

Yoğun Bakımda Deliryum ve Hemşirelik Bakımı

Delirium in Intensive Care and Nursing Care

Özlem DOĞU¹, Hatice KAYA²

¹ Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

² İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Özet

Deliryum, özellikle yoğun bakım ünitelerinde sık görülen klinik durumdur. Deliryuma giren hastanın fark edilmemesi, tanı konulmasının gecikmesine, gerekli girişimlerin ertelenmesine ve mortaliteye neden olmaktadır. Deliryumun erken dönemde fark edilememesinin nedeni ise; karmaşık bir hastalık olması, sağlık çalışanları tarafından iyi bilinmemesi ve takip formları ile düzenli takip edilememesidir. Son yıllarda literatürde hasta başı takip formlarına entegre olabilen ölçekler ile deliryumun erken tanınması ve geliştirilen deliryum paket protokolleri olarak bundell kullanılması önerilmektedir. Bu doğrultuda derlemede yoğun bakımda deliryumun önemi, erken tanılamada kullanılan ölçekler ve tedavi bakım protokolleri tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Deliryum, yoğun bakım, sağlık çalışanlarının farkındalığı, tanılama

Abstract

Delirium is a common clinical condition, especially in intensive care units. Failure to recognize delirious patients causes delays in diagnosing, delaying necessary interventions and causing mortality. The reason why delirium can not be recognized in the early period is; it is a complicated disease, it is not well known by health workers and can not be regularly followed up with follow-up forms. In recent years, it has been suggested to use bundell as delirium package protocols and early diagnosis of delirium with scales that can be integrated into patient follow-up forms in the literature. In this respect, the importance of delirium in intensive care, scales used in early diagnosis, and treatment and care protocols will be discussed.

Keywords: Delirium, intensive care, awareness of health care workers, diagnosis

Giriş

Yoğun bakım sendromu, psikozu, akut konfüzyon durumu, mental durum değişikliği, organik beyin sendromu gibi ifadelerle tanımlanmaya çalışılan deliryum, 1. yüzyılda latince “delirare” anlamında olan “yoldan çıkmak”, yunanca “leros” anlamında “saçma konuşmak” ve Hipokrat’ın vakalarında “çılgnlık” ve “ateşli cinnet” terimleri ile bahsedilmiştir¹. Deliryum, bireyin maruz kaldığı fiziksel ve fizyopatolojik birçok etmeden dolayı beyin akut ve kısa süreli konfüzyonu olup algılama, hafıza ve düşüncede bozukluk, artmış yada azalmış psikomotor aktivite ve uyku-uyanıklık dengesizliği ile seyreden diffüz serebral bir disfonksiyondur^{2,3,4}.

Deliryum, erken belirti ve bulgular ile gerekli bakım ve önlemler alınarak önlenilen veya düzelmeye gösterebilen akut fizyolojik bir beyin sendromudur. Bu süreçte sağlık bakım profesyonellerine büyük sorumluluklar düşmektedir. Çünkü deliryumda klinik tablonun hızlı, değişken ve dalgalı başlangıç göstermesi, çok farklı nedenlerden dolayı ortaya çıkması, reversibl olması, bilinç durumu, algılama düzeyi, uyku-uyanıklık döngüsü değişimlerinin eşlik etmesi ve en önemlisi yoğun bakım gibi mekanik ventilasyon nedeniyle iletişim kurulamayan, ileri yaş ve bulgularının benzerliği nedeniyle demans hastalarla karıştırılması tanının konulmasında gecikmelere neden olabilmektedir^{4,5,6}.

