

Araştırma Makalesi

Deneyimle Gelen Farkındalık: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Deliryumu Erken Tanıma ve Yönetmedeki Rolü

Awareness Through Experience: The Role of Intensive Care Nurses in Early Recognition and Management of Delirium

Dilek TALHAOĞLU^a, Esra KESER^b, Osman ALAMAN^c, Derya ATİK^d

^aDr. Öğr. Üyesi., Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kırşehir, Türkiye

^bDr. Öğr. Üyesi., Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler, Osmaniye, Türkiye

^cÖğr. Gör., Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler, Osmaniye, Türkiye

^dProf. Dr., Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Osmaniye, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 27/01/2025

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 21/04/2025

ÖZ

Amaç: Bu nitel çalışma, yoğun bakım hemşirelerinin deliryumu erken fark etme ve yönetmede deneyim faktörünün etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmanın örneklemini genel yoğun bakım, dahiliye yoğun bakım, anestezi yoğun bakım ve cerrahi yoğun bakımda çalışan 12 hemşire oluşturmuştur. Veriler yarı yapılandırılmış bir görüşme formu aracılığı ile Şubat-Mart 2023 tarihlerinde yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin analizinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin %91,6'sı kadındır. Hemşirelerin %50'si lisans mezunu olup, %41,6'sı meslekte 10 yıldan fazla çalışmaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin tamamı deliryumlu hastaya bakım vermiş olup deliryum ile ilgili okul dışında bir eğitim almamıştır. Yapılan içerik analizinden deliryum tanımı, deliryum yönetimi, deliryumlu hasta deneyimi, deliryum farkındalığı, bakımda yaşanan güçlükler, bakımda uygulamalar, bakımda bilgi mi? deneyim mi? olmak üzere yedi tema elde edilmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak hemşireler bakımda bilginin önemli olmasına rağmen deneyimin deliryumu yönetmede ve fark etmede daha etkili olduğunu söylemişlerdir.

Anahtar Kelimeler: Deliryum, Deneyim, Nitel Çalışma, Yoğun Bakım

ABSTRACT

Objective: This qualitative study was conducted to determine the effect of experience factor on early recognition and management of delirium by intensive care nurses.

Methods: The sample of the research consisted of 12 nurses working in general intensive care, internal medicine intensive care, anesthesia intensive care and surgical intensive care. Data were collected through a semi-structured interview form by face-to-face interviews between February and March 2023. Content analysis method was used to analyze the data.

Results: Of the nurses who participated in the research, 91.6% were female. Fifty percent of the nurses were undergraduate graduates and 41.6% had been working in the profession for more than 10 years. All of the nurses participating in the study provided care to patients with delirium and did not receive any education about delirium outside of school. Seven themes were obtained from the content analysis: delirium definition, delirium management, delirium patient experience, delirium awareness, difficulties in care, practices in care, knowledge or experience in care.

Conclusion: As a result, nurses stated that although knowledge is important in care, experience is more effective in managing and recognizing delirium.

Keywords: Delirium, Experience, Intensive Care Unit, Qualitative Research

ORCID IDs: DT:0000-0002-9333-1129, EK:0000-0003-4392-5620, OA:0000-0002-6182-2513, DA:0000-0002-8497-0105

Sorumlu yazar/Corresponding author: Öğr. Gör. Osman ALAMAN, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler, Osmaniye, Türkiye

e-posta/e-mail: osmanalaman@gmail.com

Atıf/Citation: Talhaoğlu D, Keşer E, Alaman O, Atik D. (2025). Deneyimle gelen farkındalık: Yoğun bakım hemşirelerinin deliryumu erken tanıma ve yönetmedeki rolü. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 8(3), 339-352. doi:10.54189/hbd.1627744

GİRİŞ

Yoğun bakım sendromu (YBS), yoğun bakım ünitesine (YBÜ) yatıştan 48 saat sonra, tıbbi bir durum veya cerrahi müdahale sonrasında gelişen bilişsel değişiklikler ya da algısal bozukluklarla birlikte görülen kısa süre içinde gelişen bir bilinç bozukluğu olarak tanımlanır (Dedeli ve Durmaz Akyol, 2005; Nydahl vd., 2018; Van Eijk ve Slooter, 2010).

Sendrom, 1960'lı yıllarda "tıbbi iyileştirme hastalığı" veya "iyileşme birimlerinde çıldırma" olarak anılmış; toksik psikoz, deliryum, akut konfüzyon, bilinç bulanıklığı ve akut serebral yetersizlik gibi terimlerle de adlandırılmıştır. Literatürde bu sendromun ilk kez kardiyotomi ameliyatı geçiren hastaların deneyimlediği bir psikoz olarak tanımlandığı bildirilmektedir (Dedeli ve Durmaz Akyol, 2005). Bu bağlamda, deliryumun etkilerinin daha iyi anlaşılması ve erken tanı konulabilmesi için yapılan araştırmalar, hemşirelik pratiğinde kritik değişikliklere yol açmıştır. Tarihsel olarak geçici ve önemsiz bir sorun olarak reddedilmesine rağmen, son çalışmalar deliryumun daha fazla komplikasyon, daha uzun hastanede kalış süresi ve daha yüksek mortalite ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Deliryum görülme oranı; toplumdaki bireylerde %1-2, bakım evlerinde kalan bireylerde %60, hastanedeki bireylerde %6-56, cerrahi işlem uygulanan hastalarda %15-53, yoğun bakımda tedavi gören hastalarda %56-87 ve terminal dönem hastalarda %83 olarak belirtilmektedir (Karadas ve Özdemir, 2019). Deliryum gelişen hastalarda yoğun bakımda kalma süresinin arttığı, demans ve nozokomiyal enfeksiyon gelişme riskinin yükseldiği ve uzun süreli bakım ihtiyacının arttığı gözlemlenmiştir (Karadas ve Özdemir, 2019). Yoğun bakımda hastalarla iletişimin zor olması, deliryumun fark edilmesini ve tanısının konulmasını zorlaştırmaktadır. Deliryumun önlenmesi ve yönetiminde hemşirelik girişimleri önemli olup, hemşireler bu süreçte kritik bir rol üstlenmektedirler. Hastaya birebir bakım sağlayan ve 24 saat boyunca yanında bulunan hemşirelerin deliryum konusunda bilgi sahibi olması, uygun değerlendirme kriterlerini bilmesi, deliryumun erken tanınmasını ve gerekli önlemlerin alınmasını kolaylaştırabilmektedir (Burge vd. 2010; Çevik vd., 2016).

Deliryum yönetiminde; deliryumun önlenmesi başta olmak üzere, deliryumun tanınması, altta yatan nedenlerin saptanması ve ortadan kaldırılması, deliryumun tedavi edilmesi ve komplikasyonların önlenmesi basamaklarını kapsamaktadır. Yeniden uyum sağlamak amacı ile zaman, yer, kişi hatırlatılması, çevresel uyaranların azaltılması, erken ve sık mobilizasyon, hidrasyon ve uyku hijyeninin sağlanması deliryumu önlemek ve yönetmek için yapılabilecek temel farmakolojik olmayan girişimler arasındadır (Karadas ve Özdemir, 2019).

