

DELİRYUM

Çeviren F.Ş. Ökdem*

ÖZET:

Deliryum, hemşirelerin genel hastane ortamında sıklıkla karşılaştıkları bir durumdur. Deliryum yaşlılarda gençlerden daha sık görülür. Genellikle hastaneye yatışın ikinci veya üçüncü günü, konfüzyonun ortaya çıkabileceğinin habercisi olabilir. Deliryumun temel özelliği, bilinçlilik durumundaki bozulma ve belirgin bilişsel sorunlardır. Deliryum çok kısa bir süre içinde gelişir, hafiften şiddetliye doğru sınıflandırılır, zamana ve yere ilişkin ileri derecede oryantasyon bozukluğu ile kendini gösterir. Deliryuma neden olan bozukluk saptanıp, düzeltilirse, tamamen iyileşme mümkün olur. Bununla birlikte bozukluk ısrarlı ve düzeltilmemiş ise demans ve ölüm gibi geri dönüşsüz bir duruma neden olabilir. Deliryumu oluşturabilecek en temel nedenlerden bazıları enfeksiyonlar, postoperatif durumlar ve hipoksi yaratan koşullar, metabolik bozukluklar, ilaç yoksunlukları ve zehirlenmeleridir. Bu makalenin sunuluşundaki amaçlar; deliryumdaki bireyin üç kritik gereksinimini saptayarak bunları hemşirelik tanıları ile

ifade etmek ve birey için temel olan somatik ve psikoterapötik girişimleri özetlemektir.

Anahtar Sözcükler: Deliryum, hemşirelik tanıları, değerlendirme, girişimler.

Delirium

SUMMARY

Nurses frequently encounter delirium in the general hospital setting. Delirium occurs more frequently in elderly than in younger clients. Generally, the second or third hospital day may herald the onset of confusion. The essential feature of delirium is a disturbance in consciousness and is generally marked by cognitive difficulties. The clinical manifestations of delirium develop over a short period. Delirium is characterized by progressive disorientation to time and place and can be classified as mild to severe. If the underlying disorder is corrected and reversed, complete recovery is possible. If, however, the underlying disorder is not corrected and persists, can lead to irreversible changes, such as dementia and death. Some of the most common causes of delirium include infections, postoperative states, metabolic abnormalities,

* Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü.

hypoxic conditions, drug withdrawal states, and drug intoxications. The objectives of presentation of this article is to discuss three critical needs of a person with delirium and state them in terms of a nursing diagnosis and summarize the essential somatic and psychotherapeutic interventions for a client with delirium.

Key Words: Delirium, Nursing Diagnosis, Apprapiation, Interventions.

GİRİŞ

Deliryum, hemşirelerin genel hastane ortamının tıbbi ve cerrahi birimlerinde sıklıkla karşılaştıkları bir durumdur. (Ör. Cerrahi işlem veya yeni bir ilaç kullanımından sonra)

Yaşlı bireyler için yabancı çevreye uyumdaki güçlük, hastanede yatışın ikinci veya üçüncü günü konfüzyonun ortaya çıkabileceğinin habercisi olabilir. Deliryum yaşlılarda, gençlerden daha sık görülür. İlaçlar, cerrahi girişimler, serebrovasküler hastalık ve konjestif kalp yetmezliği en çok bilinen deliryum nedenlerindedir. Yüksek ateşli çocuklarda da genellikle deliryum görülmektedir.

Deliryum, terminal dönemdeki hastalarda da rastlanan temel sorunlardan biridir, tanı koyulduğunda kolaylıkla tedavi edilebilir ve iyileştirilebilir (De Stoutz ve arkadaşları 1995).

Deliryum belirtileri yanlışlıkla depresyon gibi değerlendirilebilir. Gecikmiş veya yanlış tanılamalar ciddi prognostik karmaşalara neden olmaktadır (Nikolas and Lindsey 1995). Tablo1. de Deliryum, depresyon ve demans arasındaki farkları gösteren ana noktalar görülmektedir.

Deliryumun temel özelliği, bilinçlilik durumundaki bozulma ve belirgin bilişsel sorunlardır. Düşünme, hafıza, dikkat ve algı tipik bir şekilde bozulmuştur. Deliryumun klinik görünümü, çok kısa bir süre içinde gelişip (saatlerden- günlere) gün boyunca kararsız bir değişim gösterme eğilimindedir.

Bu kararsızlık nedeni ile hemşireler kısa süre içinde gözlenen bilinç ve uyumdaki değişkenlik düzeylerini kayıt edebilirler.

