısına göre belirlendi . Bilgi düzeyi yüzdelerle ifade edilecektir. Bu yüzdeler katılımcıların bilgi düzeyini derecelendirmek amacıyla literatürde bununla ilgili standart olmamasından dolayı araştırmacı tarafından orta , iyi , çok iyi olarak düzenlenecektir. Ayrıca kişilerin tutum ve uygulama puanları da hesaplandı

2.8. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu'ndan onay alınacaktır. Çalışmanın yürütülebilmesi için çalışmanın yapılacağı Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Ege üniversitesi hastanesi ve Katip Çelebi üniversite hastanesi Etik Kurulu'ndan izin alındı.

Araştırmaya katılmaya istekli olanlar araştırma kapsamına alındı. Araştırmaya katılacak hemşirelere ve doktorlara anket formuyla birlikte araştırmanın konu ve amacını anlatan ve araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları ve verilerin hiç bir şekilde kimlik belirtilmeden sadece araştırma için kullanılmayacağı hakkında bilgi veren bir davet mektubu ve onam formu verilecek ve katılımcılardan imzalaması istendi.

2.9. SÜRE VE OLANAKLAR

	TARİH					
Yapılan çalışmalar	Nisan- Mayıs 2014	Haziran 2014	Temmuz 2014	Kasım- Şubat 2014	Şubat- Mart 2015	Mart- Nisan 2015
Litaratür inceleme ve konu seçimi	✓					
Tez önerisi		✓				
Düzeltilmelerin yapılması kullanılan materyallerin sağlanması			✓			
Veri toplama aşaması				✓		
Verilerin değerlendirilmesi/ analizi aşaması					✓	
Tez yazımı						✓

BÖLÜM III

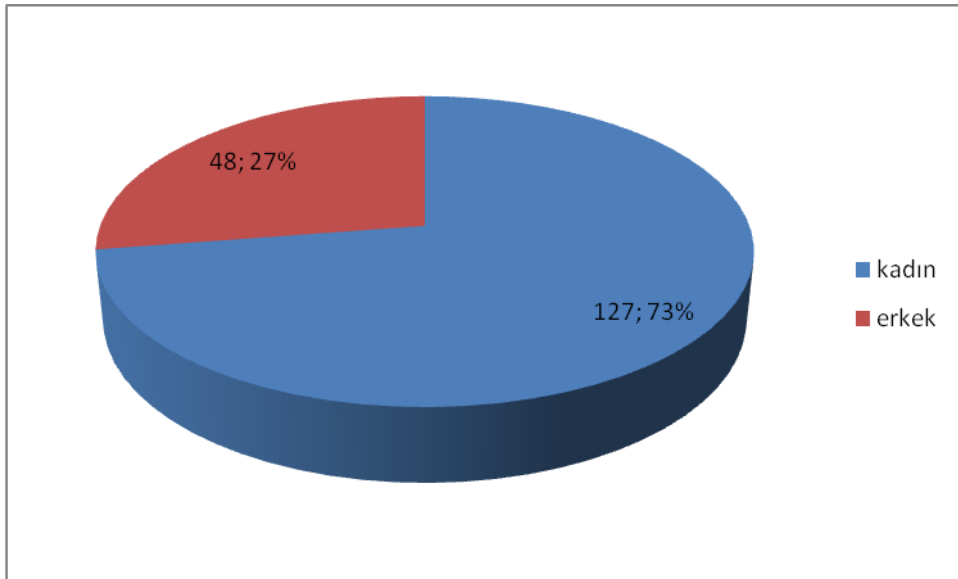
3. BULGULAR

Tablo 1: Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (s=175)

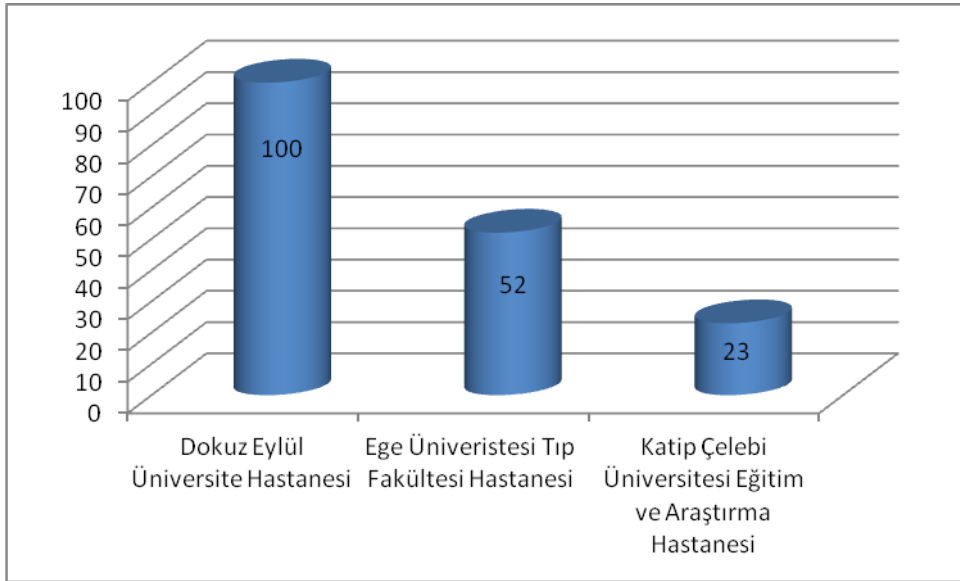
TANITICI ÖZELLİKLER	SAYI	%
Cinsiyet		
Kadın	127	72.6
Erkek	48	27.4
Yaş Grubu		
18-22 Yaş	3	1.7
23-27 Yaş	33	18.9
28-32 Yaş	87	49.7
33-37 Yaş	39	22.3
38-42 Yaş	7	4
43 Ve Üzeri	6	3.4
Bölümü		
Anestezi Yoğun Bakım	82	46.9
Koroner Yoğun Bakım	30	17.1
Göğüs Kalp Damar Yoğun Bakım	33	18.9
İç Hastalıkları Yoğun Bakım	30	17.1
Eğitim Durumu		
Lisans	128	73.1
Yüksek Lisans	41	23.4
Doktora	6	3.4
Çalışma Yılı		
0-1 Yıl	14	8
2-5 Yıl	72	41.1
6-10 Yıl	64	36.6
11-15 Yıl	16	9.1
16 Ve Üzeri Yıl	9	5.1
Görevi		
Sorumlu Hemşire	6	3.4
Yoğun Bakım Hemşiresi	145	82.9
Asistan Doktor	19	10.9
Uzman Doktor	5	2.9
Eğitim Alma Durumu		
Evet	116	66.3
Hayır	59	33.7
Tanılama Durumu		
Evet	24	13.7
Hayır	151	86.3
Kullanılan Form		
Genel Klinik Değerlendirme	23	13.1
Yok	152	85.7
Çalıştığı Hastane		
Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi	100	57.1
Ege Üniversite Hastanesi	52	29.7
Katip Çelebi Üniversite Hastanesi	23	13.1

Sağlık çalışanlarının yoğun bakımlardaki deliryum yönetimlerinin incelendiği bu çalışma da bulgular aşağıda sunulmaktadır.

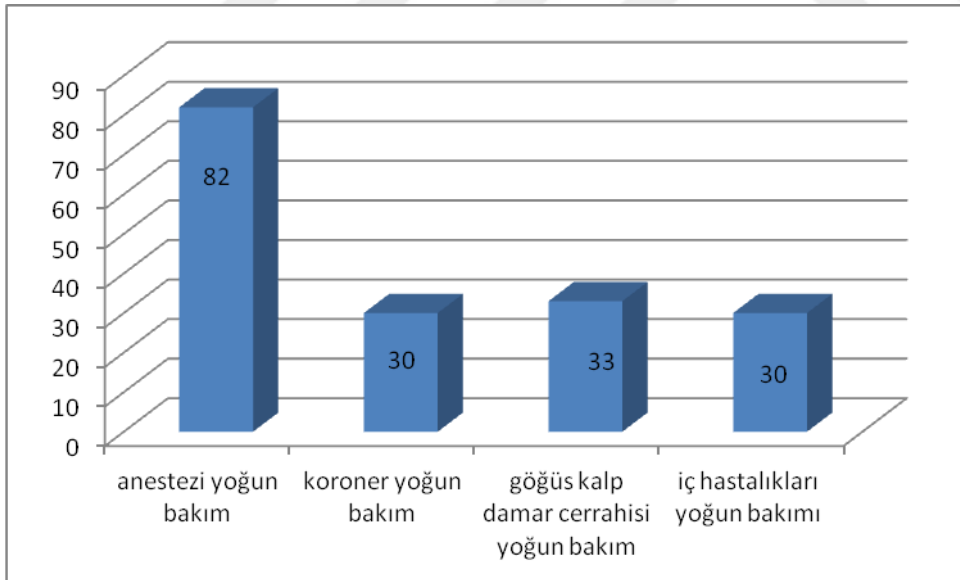
Tablo 1 de Sağlık çalışanlarının deliryum yönetimlerinin incelendiği çalışmaya 127'si (%72,6) kadın, 48'i (%27,4) erkek olmak üzere 175 sağlık çalışanı katıldı. Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 30,81 olarak hesaplandı. Sağlık çalışanlarının 128'i (%73,1) lisans, 41'i (%23,4) yüksek lisans, 6'sı (%3,4) doktora mezunuydu. Sağlık çalışanlarının çalıştıkları bölümler incelendiğinde 82'si (%46,9) Anestezi yoğun bakım, 30'u (%17,1) Koroner yoğun bakım, 33'ü (%18,9) Göğüs kalp damar yoğun bakım, 30'u (%17,1) İç hastalıkları yoğun bakım da görev yapmaktadır. Sağlık çalışanları çalışma yılı yönünden incelendiğinde 14'ü (%8) 0-1 yıl, 72'si (%41,1) 2-5 yıl, 64'ü (%36,6) 6-10 yıl, 16'sı (%9,1) 11-15 yıl, 9'u (%5,1) 16 yıl ve üzeri görev yapmaktadırlar. Sağlık çalışanları meslek dağılımı yönünden incelendiğinde 6'sı (%3,4) sorumlu hemşire, 145'i yoğun bakım hemşiresi, 19'u (%10,9) asistan doktor, 5'i (%2,9) uzman doktor olarak görev yapmaktadır. Eğitim alma durumu yönünden incelendiğinde 116'sı (66,3) deliryum ile ilgili eğitim almış, 59'u (%33,7) ise eğitim almamıştır. Deliryumu tanılama durumları incelendiğinde 24'ü (%13,7) tanılama yaptıklarını, 151'i (%86,3) tanılama yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Çalıştıkları hastane yönünden incelendiğinde 100'ü (%57,1) Dokuz Eylül Üniversite Hastanesinde, 52'si (%29,7) Ege Üniversitesi Hastanesinde, 23'ü (%13,1) Katip Çelebi Üniversitesi Hastanesinde çalışmaktadır.