Yoğun bakım ünitesinde deliryum ile ilgili yapılmış olan bir nitel çalışma, deliryum tespiti ve yönetimi için kanıta dayalı tedavi seçeneklerinin yokluğunda, hemşirelerin ve hekimlerin kişisel deneyimlerine ve tercihlerine güvenmekte olduğunu belirtmektedir (Collet vd., 2019). Başka bir çalışmada, hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süresine göre risk grupları bilgi düzeyi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yoğun bakımda 6 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip hemşirelerin risk grupları bilgi düzeyi puanlarının, 5 yıl ve altı çalışma süresine sahip hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Eren, 2019). Kelly ve arkadaşları (2020), yaptıkları bir çalışmada, öğrenci hemşirelerin eğitiminde deliryumlu hastaya bakım veren deneyimli hemşirelerin tecrübelerinden faydalanmıştır. Sonuç olarak öğrenci hemşirelerin eğitiminde deneyimli hemşirelerin rol model olmasının etkili bulunduğu ifade edilmiştir (Kelly vd., 2020). Hastalar ve ailelerine yönelik bir deliryum epizoduyla (belirli bir süre içinde deliryum belirtisinin görülmesi) ilgili bakış açısını ve deneyimlerini anlamak için yapılan fenomenolojik bir çalışmada hastalar ve aileleri için yoğun bakım ünitesinde deliryum ile ilgili eğitim ve bilgilendirmenin yetersiz olduğu, sağlık personelinin hastaları ve ailelerini deliryum atakları olasılığı hakkında bilgilendirmelerinin gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Neubauer vd., 2019; Smithburger vd., 2017). Hemşirelerin ve hekimlerin deliryumu tanılamada deneyim

faktörünü inceleyen başka bir çalışmada, profesyonel bakımın, cihaz güvenilirliğinin ve klinik sonuçların önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Oxenbøll-Collet vd., 2018).

Özsaban ve Acaroğlu'nun (2016) yoğun bakım hemşirelerinin deliryum değerlendirmesine ilişkin mevcut uygulamalarını ve algılarını belirlemek ve bu uygulama ile algıları etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin çoğunun deliryumu ciddi bir sorun olarak algıladığı, ancak rutin deliryum değerlendirmesi yapanların oranının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin deliryum değerlendirme uygulamalarının, deliryum algıları ve hasta merkezli bakım uygulamaları tarafından etkilendiği belirlenmiştir (Özsaban ve Acaroğlu, 2016).

Yoğun Bakım Ünitelerinde hekim ve hemşirelerin deliryum algıları ile yapılmış başka bir çalışmada sağlık personelinin deliryumu yeterince tanımadığı veya yanlış teşhis ettikleri tespit edilmiştir (Salameh vd., 2021; Topuz ve Çelikeş, 2012). Yaşlı acil servis hastalarında deliryumun neden sıklıkla gözden kaçırıldığını belirlemek amacıyla yapılan nitel bir tanımlayıcı çalışmada, deliryumun tanımlanması için ekip rollerinin netleştirilmesine, deliryum tarama araçlarının kullanımının standart hale getirilmesine ve deliryuma akut tıbbi bir acil semptom olarak öncelik verilmesine yönelik acil servis liderliğine ihtiyaç olduğu gösterilmiştir (Schonnop, vd., 2022).

Deliryum tablosu yoğun bakımlarda sıklıkla görülmesine karşın yoğun bakım ekibi tarafından geç fark edilmektedir. Araştırma, deneyim faktörünün deliryum tablosunu erken fark etmede ve yönetmede etkisi olup olmadığını belirlemek amacı ile nitel bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu alandaki nitel çalışmaların azlığı yapılmış olan çalışmanın literatür açısından önemli olduğunu göstermektedir.

Araştırma Soruları

1. Yoğun bakım ünitelerinde deliryum tablosuna ilişkin hemşirelerin görüşleri ve yaşadıkları deneyimleri nedir?
2. Hemşirelerin deneyimleri deliryum tablosunu erken tanılama ve yönetmede etkili midir?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma, nitel araştırma yöntemlerinden biri olan fenomenoloji çalışması olarak planlandı. Bu, deneyimleri öznel bir bakış açısıyla incelemek için kullanılan bir araştırma yöntemidir (Pietkiewicz ve Smith, 2014). Fenomenolojik araştırma, insan deneyiminin tanımlanmasını ve anlaşılmasını sağlar ve araştırmacıların derinlemesine içgörüler ve ilişkili anlamlar elde etmesine olanak tanır (Neubauer vd., 2019). Bu çalışmada, yoğun bakım hemşirelerinin deliryum oluşumuna ilişkin deneyimlerini betimlemek için bir araştırma yöntemi olarak fenomenoloji kullanılmıştır. Hemşirelerin bakış açılarını anlamak, deneyimlerinin önemli, gerçek ve yaşanmış olduğunu göstermenin anahtarıdır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Çalışma bir devlet hastanesinin yoğun bakım servislerinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Devlet hastanesi yoğun bakımlarında çalışan 121 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem seçiminde amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme yöntemi nitel araştırmalarda oldukça sık

kullanılmaktadır. Amaca yönelik örneklemede örneklem sayısına kesin sınır getirilmemekle birlikte 5-25 katılımcı önerilmekte (Creswell, 2009), fazla sayıda katılımcının yorumlamayı zorlaştırabileceği belirtilmektedir (Baltacı, 2018). Katılımcı sayısı, veri doygunluğu ilkesine göre belirlenmiştir. Buna göre, katılımcıların vermiş oldukları cevapların tekrar etmeye başlamasının fark edilmesiyle katılımcı sayısı sonlandırılmıştır, toplamda 12 hemşire çalışma grubuna dahil edilmiştir (Baltacı, 2018).

Verilerin Toplanması

Klinik deneyim ve ilgili literatüre dayalı olarak yarı yapılandırılmış bir görüşme formu hazırlanmıştır. Tüm görüşmeler, odak grup görüşmelerini planlama, kolaylaştırma ve analiz etme deneyimine sahip ilk yazar tarafından yönetilmiştir. Görüşmeler yoğun bakım ünitesine yakın bir odada yapılmış olup yoğun bakımdaki hemşire sayısı ve iş yoğunluğu göz önüne alınarak yapılmıştır. Görüşmeler dijital olarak kaydedilmiş ve kelimesi kelimesine yazıya dökülmüştür (Collet vd., 2019).

Veri Toplama Aracı

Demografik Bilgi Formu: Hemşirenin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, çalıştığı birim, meslekteki yılı, bulunduğu yoğun bakımdaki çalışma yılı, deliryum hakkında eğitim alıp almadığı ve deliryumlu bir hastaya bakım verip vermediği gibi bilgileri elde etmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:

1. Deliryumu olan bir hastayı yönetmek ile yaşadığınız deneyim var mı? Varsa bu deneyimi nasıl tarif edersiniz?
2. Yaşamış olduğunuz deneyimin bir sonraki hasta bakımını nasıl etkileyeceğini düşünüyor musunuz?
3. Deliryumlu hastaların tespitinde ilk olarak hangi bulguyu görüyorsunuz? Tespit ettiğiniz bulgulara yönelik hangi uygulamaları yapıyorsunuz?
4. Sizce yoğun bakım hemşirelerinin deliryum farkındalıkları yeterli midir? Açıklar mısınız?
5. Hemşirelerin deneyimleri ve deliryuma ilişkin bilgi düzeyi farkındalıkta etkili midir? Hangisinin daha etkili olduğunu düşünüyorsunuz?
6. Sizce yoğun bakım hemşirelerinin deliryumu yönetmedeki uygulamalarını neler etkiler?
7. Yoğun bakım hemşirelerinin deliryum yönetiminde yaşadıkları sorunlar nelerdir? (Collet vd., 2019; Eren, 2019; Helgesen vd., 2021; Tsang vd., 2019; Yılmaz, 2020; Zamoscic vd., 2017)