Deliryum hafiften şiddetliye doğru sınıflandırılan, zamana ve yere ilişkin ileri derecede oryantasyon bozukluğu ile kendini gösteren bir durumdur. Akşam üzeri daha belirgin bir hale gelen hafif deliryum gün batımı olarak adlandırılır.

Deliryum psikolojik stresi artırır, deliryumun belirtilerini ve anksiyeteyi azaltan destekleyici girişimler, kontrol duygusunun yeniden yapılanmasını sağlayabilir (Foreman1990).

Deliryumdaki hastalar, içe kapanık, ajite veya psikotik görünümde olabildikleri gibi aynı zamanda alta yatan kişilik yapısı da abartılı bir hale gelebilir. Örneğin; bir kişi eskiden olduğundan daha kuşkucu veya kontrolsuz olabilir (Goldberg 1998).

Deliryum daima bazı fiziksel bozukluklar veya ilaç zehirlenmelerine ikincil olarak gelişen bir sorundur. Tıbbi bakımdaki öncelik, nedeni belirleyerek uygun tıbbi ve cerrahi müdahaleyi yapmaktır. Eğer alta yatan bozukluk düzeltilip iyileştirilirse kesinlikle eski durumuna dönmesi olasıdır Bununla birlikte bozukluk ısrarlı ve düzeltilememiş ise, etkisini sürdürmekte olan sinirsel hasar, demans ve belki de ölüm gibi geri dönüşü olmayan bir duruma neden olabilir.

Bu nedenle hemşirelik bakımından önemli olan konular şunlardır.

*Alta yatan nedeni ortadan kaldırmaya yönelik uygun sağlık yönetimini desteklemek.

*Konfüzyona bağlı fiziksel zararı, agresyon veya sıvı-elektrolit dengesizliğini önlemek.

*Sıkıntıyı yatıştıracak destekleyici önlemleri kullanmak.

TEORİ

Deliryum herhangi bir patofizyolojik durumdan kaynaklanabilir. Deliryumu oluşturabilecek en temel nedenlerden bazıları enfeksiyonlar, postoperatif, hipoksi yaratan durumlar, metabolik bozukluklar, ilaç yoksunlukları ve zehirlenmeleridir. Çoğu kez deliryumun ortaya çıkışına neden olan ilaçlar dijital preparatları, antihista-

TABLO 1 BURAYA YATAY OLARAK GİRECEK

minler olduğu kadar hipertansiyon, depresyon ve Parkinson hastalığının tedavisinde kullanılan ilaçlar da olabilmektedir. Diğer olası sorumlu maddeler ise, merkezi sinir sistemi depresyonuna neden olan antikolinerjikler, benzodiazepinler ve analjeziklerdir (Andresen1992).

Yaygın Deliryum Nedenleri

POSTOPERATİF DURUMLAR

İLAÇ ZEHİRLENMELERİ VE YOKSUNLUKLARI

- Alkol, anksiyolitikler, opioidler ve merkezi sinir sistemi uyarıcıları (Kokain ve crack kokain)

ENFEKSİYONLAR

- Sistemik: Pnömoni, malarya, idrar yolu enfeksiyonu ve sepsisemi.

- İntrakranial: Menenjit ve ensefalit.

METABOLİK BOZUKLUKLAR

- Hipoksi (Akciğer-kalp hastalığı ve anemi'ye bağlı)

- Hipoglisemi

- Sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum ve asit-baz dengesizlikleri

- Hepatik veya üremik ensefalopati

- Tiamin (Vit.B1) eksikliği (Wernicke ensefalopati).

- Endokrin bozukluklar (Troidizm-paratroidizm)

- Hipotermi veya hipertermi

- Diabetik asidoz

İLAÇLAR

- Dijitaler, steroidler, lityum, levodopa, antikolinerjikler, benzodiazepinler, merkezi sinir sistemi depresanları veya trisiklik antidepresanlar.

- Antikolinerjik yan etkisi olan bir çok ilacın kullanımına bağlı olarak gelişen merkezi antikolinerjik sendrom