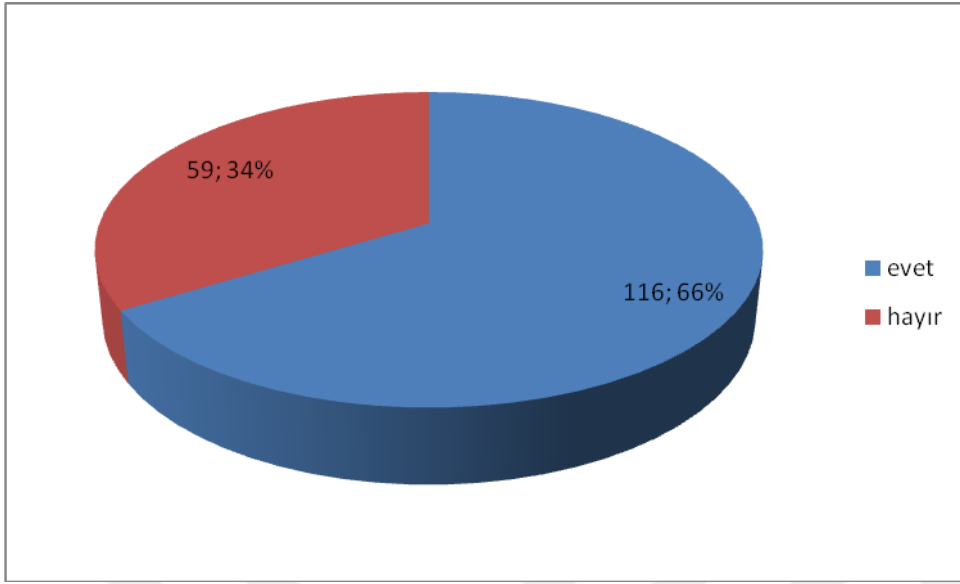
Grafik 1: Sağlık Çalışanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı



Grafik 2: Sağlık Çalışanlarının Çalıştığı Hastaneye Göre Dağılımı



Grafik 3: Sağlık Çalışanlarının Çalıştığı Bölüme Göre Dağılımı



Grafik 4: Sağlık Çalışanlarının Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Tablo 2: Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Bilgi İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Bilgi ifadeleri	Doğru yanıt		Yanlış yanıt		Bilmiyorum yanıtı	
	S	%	S	%	S	%
1 Aşağıdaki ifadelerden hangisi deliryumu tanımlamaktadır?	169	96.6	4	2.3	2	1.1
2 Hangisi deliryumun ileri dönem sonuçlarından değildir?	132	75.5	43	24.6	0	0
3 Aşağıdakilerden hangisi <u>hiperaktif</u> deliryumda olan hastanın özelliklerinden biri değildir?	130	74,3	45	25.7	0	0
4 Aşağıdakilerden hangisinin eksikliği deliryum için risk faktörüdür?	34	19.4	137	78.3	4	2.3
5 Aşağıdakilerden hangisi deliryum ile demans arasındaki farktır?	114	65.1	59	33.7	2	1.1
6 Deliryumun tanılmasında aşağıdaki testlerden hangisi kullanılır?	153	87.4	22	12.6	0	0
7 Aşağıdaki bulgulardan hangisi, deliryum için tanı koymada en önemli semptomdur?	123	70.3	52	29.7	0	0
8 Aşağıdakilerden hangisi deliryum gelişimini önler?	131	74.9	44	25.1	0	0
9 Aşağıdakilerden hangisi deliryum için altta yatan faktör değildir?	55	31.4	117	66.9	3	1.7
10 Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda deliryum görülme riski daha yüksektir.	158	90.3	9	5.1	8	4.6
11 Birden fazla ilaç kullanımı deliryum için risk faktörüdür.	137	78.3	22	12.6	16	9.1
12 Deliryum mortaliteyi önemli şekilde arttıran bir hastalıktır.	122	69.7	39	22.3	14	8
13 Kardiyak ve kalça cerrahisi deliryum için en yüksek risk faktörüdür.	89	50.9	58	33.1	28	16
14 Hipoaktif deliryum çoğunlukla depresyon ile karıştırılmaktadır.	106	60.6	53	30.3	16	9.1
15 İnvaziv girişimler deliryum için risk faktörüdür.	103	58.9	59	33.7	13	7.4
16 Karma deliryumda hasta gün içinde farklı davranışlar gösterir.	126	72	33	18.9	16	9.1
17 Non-farmakolojik yöntemlerle deliryum gelişimi önlenemez.	107	61.1	33	18.9	35	20
18 Deliryum morbidite ve mortaliteyi arttıran en önemli yoğun bakım komplikasyonlardan biridir.	111	63.4	45	25.7	19	10.9
19 Yoğun bakımlarda ki uyaran fazlalığı hastalarda deliryum gelişmesini etkilemez.	114	65.1	45	25.7	16	9.1

Tablo 2’de Sağlık çalışanlarının deliryum ile ilgili bilgi ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde ; “Aşağıdaki ifadelerden hangisi deliryumu tanımlamaktadır ?” ifadesini 169’u (%96,6) doğru yanıtlarken 4’ü (%2,3) yanlış, 2’si (%1,1) bilmiyorum yanıtını vermiştir. “Hangisi deliryumun ileri dönem sonuçlarından değildir ?” ifadesini 132’si (% 75,5) doğru yanıtlarken, 43’ü (%24,6) yanlış yanıt vermiştir. “Aşağıdakilerden hangisi hiperaktif deliryumda olan hastanın özelliklerinden biri değildir?” ifadesini 130’u (%74,3) doğru yanıtlarken, 45’i (%25,7) yanlış yanıt vermiştir. “Aşağıdakilerden hangisinin eksikliği deliryum için risk faktörüdür?” ifadesini 34’ü (%19,4) doğru yanıtlarken, 137’si (%78,3) yanlış, 4’ü (%2,3) bilmiyorum yanıtını vermiştir. “Aşağıdakilerden hangisi deliryum ile demans arasındaki farktır?” ifadesini 114’ü (%65,1) doğru yanıtlarken, 59’u (%33,7) yanlış, 2’si (%1,1) bilmiyorum yanıtını vermiştir. “Deliryumun tanılmasında aşağıdaki testlerden hangisi kullanılır?” ifadesini 153’ü (%87,4) doğru yanıtlarken, 22’si (%12,6) yanıt vermiştir. Aşağıdaki bulgulardan hangisi, deliryum için tanı koymada en önemli semptomdur?” ifadesine 123’ü(%70,3) doğru yanıt verirken, 52 si (%29,7) yanlış yanıt vermiştir. “Aşağıdakilerden hangisi deliryum gelişimini önler ?”ifadesine 131’i (%74,9) doğru yanıtlarken, 44’ü (%25,1) yanlış yanıt vermiştir. “Aşağıdakilerden hangisi deliryum için altta yatan faktör değildir?” ifadesini 55’i (%31,4)doğru yanıtlarken, 117’si (%66,9) yanlış, 3’ü (%1,7) bilmiyorum yanıtını vermiştir. “Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda deliryum görülme riski daha yüksektir.” İfadesini 158’i (%90,3) doğru yanıtını verirken, 9’u (%5,1) yanlış yanıtı, 8’i (%4,6) bilmiyorum yanıtını vermiştir. “Birden fazla ilaç kullanımı deliryum için risk faktörüdür.” İfadesini 137’si (%78,3) doğru yanıtlarken, 22’si (%12,6) yanlış, 16’sı (%9,1) bilmiyorum yanıtını vermiştir. “Deliryum mortaliteyi önemli şekilde arttıran bir hastalıktır.” İfadesini 122’si (%69,7) , 39’u (%22,3) yanlış, 14’ü (%8) bilmiyorum yanıtını vermiştir. “Kardiyak ve kalça cerrahisi deliryum için en yüksek risk faktörüdür.” ifadesini 89’u (%50,9) doğru yanıtlarken, 58’i (%33,1) yanlış, 28’i (%16) bilmiyorum yanıtını vermiştir. “Hipoaktif deliryum çoğunlukla depresyon ile karıştırılmaktadır.” ifadesini 106’sı (%60,6) doğru yanıtlarken, 53’ü (%30,3) yanlış, 16’sı (%9,1) bilmiyorum yanıtını vermiştir. “İnvaziv girişimler deliryum için risk faktörüdür.” İfadesini 103’ü (%58,9) doğru yanıtlarken, 59’u (%33,7) yanlış, 13’ü (%7,4) bilmiyorum yanıtını vermiştir. “Karma deliryumda hasta gün içinde farklı davranışlar gösterir.” İfadesini 126’sı (%72) doğru yanıtlarken, 33’ü (%18,9) yanlış, 16’sı (%9,1) bilmiyorum yanıtını vermiştir. “Non-farmakolojik yöntemlerle deliryum gelişimi önlenemez.” İfadesini 107’si (%61,1) i doğru yanıtlarken, 33’ü (%18,9) yanlış, 35’i (%20) bilmiyorum

yanıtını vermiştir. “Deliryum morbidite ve mortaliteyi arttıran en önemli yoğun bakım komplikasyonlardan biridir.” İfadesini 111 i (%63,4) doğru yanıtlarken, 45 i (%25,7) yanlış, 19 u (%10,9) bilmiyorum yanıtını vermiştir. “Yoğun bakımlarda ki uyaran fazlalığı hastalarda deliryum gelişmesini etkilemez.” ifadesini 114 (%65,1) doğru yanıtlarken, 45 i (%25,7) yanlış, 16’sı (%9,1) bilmiyorum yanıtını vermiştir.



Tablo 3: Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Tutum İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Tutum İfadeleri	Kesinlikle katılıyorum		Katılıyorum		Az katılıyorum		Katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1 Hastanın anlayabilmesi için tane ve normal ses tonu ile konuşurum.	78	44.6	96	54.9	1	0.6	0	0	0	0
2 Hasta ajiteleştğinde (kendine ve çevresine zarar verdiğinde) onu bağlarım.	52	29.7	113	64.6	8	4.6	2	1.1	0	0
3 Hastaya karşı anlayışlı davranırım.	50	28.6	108	61.7	17	9.7	0	0	0	0
4 Bu hastalara bakmaktan hiç hoşlanmam.	22	12.6	38	21.7	35	20	67	38.3	13	7.4
5 Bu hastalara Non-farmakolojik tüm yöntemleri denerim.	52	29.7	98	56	14	8	11	6.3	0	0
6 Hastanın ajitasyonunun sebebini anlamaya çalışırım.	41	23.4	129	73.7	5	2.9	0	0	0	0
7 Deliryumlu hastaların beni gereksiz şekilde yorduğunu düşünürüm.	20	11.4	32	18.3	58	33.1	55	31.4	10	5.7
8 Nöbetim boyunca deliryumlu hastadan uzak dururum.	5	2.9	20	11.4	49	28	74	42.3	27	15.4
9 Hastayı sakinleştirmek için ziyaretçileri ile konuşmasını sağlarım.	49	28	118	67.4	6	3.4	2	1.1	0	0
10 Hasta bana zarar verdiyse, bende ona zarar vermeyi düşünürüm.	0	0	2	1.1	5	2.9	43	24.6	125	71.4

Tablo 3'te Sağlık çalışanlarının deliryum ile ilgili tutum ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde %44,6'sının "Hastanın anlayabilmesi için tane tane ve normal ses tonu ile konuşurum." İfadesine kesinlikle katılıyorum ve %54,9'unun katılıyorum yanıtıyla doğru tutumu gösterdikleri saptandı. Çalışanların %61,7'sinin "Hastaya karşı anlayışlı davranırım." ifadesine katılıyorum ve %28,6'sının kesinlikle katılıyorum yanıtıyla doğru tutumu gösterdikleri saptandı.

Sağlık çalışanlarının "Bu hastalara bakmaktan hiç hoşlanmam." ifadesine %12,6'sı kesinlikle katılıyorum, %21,7'si katılıyorum, %20'si az katılıyorum, %38,3'ü katılmıyorum ve %7,4'ü kesinlikle katılmıyorum yanıtını vermiştir. Ancak toplam %34,3'ü kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum yanıtını vermiştir. Yani bu hastalara bakmaktan hoşlanmadığını ifade eden sağlık çalışanının da sayısı yüksektir.

Sağlık çalışanlarının %56'sı "Bu hastalara Non-farmakolojik tüm yöntemleri denerim." İfadesine katılıyorum ve %29,7'si kesinlikle katılıyorum yanıtı vererek; %73,7'sinin "Hastanın ajitasyonunun sebebini anlamaya çalışırım." ifadesine katılıyorum ve %23,4'ünün kesinlikle katılıyorum yanıtıyla, doğru tutumu gösterdikleri saptandı.