Verilerin Analizi

Görüşmelerin dökümleri okunarak ve herhangi bir tutarsızlık olup olmadığı ses kayıtlarına karşı kontrol edilmiştir. Daha sonra tarih kronolojisine göre katılımcıya K1, K2 gibi bir numara verilmiştir. İçerik analizinde atanan numaralar kullanılmıştır. Bilindiği üzere içerik analiz sürecinde önce birbirine benzeyen nitel veriler belli tema ve kategoriler altında düzenlenir ve sonrasında neden-sonuç ilişkileri şeklinde irdelenir ve yorumlanarak birtakım sonuçlara ulaşılır (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Bu analiz sonucunda elde edilen kod ve temalar kategorize edilerek ana tema ve alt temalara göre bulgular bölümünde kavram haritası yöntemiyle gösterilmiştir. Bu sonuçlara göre 7 ana tema, 26 alt tema belirlenmiştir. Araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliğinde Tablo 1'deki adımlara dikkat edilmiştir.

Tablo 1. Çalışmadaki Geçerlik ve Güvenirlik Önlemleri (Eroğlu ve Bektaş, 2016)

Geçerlik	İç geçerlik	Uzman görüşünün alınması
		Katılımcı teyidi
		Uzun süreli etkileşim
		Doğrudan alıntı
	Dış geçerlik	Veri toplama aracı ve sürecinin açıklanması
		Veri analiz sürecinin açıklanması
		Çalışma grubunun seçim şeklinin belirtilmesi
		Çalışmanın uygulama sürecinin betimlenmesi
		Araştırmacının rolünün betimlenmesi
		Geçerlik ve güvenirlik önlemlerinin açıklanması
Güvenirlik	İç güvenirlik	Amaçlı örnekleme
		Kayıt cihazı kullanılarak veri kaybının önlenmesi
		Bulguların yorum yapılmadan sunulması
	Dış güvenirlik	Verilerin sonuç kısmında uygun şekilde tartışılması
		Veriler arasında tutarlılığın kontrol edilmesi

Araştırmanın Etik Yönü

Osmaniye Korkut Ata Üniversitesinin araştırma ve yayın kurulundan 11.11.2022 yılı 2022/7/17 nolu etik kurulu ve araştırmanın yapılacağı kurumdan gerekli izinler alınmıştır. Katılımcılara çalışmanın amacı açıklanmış yazılı ve sözlü olurları alınmıştır. Çalışmanın her aşamasında Helsinki Deklarasyonuna bağlı kalmıştır.

BULGULAR

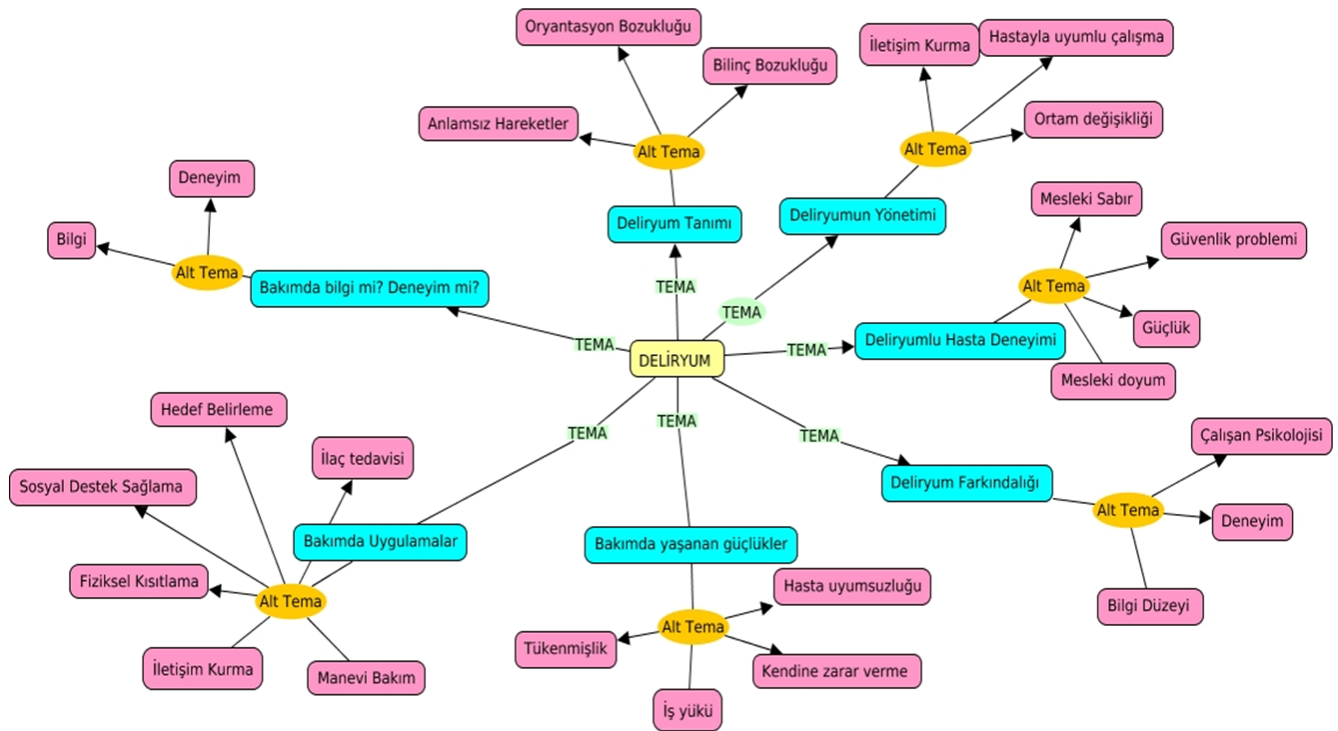
Çalışmada elde edilen demografik bilgilere göre elde edilen sonuçlar Tablo 2’de sunulmuştur. Tablo 2 incelendiğinde çalışmaya katılan hemşirelerin %91,6’sının kadın olduğu, hemşirelerin %50’sinin lisans mezunu olup, %41,6’sının meslekte 10 yıldan fazla çalıştığı görülmektedir.