NÖROLOJİK HASTALIKLAR

- Nöbetler

- Kafa travması

- Hipertansif ensefalopati

TÜMÖR

- Serebral kaynaklı

PSİKOSOSYAL STRESÖRLER

- Yer değiştirme veya ani değişimler yaşama

- Duyusal yoksunluk veya aşırı yüklenme

- Uykusuzluk

- Hareketsizlik

HEMŞİRELİK SÜRECİNİN UYGULANMASI

DEĞERLENDİRME

Ayrıntılı Değerlendirme

Deliryumu doğru değerlendirme konusunda çoğunlukla sorun yaşanır. Öncelikle ne kadar tedavi edilebildiği ancak sonradan anlaşılır. İkincisi deliryumun başlangıcındaki duyarlılığın derecesi uyarıcıların ne kadar zararlı olduğuna bağlıdır. Üçüncü olarak da deliryum, geri dönüşsüz bir mental sendrom olan demans ile aynı anda veya onunla örtüşmüş olarak ortaya çıkabilir. Bu durum, tanı konulmasını iyice zorlaştırır. Hemşireler, genellikle çevresini farketmedeki azalma ile belirginleşen, biliçlilikte bozulma gösteren hastada deliryumun görüleceği kuşkusunu duyarlar. Birey önce zamana sonra yere ve en son da kişiye oryantasyonda zorluk yaşayabilir. Örneğin deliryumdaki birisi, içinde bulunduğu yılı 1972 yılı, hastaneyi kendi evi, hemşireyi de karısı olarak düşünebilir.. Dikkati toplama ve başka yöne çevirme yeteneği zedelenmiştir. Bireyin dikkati dağılıp, kafası kolayca başka yerlere gidebileceği için sorulan soruların tekrarlanması gerekir. Ancak bu kişilerin her türlü uyaran ile dikkatleri kolayca dağıldığından kendileri ile

konuşmak güçtür. Bilinçdeki dalgalanmalar önceden tahmin edilemez. Dezoryantasyon ve konfüzyon geceleri ve sabahın erken saatlerinde belirgin olarak ortaya çıkar. Hatta bazı kişilerin zihni gündüz tamamen açık gece ise bulanık ve karışıktır.

Hemşirelik değerlendirmesi şu noktaları kapsamalıdır.

- 1- Bilişsel ve algısal sorunlar
- 2- Fiziksel gereksinimler
- 3- Duygu durumu ve davranış.

BİLİŞSEL VE ALGISAL SORUNLAR

Kolaylıkla belirgin dikkat yetersizliği sergiledikleri, şaşkın olabildikleri ve sıklıkla hafıza bozukluğu gözleendiği için deliryumdaki hastalarla konuşmak güç olabilir. Hafif deliryumda dikkatli bir sorgulama ile hafıza bozukluğu anlaşılabilir. Daha şiddetli deliryumda ise hafıza sorunları genellikle yakında yaşanmış olayların hatırlanmasına ilişkin zorluğun açıkça görüldüğü bir duruma dönüşür. Örneğin, hasta, daha bir saat önce kendisini ziyaret eden oğlunun ne zaman ziyarete geleceğini sorabilir.

Algısal sorunlar da yaygındır, gerçeğin yanlış yorumlanması sonucu illüzyon ve halüsinasyonlar görülür. Illüzyonlar duyuşsal uyarıların algılanmasındaki hatalardır. Örneğin hasta, katlanmış çarşafı beyaz bir sıçan, perdenin kordonunu ise bir yılan olarak algılayabilir. Aslında uyarılar çevredeki gerçek nesnelere fakat yanlış algılanmakta ve hasta için korkutucu olmaktadır. Illüzyonlar bireye açıklanabilir.

Halüsinasyonlar gerçek olmayan duyuşsal uyarılardır. Görme halüsinasyonları daha çok bilişsel bozukluklara özgüdür ama aynı zamanda dokunma halüsinasyonları da görülebilir. Örneğin deliryumdaki bireyler, yatak takımlarının üzerinde yavaşça gezinen dev örümcekleri gördüğünde veya üzerinde ve altında dolaşan böcekleri hissettiğinde dehşete kapılabilirler. İşitme halüsinasyonları daha çok şizofreni ve depresyon gibi diğer psikiyatrik

bozukluklarda görülür. Deliryumdaki birey genellikle olağan dışı bir şeyler olduğunun farkındadır. Düşüncelerinin karmakarışık olduğunu ifade eder. Algısal bozukluklara duyuşsal yanıt korku ve anksiyetedir. Ajitasyonun psikomotor ve sözel bulguları da dikkate alınmalıdır.

FİZİKSEL GEREKSİNİMLER

FİZİKSEL GÜVENLİK

Deliryumdaki birey, dezoryante olduğu için eve gitmeye çalışabilir ya da kendi evinde olduğunu düşünerek evini "istila etmiş yabancılardan" kaçmak için camdan atlama girişiminde bulunabilir.

Amaşsızca dolaşmak, Foley ve intravenöz kateterleri çekip çıkartmak, yataktan düşmek hemşirelik girişimlerini gerektiren yaygın tehlikelerdir.

Konfüzyon, bireyin gerçeği anlama konusundaki yetersizliğini artırır. Fiziksel çevre olabildiğince basit ve anlaşılabilir olmalıdır. Yatağın başını hafifçe yükseltmek, yere oryantasyonu, takvim ve saat gibi nesnelere ise zamana oryantasyonu artırabilir.