Yoğun Bakımda Deliryum

Deliryumun etyolojisinde suçlanan yaklaşık 100 farklı risk faktörü olmakla birlikte, özellikle yoğun bakımda maruz kalınan fiziksel uygulamalar ve kullanılan ilaçlar ile fizyolojik dengenin bozulmasına neden olduğu bilinmektedir. Literatürde, hastaneye yatan tüm hastalar için deliryum yaygınlığının %10-30 olduğu belirtilirken, yoğun bakımlarda bu oran % 40’a, yaşlı hastalarda %50’ye, mekanik ventilasyonda olan hastalarda ise %80’e ulaştığı bildirilmektedir^{2,7,8,9}. Rudolph ve arkadaşları (2005)¹⁰, kardiyovasküler yoğun bakımda postoperatif deliryum görülme oranının % 30-73 arasında olduğunu belirtmiş, benzer şekilde Ely ve ark. (2004)⁶ çalışmasında yoğun bakımda yatan hastaların %94’ünde depresif, katatonik belirtiler gösteren, letarji ve uyanıklık düzeyinde azalmış hipoaktif deliryum gözlenirken, %6’sında ajite ve sanrı, halüsinasyon gören hiperaktif deliryuma rastlandığı bildirilmiştir. Beyinde nöronlarda görev alan ve öğrenme, hafıza, bellek, algı, duygu durum, motor etkinlik ve REM uykusu ile ilişkili olan asetilkolin ve dopamin dengesizliği, sinir hücrelerine oksijen ve glikoz ulaşımını engelleyen, hipoperfüzyon ve dehidratasyon sonucu beyin metabolizmasının bozulması delir-

yumun en yaygın kabul edilen iki teorisi dir^{9,10,11,12,13,14,15}.

Bireyin deliryumda olduğunun fark edilmemesi, ajite olarak ifade edilen hastanın yatakta kalması için ısrar edilmesine, sakinleştiriciler verilmesine, deliryumun tedavisinin ertelenmesine, durumunun kötüye gitmesine hatta ölümüne neden olmaktadır. Deliryum ile taburculuk sonrası bir yıllık izlem çalışmalarında deliryumun mortaliteyi öngörmeye bağımsız faktör olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda, yoğun bakımda deliryuma giren hastaların girmeyenlere göre yoğun bakımda kalış süresini %20 uzattığı, komplikasyonları, sağlık bakım maliyetlerini ve iş gücünü arttırdığı ve ölüm risklerinin üç kat daha fazla olduğu ve taburculuk sonrası kognitif bozuklukların 18 ay süresince devam ettiği bildirilmiştir^{6,7,12,14,15,16,3}.

Deliryumun önemi, ciddi mortaliteye neden olması ve tanı konmasında güçlük yaşanmasından ileri gelmektedir. Deliryumun karmaşık bir hastalık olması, rutin sistematik bir tarama yapılmaması, sağlık çalışanları tarafından iyi bilinmemesi/tanınmaması, artan kronik hastalıklar ve yaşlanan nüfus ve yaşlılığa bakış açısı da deliryumu erken tanılamada ve farketmede ortaya çıkan engellerdir. Hemşirelerle yapılan çalışmalarda yaklaşık %50’sinin deliryum bilgilerinin yeterli olmadığı ve risk faktörlerini bilmedikleri, bu nedenle hastaların %64-84’ünün erken dönemde fark edilemediği, %33-66’sına ise deliryumtanısı konulamadığı, dolayısıyla bakım konusunda doğru yaklaşımları uygulamadıkları tespit edilmiştir. Yoğun bakımlarda hastaya 24 saat hizmet sunan, birebir bakım ve gereksinimleri ile ilgilenen ve yakından gözlemleyen hemşirelerin, bireyi bütüncül olarak değerlendirmeleri ve mevcut bilgileri ışığında buldukları ortamda riskleri tanılamaları, gerekli önlemleri almaları açısından önem arz etmektedir^{15,16,17,18}.

Yoğun Bakımda Deliryum Tanılaması ve Hemşirelik Bakımı

Deliryum tanılamasında, psikiyatrik tanıların sınıflandırılmasının yapıldığı, uluslararası kılavuzlar olan, “DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Hastalıklar Tanı ve İstatistik El Kitabı, 4” ve “ICD 10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Versiyonu” tanı kriterleri temel alınmaktadır (Tablo 1)^{1,8,11,13,19}.