Tablo 2. Katılımcılara Ait Özellikler

Özellikler	n (12)	%	Katılımcı Kodu
Yaş			
24-30	5	41,7	K1, K2, K5, K8, K9
31-37	3	25,0	K3, K6, K7
38-44	2	16,7	K10, K12
45-49	2	16,7	K4, K11
Cinsiyet			
Kadın	11	91,7	K1, K2, K3, K4, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12
Erkek	1	8,3	K5
Öğrenim Durumu			
Lise	4	33,3	K3, K4, K7, K10
Ön Lisans	2	16,7	K2, K11
Lisans	6	50,0	K1, K5, K6, K8, K9, K12
Çalışılan Birim			
Genel Yoğun Bakım	2	16,7	K8, K9
Dahiliye Yoğun Bakım	3	25	K5, K6, K11
Anestezi Yoğun Bakım	3	25	K1, K2, K3
Cerrahi Yoğun Bakım	4	33,3	K4, K10, K7, K12

Tablo 2. Katılımcılara Ait Özellikler (Devamı)

Özellikler	n (12)	%	Katılımcı Kodu
Meslekte Çalışma Yılı			
1 yıl altı	2	16,7	K1, K9
1-5	1	8,3	K8
6-12	4	33,3	K2, K6, K7, K12
13-20	4	33,3	K3, K4, K10, K11
20 ve üstü	1	8,3	K4
YB Çalışma Yılı			
2 yıl altı	2	16,7	K1, K9
2-7	2	16,7	K5, K8
8-15	8	66,6	K2, K3, K4, K6, K7, K10, K11, K12



Şekil 1. Deliryum Ana Tema ve Alt Temaları

Yapılan içerik analizinde yedi ana tema elde edilmiştir: deliryum tanımı, deliryum yönetimi, deliryumlu hasta deneyimi, deliryum farkındalığı, bakımda yaşanan güçlükler, bakımda uygulamalar, bakımda bilgi mi? deneyim mi? (Şekil 1)

Tema 1. Deliryum Tanımı

Burada elde edilen alt temalar anlamsız hareketler, bilinç bozukluğu, oryantasyon bozukluğudur. Hemşireler deliryum gelişen hastaların daha çok hareketlerde anlamsız artışların olduğunu, boş gözlerle baktıklarını ifade etmişlerdir. Aşağıda alt temalara göre bazı hemşirelerin direkt ifadelerine yer verilmiştir.

Alt tema: Anlamsız hareketler

K2: Genelde hastalar yatakta duramamaya başlıyorlar ve aşırı agresifleşiyorlar. O zaman deliryuma girdiğini düşünüyorum.

K5: Hastalar anlamsız hareketler yapıyor kendini yataktan falan atmaya çalışıyorlar.

Alt tema: Oryantasyon bozukluğu

K4: Hastalar nerde olduklarını karıştırıyorlar, zamanı karıştırıyorlar o zaman şüpheleniyorum.

K7: Yer, zaman oryantasyonu bozuluyor. Daha çok hasta yakınlarının isimleri ile çağırıyorlar. Ayşeee nerdesin? gibi....

Alt tema: Bilinç bozukluğu

K6: Ortamda kendi yakını var zannediyor. Gel gel diye çağırıyor. Günlük yapılan şeylerden bahsediyor. Öyle öyle deliryum tablosu geliyor.

K8: Hasta yakını görüyor onu çağırıyor. Bir şey isteyeceği zaman kızından eşinden istiyor sanki öyle sesleniyor.

Tema 2. Deliryum Yönetimi

Burada elde edilen alt temalar; iletişim kurma, hastayla uyumlu çalışma, ortam değişikliğidir. Hemşirelerin neredeyse tamamı deliryum yönetiminde en etkili yolun iletişim olduğunu söylemişlerdir. Aşağıda bazı hemşirelerin alt temalara göre ifadelerine yer verilmiştir.

Alt tema: İletişim kurma

K1: Ben gerçekten kurulan iletişimin etkili olduğunu düşünüyorum çünkü hastalar gerçekten rahatlıyorlar.

K9: Hastanın boş boş baktığını fark edince hemen iletişime geçiyorum. Günü, saati, nerede olduğunu hatırlatıyorum.

K11: Diyorum ya biz konuşmada eksikiz. Konuşarak deliryumun kenarından çektiğimiz hastalar da oluyor aslında.

Alt tema: Hastayla uyumlu çalışma

K9: Çok fazla bir tecrübem olmadı ama gördüğüm hastayla eğer uyumlu çalışırsak bununla daha kolay başa çıkabiliyoruz.

Alt tema: Ortam değişikliği

K9: Keşke imkan olsa da yoğun bakım ortamları değiştirilebilse. Benim babam yattı yoğun bakımda çarşaf beyaz yatak beyaz. Kızım artık her yer parlıyor bembeyaz diyordu. Bence bilinçli hastalar da düşünülerek azıcık renk kullanılabilir.

K10: Hastalar toparlar toparlamaz servise gönderilmeli, çünkü yoğun bakımda kalmak zor.

Tema 3: Deliryumlu Hasta Deneyimi

Burada elde edilen alt temalar; mesleki sabır, güvenlik problemi, güçlük ve mesleki doyumdur. Hemşireler deliryum gelişen bir hastaya bakarken aslında çok tedirgin olduklarını ve korktuklarını ifade etmişlerdir. Onun dışında gerçekten güçlük çektiklerini fakat aynı zamanda birine yardımcı olmanın da getirdiği mesleki hazdan bahsetmişlerdir. Aşağıda alt temalara göre hemşirelerin ifadelerine yer verilmiştir.

Alt tema: Mesleki sabır

K3: Mesleğe ilk başladığım zamanlarda tahammül seviyem çok düşüktü. Ya amca yine mi damar yolunu çektin diyordum ama şimdi sabrım daha da arttı.

K6: Çalışma yılım artınca daha çok sabretmeye ve hastaya daha sakin yaklaşmaya başladım.

K10: Bu iş vicdan işi. Bunu bilerek yapmadığının farkında olmak lazım. Ben çok hastayla tavuk besledim, salça kaynattım. Konuşmak lazım. Yalnız olmadıklarını bilsinler...

K11: Hastalar bize muhtaç sonuçta, bunu bilerek te yapmıyorlar. Tokat yediğimi bile hatırlıyorum hangi birine kin tutuyum. Çok ciddiye almıyorum öyle olunca. Sabretmek lazım.

Alt tema: Güvenlik problemi

K3: Eskiden hastalara çok dil dökerdim. Ne zaman bir hasta tarafından saldırıya uğradım artık hastaları ikna etmeye çalışmıyorum. Baktım hastalar konuşunca agresifleşiyor kendi hallerine bırakıyorum.

K11: Tokat yediğim hastalarda oldu ne yapabilirim. Hasta diyorum geçiyorum.

Alt tema: Güçlük

K4: Deliryumlu hastayı takip etmek zor, çünkü normal hastaya efor sarf ettiğinizden daha fazla efor sarf ediyorsunuz, çünkü hareketleri daha çok bilinç dışı, o nedenle baş etmek güç.

K7: Hastayı konuşarak sakinleştirmek bazen nerdeyse imkansız, hastaya ulaşamadığımı hissettiğimde çok üzülüyorum.

Alt tema: Mesleki doyum

K1: Evet bu hastalarla baş etmek zor oluyor ama sonrasında da hastanın sıkıntısını giderdiğinizde, hasta bir nebze olsun normale döndüğünde inanılmaz bir mesleki doyum da alıyorsunuz.

Tema 4: Deliryum Farkındalığı

Burada elde edilen alt temalar çalışan psikolojisi, deneyim, bilgi düzeyidir. Hemşireler deliryumu fark etmede daha çok deneyimin etkisi olduğunu ifade etmişlerdir. Onun dışında deliryum farkındalığında çalışan psikolojisinin de önemini söyleyen hemşireler bulunmaktadır.

Alt tema: Çalışan psikolojisi

K2: Deliryumu fark etmede bence çalışan psikolojisi de önemli. Sonuçta psikolojisi iyi olan birisi başkasındaki sorunu görebilir.

Alt tema: Deneyim

K4: Kesinlikle alanda çalışırken usta çırak ilişkisi ile öğreniyoruz çoğu şeyi... Deliryumlu hasta bakımı da buna dahil.

K6: Mesleki yaşanmışlık ve tecrübe gerçekten önemli.