Sağlık çalışanlarının %11,4'ü "Deliryumlu hastaların beni gereksiz şekilde yorduğunu düşünürüm." İfadesine kesinlikle katılıyorum, %31,4'ü kesinlikle katılmıyorum, %33,4'ü az katılıyorum yanıtını vermiştir. Ancak toplam %29,7'si kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum yanıtını vermiştir. Yani deliryumlu hastaların onları yorduğunu düşündüğünü ifade eden sağlık çalışanının sayısı da yüksektir.

Sağlık çalışanlarının %42,3'ü "Nöbetim boyunca deliryumlu hastadan uzak dururum." İfadesine katılmıyorum yanıtını vererek; %67,4'ü "Hastayı sakinleştirmek için ziyaretçileri ile konuşmasını sağlarım." ifadesine katılıyorum yanıtını vererek doğru tutum gösterdikleri saptandı.

Sağlık çalışanlarının %71,4'ü "Hasta bana zarar verdiyse, bende ona zarar vermeyi düşünürüm." ifadesine kesinlikle katılmıyorum yanıtını vererek doğru tutum gösterdikleri saptandı.

Tablo 4: Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Uygulama İfadelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Uygulama ifadeleri	Hiçbir zaman		Bazen		Her zaman	
	S	%	S	%	S	%
Işıklandırmaları gece gündüz ayırımını belirleyecek şekilde ayarlarım.	3	1.7	97	55.4	75	42.9
Gürültünün azaltılmasını sağlarım.	3	1.7	97	55.4	75	42.9
Hastanın oryantasyonunu sağlamak için iletişime geçerim.	0	0	55	31.4	120	68.6
Saat ve takvimin hastanın görebileceği yerde olmasını sağlarım.	17	9.7	113	64.6	45	25.7
Hastanın ziyaretçilerini hasta ile konuşması yönünde desteklerim.	1	0.6	57	32.6	117	66.9
Enfeksiyon kontrol önlemlerine uyarım.	0	0	16	9.1	159	90.9
Ağrının kontrol altına alınmasını sağlarım.	0	0	21	12	154	88
Hastanın gözlük ve işitme cihazı kullanımını desteklerim.	3	1.7	54	30.9	118	67.4
Hastanın kendi kendine zarar vermesini önlerim.	0	0	16	9.1	159	90.9

Tablo 4’te Sağlık çalışanlarının deliryum ile ilgili uygulama ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde %42,9’unun “Işıklandırmaları gece gündüz ayırımını belirleyecek şekilde ayarlarım.” ifadesine her zaman, %55,4’ü bazen yanıtını vererek doğru uygulama yaptıklarını ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının %42,9’u “gürültünün azaltılmasını sağlarım.” ifadesine her zaman , %55,4’ü bazen yanıtını vererek doğru uygulama yaptıklarını ifade etmişlerdir.

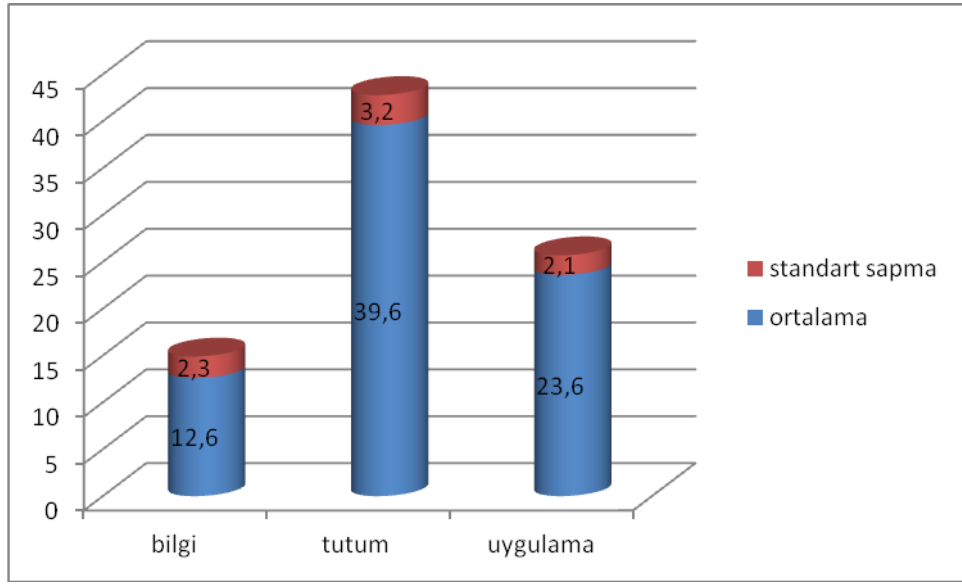
Sağlık çalışanlarının %68,6’sı “Hastanın oryantasyonunu sağlamak için iletişime geçerim.” ifadesine %68,6’sı her zaman yanıtını vererek doğru uygulama yaptıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarının %25,7’si “Saat ve takvimin hastanın görebileceği yerde

olmasını sağlarım.” ifadesine her zaman , %64,6’sı bazen , %9,7’si hiçbir zaman yanıtını vermişlerdir.

“Hastanın ziyaretçilerini, hasta ile konuşması yönünde desteklerim.” ifadesine sağlık çalışanlarının verdikleri yanıt incelendiğinde %66,9’u her zaman , %32,6’sı bazen , %0,6’sı hiçbir zaman yanıtını vermişlerdir. “Enfeksiyon kontrol önlemlerine uyarım.” İfadesine sağlık çalışanlarının verdikleri yanıt incelendiğinde %90,9’u her zaman yanıtını vererek doğru uygulama yaptıklarını ifade etmişlerdir. “Ağrının kontrol altına alınmasını sağlarım.” İfadesine sağlık çalışanlarının verdikleri yanıt incelendiğinde %88’i her zaman yanıtını vererek doğru uygulama yaptıklarını ifade etmişlerdir. “Hastanın gözlük ve işitme cihazı kullanımını desteklerim.” ifadesine sağlık çalışanlarının verdikleri yanıt incelendiğinde ; %67,4’ü her zaman yanıtını vererek doğru uygulama yaptıklarını ifade etmişlerdir. “Hastanın kendi kendine zarar vermesini önlerim.” ifadesine sağlık çalışanlarının verdikleri yanıt incelendiğinde sağlık çalışanlarının %90,9’u her zaman yanıtını vererek doğru uygulama yaptıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 5: Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum Ve Uygulama Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçümler	Ortalama	Standart sapma
Bilgi puanı	12.6	2.3
Tutum puanı	39.6	3.2
Uygulama puanı	23.6	2.1

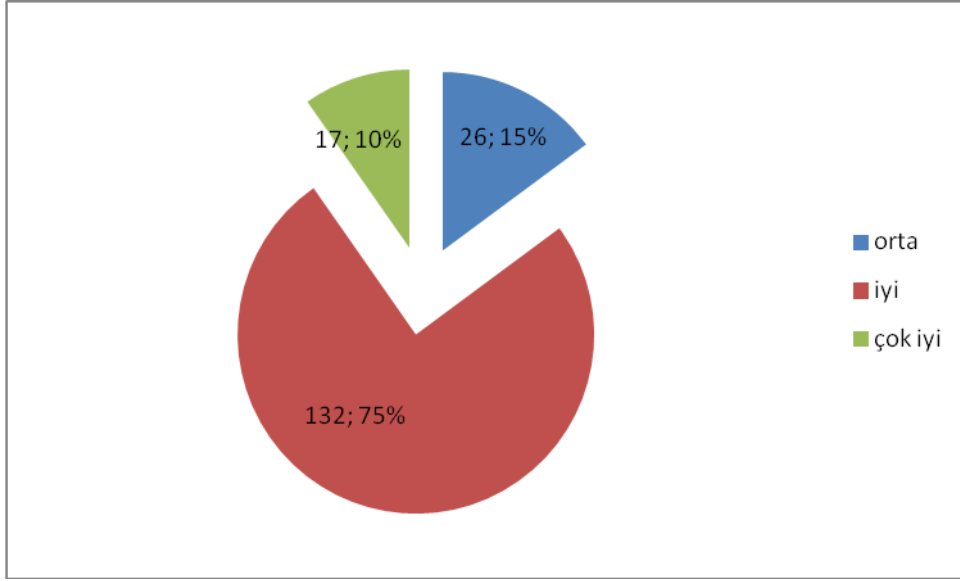


Grafik 5: Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum Ve Uygulama Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 5’te sağlık çalışanlarının deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde bilgi skoru ortalaması 12,6 (SD: 2,3) ,minimum 6 maksimum 19 puandır. Tutum skoru ortalaması 39,6 (SD:3,2) minimum 32 maksimum 47 puandır. Uygulama skoru ortalaması 23,6 (SD:2,1) minimum 18 maksimum 27 puandır.

Tablo 6: Sağlık çalışanlarının deliryum ile ilgili bilgi düzeylerinin sınıflandırılması

Bilgi düzeyi	Sayı	%
Orta	26	14.9
İyi	132	75.4
Çok iyi	17	9.7



Grafik 6: Sağlık Çalışanlarının Deliryum İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Sınıflandırılması

Tablo 6’da sağlık çalışanlarının deliryum ile ilgili bilgi düzeylerinin sınıflandırılması incelendiğinde %14,9 u orta , %75,4 ü iyi , %9,7 si çok iyi bilgi düzeyine sahip bulunmuştur.

Tablo 7: Sağlık Çalışanlarının Cinsiyete Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum Ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçümler	Cinsiyet				Anlamlılık test değeri
	Kadın		Erkek		
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Bilgi puanı	12.57	2.53	12.85	1.6	MW=2627,50 P=0.155
Tutum puanı	39.86	3.13	39.18	3.55	MW=2702.000 P=0.245
Uygulama puanı	23.75	2.12	23.5	2.37	MW=2895.000 P=0.604

Tablo 7’de Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre bilgi tutum ve uygulama puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının

cinsiyete göre gruplar arasında anlamlı fark oluşturmadığı saptandı. (BS p: 0.155, TS p: 0.245, US p:0.604)

Tablo 8: Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumuna Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum Ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçümler	Eğitim durumu						Anlamlılık test değeri
	Lisans		Yüksek lisans		Doktora		
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	
Bilgi puanı	12.48	2.31	13.19	2.17	14.46	1.47	KW=16.455 <u>P=0.048</u>
Tutum puanı	39.60	3.21	39.39	3.33	43	2.63	KW=7.563 P=0.109
Uygulama puanı	23.63	2.24	23.70	2.13	24.33	2.06	KW=0.842 P=0.933

Tablo 8’de Sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; tutum ve uygulama puan ortalamalarının eğitim durumuna göre arasında anlamlı fark oluşturmadığı saptandı. (, TP p: 0.109, UP p:0.933). Bilgi puanında ise eğitim durumu ile arasında anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim durumu arttıkça bilgi puanı artmıştır.