Deliryum için rutin sistematik bir tanılama yapılamamakla birlikte, son yıllarda geliştirilen ölçeklerle risk grubunun önceden

belirlenmesisağlanabilmektedir.Rutin bakım protokollerinde uygulanabilecek olan deliryum tarama testlerinin uygulanması ile bireyin deliryumda olup olmadığı belirlenebilir ve böylece deliryum tanısının atlanması engellenmiş ve erken tanı sağlanmış olacaktır. Görsel dizin, anormal saat testi ve skalalar bu amaçla kullanılmaktadır^{3,19,20,21}.

Tablo-1:DSM-IV' e Göre Deliryum Tanı Kriterleri

Tablo-1:DSM-IV' e Göre Deliryum Tanı Kriterleri	
A	Dikkati belli bir konu üzerinde odaklama, sürdürme ya da yeni bir konuya kaydırma yetisinde azalma ile giden bilinç bozukluğu(yani çevrede olup bitenin farkında olma düzeyinin azalması)
B	Daha önceden var olan, yerleşik ya da gelişen demans ile açıklanamayan algı bozukluğunun ortaya çıkması ya da bilişsel değişiklik(bellek, yönelim, dil bozukluğu gibi) olması
C	Bu bozukluk kısa bir süre içinde gelişir(genellikle saatler ya da günler içinde) ve gün içinde dalgalanmalar gösterme eğilimi taşır.
D	Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde bu bozukluğun; ya genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olduğuna ilişkin kanıtlar vardır

Görsel dikkat dizileri testinde, önce bireye beş tane resim üçer saniye ara ile gösterilir, sonra on tane resim (beş tanesi yeni, beş tanesi daha önce gösterilen resimler) gösterilir ve arasından daha önceki resimleri hatırlaması istenir. Sözel olarak ifade edemeyen, ventilatördeki bireylerin eli tutularak, hatırladığında elimizi sıkması ya da gözlerini kapatıp açması istenebilir. Bu testte sekizden az doğru cevap verilmesi deliryum eğilimi olarak değerlendirilir²⁰.

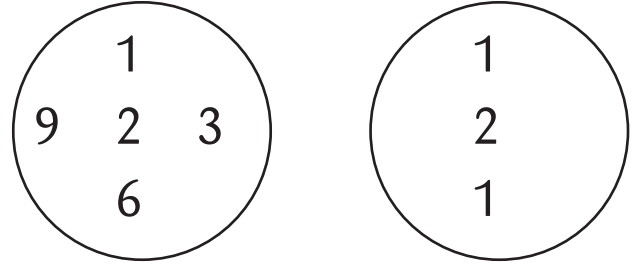
FRONT



BACK



Deliryum tanısında diğer pratik bir uygulama ise "Anormal saat testi" dir. Testte uygulayıcı tarafından bir daire çizilir ve bireyden saati ifade eden sayıları yerleştirmesi istenir. Normal bireyler 12-3-6-9 sayılarını yerleştirerek başlarken deliryum yöneliminde olan bireyler 12-1 yazarak bırakırlar.



Bu deliryumu tanılama amacıyla geliştirilen ölçekler;

- Yoğun Bakım Deliryum İzlemi Kontrol Listesi (Intensive Care-Delirium Screening Checklist)
- Yoğun Bakımda Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU))
- Yeni Deliryum Değerlendirme Skalası (NDRS)
- Mini mental durum değerlendirme (MMDD)
- Neelon ve Champagne Konfüzyon Skalası- TheNeelonand-Champagne. ConfusionScale (NEECHAM)
- MCV Hemşire Deliryum Değerlendirme Skalası.