Alt tema: Bilgi düzeyi

K7: Süper bir teorik bilginiz de olsa da daha önce deliryumlu bir hasta ile karşılaşmadıysanız bunu fark etmezsiniz.

Tema 5. Bakımda Yaşanan Güçlükler

Burada elde edilen alt temalar, hasta uyumsuzluğu, kendine zarar verme, tükenmişlik, iş yüküdür. Hemşireler ifadelerinde daha çok hastaların kendilerine zarar vermesinden korktuklarını ifade etmişlerdir. Bazı hemşirelerde en büyük sorunun iş yükü olduğunu bu nedenle deliryuma giren bir hastayı fark etseler bile daha primer hemşirelik bakımına ihtiyaç duyan hastalarla ilgilendiklerini ifade etmişlerdir. Aşağıda bazı hemşire ifadelerine yer verilmiştir.

Alt tema: Hasta uyumsuzluğu

K3: Bazen öyle hastalar geliyor ki sıkıntılı oluyorlar işte... İlaç verelim diyorum yok diyor, psikiyatriye yönlendireyim diyorum yok diyor, hiçbir şeyi kabul etmiyor. Bazen hastalar için gerçekten yapabileceğiniz bir şey kalmıyor.

K6: Bazı hastalarla gerçekten iletişim kurarak anlaşıyoruz. Sıkıntılarına rağmen çıkış alıp gitmek isteyen hastalar oluyor.

Alt tema: Kendine zarar verme

K3: Hastalar bazen öyle duruma geliyorlar ki kendi kateterlerini çekiyorlar, NG lerini çekiyorlar, çarşafı kan içerisinde kalıyor, canları acıyor... Bu onlara da zarar verebilen bir şey üzülüyorum.

K2: Kateterlerle ilgili sorunlar yaşıyoruz daha çok, örneğin başka bir hastayla ilgilenirken diğer bir hastanın kateterini çektiğini ve ortalığın kan gölüne döndüğünü düşünün gerçekten zor.

K4: Hastalar çok agresif olabiliyorlar kendilerine zarar verdikleri gibi etraflarına da zarar veriyorlar.

Alt tema: İş yükü

K7: Bazen öyle bir durumda oluyoruz ki hastanın deliryuma girdiğini fark ediyoruz ama diğer bir hasta arrest olduğunda ya da başka sıkıntıları olduğunda deliryumlu hastayı bırakıp onunla ilgileniyoruz...

K9: İş yükümüz fazla olduğu için asıl odaklanmamız gereken şeyleri kaçırıyoruz.

Alt tema: Tükenmişlik

K12: Hemşire olarak en büyük sorunuz. Özellikle deliryumlu hastayla uğraşmak hiç kolay değil. Bazen altın olsa dönüp bakasım gelmiyor.

Tema 6. Bakımda Uygulamalar

Burada elde edilen alt temalar iletişim kurma, fiziksel kısıtlama, sosyal destek sağlama, hedef belirleme, ilaç tedavisi ve manevi bakımdır. Hemşirelerin neredeyse tamamı deliryum gelişen ya da deliryum gelişmeye başladığını fark ettikleri hastayla daha çok iletişim kurduklarını ve bu iletişimin hastaları rahatlatıldığını ifade etmişlerdir.

Alt tema: İletişim kurma

K4: Bilinci açık hastayla mutlaka iletişim kurarım. Merhaba günaydın diyerek içeri giriyorum. Kesinlikle ismini kullanmaya gayret ediyorum ve gün içinde de mutlaka nerde olduğunu sorguluyorum.

K5: Samimi yaklaşmak ve hastaya açıklama yapmak önemli.

K8: Zaman kavramı olmadığı için gece 24'den sonra "gece oldu hadi uyku zamanı" diye hatırlatıyoruz. Mecbur kalmadıkça gece dokunmuyoruz.

K11: Ben sohbet etmeyi güldürmeyi severim. Rahatlıyorlar ama...

Alt tema: Fiziksel kısıtlama

K2: Hastalar kendilerine zarar vermesinler diye en son çare olarak fiziksel kısıtlamaya gidiyoruz.

K7: Hastaya konuşarak ulaşamadığımızda mecbur kendine zarar vermesin diye kısıtlıyoruz.

K12: Beyefendi bağlamak zorunda kaldık, teyzecim biraz sakinleş çözeceğim gibi hastaları kısıtlasak ta ben açıklama yaparım. Buda mesleğin vicdani yönü...

Alt tema: Sosyal destek sağlama

K2: Ben yoğun bakımda yatan hastaların gerçekten aileleriyle iletişim kurduklarında, onları gördüklerinde daha çok rahatladıklarını ve tedaviye daha uyumlu olduklarını gördüm.

K6: Hastaların yakınlarını görmesi önemli. Hiç değilse telefonda bile görüntülü görüştürülebilir. Yakınlarını istiyor hastalar biz bunu pandemi de de gördük sosyal destek çok önemli.

K7: Enfeksiyon gibi bir durum söz konusu olmazsa en iyisi sık sık aileleri ile görüştürmek.

K8: Bazen bilinçli hastalara gazete getirtiyoruz. Kitabı varsa istiyoruz. Çünkü bilinci olan hasta için çıplak ve altı bezli olması hoş bir durum değil....

Alt tema: Hedef belirleme

K1: Uğraş önemli, sabahtan akşama kadar günlerce boş boş yattığınızı düşünün bu insanlar deliryuma girmesinde ne yapsın. Bence kesinlikle bir uğraş, bir hedef olmalı.

K5: Ben hastaların bir amacı olduğunda daha rahatlamış olduğunu hissediyorum. Örneğin; yemek saati şu saatte yemek saatini bekleyelim ya da görüş saati şu saatte görüş saatini bekleyelim ya da akşam şu saatte tedaviniz var onu bekleyelim. Böyle kısa süreli hedefler konulduğunda onlara bir amaç yaratmış oluyoruz ve amacı olan hastanın da daha sakin olduğunu fark ediyorum.

Alt tema: İlaç tedavisi

K6: Doktor istemine göre bazen son çare bazen de ilk uygulama olarak sedatifleri tercih edebiliyoruz.

K7: En son tercihimiz sedasyon... ama bazen gerçekten tek seçenek bu.

K12: Bazen doktor istemine göre bazen tablet bazen IV ilaç uygulaması yapıyoruz. Çünkü her yolu denemiş oluyoruz. Yapacaklarımızda sınırlı sonuçta...

Alt tema: Manevi bakım

K11: Antep'te görmüştüm böyle uygulamalarda varmış hastanelerde. Keşke biz yapabilsek ama iş yükünden yapamıyoruz.

Tema 7. Bakımda Bilgi mi? Deneyim mi?

Burada elde edilen alt temalar bilgi ve deneyimdir. Neredeyse hemşirelerin tamamı deliryumu fark etmede ve yönetmede deneyimin daha önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

Alt tema: Deneyim

K3: Bilgi önemli tamam ama gerçekten bir hastayı yönetebilmek için mesleki deneyimin daha önemli olduğunu düşünüyorum. Ben 14 yıllık yoğun bakımcı olmama rağmen her hasta da farklı bir deneyim kazanıyorum.

K4: Okuldan mezun olurken belli başlı bilgi donanımımız oluyor ama onu alanda uygulayabilmemiz için de kesinlikle bir tecrübeye ihtiyacımız olduğunu düşünüyorum.