Tablo 9: Sağlık çalışanlarının çalışma yılına göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçümler	Çalışma yılı										Anlamlılık test değeri
	0-1 yıl		2-5 yıl		6-10 yıl		11-15 yıl		16 yıl ve üzeri		
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	
Bilgi puanı	13.14	1.87	12.43	2.15	12.68	2.43	12.75	3.17	13.22	1.98	KW=2.386 P=0.665
Tutum puanı	39.71	4.04	39.37	3.21	39.75	3.09	40.62	3.70	39.88	2.93	KW=1.771 P=0.778
Uygulama puanı	24.21	2.19	23.45	2.34	23.64	2.16	24.31	1.66	23.88	1.9	KW=2.406 P=0.662

Tablo 9’da Sağlık çalışanlarının çalışma yılına göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; bilgi puan ortalamalarının çalışma yılına göre arasında anlamlı fark oluşturduğu, tutum ve uygulama puan ortalamalarının çalışma yılına göre arasında anlamlı fark oluşturmadığı saptandı. (BP p: 0.048, TP p: 0.778, UP p:0.662)

Tablo 10: Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları Yoğun Bakıma Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum Ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçümler	Çalıştığı yoğun bakım								Anlamlılık test değeri
	Anestezi		İç Hastalıkları		Koroner		Göğüs Kalp Damar		
	Ort	SS	ort	SS	ort	SS	ort	SS	
Bilgi puanı	12.93	2.70	12.46	1.81	11.9	1.7	12.78	2.05	KW=5.392 P=0.145
Tutum puanı	39.91	3.67	38.5	2.93	40.06	3.06	39.81	2.35	KW=5.694 P=0.127
Uygulama puanı	23.95	2.34	23.36	2.15	23	2.43	23.93	1.34	KW=5.815 P=0.121

Tablo 10’da Sağlık çalışanlarının çalıştıkları yoğun bakıma göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının çalıştıkları yoğun bakıma göre arasında anlamlı fark oluşturmadığı saptandı. (BS p: 0.145, TS p: 0.127, US p:0.121)

Tablo 11: Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum Ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçümler	Mesleği								Anlamlılık test değeri
	Sorumlu hemşire		Yoğun bakım hemşiresi		Asistan doktor		Uzman doktor		
	ort	SS	ort	SS	ort	SS	ort	SS	
Bilgi puanı	13.16	0.98	12.41	2.35	14	2.13	13.8	1.3	KW=12.77 <u>P=0.005</u>
Tutum puanı	40.66	3.14	39.76	3.18	37.73	2.95	43.4	2.88	KW=13.043 <u>P=0.005</u>
Uygulama puanı	25.16	1.16	23.78	2.21	22.21	1.54	24.6	2.19	KW=16.546 <u>P=0.001</u>

Tablo 11’de Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının mesleklerine göre arasında anlamlı fark oluşturduğu saptandı. Ama anlamlılığın kaynağını bulmak için ikili olarak karşılaştırma yapılmıştır.

Tablo 12: Sağlık Çalışanlarının Deliryum Hakkında Eğitim Alma Durumlarına Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum Ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçümler	Eğitim alma durumu				Anlamlılık test değeri
	Evet		Hayır		
	Ort	SS	ort	SS	
Bilgi puanı	12.81	2.14	12.32	2.63	MW=2731.500 <u>P=0.027</u>
Tutum puanı	39.50	3.38	40.01	2.99	MW=3188,0 P=0.458
Uygulama puanı	23.81	2.21	23.42	2.12	MW=3093,5 P=0.294

Tablo 12’de Sağlık çalışanlarının deliryum hakkında eğitim alma durumlarına göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde sadece bilgi puan ortalamalarının eğitim alma durumuna göre anlamlı fark oluşturduğu saptandı. Eğitim alanların bilgi puanı daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tutum ve uygulama puanları incelendiğinde eğitim alma durumlarına göre anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 13: Sağlık Çalışanlarının Deliryum Tanılaması Yapma Durumlarına Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum Ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçümler	Tanılama yapma durumu				Anlamlılık test değeri
	Evet		Hayır		
	Ort	SS	ort	SS	
Bilgi puanı	13.58	2.26	12.50	2.30	MW=1280,0 <u>P=0.02</u>
Tutum puanı	38.75	3.37	39.82	3.22	MW=1449,5 P=0.114
Uygulama puanı	23.95	2.07	21.30	2.01	MW=1313,0 <u>P=0.028</u>

Tablo 13'te sağlık çalışanlarının deliryum tanılaması yapma durumlarına göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının tanılama yapma durumuna göre arasında anlamlı fark oluşturduğu saptandı. Bu farka bilgi ve uygulama skorunda rastlandı. Tanılama yapan kişilerin, tanılama yapmayanlara göre bilgi ve uygulama skorları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 14: Sağlık Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum Ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçüm	Yaş grupları												Anlamlılık test değeri
	18-22 yaş		23-27 yaş		28-32 yaş		33-37 yaş		38-42 yaş		43 ve üzeri		
	Ort	SS	Ort	SS	ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	
Bilgi puanı	14.0	1.73	12.12	1.88	12.66	2.29	13	2.6	11	2.36	14.33	2.25	KW=9.596 P=0.88
Tutum puanı	43.6	3.5	40	3.1	39.34	3.38	39.41	2.83	39.28	2,28	42.66	3.82	KW=8.947 P=0.111
Uygulam a puanı	23.72	2.21	23.7	2.21	23.45	2.20	23.66	2.25	23.85	0.89	25	1.54	KW=10.672 P=0.04

Tablo 14’te Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının tanılama yapma durumuna göre arasında anlamlı fark oluşturduğu saptandı. Bu farka uygulama skorunda rastlandı. Yaş arttıkça uygulama skorunun arttığı bulunmuştur.

Tablo 15: Sağlık Çalışanlarının Yaşı Ve Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranış Skorları Arasındaki Korelasyon*

	Yaş	Bilgi skoru	Tutum skoru	Uygulama skoru
Yaş	X	Korelasyon katsayısı=0.62 P=0.414	Korelasyon katsayısı = -0.064 P= 0.398	Korelasyon katsayısı= -0.014 P=0.850
Bilgi puanı	Korelasyon katsayısı=0.062 P=0.414	X	Korelasyon katsayısı= 0.089 P=0.243	Korelasyon katsayısı=0.188 <u>P=0.013</u>
Tutum puanı	Korelasyon katsayısı = -0.064 P= 0.398	Korelasyon katsayısı= 0.089 P=0.243	X	Korelasyon katsayısı=0.188 <u>P=0.017</u>
Uygulama puanı	Korelasyon katsayısı= -0.014 P=0.850	Korelasyon katsayısı=0.188 <u>P=0.013</u>	Korelasyon katsayısı=0.188 <u>P=0.017</u>	X

*Spearman Korelasyon katsayısı verildi.

Tablo 15'te Sağlık çalışanlarının yaşı ve deliryum ile ilgili bilgi tutum ve davranış skorları arasındaki korelasyonu incelendiğinde uygulama skoru ile bilgi ve tutum arasında bir korelasyon bulunmuştur. Uygulama skoru arttıkça bilgi ve tutum skorunun arttığı gözlenmiştir.

Tablo 16: Meslek Gruplarının İkili Olarak Bilgi Tutum Ve Uygulama Puanlarının Karşılaştırılması

	Bilgi puanı	Tutum puanı	Uygulama puanı
Sorumlu hemşire Asistan doktor	X	X	MW=4.000 P=0.1002
Yoğun bakım hemşiresi Asistan doktor	MW=804.500 <u>P=0.003</u>	X	MW=702.000 <u>P=0.000</u>
Yoğun bakım hemş. Uzman doktor	X	MW=141.000 <u>P=0.02</u>	X
Asistan doktor Uzman doktor	X	MW=10.500 <u>P=0.008</u>	MV=18.000 <u>P=0.027</u>

Tablo 16 da meslek gruplarının ikili olarak bilgi tutum ve uygulama skorlarının karşılaştırıldığında yoğun bakım hemşiresi ve asistan doktor arasında bilgi ve uygulama skoru, yoğun bakım hemşiresi uzman doktor arasında tutum skoru, asistan doktor ve uzman doktor tutum ve uygulama skoru karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 17: Hemşire Ve Hekimlerin Deliryum İle İlgili Bilgi Tutum Ve Uygulama Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçümler	Mesleği				Anlamlılık değeri testi
	Hemşire		Hekim		
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Bilgi puanı	12,283	1,665	13,90	1,63	MW=1280,0 <u>P=0.02</u>
Tutum puanı	40,21	3,16	40,565	2,915	MW=1449,5 <u>P=0.114</u>
Uygulama puanı	24,470	1,685	23,405	1,865	MW=1313,0 <u>P=0.028</u>

Tablo 17 de Hemşire ve hekimlerin bilgi tutum ve uygulama puanları karşılaştırıldığında ; bilgi ve uygulama puanları arasında istatistiksel olarak anlam bulunmuştur. bilgi puanı hekimlerin daha fazla , uygulama puanı ise hemşirelerin daha fazla bulunmuştur.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Deliryum kendi başına bir hastalık olmayıp, ani başlayan, genel olarak bilişsel işlevlerin bozulması, bilinç durumunda değişiklik, dikkat bozuklukları, artmış ya da azalmış psikomotor aktivite ve uyku-uyanıklık döngüsünün düzensizliği ile karakterize geçici, organik mental bir sendromdur (3,4).

Deliryum ciddi sonuçlara neden olan bir sendromdur. Bunun nedenleri deliryumun hastanede yatan hastalarda mortalite hızını arttırması, hastanede kalış süresini uzatması, daha fazla komplikasyonlara yol açması dolayısıyla hastane maliyetini arttırmasıdır. (Truman 2007). Deliryum, yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar için önemli bir sorun olmasına karşın, genellikle sağlık ekibi üyeleri tarafından erken dönemde fark edilemediği görülmektedir (5,11).

Yapılan çalışmalar yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların %40-80 'inde deliryum geliştiğini göstermektedir. Yoğun bakım ünitesinde deliryum gelişen hastalarda mortalite ve morbidite oranlarının arttığı, hastanede kalış süresinin uzadığı ve tedavi edilmediğinde hastaneden çıktıktan sonra fonksiyon kayıpları nedeni ile bu hastaların sürekli bakıma gereksinim duyduğu bildirilmektedir (1,5). Yoğun bakımlarda mekanik ventilatöre bağlı hastaların yaklaşık %60-80 , mekanik ventilatöre bağlı olmayan hastaların % 40-60 'nda deliryum görülür(6).

Günümüzde deliryumun yönetiminde non-farmakolojik yöntemlere önem verildiği için hastanın sağlık gereksinimlerini belirleyen ve bu gereksinimler doğrultusunda hastanın bakımını planlayan, uygulayan ve değerlendiren yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere ve doktorlara deliryum yönetiminde önemli rol düşmektedir. Bunun için eğitimler planlanması gerekmektedir (16).

Sağlık çalışanlarının deliryum yönetimlerinin incelendiği bu çalışma; bu bölümde literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Tablo 1’de katılımcıların tanılama durumları incelendiğinde 24 ü (%13,7) tanılama yaptıklarını, 151’i (%86,3) tanılama yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Elliott R. Nin yaptığı çalışmada ise %51’i tanılama yapmadıklarını, %12’si bilmediklerini, %37’si ise tanılama formu kullandıklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuçlarla çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir. (73).

Deliryum hakkında eğitim alma durumları incelendiğinde katılımcıların %66,3 ü eğitim aldıklarını, %33,7 si eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Elliott R. Nin yaptığı çalışmada ise katılımcıların %44 (n:33) ü deliryum ile ilgili eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Christensen nin yaptığı çalışmada ise katılımcıların %69 u eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir (74). Edwards B ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (toplam katılımcı sayısı 350) %60 ı deliryum ile ilgili eğitim almamıştır. Bu sonuçlarla çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir(75).

Tablo 1’de Katılımcılara Deliryumu tanılamak için kullanılan form sorulduğunda katılımcıların %13,1 i genel klinik değerlendirme, %85,7 si ise tanılama formu kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. . Elliott R. Nin yaptığı çalışmada ise katılımcıların %53 ü CAM-ICU skalasını, %12 si ICDSC skalasını kullandıklarını ifade etmişlerdir(73). Christensen nin yaptığı çalışmada ise katılımcıların %52 si uluslar arası kabul görmüş CAM-ICU yu kullandıklarını ifade etmişlerdir(74). Ely ve arkadaşlarının (2004) 912 yoğun bakım çalışanı ile yaptığı farklı bir araştırmada sağlık çalışanının sadece %16’sının özel bir deliryum ölçüm formu kullandığını saptamıştır(14). Spronk ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları araştırmada yoğun bakımda hastaların %50 sinde deliryum gelişmiş, doktorlar hastaların %28 inin hemşireler ise %34 ünde deliryum geliştiğini saptamış (13). Patel RB ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise katılımcıların %41 i deliryum tanılması yapmadıklarını, %59 deliryum tanılması yaptıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %62 si genel klinik değerlendirme %24 ü cam icu formunu, %2 si ICDSC i %4 ü mini mental testi, %8 i ise diğer formları kullandıklarını ifade etmişlerdir (76).