Gözlük, işitme cihazı ve gözü kamaştırmayan uygun bir ışıklandırma bireyin, çevrede olup-biteni daha doğru yorumlama yeteneğini geliştirebilir.

Nagley (1986) Hemşirelik bakımı gerektirmeyen hastalarda bile hemşirelerin en az 5-10 dakikalık sürelerle etkileşimde bulunmasını tavsiye etmiştir. Çünkü bu etkileşim bireylerdeki anksiyetenin azalmasına ve gerçeklik algılamalarının yükselmesine yardımcı olmaktadır.

BAKTERİYOLOJİK GÜVENLİK

Kendine bakımda yetersizlik, yaralanma, hipoaktivite ve hiperaktivite deri bütünlüğünün bozulmasına neden olup bireyi enfeksiyona yatkın duruma getiren nedenlerdir. Yatkınlığı artıran diğer etkenler olası inkontinans, yetersiz

beslenme ve kesin yatak istirahatidir Bunlar hemşirelik değerlendirmeleri ve girişimlerini gerektiren durumlardır.

BİYOFİZİKSEL GÜVENLİK

Taşikardi, terleme, yüz kızarması, pupillerde genişleme ve yüksek kan basıncı gibi otonomik belirtiler sıklıkla görülmektedir. Bu değişimler, dikkatle denetlenmeli ve kaydedilmelidir, bunlar acil tıbbi bakım gerektirebilirler.

Çoğunlukla uyku-uyanıklık durumuna ilişkin değişimler yaşanmaktadır. Bazı vakalarda gece-gündüz ve uyuma - uyanma siklusu tamamen tersine dönebilir.

Bilinç düzeyi, letarjiden stupora ya da yarı koma halinden aşırı uyanıklığa kadar değişkenlik gösterebilir. Aşırı uyanık birey sıradışı bir alarm durumundadır ve sürekli olarak bulunduğu odayı izlemektedir. Bu durumdaki bireyler, uykuya dalmakta zorluk çekerler veya gece boyunca dezoryante ve ajite olabilirler.

Hemşire, ilaç reaksiyonlarını veya potansiyel ilaç etkileşimlerini deliryum ortaya çıkmadan önce tanıyabilme konumunda olan kişi olduğundan, bütün ilaçların değerlendirmesini yapması çok önemlidir.

DUYGU-DURUM VE FİZİKSEL DAVRANIŞLAR

Deliryumdaki bireyin davranışı ve duyu durumu kısa bir süre içinde dramatik olarak değişebilir. Duygu durumları korku, öfke, kaygı ve öfori ile depresyon ve apati arasında gidip gelebilir. Bu değişken duyu durumuna çoğunlukla duygulara ilişkin fiziksel davranışlar eşlik eder. Birey önce korku veya öfkeden vurup kırabilir, ağlayarak yardım çağırabilir, küfür edebilir, inleyip, sızlanıp üstünü başını yırtabilir sonra da apatik olabilir veya kontrolsüz bir gülme durumuna geçebilir. Davranış ve duygular düzensiz ve iniş-çıkışıdır. Konsantrasyondaki azalma ve dezoryantasyon girişimleri güçleştirir.

Aşağıdaki öykü yoğun bakım ünitesindeki bir hastanın yaşadığı korku ve konfüzyonu anlatmaktadır.

ÖYKÜ

55 yaşında evli bir hasta olan Bay Arnold, 3 damarının değiştirildiği by-pass ameliyatından sonra yoğun bakım ünitesine getirildi. Ameliyat beklenenden uzun sürmüş ve hasta 3 saat kalp pompasına bağlı kalmıştı. Ameliyat sonu komplikasyonu yoktu. Hasta anestezinin etkisinden çıkmaya başladığı sırada hemşirenin "kan gazına bakmamız gerek" diye seslendiğini ve diğer hemşirenin de bu işlem için daha büyük bir enjektör gerekecek dediğini duydu. Bu sırada bay A hemşireye idrar yapma ihtiyacında olduğunu belirterek tuvalete gitmek istediğini söyledi. Hemşire ise idrar sondası olduğunu ve tuvalete gitmesi gerekmediğini belirtti. Ancak hasta tekrar rahatsız olduğunu ifade ederek eğer gitmesine izin verilirse kendisini iyi hissedeceğini belirtti. Hemşire, hastayı tuvalete gitmesi gerekmediği, kan gaz düzeyini kontrol edeceği ve maskesini çıkartmaması konusunda aydınlattı. Bunu duyduğunda hasta yüksek sesle yalvarmaya başladı ve tuvalet levhasını gördüğünü söyledi. Bunun çok kısa bir süre alacağı konusunda hemşireyi ikna ediyordu. Gördüğü aslında çıkış levhası idi. Hemşire yoğun bakım ünitesinde tuvalet bulunmadığını ve bu işaretin tuvaleti göstermediğini doğrulamak için hastanın tespit bağlarını gevşetti. Hasta aniden hemşireyi iterek ünitenin girişine doğru koşmaya başladı, hemşire odasına girdi, kendini emniyete alarak göğüs tüpünü, idrar sondasını ve sıvı setini çıkarttı ve hemşire odasındaki tuvalete girdi. 10 dakika sonra hemşireler ve güvenlik görevlileri hastayı bularak yatağına götürdüler. Ertesi gün hasta tamamen uyanık ve oryante olduğunda, hemşireye olayla ilgili algısından söz etti. Kendisinin zorla kaçırıldığı ve isteği dışında orada tutulduğunu düşündüğünü söyledi. Hemşire kan gazına bakması gerektiğini söylediğinde hasta kendisinin maskeden verilen