K8: Yeni atanmış biriyle 10 yıl çalışan biri kesinlikle aynı değil. Özellikle bu hastalarda erken tanılama ve bakım çok önemli. Oda tecrübe ile mümkün.

K10: Deneyimsiz bir hemşirenin deliryumlu bir hastayla baş etmesi gerçekten zor.

K12: Bence kesinlikle yaşanmışlık önemli...

Alt tema: Bilgi

K2: Deliryumu tespit etmede ve bakımda ilk önce bilgi derim ama deneyim olmadan da olmaz. Bilgi olmazsa neyin ne olacağını fark edemeyebiliriz ama deneyim olmadan da o bilgiyi kullanamayız gibi geliyor bana.

K9: Bence bilgi önemli. Bilgisiz uzun zaman çalışması bir anlam ifade etmiyor bence...

TARTIŞMA

Bu çalışmada, yoğun bakım ünitesindeki hastalarda deliryumu erken fark etme ve yönetmede hemşirelerin deneyimlerini inceledik. Burada sunulan nitel çalışma, yoğun bakım ünitesi hastalarında deliryum olgusuna ilişkin yeni iç görüler sağlamıştır. Mevcut çalışmanın sonuçları literatüre göre analiz edildiğinde, çoğu durumda benzerlikler ve tamamlayıcılıklar bulunmuştur. Alt temalar ele alındığında hemşireler, deliryumu çoğunlukla klinik gözleme dayalı olarak tanımlamaktadır. "anlamsız hareketler", "bilinç bozukluğu" ve "oryantasyon bozukluğu" deliryumun temel belirtileri olarak öne çıkmıştır. K2 ve K5'in hastaların agresif davranışlarını ve yataktan atma çabalarını deliryum göstergesi olarak tanımlaması, davranışsal değişimlerin dikkat çekici ilk belirti olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, K4 ve K7'nin zaman ve yer oryantasyonu bozukluklarına dikkat çekmeleri, hemşirelerin bilişsel karışıklık durumlarına karşı duyarlılığını ortaya koymaktadır. Hemşireler, deliryum yönetiminde en etkili yöntemin hasta ile iletişim kurmak olduğunu vurgulamışlardır. K1'in ifadesiyle "kurulan iletişim hastayı rahatlatmaktadır." Ayrıca, K9'un hem iletişim kurma hem de uyumlu çalışmaya vurgu yapması, hasta-hekim-hasta yakınları üçgeninde güvenin önemine işaret etmektedir. K9 ve K10'un "ortam değişikliği" önerileri, çevresel düzenlemelerin hastanın psikolojik durumunu etkilediğine dair farkındalıklarını ortaya koymaktadır. Katılımcı hemşireler deliryumu fark etmede psikolojik iyi oluşun ve mesleki deneyimin etkili olduğunu vurgulamışlardır. K2'nin psikolojik durumun algıyı etkilediğine dair yorumu, tükenmişlik ve farkındalık arasındaki ilişkiyi işaret etmektedir. K4 ve K6'nın usta-çırak modeli vurgusu, teorik bilginin pratikle bütünleşmesi gerekliliğine işaret etmektedir. Yoğun bakım ortamında deliryumlu hastalara bakım verirken yaşanan başlıca sorunlar arasında hasta uyumsuzluğu, kendine zarar verme eğilimi, yüksek iş yükü ve tükenmişlik yer almaktadır. K3 ve K4'ün kendine zarar veren hastalara dair anlatımları, deliryumun hasta güvenliği açısından ciddi tehdit oluşturduğunu göstermektedir. K7 ve K9'un iş yüküne dair ifadeleri, hasta

önceliklendirmesi yapılmak zorunda kalındığını ve bu durumun deliryum yönetimini ikinci plana itebildiğini göstermektedir. Bakım sürecinde iletişim, fiziksel kısıtlama, sosyal destek, hedef belirleme, ilaç tedavisi ve manevi bakım gibi çok boyutlu uygulamalar öne çıkmaktadır. K4 ve K5'in hasta ile birebir iletişim kurma, K2 ve K12'nin fiziksel kısıtlama zorunluluğu üzerine vurguları, hem empatik hem de güvenlik odaklı yaklaşımların birlikte kullanıldığını göstermektedir. Ayrıca, K6, K7 ve K8'in aile ile teması ve sosyal destek mekanizmalarına dair önerileri, hastaların sosyal kimliklerinin önemini vurgulamaktadır. K1 ve K5'in hedef belirleme ile ilgili ifadeleri, yapılandırılmış gün planlamasının deliryumu engelleyici etkisine dair farkındalığı ortaya koymaktadır. Hemşireler, deliryumla başa çıkmada teorik bilginin önemli olduğunu ancak deneyimin çok daha belirleyici olduğunu vurgulamışlardır. K3, K4, K8 ve K10'un deneyim temelli vurguları, klinik sezgilerin teorik bilginin ötesine geçebileceğini göstermektedir. Buna karşın K2 ve K9'un dengeli yaklaşımı, bilgi olmadan deneyimin etkisiz kalabileceği düşüncesini savunmaktadır.

Çalışmamız, hemşirelerin deliryum gelişen hastalarda daha çok anlamsız hareketlerin arttığını ve hastaların etrafına boş gözlerle baktıklarını deneyimlediklerini göstermiştir. Hemşirelerin deliryum tanılmasının öncelikle klinik gözlem yoluyla deneyimledikleri görülmektedir. Hastada akut gelişen ve hemşiresi tarafından fark edilen oryantasyon bozukluğu ve bilinç bozukluğu bir şeylerin ters gittiğini düşündürmektedir. Literatürdeki bazı çalışmalar da deliryumun tanılmasında klinik gözlemin önemli olduğunu vurgulamıştır (Helgesen vd., 2021; Wu vd., 2024). Klinik eğitimden önce, hemşireler deliryumu değerlendirirken genellikle kendi klinik deneyimlerine güvenmektedirler, ancak bu öznel değerlendirmeler, önyargı ve hata riskini artırabilmektedir. Bu durum özellikle deliryumda önemlidir çünkü deliryumun ince belirtileri anında fark edilmeyebilir ve bu da teşhisi zorlaştırabilir. Yaptığımız çalışmada literatür ile uyumlu olarak hemşirelerin deliryumu erken fark etmedeki becerisinin daha çok hasta deneyimiyle kazanıldığı vurgulanmıştır ancak hasta deneyimine rağmen hemşirelerin fark edemedikleri deliryum vakalarının olduğunu da vurgulamışlardır.

Deliryumun değerlendirilmesi, hasta görüşmesinden, resmi bilişsel testlerden ve klinik gözlemlerden toplanan bilgilerin bir sentezini gerektirmektedir (Huang vd., 2012). Deliryumu tespit etme yeteneğini artırmak, erken müdahale yapılmasını sağlar. Bu, deliryumun şiddetini ve süresini azaltmada etkili olabilir, böylece hasta sonuçlarını iyileştirir ve sağlık hizmetiyle ilişkili komplikasyonları azaltır.