Deliryumun 4 temel özelliğinden 3'ünü esas aldığı için CAM en kullanışlı olanıdır. Görsel dikkat dizileri testi içermesi, akut başlangıç ve dalgalanan semptomları, bilinçte değişikliği, oryantasyon sorunlarını ortaya koyması, 5-10dakikada değerlendirilebilmesi, günlük değerlendirme formlarına entegre edilebilmesi nedeniyle önerilmektedir. CAM'ın ayrıca son yıllarda çocuk yoğun bakımlar içinde soru ve görsel dizin testi içeren formları geliştirilmiştir. YB hastalarının taşıdığı riskler nedeniyle 8 saatte bir tanılama ölçeklerin kullanılması gerekmektedir ve tanı için ilk iki maddenin ve üçüncü veya dördüncü maddelerinden birinin pozitif olması yeterlidir (Tablo 2)^{2,13,15}.

Deliryum tanısı konmuş bireylerde tedavi yaklaşımını fizyolojik desteğin sağlanması, terapötik yaklaşım ile etkili iletişimin kurulması, anlayışlı ve sabırlı davranış sergilenmesi, hasta bireyin yakınlarından sosyal desteğinin sağlanması, çevresel faktörlerin düzeltilmesi, psikososyal destek sağlanması ve ilaç tedavisi olarak özetlenebilir. Bu doğrultuda bakım yaklaşımında aşağıdaki adımlar önerilmektedir^{3,5,9,11}.

Bireyin hastaneye kabulünde kapsamlı öyküsü alınarak riskli durumları belirlenmeli ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. İşitme cihazı veya gözlük kullanan bireylerin duyu ve algı sorunu yaşama-

ması için gerekli araçlarını yanlarında bulundurmaları sağlanması önemlidir^{2,11,21}.

Yoğun bakımda bireyler çevrelerinde olan her şeyden etkilenmekte ve en ufak bir değişiklikte oryantasyon sorunu yaşamaktadır. Bu amaçla hemşire-hasta iletişimi ile hastaların yoğun bakıma oryante olmaları, sakinleşmelerinin sağlanması deliryumun gelişmesinin önlenmesinde ve tedavisinde en önemli noktalardan biridir. Oryantasyonda bireyin takip ve tedavisi amaçlı kullanılan cihazlar ve fiziksel ortam anlatılmalıdır. Kısa, kolay ve anlaşılır cümleler ile hasta birey ile iletişim kurulmalıdır. İletişimde beden dilinin de kullanılması anlaşılabilirliği arttıracaktır. Yakınlarının da desteği alınarak aile ve arkadaş ziyaretleri sağlanır. Anlayışlı, sabırlı davranılmalı, korkuları ve duyguları sorulmalı, gördüğünü sandığı varlıklardan korkmaması gerektiği anlatılmalıdır^{1,3,4,11,21}.

Fiziksel tespit ediciler yerine alternatif yöntemler (yatak kenarlarını kaldırma) kullanılabilir. Deliryum tablosu hastanın medikal tedavisine engel oluyorsa, ajitasyon nedeniyle kendisinin\ çevresinin güvenliğini tehdit ediyorsa ve insomnia yaşanması durumunda psikomotor ajitasyonda etkili farmakolojik tedavi hekim işbirliği ile uygulanabilir. Ancak son yıllarda deliryumun gelişimi ile ilgili faktörlerin anlaşılmasıyla sedasyon-ajitasyon-ağrı önemi vurgulanmaya başlanmıştır. Bu amaçla (Numerik ağrı değerlendirme skalası NRS-görsel analogVAS-sözel ve davranışsal skala BPS, sedasyon-RichmondAgitation-SedationScale RASS, Sedation-AgitationScale SAS) skalaların düzenli olarak kullanılması, ağrı, sedasyon ve ventilatörden ayırma protokollerinin belirlenmesi ve 8 saatte bir değerlendirme önerilmiştir^{5,8,9,20}.