zehirli gaz ile öldürüleceğine inandığını belirtti. O sırada yalnızca kendisine işkence edenlerden kaçabilmeyi düşünüyordu.

Bu vakada hemşire, bay A'nın mental durumundaki değişimi değerlendirmemiş ve onu yataktan çıkmasına izin vermiştir. Tıbbi terim kullanımı ve yüksek sesle konuşmalar hastanın konfüzyonunun sürmesine ve gerçeği çarpık biçimde değerlendirilmesine neden olmuştur.

Kendini Değerlendirme

Bir çok tıbbi vakada kolaylıkla deliryum gelişebilir. Deliryum genellikle tıbbi ve cerrahi ünitelerde tedavi edilmiş olur ve altta yatan nedene göre spesifik tıbbi ve cerrahi girişimlere yanıt verir. Hastanın sergilediği davranışlar, tıbbi durum ile doğrudan ilişkilidir. Deliryumda yoğun kişisel tepkilerin görülme olasılığı, demansı olan bireylere göre daha azdır. Deliryum, geceleri ve sabahın erken saatlerinde beklenenden daha şiddetli olup bireyi aciz durumda bırakabilir. Korkmuş, ajite olmuş ve agresif hale gelmiş bu bireylere bakım vermek gece çalışan personelin zamanının büyük bir kısmını alır.

Deneyimli hemşireler deliryumdaki bireylere sakin yaklaşımlarda bulunurlar. Gece boyunca bireyin gerçekle temasını arttırmak, bu kişilerde görülen şiddet ve anksiyetenin azalmasına yardım eder.. Bununla beraber belirli durumlar, personelin deliryumdaki bireye karşı güçlü olumsuz duygular hissetmesine neden olabilir. Çoğunlukla hemşireler yoksunluk nedeni ile deliryumda olan kişilere karşı yargılayıcı tutumlar sergiler. Ne yazık ki personelin bu olumsuz tutumlarının, yalnızca bireyin anksiyete, yoğun şiddet duygusu, öfke, konfüzyon ve savunucu davranışlarının artmasına katkıda bulunmaktan başka bir işlevi yoktur.

DEĞERLENDİRME REHBERİ: DELİRYUM

1 Deliryum için bir anahtar olan bilinç düzeyindeki dalgalanmaları değerlendirin

2.Aile veya diğer bakım vericilerle görüşme yapın.

3.Geçmişteki konfüzyon durumlarını değerlendirin (ör. önceki demans tanıları).

4.Tıbbi durumla ilgili diğer sorunları tanımlayın (ör.dispne-ödem).

5.Hastanın dosyasında yer alan ve normal sınırlarda olmayan labaratuvar ve EEG bulgularını belirleyin.

6.Yaşam bulgularını, bilinçlilik düzeyini, nörolojik bulguları değerlendirin.

7.Bireyin zarar görme potansiyelini değerlendirin (düşmeler ve amaçsızca dolaşma konusunda hasta güvende mi?).

8.Bireyin rahatlık gereksinimini değerlendirin (ağrı, soğuk, pozisyon).

9.Geri dönüşü olmayan beyin hasarını önlemeye yönelik tıbbi girişimlere hemen ulaşılabilir mi?

10.Yargılayıcı olmayın. Sorunları diğer personele danışın.