İletişim, bakımı yönlendirmeye yardımcı olan temel bilgileri edinme ve hemşire-hasta arasında daha fazla güven oluşturma gibi temel ihtiyaçları karşılamaktadır. Hemşireler, klinik karar almada lider konumundadır. Hastalarla ve tıbbi ekiple daha fazla iletişim kurarak hastaların durumlarını ve klinik sonuçlarını hızla değerlendirebilmektedirler (Gómez Tovar vd., 2021). Çalışmamız hemşirelerin deliryum yönetiminde en etkili yolun hastayla iletişim kurmak olduğunu ve deliryum gelişen ya da deliryum gelişmeye başladığını fark ettikleri hastayla daha çok iletişim kurduklarını ve bu iletişimin hastaları rahatlattığını hissettiklerini göstermiştir (K1, K11). Reznik ve Slooter (2019) da çalışmalarında hastayla etkileşim, diyalog ve hastayı dinleme, onların birey olarak gerçekliğini öğrenme, sabırlı olma ve onları anlamanın önemini vurgulamışlardır.

Yapılan çalışma, hemşirelerin deliryumu fark etmesinde ve yönetmesinde bilgidен daha çok mesleki deneyimin etkisi olduğunu düşündüklerini göstermiştir. Burada çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun on yılı aşkın mesleki süreçte karşılaştıkları birçok hastada gözlemledikleri deliryum olgusunu yönetme durumları göz önünde bulundurulabilir. Farklı açıdan yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin deliryum bilgisine aşinalığının erken tanı ve hemşirelik müdahalesini etkileyebileceği ifade edilmiştir (Palacios-Ceña vd., 2016). Burada bilgiye aşına olunabilmesi için daha çok vakayla karşılaşılması gerekmektedir. Bu da aslında deneyimin getirdiği bilgi ile sonuçlandırılabilir.

Hemşireler deliryum gelişen bir hastaya bakarken aslında çok tedirgin olduklarını ve korktuklarını ifade etmişlerdir. Onun dışında gerçekten güçlük çektiklerini fakat aynı zamanda birine yardımcı olmanın da getirdiği mesleki hazdan

bahsetmişlerdir (K1, K3, K11). Nitel çalışmalar, hemşirelerin deliryumlu hastalara bakarken kendilerinde çok fazla yük hissettiklerini, bu durumun da duygusal stres ve gerginliğe neden olduğunu tespit etmiştir (Boehm vd., 2021; Judge vd., 2010; LeBlanc vd., 2018). Kendi güvenliklerine dair korku ve iç çatışmalar da hemşirelerin bu yükünü daha da artırmaktadır. Artan yük hisleri, deliryumun öngörülemez doğasından, güvenlik sorunlarından, hastaların ihtiyaçlarının en iyi şekilde nasıl karşılanacağı konusundaki belirsizlikten, deliryumlu ve deliryumsuz hastalara yeterli bakım sağlama arasındaki çatışmadan ve en iyi uygulama yaklaşımları hakkında bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktadır (Jose vd., 2024; Schmitt vd., 2019). Artan yük hislerine rağmen hemşireler, deliryumdaki hastaya etkili bakım verdiklerinde ve biraz olsun hasta iyileşmeye başladığında mesleki anlamda tatmin olduklarını ifade etmişlerdir (Gómez Tovar vd., 2021).

Yapılan çalışmada ayrıca hemşirelerin yoğun iş yükü nedeniyle deliryuma giren hastaları fark etmede ve yönetmede sorun yaşadıkları tespit edilmiştir. Çalışmadaki hemşireler, deliryuma giren hastayı fark etseler de bölümdeki diğer görevlerle ilgilenme ihtiyacı arasında bir ikilem yaşamakta ve sonuç olarak durumu daha acil hastayla ilgilenmek zorunda kalabilmektedir. Tempolu çalışma ortamında hemşireler, hastanın ihtiyacı olan şeyi açıklamaya zaman ayırmak yerine bu durumu geçiştirmek zorunda kalmaktadır. Diğer çalışmalarda da benzer şekilde hemşirelerin hastanelerin hızlı temposunda hastaların ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk çektikleri ifade edilmektedir (Gómez Tovar vd., 2021). Özellikle deliryumlu hastalar olduğunda, bireyselleştirilmiş ve yakın izleme sağlamak için bu hastalara özel olarak bir hemşire atanmalıdır. Bu, diğer hemşirelerin iş yükünü hafifletmekte, bakım kalitesini artırmakta ve tıbbi kaynakların daha verimli kullanılmasına yardımcı olmaktadır (Xin vd., 2024).

Sınırlılıklar

Bu çalışmanın sınırlamaları, sadece bir erkek hemşirenin dahil olması nedeniyle erkek hemşirelerin bakış açıları ve görüşleri yeterince temsil edilmemektedir. Ayrıca bu çalışma bulgularımızın genellenebilirliğini sınırlayabilecek bir ülkeden küçük bir örneğe dayanmaktadır.

SONUÇ

Deliryumlu hasta bakımında hemşire deneyimi kritik bir öneme sahiptir. Hemşirelerin deliryumun belirtilerini tanıma ve yönetme konusundaki tecrübeleri, hastaların bakım kalitesini doğrudan etkiler. Deneyimli hemşireler, deliryumun ince belirtilerini daha iyi fark edebilir ve bu sayede erken müdahale yaparak hastaların iyileşme süreçlerini hızlandırabilirler. Ayrıca, deneyimli hemşireler, deliryumlu hastalarla etkili iletişim kurma ve uygun bakım stratejilerini uygulama konusunda daha yetkin olduklarından hem hastaların güvenliğini artırır hem de sağlık hizmeti sunumunu daha verimli hale getirirler. Bu nedenle, hemşirelerin deliryum yönetimi konusundaki deneyimlerinin artırılması, hasta sonuçlarının iyileştirilmesi ve bakım kalitesinin yükseltilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Yoğun bakım hemşirelerinin deliryum farkındalığı ve yönetimindeki rollerini güçlendirmek amacıyla, deliryuma yönelik hizmet içi eğitimlerin artırılması, klinik simülasyon temelli uygulamaların yaygınlaştırılması ve deliryum izlem protokollerinin standart hale getirilmesi önerilmektedir. Ayrıca deliryumlu hastalara bireyselleştirilmiş bakım sunulabilmesi için hemşire iş yükünün azaltılması, psikolojik destek mekanizmalarının geliştirilmesi ve multidisipliner ekip çalışmasının teşvik edilmesi önem arz etmektedir. Aile katılımının deliryum yönetimindeki olumlu etkisi göz önünde bulundurularak sosyal destek uygulamaları da güçlendirilmelidir.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Comittee Approval: Bu çalışma için etik kurul onayı, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Tarih: 2022 ve Karar No: 2022/9/17). Bu çalışmanın hazırlanma

sürecinde bilimsel ve etik ilkelere, Helsinki Bildirgesi'ndeki araştırma ilkelerine bağlı kalınmış ve yararlanılan tüm çalışmalar kaynakçada belirtilmiştir.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Hakem/Peer-review: Dış hakem bağımsız.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir ve kavram: DT; Planlama: DT, EK, OA, DA; Veri toplama ve/veya işleme: DT, EK, OA; Veri analizi ve/veya yorumlama: DT, EK, OA, DA; Literatür taraması: DT, EK, OA; Makale yazımı: DT, EK, OA, DA; Eleştirel inceleme: DT, EK, OA, DA.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Yapay Zeka Kullanım Beyanı/AI Usage Statement: Bu makale yazılırken hiçbir yapay zeka aracı kullanılmamıştır.