Eastwood G. Ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise katılımcıların %73 ü aktif deliryum değerlendirmesinin önemli olduğunu ama %93 ü zaman kaybı olduğunu ifade etmişlerdir. %20 si resmi bir değerlendirme formunun olduğunu ifade etmişlerdir. ve sadece %7 si bazen kullandıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %33 ü CAM-ICU nun uygulanmasının oldukça zor olduğunu, %82 inin bu formu kullanmaya devam etmeyi

istediklerini ifade etmişlerdir. (77). Francisco M. Ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %68,7 si kadın, ortalama yaş 33,8, ortalama çalışma süresi 11 yıl , %71,9 u lisans mezunu; toplam 349 katılımcı mevcuttur. Katılımcıların %57,8 i deliryum değerlendirme skalasını kullanmadıklarını , %34 ü değerlendirme formunu bilmediklerini , % 43 ü böyle araçların sık kullanılması gerektiğini düşündüm ve 35.30% kullanımı zorunlu yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. (78)

Tablo 1 de Sağlık çalışanları çalışma yılı yönünden incelendiğinde 14 ü (%8) 0-1 yıl, 72 si (%41,1) 2-5 yıl, 64 ü (%36,6) 6-10 yıl, 16 sı (%9,1) 11-15 yıl, 9 u (%5,1) 16 yıl ve üzeri görev yapmaktadırlar. Edwards B ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışma yılı olarak %29,4 ü 6-15 yıl , %29,7 si 16 yıl ve üzeri dir.

Tablo 5 de katılımcıların bilgi sorularına yanıtları incelendiğinde; 19 bilgi sorusunda doğru ortalaması 12,6 (SD: 2,3) ,minimum 6 maksimum 19 puandır. Edwards B ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; katılımcılar 12 sorudan ortalama 5 soruya doğru yanıt vermişlerdir. Ankete katılanlar arasında deliryum bilgi düzeyi: eğitim almak ve çalışma yılı açısından farklılık bulunmamıştır.(75).

Tablo 9 da Sağlık çalışanlarının çalışma yılına göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; 0-1 yıl arası çalışma yılı olanların doğru cevap ortalaması 13,1 puan, 2-5 yıl çalışma yılı olanların doğru cevap ortalaması 12,4 puan, 6- 10 12.68 puan, 11- 15 yıl çalışma yılı olanların doğru cevap ortalaması 12,7 puan, 16 yıl ve üzeri çalışma yılı olanların doğru cevap ortalaması 13,2 puan olup çalışma yılına göre arasında anlamlı fark oluşturmadığı saptandı. (BS p: 0.665, TS p: 0.778, US p:0.662) . Meako M. ve arkadaşlarının ortopedi hemşirelerinin deliryum hakkında bilgi düzeylerini incelediği 21 katılımcının bulunduğu araştırmada; katılımcıların çalışma yılı ile bilgi düzeyi kıyaslanmıştır. Çalışma yılı kıyaslandığında 0-2 yıl çalışma yılı olanların doğru cevap ortalaması 5.00, 2-10 yıl olanın 3.33, 10 yıl ve üzeri çalışma yılı olanın 3.00 olarak bulunmuştur ve istatistiksel olarak bakıldığında anlamlıdır(79).

Tablo 8 de Sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; lisans mezunu katılımcıların ortalama doğru sayısı 12,4, yüksek lisans mezunu katılımcıların ortalama doğru sayısı 13,19, doktora mezunu katılımcıların ortalama doğru sayısı 14.46 olarak bulunmuştur.

Bilgi puan ortalamalarının çalışma yılına göre arasında anlamlı fark oluşturduğu, tutum ve uygulama puan ortalamalarının çalışma yılına göre arasında anlamlı fark oluşturmadığı saptandı. (BS p: 0.048, TS p: 0.778, US p:0.662). Meako M. ve arkadaşlarının ortopedi hemşirelerinin deliryum hakkında bilgi düzeylerini incelediği 21 katılımcının bulunduğu araştırmada; eğitim seviyesi ile bilgi düzeyi karşılaştırıldığında lisans mezunu katılımcıların doğru yanıt oranı 6.33, yüksek lisans mezunu katılımcıların doğru yanıt ortalaması ise 5.18 olarak bulunmuştur(79). Gordon S. ve arkadaşlarının yaptığı pretest ve post test çalışmada ise toplam 48 kişiye bilgi düzeyini ölçmek için 28 soru sorulmuştur. Katılımcıların yaşı 40 ın altındadır ve % 70,4 ü fakülte mezunudur. pretest (27 katılımcı) ortalama 17.7, post test (katılımcı sayısı 22) ortalama 20,7 soruya doğru yanıt vermiştir. Fakat aralarında istatistiksel olarak fark bulunamamış.

Tablo 2 de “Aşağıdaki ifadelerden hangisi deliryumu tanımlamaktadır ?” ifadesini 169 u (%96,6) doğru yanıtlarken 4 ü (%2,3) yanlış, 2 si (%1,1) bilmiyorum yanıtını vererek deliryumun tanımını bilme durumu kıyaslanmıştır. Ve katılımcıların büyük çoğunluğu deliryumun tanımını bilmiştir(%96,6) . Topuz Ş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise Araştırma grubunu oluşturan hemşirelerin % 67,6’sı deliryumun tanımını bildiklerini ifade etmişlerdir. Ancak deliryumun tanımını bildiğini ifade eden hemşirelerden 28 kişi doğru tanımlı yapabilmıştır. Hemşirelerin % 73,2’ si depresyon, deliryum ve demans arasındaki farkı bildiğini ifade etmiştir.

Tablo 2 de Aşağıdaki bulgulardan hangisi, deliryum için tanı koymada en önemli semptomdur?” ifadesine 123 ü(%70,3) doğru yanıt verirken, 52 si (%29,7) yanlış yanıt vermiştir. Yani katılımcıların %70,3 ü Bilinç bulanıklığı / dalgalanması yanıtını vermiştir. Kuşçu M ve arkadaşlarının yaptığı asistan hekimlerin deliryum tanısına yönelik tutum ve önceliklerinin incelendiği çalışmada; Katılımcılara deliryumun ana belirtisi sorulduğunda %74 ü oryantasyon güçlüğü , % 57,3 ü bilinç bulutlanması , %57,3 ü halisünasyon , %45,3 ü anksiyete , %37,3 ü fiziksel aktivasyon , %30,7 si insomnia , % 28 i hafıza eksikliği , % 21,3 ü dikkat eksikliği, uyku hali (% 18,7), zulüm (% 16), konuşma problemleri fikirleri (12%), Psikomotor retardasyon (% 8) ve depresyon (% 2,7) yanıtını vermiştir(35).

Tablo 2 de “Hangisi deliryumun ileri dönem sonuçlarından değildir ?” ifadesini 132 si (% 75,5) doğru yanıtlarken, 43 ü (%24,6) yanlış yanıt vermiştir. Yani % 75,5 i erken

taburculuk yanıtını vermiştir. Uzamış mekanik ventilasyon ve kendi kendine ekstübasyonun deliryumun ileri dönem sonuçları olduğunu bilmişlerdir. Ely . E. Ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ‘ deliryumun en önemli komplikasyonları nelerdir?’ sorusuna %20 si uzamış mekanik ventilasyon , %20 si hastanın yaralanması %19 u da solunum komplikasyonları, , %9 u kendi kendine ekstübasyon yanıtını vermiştir. Geri kalan kısmı ise ölüm, kardiyovasküler karmaşa ve sepsis yanıtını vermiştir(14).

Tablo 2 de “Deliryum morbidite ve mortaliteyi arttıran en önemli yoğun bakım komplikasyonlardan biridir.” İfadesini 111 i (%63.4) doğru yanıtlarken , 45 i (%25,7) yanlış , 19 u (%10.9) bilmiyorum yanıtını vermiştir. Gong Z ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise katılımcıların % 70,5 u deliryumun önemli bir problem olduğunu ifade etmişlerdir(81).

Tablo 4 te Sağlık çalışanlarının deliryum ile ilgili uygulama ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde %42,9 unun “İşıkları gece gündüz ayırımı belirleyecek şekilde ayarlarım.” ifadesine her zaman, %55,4 ü bazen yanıtını vererek doğru uygulama yaptıklarını ifade etmiştir. Topuz Ş nin yaptığı bir araştırma da ‘İşıklar 24 saat boyunca aynı aydınlık seviyesini sağlayacak şekilde açık bırakılmamalıdır.’ ifadesine % 56,8 i her zaman yanıtını vermiştir.(80).

Sağlık çalışanlarının %42,9 u “gürültünün azaltılmasını sağlarım.” ifadesine her zaman , %55,4 ü bazen yanıtını vererek doğru uygulama yaptıklarını ifade etmişlerdir. Topuz Ş nin yaptığı bir araştırma da ‘Tıbbi cihazların ses düzeyi gece gündüz açısından ayarlanmalıdır .’ ifadesine katılımcıların %86,5 her zaman katılıyorum yanıtını vermiştir. (80).

Sağlık çalışanlarının %25,7 si “saat ve takvimin hastanın görebileceği yerde olmasını sağlarım.” İfadesine her zaman , %64,6 sı bazen , %9,7 si hiçbir zaman yanıtını vermişlerdir. Topuz Ş nin yaptığı bir araştırma da ‘Hastaların görebileceği bir yerde saat olmalıdır.’ İfadesine katılımcıların % 98,6sı her zaman katılıyorum ifadesini , ‘Hastaların görebileceği bir yerde takvim olmalıdır.’ İfadesine katılımcıların %95,9 her zaman katılıyorum ifadesini kullanmışlardır.

“Hastanın ziyaretçilerini, hasta ile konuşması yönünde desteklerim.” İfadesine sağlık çalışanlarının verdikleri yanıt incelendiğinde %66,9 u her zaman , %32,6 sı bazen , %0,6 sı hiçbir zaman yanıtını vermişlerdir. Topuz Ş nin yaptığı bir araştırma da ise ‘Yoğun bakım

ortamına ziyaretçi alınmalıdır.’ İfadesine %86,5 u her zaman katılıyorum yanıtını vermiştir(80).

Deliryumun en önemli klinik özelliği akut başlangıçlı olması ve dalgalanmalarla seyretmesidir. (38).

Deliryum, demans ve depresyon sık sık birbirleri ile karıştırılmaktadır. Deliryum, demans tablosu içinde görülebilir. Her ikisinde de bilişsel bozukluklar vardır. Demanslı hasta çoğunlukla alert olup, bilinç bozukluğu yoktur ve aşırı uyarılmışlık gözlenmez. Deliryumda ise bilişsel işlev bozukluğu geçici ve geri dönüşlüdür. Deliryum bulguları 24 saat içinde dalgalanır oysa demansta dalgalanma gözlenmez(4).

Deliryum öncelikle demanstan ayırt edilmelidir. Bellek bozukluğu hem deliryumda, hem de demansta sık görülür, ancak demansta genellikle uyanıklık, dikkat ve konsantrasyon sağlamdır ve deliryumdaki bilinç bulanıklığı görülmez. Demanslı hastalarda özellikle son evrede düşünce içeriğinde fakirleşme ve stereotipi kuraldır. Buna karşın deliryumda düşünce içeriği çoğunlukla kişinin geçmişteki yaşantıları ile ilgili zengin imgeler içerir.