Yapılan çalışmalarda deliryum önleme, tanı ve tedavide bundle kullanılması önerilmekte olup, sağlık profesyonellerinin kullanımı için aktif olan www.icudelirium.org web adresinde ulaşılabilir. Hasta bireyin günlük yatak başında değerlendirilmesine uygun olan ve The Awakening and Breathing Coordination, Delirium Monitoring and Management, and Early Mobility (ABCDE) bundle programında;

ABC (Awakening and Breathing Coordination)= Ventilatördeki hastada sedasyon, analjeziklere uyum, uyanıklık durumu ve solunum uyumu değerlendirmesi yapılması, belirli aralıklar ile sedasyona ara verilmesi, skalalar ile takip edilmesi önerilmektedir.

D (Delirium Nonpharmacologic Interventions)= Nonfarmakolojik

girişimlerin belirlenmesi, bu amaçla ağrı, oryantasyon, iletişim, gözlük, işitme cihazı gibi duyuşal motor gereksinimlerinin karşılanması ve biyolojik uyku düzeninin korunması önerilmektedir.

E (Early Exercise and Mobility)= Yatak içi egzersizler ve erken dönem mobilizasyona geçilmesi önerilmektedir^{5,8,9,20}. Bununla birlikte, sedasyon ve deliryum izleme protokolleri ile spontan uyanma denemeleri (Awakening Trials- SAT) ve spontan solunum denemeleri (Breathing Trials- SBT) sırasında elde edilen bilgiler, klinik karar vermeyi büyük ölçüde kolaylaştıran, kontrollü sedasyon uygulaması sağlayan ve deliryum tanılama ve takip de en iyi uygulamalar arasında yer almaktadır (www.icudelirium.org; Vasilevskis ve ark. 2010). Yapılan bir randomize kontrollü çalışmada, düzenli olarak SAT ve SBT uygulanan deney ve düzenli olmamakla birlikte SAT uygulanan kontrol grupları karşılaştırıldığında hastanede kalış süresinin 4 gün azaldığı, mortalite ve taburculuk sonrası kognitif bozuklukların azaldığı belirtilmiştir^{8,20}.

Bireyin sirkadiyan uyku döngüsünün sağlanması tedavinin önemli bir parçasıdır. Çünkü uykusuzluk melatonin salınımı ve sirkadiyan ritmin bozulmasına neden olur. Yapılan bir çalışmada, deliryum semptomlarının %37'sinin öğleden sonra, akşam veya gece görüldüğü, %47'sinin sabah görüldüğü belirlenmiştir. Ağrı, uygun olmayan sedasyon, korku ve uygun olmayan fiziksel koşullar nedeniyle ajitasyon gelişmekte ve bu durum uyku düzenini etkilemektedir. Ajite olan hasta birey gün boyu sakin, gece ise aktif davranışlar sergileyebilmektedir. Öğrenme, hafıza ve davranışsal uyum gibi beyin aktiviteleri açısından önemli olan REM (Rapid eye movement) uykusunun yoksunluğunda; iritabilite, apati, dikkatte azalma, ağrıya duyarlılıkta artmalar görülebilmektedir. Hücre ve epitellerin yenilenmesinde ve vücudun enerjisini sağlamada rol alan NREM (Non Rapid eye movement) uykusunun yoksunluğunda ise; yorgunluk, immünsistemde zayıflık görülebilmektedir. Bu nedenle uyku döngüsünün tamamlanması önemli olup, tedavi ve girişimlerin bireye göre ayarlanması ve mümkün olduğunca uyandırılmamaya çalışılması önemlidir^{3,9,13}.