HEMŞİRELİK TANILARI

Güvenlik gereksinimi hemşirelik bakımında önemli bir rol oynar. Birey çevresini çoğunlukla çarpıtılmış olarak algılayıp, objeleri tehdit edici ve zarar verici olarak yorumlayabilir. Bireyin davranışları da çoğu kez bu yanlış yorumlamalar doğrultusunda olmaktadır. Örneğin temel tıbbi malzemelerin zarar verici olduğu düşüncesi ile oksijen maskesi, intravenöz veya nazogastrik tüpleri çekip çıkarabilir. Böyle bir durumda birey için duyusal veya algısal yetersizlikten kaynaklanan konfüzyon ile ilgili Zarar Görme Riski söz konusu olmaktadır.

Ateş ve dehidratasyon görülebildiği için sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanması gerekebilir. Yüksek ateşten kaynaklanan deliryumda deri turgoru, idrar çıkışı veya sıvı alımında azalma, deri ya da müköz membranlarda kuruma olmuşsa uygun hemşirelik tanısı Sıvı-Volüm Yetersizliğidir

Deliryum sırasında halüsinasyonlar, illüzyonlar, dezoryantasyon, ajitasyon, huzursuzluk

TABLO 2. OLASI HEMŞİRELİK TANILARI-KONFÜZYONDAKİ BİREY.

BELİRTİLER	HEMŞİRELİK TANILARI
<p>Amaçsızca dolaşır, sallanarak yürür, illüzyon ve halüsinasyonlar nedeniyle korku yaşar, unutkanlıktır (fırını yanık, kapıları açık bırakır)</p> <p>Konfüzyon nedeniyle en temel gereksinimlerini bile karşılayamayacak durumdadır.</p>	<p>Zarar görme riski</p> <p>Bozulmuş uyku düzeni</p> <p>Korku</p> <p>Akut konfüzyon</p> <p>Belirgin kendine bakım yetersizliği</p> <p>Etkisiz başatma</p> <p>fonksiyonel idrar inkontinansı</p> <p>Dengesiz beslenme: Vücut gereksiniminden az</p> <p>Yetersiz sıvı volümü</p>
<p>Aslında varolmayan korkutucu şeyler görür (halüsinasyon) Günlük kullanılan nesnelerin bazılarını korkutucu ve uğursuz olarak algılayabilir (illüzyon), paranoid düşünceler geliştirebilir (delüzyon)</p>	<p>Bozulmuş duyuşsal algı</p> <p>Çevreyi yorumlamada azalma sendromu</p> <p>Düşünce sürecinde bozulma</p>

<p>Bildik kişi ve yerleri tanımaz. Kısa ve uzun süreli bellek sorunları yaşar. Unutkan ve şaşkıncıdır.</p> <p>İletişim sorunları yaşar, sözcükleri bulamaz, objeleri ve kişileri tanımada zorlanır, inkoherans görülür</p> <p>(Normale döndüğü sırada) içinde bulunduğu durumdan dolayı hayattaki konumunu kaybetme korkusu yaşar.</p> <p>Aile bireyleri ve sevdikleri sorunları aşamaz ve tükenmiş durumdadırlar. Bireyin gereksinimine uygun bakım verilememektedir.</p>	<p>Hafızada azalma</p> <p>Çevreyi yorumlamada azalma sendromu</p> <p>Akut/kronik konfüzyon</p> <p>Sözel iletişimde azalma</p> <p>Spiritüel sıkıntı</p> <p>Ümitsizlik</p> <p>Durumsal düşük benlik saygısı</p> <p>Yas tutma</p> <p>Ailede başetme yetersizliği</p> <p>Kesintiye uğramış aile içi süreçler</p> <p>Evin gelirini karşılamada yetersizlik</p> <p>Bakım vericilik rolünde zorlanma</p>
--	---

ve yanlış yorumlama çoğunlukla klinik tablonun bir parçasıdır. Bu semptomlardan bazıları görüldüğünde Akut Konfüzyon uygun hemşirelik tanısı olabilir. Uyku-uyanıklık siklusu tersine döndüğünden, birey gündüz uykulu, gece ise rahatsız edici bir biçimde uyanık olabilir. Bilinç durumundaki dalgalanmalar ve uykunun bölünmüş olması nedeniyle birey, hem gece hem de gündüz uyku sorunu yaşayabilir (Mchugh and Folstein1987). Bu yüzden serebral oksijenlenmenin azalması veya bilinçteki karışıklıkla ilgili

Uyku Düzeninde Bozulma tanısı, olası hemşirelik tanılarındandır.

Serebral hipoksi veya serebral kan dolaşımının azalmasına bağlı konfüzyon ve bilinç sislenmesi biçiminde ortaya çıkan Sözel İletişimde Bozulma tanısı konabilir.