KAYNAKLAR

- Baltacı A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 231-274.
- Boehm LM, Jones AC, Selim AA, Virdun C, Garrard CF, Walden RL, et al. (2021). Delirium-related distress in the ICU: A qualitative meta-synthesis of patient and family perspectives and experiences. *Int J Nurs Stud*, 122, 104030. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.104030
- Burge D, Kent W, Verdon J, Voogt S, Haines HM. (2010). Nurse practitioners are well placed to lead in the effective management of delirium. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 24-32.
- Collet MO, Thomsen T, Egerod I. (2019). Nurses' and physicians' approaches to delirium management in the intensive care unit: A focus group investigation. *Australian Critical Care*, 32(4), 299-305. doi:10.1016/j.aucc.2018.07.001
- Creswell JW. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Çevik B, Akyüz E, Uğurlu Z, Ersayın A, Doğan N. (2016). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryum yönetimi konusunda farkındalıklarının belirlenmesi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 32-46.
- Dedeli Ö, Durmaz Akyol A. (2005). Yoğun bakım sendromu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9(1), 20-27.
- Eren N. (2019). *Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin kişilik özellikleri açısından deliryum farkındalıkları ve yönetimi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Eroğlu S, Bektaş O. (2016). STEM eğitimi almış fen bilimleri öğretmenlerinin STEM temelli ders etkinlikleri hakkındaki görüşleri. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 4(3), 43-67.
- Gómez Tovar LO, Henao-Castaño ÁM, Troche-Gutiérrez IY. (2021). Prevention and treatment of delirium in intensive care: Hermeneutics of experiences of the nursing team. *Enferm Intensiva (Engl Ed)*. doi:10.1016/j.enfi.2021.05.001
- Helgesen AK, Adan YH, Dybvik Bjørglund C, Weberg-Haugen C, Johannessen M, Åsmul Kristiansen K, et al. (2021). Nurses' experiences of delirium and how to identify delirium-a qualitative study. *Nurs Open*, 8(2), 844-849. doi:10.1002/nop2.691
- Huang LW, Inouye SK, Jones RN, Fong TG, Rudolph JL, O'Connor MG, et al. (2012). Identifying indicators of important diagnostic features of delirium. *J Am Geriatr Soc*, 60(6), 1044-1050. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.03996.x
- Jose S, Cyriac MC, Dhandapani M. (2024). Nurses' knowledge and subjective strain in delirium care: Impact of a web-based instructional module on nurses competence. *Indian J Crit Care Med*, 28(2), 111-119. doi:10.5005/jp-journals-10071-24626
- Judge KS, Menne HL, Whitlatch CJ. (2010). Stress process model for individuals with dementia. *Gerontologist*, 50(3), 294-302. doi:10.1093/geront/gnp162
- Karadas C, Özdemir L. (2019). Nursing responsibilities and non-pharmacological approaches in delirium management. *J Psy Nurs*, 10(2), 137-142. doi:10.14744/phd.2019.81994
- Kelly M, Lapkin S, McGrath B, Holloway K, Nielsen A, Stoyles S, et al. (2020). A blended learning activity to model clinical judgment in practice: A multisite evaluation. *Clinical Simulation in Nursing*, 43. doi:10.1016/j.ecns.2020.03.006
- LeBlanc A, Bourbonnais FF, Harrison D, Tousignant K. (2018). The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs*, 44, 92-98. doi:10.1016/j.iccn.2017.09.002

- Neubauer BE, Witkop CT, Varpio L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspect Med Educ*, 8(2), 90-97. doi:10.1007/s40037-019-0509-2
- Nydahl P, Dewes M, Dubb R, Hermes C, Kaltwasser A, Krotsetis S, et al. (2018). Survey among critical care nurses and physicians about delirium management. *Nurs Crit Care*, 23(1), 23-29. doi:10.1111/nicc.12299
- Oxenbøll-Collet M, Egerod I, Christensen V, Jensen J, Thomsen T. (2018). Nurses' and physicians' perceptions of Confusion Assessment Method for the intensive care unit for delirium detection: Focus group study. *Nurs Crit Care*, 23(1), 16-22. doi:10.1111/nicc.12254
- Özsaban A, Acaroglu R. (2016). Delirium assessment in intensive care units: practices and perceptions of Turkish nurses. *Nurs Crit Care*, 21(5), 271-278. doi:10.1111/nicc.12127
- Palacios-Ceña D, Cachón-Pérez JM, Martínez-Piedrola R, Gueita-Rodríguez J, Perez-de-Heredia M, Fernández-de-las-Peñas C. (2016). How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups. *BMJ Open*, 6(1), e009678. doi:10.1136/bmjopen-2015-009678
- Pietkiewicz I, Smith J. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *CPPJ*, 20, 7-14. doi:10.14691/CPJ.20.1.7
- Reznik ME, Slooter AJC. (2019). Delirium management in the ICU. *Curr Treat Options Neurol*, 21(11), 59. doi:10.1007/s11940-019-0599-5
- Salameh B, Al Razeeni DM, Mansor K, Abdallah JM, Ayed A, Salem H. (2021). Delirium in intensive care units: Perceptions of physicians and nurses. *Crit Care Nurs Q*, 44(4), 393-402. doi:10.1097/cnq.0000000000000376
- Schmitt EM, Gallagher J, Albuquerque A, Tabloski P, Lee HJ, Gleason L, et al. (2019). Perspectives on the delirium experience and its burden: Common themes among older patients, Their Family Caregivers, and Nurses. *Gerontologist*, 59(2), 327-337. doi:10.1093/geront/gnx153
- Schonnop R, Dainty KN, McLeod SL, Melady D, Lee JS. (2022). Understanding why delirium is often missed in older emergency department patients: A qualitative descriptive study. *Cjem*, 24(8), 820-831. doi:10.1007/s43678-022-00371-4
- Smithburger PL, Korenoski AS, Alexander SA, Kane-Gill SL. (2017). Perceptions of families of intensive care unit patients regarding involvement in delirium-prevention activities: A qualitative study. *Crit Care Nurse*, 37(6), e1-e9. doi:10.4037/ccn2017485
- Topuz Ş, Çelikeş EN, (2012). Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin deliryum konusuna ilişkin bilgi düzeyleri. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(3), 21-26.
- Tsang JLY, Ross K, Miller F, Maximous R, Yung P, Marshall C, et al. (2019). Qualitative descriptive study to explore nurses' perceptions and experience on pain, agitation and delirium management in a community intensive care unit. *BMJ Open*, 9(4), e024328. doi:10.1136/bmjopen-2018-024328
- Van Eijk MM, Slooter AJ. (2010). Delirium in intensive care unit patients. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth*, 14(2), 141-147. doi:10.1177/1089253210371495
- Wu M, Chen Z, Xu Y, Zhao L, Zhao L, Xia L. (2024). A qualitative study of geriatric specialist nurses' experiences to navigate delirium in the elderly. *BMC Nursing*, 23(1), 426. doi:10.1186/s12912-024-02100-x
- Xin Y, Lin FC, Huang C, He B, Yan YL, Wang S, et al. (2024). Nurse anesthetists' perceptions and experiences of managing emergence delirium: A qualitative study. *World J Psychiatry*, 14(4), 553-562. doi:10.5498/wjp.v14.i4.553
- Yıldırım A, Şimşek H. (2018). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (11. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz RG. (2020). *Yoğun bakım hemşirelerinin deliryum hakkındaki farkındalıkları ve deliryum yönetimlerinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa
- Zamoscik K, Godbold R, Freeman P. (2017). Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care. *Intensive Crit Care Nurs*, 40, 94-100. doi:10.1016/j.iccn.2017.01.003