Sonuç

Akut konfüzyon/deliryum yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılan bir sorundur. Tüm sağlık ekibi üyelerinin deliryum nedenleri/ risk faktörlerinin belirlenmesi, erken tanınması, uygun tedavi ve bakımı konularında eğitim görmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Akıncı S., Şahin A. Yoğun bakımda deliryum. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2005;5(1):26-35.
2. Pereira JM., Barradas FJD., Sequeira RMC., Marques MCP., Batista M., Galhardas M. Delirium in critically ill patients: risk factors modifiable by nurses. *Revista de Enfermagem Referência Journal of Nursing Referência*. 2016; 4(9):29-36
3. Güner P.,Geenen O. Atlaması kolay bir bozukluk : Deliryum. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007; 11 (1): 37-46
4. Erişkin Yoğun Bakım Hastalarında Temel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. İçinde Çelik S. (Ed.), *Deliryum*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2014.
5. Balas MC., Vasilevskis EE., Burke WJ., Boehm LB., Pun BT., Olsen KM., Peitz GJ., Ely EW. Critical Care Nurses' Role in Implementing the "ABCDE Bundle" Into Practice. *Critical Care Nurse*. 2012; 32(2):1-13.
6. Ely EW., Stephens RK., Jackson JC., Thomason JW., Truman B., Gordon S. ve ark. Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: A survey of 912 healthcare professionals. *Crit. Care Med*. 2004; 32: 106-112.
7. Pisani M., Araujo K., Van Ness P., Zhang Y., Ely EW., Inouye SK. A research algorithm to improve detection of delirium in the intensive care unit. *Crit Care*. 2006; 10(4): 1-8.
8. Vasilevskis EE., Pandharipande PP., Girard TD., Ely EW. A Screening, Prevention, and Restoration Model for Saving the Injured Brain. *Crit Care Med*. 2010; 38(10): 683-691.
9. Barr J., Fraser GL., Puntillo K., Ely W., Gélinas C., Dasta JF. ve ark. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*. 2013; 41(1): 264-306.
10. Rudolph JL., Babikian VL., Birjiniuk V. Atherosclerosis is associated with delirium after coronary artery bypass graft surgery. *J. Am. Geriatr. Soc*. 2005; 53: 462-466.
11. Küçük, L., Kaya H. Koroner Yoğun Bakım Sürecinde Yaşanan Psikiyatrik Bir Durum: Deliryum Ne Kadar Tanıyoruz? *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011; 4(1):161-166.
12. Boogaard M., Schoonhoven L., Evers AWM., Hoeven JG., Achterberg T., Pickkers P. Delirium in critically ill patients: Impact on long-term health-related quality of life and cognitive functioning. *Crit Care Med*. 2012; 40:112-118
13. Ayazoğlu TA., Tür H., Bolat C., Özkaynak İ., Candan MA. Yaşlılarda kardiyak cerrahi sonrası yoğun bakımda deliryum prevalansı ve risk faktörleri. *Deneyel ve Klinik Tıp Dergisi*. 2011;29:101-107
14. Bull MJ., Boaz L., Sjostedt JM. Family caregivers' knowledge of delirium and preferred modalities for receipt of information. *Journal of Applied Gerontology*. 2016; 35(7): 744 -758
15. Ely EW., Margolin R., Francis J. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit. Care Med*. 2001; 29: 1370-1379.
16. Yaşayacak A., Eker F. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum ve risk faktörlerinin belirlenmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 2012;20(2): 265-274
17. Hare M., Wynaden D., McGowan S., Landsborough L., Speed G. Questionnaire to determine nurses' knowledge of delirium and its risk factors. *Contemporary Nurse*. 2008; 29(1): 23-31
18. Belanger L., Ducharme F. Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care*. 2011; 16(6): 303-315
19. Ok G., Aydemir Ö., Tok D., Erbüyük K., Turan E. Yoğun Bakım Olgularında Yeni Deliryum Değerlendirme Skalası. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2010; 47: 36-9
20. www.icudelirium.org
21. Kose G., Bolu A., Ozdemir L., Acikel C., Hatipolu S. Reliability and Validity of the Intensive Care Delirium Screening Checklist in Turkish. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2016; 27(2): 119-124.
22. Tülek Z. Nörolojik Bilimler Hemşireliği. İçinde Topcuoğlu MA., Durna Z., Karadakovan A. (Ed.), *Bilişsel İşlev Bozukluğunun Değerlendirilmesi, Yorumlanması ve Bakımı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2013, 129-140.