Deliryum depresyondan da ayırt edilmelidir. Özellikle yaşlı depresif hastalarda uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü, bedensel yakınmalar ve sanki bilişsel işlev bozukluğu varmış izlenimi veren bulgular ön planda olabilir. Özellikle ajite depresif durumlar, deliryum ile kolayca karıştırılabilir. Ayrıca hipoaktif deliryum da depresyon ile karıştırılabilmektedir. (Karakaş G. 2009)

Çalışmamızda tablo 2 de “Aşağıdaki ifadelerden hangisi deliryumu tanımlamaktadır ?” ifadesini 169 u (%96.6) doğru yanıtlarken 4 ü (%2.3) yanlış , 2 si (%1.1) bilmiyorum yanıtını vermiştir. Bu soru kişinin deliryum tanımını bilip bilmediğini öğrenmek için sorulmuştur. Ve çalışmaya katılanların büyük çoğunlu deliryumun tanımına doğru yanıt vermişlerdir. Diğer iki şık ise demans ve depresyonun tanımı oluşturmaktadır.

Yine tablo 2 de “Aşağıdakilerden hangisi deliryum ile demans arasındaki farktır?” ifadesini 114 ü (%65,1) doğru yanıtlarken, 59 u (%33,7) yanlış, 2 si (%1,1) bilmiyorum yanıtını vermiştir. Bu soruda da kişinin deliryum ile demans arasında ki en önemli farkı bilip bilmediği sorgulanmıştır. Ve %65 i doğru yanıtı vermiştir.

Bir başka soruda; tablo 2 de “Hipoaktif deliryum çoğunlukla depresyon ile karıştırılmaktadır.” İfadesini 106 sı (%60,6) doğru yanıtlarken, 53 ü (%30,3) yanlış, 16 sı (%9,1) bilmiyorum yanıtını vermiştir.

Tablo 2 de Aşağıdaki bulgulardan hangisi, deliryum için tanı koymada en önemli semptomdur?” ifadesine 123 ü(%70,3) doğru yanıtı verirken, 52 si (%29,7) yanlış yanıt vermiştir. Çalışmaya katılanların %70 i deliryumun en önemli bulgusunun ‘dalgalanan bilişsel durum’ olduğunu bilmiştir.

Bir hastada ne kadar çok risk faktörü varsa, deliryum gelişme riski de o kadar fazladır. Deliryum için belirlenen risk faktörleri; ileri yaş, duyuşsal yoksunluk (görme ve işitme sorunları), uyku yoksunluğu, sosyal izolasyon, fiziksel kısıtlama, mesane kateteri kullanma, üç ve daha fazla ilaç kullanma, psikoaktif ilaç kullanma, dehidratasyon, malnütrasyon, hareketsizlik, ameliyat, enfeksiyon, elektrolit dengesizliği, aşırı ya da az uyaran, stres, ağrı ve korku’dur(37).

Çalışmamızda tablo 2 de “Mekanik ventilatöre bağı hastalarda deliryum görölme riski daha yüksektir.” İfadesini 158 i (%90,3) doğru yanıtını verirken, 9 u (%5,1) yanlış yanıtı, 8 i (%4,6) bilmiyorum yanıtını vermiştir.

“Birden fazla ilaç kullanımı deliryum için risk faktörüdür.” İfadesini 137 si (%78,3) doğru yanıtlarken, 22 si (%12,6) yanlış, 16 sı (%9,1) bilmiyorum yanıtını vermiştir.

“İnvaziv girişimler deliryum için risk faktörüdür.” İfadesini 103 ü (%58,9) doğru yanıtlarken , 59 u (%33,7) yanlış, 13 ü (%7,4) bilmiyorum yanıtını vermiştir.

“Yoğun bakımlarda ki uyaran fazlalığı hastalarda deliryum gelişmesini etkilemez.” İfadesini 114 (%65,1) doğru yanıtlarken, 45 i (%25,7) yanlış, 16 sı (%9,1) bilmiyorum yanıtını vermiştir.

Deliryumun bazı hasta popülasyonunda prevelansı oldukça yüksektir. Ulusal istatistik verilerine göre; genel cerrahi sonrası hastaların %30 u, hastanede yatan yaşlı hastaların %25-50 si, kalp ameliyatı olmuş hastaların %30-67 si, kalça kırığı olan hastaların %40-50 si,

hastane de yatan son evre kanser hastalarında %26-44, yoğun bakım hastalarının %30-80 i deliryum tanısı almıştır. (Maldonado J.R. 2008).

Cerrahi girişimler içerisinde özellikle kardiyak cerrahi ve kalça cerrahisi daha fazla deliryuma yol açmaktadır(35,36).

Çalışmamızda tablo 2 de“Kardiyak ve kalça cerrahisi deliryum için en yüksek risk faktörüdür.” İfadesini 89 u (%50,9) doğru yanıtlarken, 58 i (%33,1) yanlış, 28 i (%16) bilmiyorum yanıtını vermiştir.



BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇ

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşire, asistan ve uzman doktorların deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte planlanan çalışma, İzmir de ki üç üniversite hastanesinde, 175 sağlık çalışanı ile gerçekleştirildi.

Bu araştırmada;

Sağlık çalışanlarının deliryum yönetimlerinin incelendiği çalışmaya 127'si (%72,6) kadın, yaş ortalaması 30,8 , sağlık çalışanlarının 128'i (%73,1) lisans mezunu, sağlık çalışanlarının çalıştıkları bölümler incelendiğinde 82'si (%46,9) anestezi yoğun bakım, 30'u (%17,1) koroner yoğun bakım, 33'ü (%18,9) göğüs kalp damar yoğun bakım, 30 u (%17,1) iç hastalıkları yoğun bakımda, Sağlık çalışanları çalışma yılı yönünden incelendiğinde 72 si (%41,1) 2-5 yıl, Sağlık çalışanları meslek dağılımı yönünden incelendiğinde 145 i yoğun bakım hemşiresi, Eğitim alma durumu yönünden incelendiğinde 116 sı (66,3) deliryum ile ilgili eğitim almış, deliryumu tanılama durumları incelendiğinde 151 i (%86,3) tanılama yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Çalıştıkları hastane yönünden incelendiğinde 100 ü (%57,1) Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde, 52 si (%29,7) Ege Üniversitesi Hastanesinde, 23 ü (%13,1) Kâtip Çelebi Üniversitesi Hastanesinde çalışmaktadır.

-Sağlık çalışanlarının deliryum ile ilgili bilgi düzeylerinin sınıflandırılması incelendiğinde %14,9'u orta , %75,4'ü iyi , %9,7'si çok iyi bilgi düzeyine sahip bulunmuştur.

- Sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının eğitim durumuna göre arasında anlamlı fark oluşturmadığı saptandı.

- Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre bilgi tutum ve uygulama puan ortalamaları karşılaştırılması incelendiğinde bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının cinsiyete göre gruplar arasında anlamlı fark oluşturmadığı saptandı.

- Sağlık çalışanlarının çalışma yılına göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; bilgi puan ortalamalarının çalışma yılına göre arasında anlamlı fark oluşturduğu, tutum ve uygulama puan ortalamalarının çalışma yılına göre arasında anlamlı fark oluşturmadığı saptandı.

-Sağlık çalışanlarının çalıştıkları yoğun bakıma göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının çalıştıkları yoğun bakıma göre arasında anlamlı fark oluşturmadığı saptandı.

-Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının mesleklerine göre arasında anlamlı fark oluşturduğu saptandı.

- Sağlık çalışanlarının deliryum hakkında eğitim alma durumlarına göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde sadece bilgi puan ortalamalarının eğitim alma durumuna göre anlamlı fark oluşturduğu saptandı. Eğitim alanların bilgi puanı daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tutum ve uygulama puanları incelendiğinde eğitim alma durumlarına göre anlamlı fark saptanmamıştır.

- Sağlık çalışanlarının deliryum tanılama yapma durumlarına göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının tanılama yapma durumuna göre arasında anlamlı fark oluşturduğu saptandı. Bu farka bilgi ve uygulama skorunda rastlandı. Tanılama yapan kişilerin, tanılama yapmayanlara göre bilgi ve uygulama skorları daha yüksek bulunmuştur.

- Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının tanılama yapma durumuna göre arasında anlamlı fark oluşturduğu saptandı. Bu farka uygulama skorunda rastlandı. Yaş arttıkça uygulama skorunun arttığı bulunmuştur.

- Sağlık çalışanlarının yaşı ve deliryum ile ilgili bilgi tutum ve davranış skorları arasındaki korelasyonu incelendiğin de uygulama skoru ile bilgi ve tutum arasında bir korelasyon bulunmuştur. Uygulama skoru arttıkça bilgi ve tutum skorunun arttığı gözlenmiştir.

- Meslek gruplarının ikili olarak bilgi tutum ve uygulama skorlarının karşılaştırıldığında yoğun bakım hemşiresi ve asistan doktor arasında bilgi ve uygulama skoru, yoğun bakım hemşiresi uzman doktor arasında tutum skoru, asistan doktor ve uzman doktor tutum ve uygulama skoru karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bu araştırmanın sonucunda;

H1: Yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanının deliryuma ilişkin bilgi düzeyi yüksektir.

H2: Yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanının deliryuma ilişkin uygulamaları olumlu yöndedir.

H3: Yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanının deliryuma yönelik tutumu yeterli ve olumlu yöndedir.

H4: Yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanı deliryumu saptamak için uygun yöntemi kullanmamaktadır.

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Sağlık çalışanlarına deliryumdaki hastanın bakımına yönelik eğitimler düzenlenmesi,
- Deliryumdaki hastanın tedavisinin etkinliğinin artması için meslekler arası iletişimin artırılması
- Sağlık personelinin kurum içi eğitimlerle bilgi düzeyinin artırılması.
- Eğitim ve araştırma hastanelerinin yoğun bakım ünitelerinde sürekli yayınların bulunmasının ve veri tabanlarına erişimin sağlanması,
- Yoğun bakımların hasta güvenliği göz önüne alınarak düzenlenmesi
- Yoğun bakımlarda sağlık çalışanları tarafından her hastanın deliryum skalası ile değerlendirilmesi
- Yoğun bakım ortamının deliryumu önlemeye yönelik çevre düzenlemesinin yapılması (gürültü, aydınlatma vb yönünden) önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Akıncı S. B, Rezaki, M, Özdemir, H, Çelickan, A, Kanbak, M, Yorgancı, K, Aypar, Ü. Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği Dergisi 2005; 33: 333-341.
2. Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. Journal of Clinical Nursing 2002; 11: 575–584.
3. Akıncı S B, Şahin A. Yoğun Bakımda Deliryum. Yoğun Bakım Dergisi 2005; 5(1):26-35.
4. Türkcan A. Delirium. Psikiyatri Dünyası 2001; 5: 15-23.
5. Schuurmans MJ, Duursma SA, Shortridge-Baggett LM. Early recognition of delirium: Review of the literature. J Clin Nurs 2001; 10: 721-729.
6. Hipp, D.M. Pharmacological and Non-pharmacological Management of delirium in critically ill patients. Neurotherapeutics 2012; 9(1):158-175.
7. Kulaksızoğlu I. Deliryum. Kulaksızoğlu I. (Ed). Psikiyatri. İstanbul: Gelanos Yayınevi 2009, 224-229.
8. Maldonado J.R. Delirium in the Acute Care Setting: Characteristics, Diagnosis and Treatment. Crit Care Clin 2008; 24: 657–722
9. Sezer Ö, Karlıdağ R, Nisanoğlu V, But K, Özcan C, Ünal S. Koroner bypass cerrahisi geçiren hastalarda deliryum risk faktörlerinin incelenmesi. Yeni Symposium; 2004; 42: 182-8.
10. Elfeky H, Ali F. Nurses' practices and perception of delirium in the intensive care units of a selected university hospitals in Egypt. Journal of Education and Practice 2013; Vol.4, No.19: 61-71.
11. Truman B, Ely, E.W. Monitoring Delirium In Critically Ill Patients: Using The Confusion Assessment Method For The Intensive Care Unit. Critical Care Nurse 2003; 23: 25-35.
12. Vollmer C, Rich C, Robinson S. How to prevent delirium: A practical protocol . Nursing 2007; 26-28.
13. Spronk, P, Riekerk, B, Hofhuis, J, Rommes JH. Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. Intensive Care Medicine 2009; 35: 1276-1280.
14. Ely EW, Rasheeda K, Jackson J, Jason, W, Truman B, Gordon S. Current opinions regarding the importance, diagnosis and management of delirium of the intensive care