Korku, Kendine Bakımda Yetersizlik, Düşünce Süreçlerinde Bozulma ve Zedelenmiş Sosyal Etkileşim diğer hemşirelik sorunlarını içeren tanılarıdır. Korku bütün hemşirelik tanıları

içinde en yaygın olanıdır ve illüzyon, halüsinasyon ve delüzyonlardan kaynaklanabilir.

SONUÇ KRİTERİ

Ayrıntılı sonuç kriteri bireyin işlevlerinin, hastalık öncesindeki düzeyine geri dönmesidir. Bireyin çeşitli gereksinimleri olabilir ama zedelenme riski genellikle görülen bir durumdur. Uygun sonuç kriteri aşağıdakileri kapsamalıdır.

- Birey hastanede iken zedelenmelerden korunmalı ve güvende olmalıdır.

- Normale döndüğü sırada birey, saat ve takvim kullanarak veya diğer oryante edici açıklamaları kapsayan hemşirelik girişimlerinin yardımı ile zamana, yere ve kişiye oryante edilmelidir.

- Birey konfüzyonda iken gerektiğinde hemşire, ailedeki bakım vericiler ve ilaçların yardımı ile sık sık oryante edilip tüplerinin yerinde kalması sağlanmalıdır (intravenöz, nazogastrik kateter ve oksijen).

- Hasta kofüzyonda iken hemşirenin aldığı güvenlik önlemleri ile düşme ve yaralanmalardan korunmalıdır.

- Hasta kendine, diğer bireylere veya personele karşı fiziksel şiddet uygulama noktasına geldiğinde dışardan konulan kontrole yanıt vermemelidir.

Bilinç düzeyindeki dalgalanmalar nedeniyle bireyin oryantasyon açısından sık sık kontrol edilmesi gerekir. (Johnson et al.2000).

Bireyden beklenenler;

- Kendi kimliğini tanımlayabilmek
- Yakınlarının kimliğini tanımlayabilmek
- İçinde bulunulan yıl ve ayı belirtebilmek
- Nerede olduğunu açıklayabilmek
- Mevsimi belirtebilmek
- Normal duruma döndüğünde neler olduğunu açıklayabilmek

MÜDAHALE

Deliryum yönetimi altta yatan organik nedenlerin tedavi edilmesini içerir. Eğer bu nedenler ortadan kaldırılmazsa kalıcı beyin hasarı oluşabilir. Antianksiyete ve antipsikotik ajanların tedbirli bir şekilde kullanımı ajitasyon ve psikotik semptomatolojinin kontrolünde yararlı olabilir.

Hemşirelik bakımı, deliryumdaki bireye fiziksel kısıtlamayı önlemek için bir veya iki yakını onun yanında kalmaya teşvik edici yönde olmalıdır (Sullivan et al.1991). Akut deliryumdaki birey asla yalnız bırakılmamalıdır. İletişim yüz yüze olmalı ve doğrudan, basit ifadeleri içermelidir. Hemşire bireyin yeterli olduğu alanlarda kendi bakımını yapmasını sağlamalı, kendi yapacağı işlemlere ilişkin olarak da sürekli açıklamalarda bulunmalıdır. Uygun bir ışıklandırma ve yatıştırıcı bir müzik aracılığı ile bireyin güvenliği sağlanabilir. Bireyin çevresi olabildiğince sakin olmalı, belirli aralıklarla basit ve kısa ifadeler kullanılarak oryantasyonun sağlanmasına yardım edilmelidir. Psikotik semptomlar gösteren bireylere sakin ve doğal yaklaşımlarda bulunmak yararlı olur.

DEĞERLENDİRME

Deliryumdaki birey için uzun vadeli sonuç kriteri şunları kapsamalıdır.

- Birey güvende olacak
- Birey zamana, kişiye ve yere oryante olmuş olarak taburcu olacak
- Deliryumu oluşturan neden tedavi edilmiş ve iyileştirilmiş olacak

Yaşam bulgularının sınırları, tüp, kateter gibi malzemelerin yerli yerinde olup olmadığı gibi kısa vadeli sonuç ve hedefler sürekli olarak değerlendirilmeli, bireyin oryantasyonu ve anksiyete düzeyindeki değişim de yakından izlenmelidir. Kısa vadeli hedef parametrelerinin sık kontrolü, deliryum tedavisindeki başarının