- unit: A survey of 912 healthcare professionals. *Critical Care Medicine* 2004; Vol.32, No.1, 106-112.
15. Ouimet, S, Kavanagh BP, Gottfried S.B, Skrobik Y. Incidence, Risk Factors And Consequences of ICU Delirium. *Intensive Care Medicine* 2007; 33(1): 66-73.
 16. Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, Karol H, Cooney L M. Nurses Recognition And Its Symptoms, Comparison of nurse and researcher ratings. *Archives in Internal Medicine* 2001; 12: 2467-2473
 17. Kırpınar İ. Deliryum; Tanı, Oluş Nedenleri, Bakım Ve Tedavi Yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2009; 2(3):1-13.
 18. Arnold E. Sorting Out the 3 D's: Delirium, Dementia, Depression. *Holistic Nursing Practice* 2004; 19(3) : 99-104.
 19. Roberts B. Screening for delirium in an adult intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 2004; 20, 206—213.
 20. Krahne D, Heyman A, Spies C. How to monitor delirium in the ICU and why it is important. *Clinical Effectiveness in Nursing* 2007; 9: 269-279.
 21. Forsgren L M, Eriksson M. Delirium-Awareness, observation and interventions in intensive care units: A national survey of Swedish ICU head nurses. *Intensive and Critical Care Nursing* 2010; 26, 296—303.
 22. Balas M C, Rice M, Chaperon C, Smith H, Disbot M. Management of Delirium in Critically Ill Older Adults. *Crit Care Nurse* 2012; 32: 15-26.
 23. Mistraletti G, Pelosi P, Mantovani E S, Berardino M. Delirium: Clinical approach and prevention. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2012; 26: 311–326.
 24. Wang C, Wu Ying, Yue P, Huang J. Delirium assessment using Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit in Chinese critically ill patients. *Journal of Critical Care* 2013; 28, 223–229.
 25. Yıldız A. Akut Ajitasyon Sağaltımında Benzodiazepinlerin, Tipik ve Atipik Antipsikotiklerin Yeri: Bulguların Gözden Geçirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(2):134-144.
 26. Kiekkas P, Samios A, Skartsani C, Tsotas D. Fever and agitation in elderly ICU patients:A descriptive study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2010; **26**, 169—174
 27. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.553d25fa4209d9.77594524 (erişim tarihi 26.04.2015)
 28. Chevrolet J.C. Clinical review: Agitation and delirium in the critically ill – significance and management. *Critical Care* 2007; **11**:214

29. Shi Q, Warren L.,Saposnik G. , Macdermid J.C. Confusion assessment method: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2013; 9 1359–1370
30. Kalabalik J. , Brunetti L , El-Srougy R. Intensive Care Unit Delirium: A Review of the Literature . *Journal of Pharmacy Practice* 2014; Vol. 27(2) 195-207
31. İnceoğlu M. Tutum. Algı İletişim. 5.Baskı. İstanbul. Beykent Üniversitesi Yayınevi 2010; (13-20).
32. Alexander E. Delirium in the Intensive Care Unit: Medications as Risk Factors. *Crit Care Nurse* 2009; 29: 85-87.
33. Flores D, Salluh J, Chalhoub R A , Quarantini L.C. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Critical Care* 2012; 16 :R115.
34. Dönmez C, Gündoğar D. Deliryum: Nedenleri ve Klinik Yaklaşım ; *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2007; 27: 718-724.
35. Kuşçu, M K, Topçuoğlu V, Altunel Ö, Bez Y. Deliryum Tanısıyla Takip Edilen Hastaların İzlem Sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5: 16-21.
36. Yaşayacak A, Eker F. (2011). Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum ve risk faktörlerinin belirlenmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2011; 20(2):265-274.
37. Güner P, Geenen. Atlanması Kolay Bir Bozukluk: Deliryum. *Cumhuriyet üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007; 11(1):37.
38. Yavuz B.B. Deliryum Geriatri Uzmanı Gözüyle. *Akademik Geriatri* 2010; 178-180.
39. Schreier A.M. Nursing Care, Delirium, and Pain Management for the Hospitalized Older Adult *Pain Management Nursing* 2010; Vol 11, No 3: 177-185.
40. Voyer P, Cole MG, McCusker J, St-Jacques S, Laplante J. Accuracy of nurse documentation of delirium symptoms in medical charts. *Int J Nurs Pract* 2008;14: 165-77.
41. Siddiqi N, Holt R, Britton AM, Holmes J. Interventions for preventing delirium in Hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD005563. DOI: 10.1002/14651858.CD005563.pub2.
42. Marcantonio ER, Simon SE, Bergmann M. A. Delirium symptoms in postacute care: Prevalent, persistent, and associated with poor functional recovery: *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51: 4-9.

43. Halil M. Deliryum ve Dahiliye Kliniklerinde Önemi. *İc Hastalıkları Dergisi* 2007; 14(1), 39-44.
44. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. Baskı, (DSMIV), Washington DC.
45. Ayazoğlu T.A. Yaşlılarda kardiyak cerrahi sonrası yoğun bakımda deliryum prevalansı ve risk faktörleri. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi - Journal of Experimental and Clinical Medicine* 2011; 29: 101-107.
46. Eker E. Deliryum. İ.Ü. Cerrahpafla Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu; 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 209-216.
47. Packard RC Delirium. *The Neurologist* 2001; 7 327-340.
48. Kiely Dan K, Bergmann M A, Murphy K. M.(2003) Delirium among newly admitted postacute facility patients: Prevalence, symptoms, and severity. *J Gerontol Med Sci* 2003; 58A: 441-445.
49. Schneider F, Böhner H, Habel U. Risk factors for postoperative delirium in vascular surgery. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24: 28-34.
50. Gagnon P. Delirium in Terminal Cancer: A Prospective Study Using Daily Screening, Early Diagnosis, and Continuous Monitoring; *Journal of Pain and Symptom Management* 2000; Vol. 19 No. 6 , 412-426
51. Fick D , Hodo D, Lawrence F. Recognizing Delirium Superimposed on Dementia: Assessing Nurses' Knowledge Using Case Vignettes. *J Gerontol Nurs* 2007; February; 33(2): 40-49.
52. Nicholas LM, Lindsey B. A. Delirium presenting with symptoms of depression. *Psychosomatics* 1995; 36: 471-479.
53. Inouye SK, Bogardus Jr ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999;340:669—76.
54. Onur E, Cimilli C. Deliryum Tedavisinde Yeni Bir Yaklaşım: Atipik Antipsikotikler; *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(3):216-224
55. Siddiqi N, Holt R, Britton AM, Holmes J. Interventions for preventing delirium in Hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No: CD005563. DOI: 10.1002/14651858.CD005563.pub2.
56. Kaya E, Sönmez S, Barlas F. Deliryum. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2013; 29(Ek sayı 2):70-74 .

57. Tatal Z, Babayiğit M. Koksartroz Cerrahisi Sonrası Gelişen Akut Miyokard İnfarktüsü Ve Delirium. Nobel Med. 2014; 10(1): 82-84.
58. Özkan M, Özkan S. Delirium Nedenleri Ve Tedavisi. Klinik Gelişim 2009; 22 (4): 56-60.
59. Uysal N, Gündoğdu N, Börekçi Ş, Dikensoy Ö, Bayram N. Üçüncü Basamak Merkezde Dahili Yoğun Bakım Hastalarının Prognozu. Yoğun Bakım Dergisi 2004; 1: 1-5.
60. Michaud L. Delirium: Guidelines for general hospitals, Journal of Psychosomatic Research 2007; 62 371–383.
61. Kurlowicz L. The Mini Mental State Examination (MMSE) Journal of Psychiatric Research 1999; 12(3): 189-198.
62. Güngen C. Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. Turk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(4):273-281.
63. Fick D. Recognizing Delirium Superimposed on Dementia: Assessing Nurses' Knowledge Using Case Vignettes , J Gerontol Nurs. 2007; 33(2): 40–49.
64. Hales B , Pronovost P. The checklist—a tool for error management and performance improvement ; Journal of Critical Care 2006; 21, 231– 235.
65. Virani T. Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults, 2003; Registered Nurses Association of Ontario .
66. Fong T , Tulebaev S , Inouye S. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. Nat Rev Neurol. 2009; 5(4): 210–220.
67. Leslie D L, Zhang Y, Bogardus, S T, Holford, TR, Leo-Summers, LS, Inouye, S. K. . Consequences Of Preventing Delirium In Hospitalized Older Adults On Nursing Home Costs. Journal Of American Geriatrics Society 2005; 53:405-409.
68. Waszynski, C. M. Scholder, J. (Ed.). Confusion Assessment Method (CAM). Best Practices In Nursing Care To Older Adults From The Hartford Institute For Geriatric Nursing 2001;13.
69. Inouye S M, Dyck C H, Alessi CA, Balkin S, Siegal A P, Horwitz R. I. Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method A New Method For Detection Of Delirium. Annals Of Internal Medicine 1990; 113: 941-948.
70. Bergeron N, Dubois MJ, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Intensive care delirium screening checklist: evaluation of a new screening tool. Intensive Care Med 2001;27: 859—64.

71. Wang C. Delirium assessment using Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit in Chinese critically ill patients. *Journal of Critical Care* 2013; 28, 223–229
72. (Ok G , Aydemir O. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47: 36-9)
73. Elliott S. ICU delirium: A survey into nursing and medical staff knowledge of current practices and perceived barriers towards ICU delirium in the intensive care unitS , *Intensive and Critical Care Nursing* 2014; 30, 333—338.
74. Christensen M. An exploratory study of staff nurses' knowledge of delirium in the medical ICU: An Asian perspective , *Intensive and Critical Care Nursing* 2014; 30, 54—60.
75. Edwards B. (2012) Nurses' Knowledge Regarding Delirium in Hospitalized Older Adults , university of west Georgia.
76. Patel RP. Delirium and Sedation in the Intensive Care Unit (ICU): survey of behaviors and attitudes of 1,384 healthcare professionals. *Crit Care Med* 2009; 37(3): 825–832.
77. Eastwood G. A questionnaire survey of critical care nurses' attitudes to delirium assessment before and after introduction of the CAM-ICU. *Australian Critical Care* 2012; 25, 162—169.
78. Francisco M, Sampaio C. (2014) Nurses' Knowledge and Practices in Cases of Acute and Chronic Confusion: A Questionnaire Survey , *Perspectives in Psychiatric Care* 2014; doi: 10.1111/ppc.12069
79. Meako M. Orthopaedic Nurses' Knowledge of Delirium in Older Hospitalized Patients. *Orthopaedic Nursing* 2011; Volume 30 , Number 4 , 241- 248
80. Topuz Ş. Bir Üniversite Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Deliryum Konusuna İlişkin Bilgi Düzeyleri ; *KÜ Tıp Fak Derg* 2012;14(3) 21-26 .
81. Gong Z. Survey of attitudes and behaviors of healthcare professionals on delirium in ICU , *Chinese Journal of Traumatology* 2009; 12(6):328-333.