TABLO 3. DELİRYUMDAKİ BİREYİN BAKIM REHBERİ

GİRİŞİM	NEDENİ
<p>Akut Konfüzyon</p> <ol style="list-style-type: none">1. Deliryum oluşturan etkenleri azaltmak veya ortadan kaldırmak için tedavi ekibi ile birlikte çalışın.2. Temelde sürmekte olan nörolojik bulguları izleyin.3. Kendinizi tanıtın ve birey ile her temasınızın başında ona ismi ile hitabedin.4. Yüz yüze temas kurun5. Kısa, basit, somut ifadeler kullanın.6. Yapacağınız işlemleri uygulamadan önce kısaca açıklayın7. Ailesini ve arkadaşlarını sakin ve destekleyici rolde olmaları için teşvik edin.	<ol style="list-style-type: none">1. Altta yatan nedenler ortadan kaldırılmazsa demansa yol açabilir.2. Nörolojik dengesizlikteki düzelme veya ilerlemenin izleri.3. Kısa süreli hafıza bozukluğunda kişi konfüzedir ve sık sık zamana yere ve kişiye oryante edilmesi gerekir.4. Eğer birey kolayca şaşkınlıyorsa her seferde yalnızca bir uyarana yoğunlaşma gereksinimindedir.5. Birey karmaşık bilgileri çözümlenmekte zorlanabilir.6. Açıklama davranışın yanlış yorumlanmasını önler.7. Tanıdıkların varlığı anksiyeteyi azaltıp, oryantasyonu artırır.

<p>8. Odayı iyi aydınlatın</p> <p>9. Yatağın başını yükseltin.</p> <p>10. Saat ve takvim bulundurun</p> <p>11. Aile bireylerini, evden küçük heykelcik veya resim gibi anlamlı şeyler getirmeleri konusunda teşvik edin.</p> <p>12. Bireyi gözlük ve işitme cihazını kullanması için teşvik edin.</p> <p>13. Bireye her vardiyada aynı personelin bakım vermesini sağlayınız.</p> <p>14. Halüsinasyonlar görülürse gerçeği açıklayın. "Korktuğunuzu biliyorum, ben çarşafınızda örümcek göremiyorum. Bir süre yanınızda kalacağım".</p> <p>İllüzyon görülürse gerçeği açıklayın. Örneğin "Bu bir elbise askısı, bıçaklı bir adam değil.</p>	<p>8. Aydınlatma, çevresel uyarıyı doğru değerlendirmeyi ve oryantasyonun artmasını sağlar.</p> <p>9. Önemli çevre oryantasyonu sağlamaya yardım eder.</p> <p>10. Bu araçlar bireyin zamana oryante olmasına yardım eder.</p> <p>11. Tanıdık nesnelere, rahatlık ve destek sağlar ve oryantasyona yardım eder.</p> <p>12. Görsel ve işitsel uyarıların doğru algılanmasının artmasına yardım eder.</p> <p>13. Tanıdık yüzler konfüzyonu azaltır ve hasta hemşire ilişkilerini zenginleştirir.</p> <p>14. Böylece gerçek ortaya çıkarken aynı zamanda birey korkularının anlaşıldığını hissedecek ve güven tazeleyecektir.</p> <p>15. Yanlış yorumlanan nesnelere ve seslere açıklığa kavuşturulmalıdır.</p>
---	---

<p>16. Birey normale döndüğünde durumu hakkında bilgilendirin.</p> <p>17. Hakaretleri ve küçümsemeleri duymazdan gelin. Bireyin duygularını anladığınızı gösterin.</p> <p>18. Eğer birey fiziksel istismara yönelik davranışlar gösterirse, öncelikle bu davranışa sınır koyun.</p>	<p>16. Bilinçlilik durumunda dalgalanmalar olabilir. Birey nerede olduğunu ve sizin kim olduğunuzu bilmekle daha az anksiyete hissedebilir.</p> <p>17. Şiddet ve korku çoğu kez çevreye yansıtılmıştır. Tartışmak veya savunucu olmak yalnızca bireyin agresif davranışlarının ve savunmalarının artmasına yarar.</p> <p>18. Sınır koyma bireyi, personeli ve diğer kişileri koruma gereksiniminden kaynaklanır. Çoğu kez birey sözel komutlara yanıt verebilir. Kimyasal ve fiziksel kısıtlamalar ancak başka çare kalmadığında kullanılır.</p>
---	--

değerlendirilmesini, hemşirelik girişimlerine verilen yanıtın izlenmesini ve olası kalıcı nöronal değişimlerin önlenmesini sağlar.

Çoğu kez birey sözel komutlara yanıt verebilir. Kimyasal ve fiziksel kısıtlamalar ancak başka çare kalmadığında kullanılır.

KAYNAKÇA

Varcarolis EM (2000) Psychiatric Nursing Clinical Guide. Assessment Tools and Diagnoses. 2000. W:B.Sounders Company Chapter 21. Cognitive Disorders. "Delirium" pp. 575-583.