EK 1: ANKET BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YOĞUN BAKIMLARDA DELİRYUM YÖNETİMLERİNİN İNCELENMESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Değerli Meslektaşım ,

Sizi "Sağlık çalışanlarının yoğun bakımlarda deliryum yönetimlerinin incelenmesi " başlıklı **araştırmaya** davet ediyorum. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı: Bu araştırmanın amacı yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık çalışanının deliryum yönetimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

Araştırmanın Önemi: Yoğun bakım deliryum açısından hastalar için büyük bir risk oluşturur. Sağlık çalışanı deliryum tanısı olan hastanın bakımı esnasında profesyonel yaklaşarak durumla baş edebilmelidir. Bunun için sağlık çalışanlarının bu konuda ki bilgi,tutum ve davranışlarının saptanması ,**bu konudaki yanlış ve eksiklerin tamamlanarak daha kaliteli, bütüncül ve standartlar doğrultusunda bir bakımın planlanması için gereklidir.**

Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)imza

Araştırmacı

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D.

Yüksek Lisans Öğrencisi

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

Anestezi Yoğun Bakım Hemşiresi

Neslihan SARI

EK 2: ANKET FORMU

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YOĞUN BAKIMLARDA DELİRYUM YÖNETİMLERİNİN İNCELENMESİ

ANKET FORMU

Bölüm I. Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu

(Size en uygun seçeneği işaretleyiniz.)

1.Cinsiyetiniz :

☐ Kadın ☐ Erkek

2.Yaşınız :

3.Bölümünüz:

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

4. Eğitim durumunuz nedir?

- ☐ 1.Sağlık Meslek Lisesi
☐ 2.Ön lisans Programı
☐ 3.Lisans
☐ 4.Yüksek Lisans
☐ 5.Doktora
☐ 6. Diğer :

5. Kaç yıldır bu bölümde çalışmaktasınız?

- a)0-1 yıl b) 2-5 yıl c) 6-10 yıl d) 11-15 yıl e) 16 yıl ve üzeri

6. Yoğun bakım ünitesindeki göreviniz nedir?

- a) Sorumlu Hemşire
- b) Yoğun Bakım Hemşiresi
- c) Asistan Doktor
- d) Uzman Doktor

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

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

8. Yoğun bakım ünitesinde deliryuma ilişkin tanılama yapıyor musunuz ?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

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

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

Bölüm II. Deliryum bilgi soru formu

1) Aşağıdaki ifadelerden hangisi deliryumu tanımlamaktadır ?

- a) Çoğu kez yavaş ilerleyici olan , beynin bilgi , davranış ve gündelik yaşamı sürdürme konularında gösterdiği **kalıcı** yetersizliktir.
- b) Ani başlayan , genel olarak bilişsel işlevlerin bozulması ,bilinç durumunda değişiklik , dikkat bozukluğu , artmış ya da azalmış psikomotor aktivite ve uyku uyanıklık döngüsünün düzensizliği ile karakterize **geçici** bir durumdur.
- c) Çökkünlük, elem, keder, karamsarlık, umutsuzluk duyguları ile daha önceden zevk aldığı nesnelere, uğraşılara ilgi duymama , hiç bir şeyden **zevk almama** halidir.

2) Aşağıdakilerden hangisi deliryumun ileri dönem sonuçlarından değildir ?

- a)Uzamış mekanik ventilasyon
- b) Kendi kendine ekstübasyon
- c)Erken taburculuk

3) Aşağıdakilerden hangisi hiperaktif deliryumda olan hastanın özelliklerinden biri değildir?

- a) Uyuklama
- b) Huzursuzluk
- c) Kendine zarar verme (kendi kendine ekstübasyon ve kateter çekme)

4)Aşağıdakilerden hangisinin eksikliği deliryum için risk faktörüdür?

- a) Serotonin
- b)Asetilkolin
- c) Dopamin

5) Aşağıdakilerden hangisi deliryum ile demans arasındaki farktır?

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

6) Deliryumun tanılmasında aşağıdaki testlerden hangisi kullanılır?

- a) Glaskov Koma Skalası
- b) Yoğun Bakım Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği
- c) Braden Skalası

7) Aşağıdaki bulgulardan hangisi, deliryum için tanı koymada en önemli semptomdur ?

- A) Halüsinasyon
- B) Unutkanlık
- C) Apati
- D) Bilinç bulanıklığı / dalgalanması
- E) İnsomni

8) Aşağıdakilerden hangisi deliryum gelişimini önler ?

- A) Aşırı uyarımlardan kaçınmak.
- B) Yeterli hidrasyon sağlamak.
- C) Yeterince analjezik aldığından emin olmak.
- D) Deliryum açısından sürekli izlem sağlamak..
- E) Hepsi

9) Aşağıdakilerden hangisi deliryum için altta yatan faktör değildir?

- A) İmmobilite
- B) Fiziksel sabitleme
- C) Malnütrisyon
- D) Dehidratasyon
- E) Hiperglisemi

Aşağıdaki soruları doğru /yanlış / bilmiyorum şeklinde size uygun olan cevabı işaretleyiniz.	D	Y	B
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.			

Bölüm III. Deliryuma Yönelik Tutum Değerlendirme Formu

DELİRYUMA YÖNELİK TUTUM DEĞERLENDİRME ANKETİ	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Az katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1) Hastanın anlayabilmesi için tane tane ve normal ses tonu ile konuşurum.					
2) Hasta ajiteleştğinde (kendine ve çevresine zarar verdiğinde) onu bağlarım.					
3) Hastaya karşı anlayışlı davranırım.					
4) Bu hastalara bakmaktan hiç hoşlanmam.					
5) Bu hastalara non-farmakolojik tüm yöntemleri denerim.					
6) Hastanın ajitasyonunun sebebini anlamaya çalışırım.					
7) Deliryumlu hastaların beni gereksiz şekilde yorduğunu düşünürüm.					
8) Nöbetim boyunca deliryumlu hastadan uzak dururum.					
9) Hastayı sakinleştirmek için ziyaretçileri ile konuşmasını sağlarım.					
10) Hasta bana zarar verdiyse, bende ona zarar vermeyi düşünürüm.					

Bölüm IV. Sağlık Çalışanı Uygulamaları Soru Formu

Sağlık Çalışanı Uygulamaları Soru Formu	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
1) Işıklandırılmaları 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.			

ANKETİ TAMAMLAMAK İÇİN ZAMAN AYIRDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM.

EK 3: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Onayı



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI :2014- 88
KONU : Araştırma
(Prof.Dr. Meryem YAVUZ)

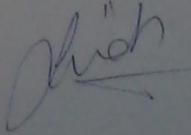
Bornova /İZMİR
05.09.2014

E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültemiz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Doç.Dr. Meryem YAVUZ ve Yüksek Lisans öğrencisi Neslihan SARI sorumluluğunda Ekim 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında yapılması planlanan **"Sağlık Çalışanlarının Yoğun Bakımlarda Deliryum Yönetimlerinin İncelenmesi"** konulu araştırma, 05.09.2014 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve **"Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur"** kararını almıştır.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Doç.Dr.Oya KAVLAK
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı



EK 4: İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İZİN YAZISI



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

SAYI : 27344949- 2271
KONU: Yüksek Lisans Tez Çalışması

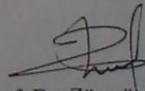
22/10/2014

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

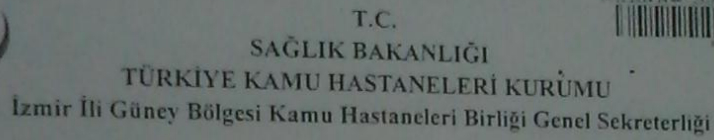
İLGİ: İzmir İli Güney Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden, gelen 14.10.2014 tarih 23592379/044 sayılı yazısı.

Ana Bilim Dalınız Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Meryem YAVUZ sorumluluğunda Yüksek Lisans Öğrencisi Neslihan SARI'nın "Sağlık Çalışanlarının Yoğun Bakımlarda Deliryum Yönetimlerinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışması ile ilgili gelen yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL
Dekan V.

EK: 1 sayfa gelen yazı



Sayı : 23592379/044
Konu : Araştırma İzni

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi olan Neslihan SARI'nın "Sağlık Çalışanlarının Yoğun Bakımlarda Deliriyum Yönetimlerinin İncelenmesi" konulu çalışması ile ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla Ekim 2014 - Şubat 2015 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmesi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğinin rica ederim.

Op.Dr. Mesut ÖZOĞUL
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

EK 5: EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ İZİN YAZISI



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

SAYI : 27344949- 2279
KONU: Yüksek Lisans Tez Çalışması

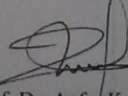
23/10/2014

CERRAHI HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İLGİ: Ege Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminden gelen 21.10.2014 tarih 69631334-1825-22503 sayılı yazısı.

Ana Bilim Dalınız Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Meryem YAVUZ sorumluluğunda Yüksek Lisans Öğrencisi Neslihan SARI'nın "**Sağlık Çalışanlarının Yoğun Bakımlarda Deliryum Yönetimlerinin İncelenmesi**" konulu yüksek lisans tez çalışması ile ilgili gelen yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN
Dekan √-

EK: 1 sayfa gelen yazı



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI : 69631334 -1825-22503
KONU: Yüksek Lisans Tez Çalışması Hk.

21.10. / 2014

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İLGİ: 2063 sayılı ve 17.09.2014 tarihli yazınız.

Fakülteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Prof.Dr.Meryem YAVUZ sorumluluğunda yüksek lisans öğrencisi Neslihan SARI'nın "Sağlık Çalışanlarının Yoğun Bakımda Deliryum Yönetimlerinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Ekim 2014- Şubat 2015 tarihleri arasında Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalında, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalında, İç Hastalıkları Anabilim Dalında ve Kardiyoloji Anabilim Dalında çalışan hemşirelerin istekleri doğrultusunda yapabilmeleri ve araştırma sonuçlarının Başhekimliğimize bildirilmesini, ayrıca Ege Üniversitesi Hastanesi isminin kullanılması halinde izin alınması koşulu ile uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

Prof.Dr.Mehmet ÖZKAHYA
Başhekim

EK 6: DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTE HASTANESİ İZİN YAZISI



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

SAYI : 27344949- 2161
KONU: Yüksek Lisans Tez Çalışması

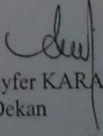
08/10/2014

CERRAHI HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İLGİ: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden gelen 29.09.2014 tarih ve 99577370-165-10778 sayılı yazısı.

Ana Bilim Dalınız Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Meryem YAVUZ sorumluluğunda Yüksek Lisans Öğrencisi Neslihan SARI'nın "Sağlık Çalışanlarının Yoğun Bakımlarda Deliryum Yönetimlerinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışması ile ilgili gelen yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN
Dekan

EK: 1 sayfa gelen yazı



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Sayı : 99577370 - 15

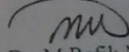
23.10.2014

Konu :

EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

İlgi:17.09.2014 tarihli 27344949-2062 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden; Fakülteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Neslihan Sarı'nın "Sağlık Çalışanlarının Yoğun Bakımlarda Deliryum Yönetimlerinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını belirtilen şekilde Hastanemizde yapması uygundur. Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof. Dr. M. Refik MAS
Başhekim

ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında İzmir’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İzmir’de tamamladı. 2004 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda üniversite öğrenimine başladı. Lisans eğitimini 2009 yılında bitirdi. 2010 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım ünitesinde hemşireliğe başladı. 2011 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans eğitimine başladı. Halen Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım ünitesinde çalışmaktadır.

