

YAŞLILARDA DELİRYUM, DEMANS VE DEPRESYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ VE HEMŞİRELİK BAKIM REHBERİ

ASSESSMENT OF DELIRIUM, DEMENTIA, AND DEPRESSION IN OLDER ADULTS AND NURSİNG CARE GUIDELINE

Uzman Hemşire Neslihan SARI*

Prof.Dr. Meryem Y. van GİERSBERGEN**

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

ÖZET

Yaşlılık; fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Fizyolojik boyutuyla yaşlılık, kronolojik yaşla birlikte görülen değişimleri ifade ederken; psikolojik boyutuyla yaşlılık, algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini ifade etmektedir. Yaşlı bireylerde deliryum, demans ve depresyonun görülmesi oldukça yaygın bir durumdur. Yaşlı bireylerde görülen deliryum, demans ve depresyon genellikle birbirinden bağımsız olarak ele alınmakta ve araştırılmaktadır. Bununla birlikte, bu üç durum, birkaç önemli yoldan ilişkilidir ve özellikle yaşlı bireylere bakım verirken, sağlık çalışanlarının bu ilişkilerin farkında olmaları esastır. Deliryum, demans veya depresyon tanılarında herhangi birini alan hastada diğer durumların gelişme riski artar. Örneğin depresyon tanısı almış bir yaşlı, demans ve deliryum yönünden de risk altındadır. Bu hastalıkların yaşlı bireylerde erken tanınması, değerlendirilmesi ve bakımı deliryum, demans ve depresyon yönetimi için önemlidir. Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olması bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek ve hemşire memnuniyetini arttırmak gibi sonuçları açısından önemlidir. Profesyonel hemşirelerden güvenli ve etkili bakım vermesi, uygulamaları konusunda hizmet sunulan topluma, sağlık ekibine ve meslektaşlarına hesap vermesi beklenir. Bakım, elde edilebilen en bilimsel bilgiye dayalı olmalıdır. Bilgi ve karar verme arasındaki ilişki

hemşireliğin profesyonelleşmesinde en belirleyici unsurdur. Kanıta dayalı uygulamalar hemşirelik uygulamalarının bilimselleşmesini sağlar.

Bu derleme yaşlılarda deliryum, demans ve depresyonun değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımında kanıt temelli yaklaşımları vurgulamak amacıyla yapılmıştır.

Anahtar kelimeler: Yaşlılık, deliryum, demans, depresyon, hemşirelik.

ABSTRACT

Age is a process that needs to be evaluated with physical, psychological and social dimensions. While physiological dimension expresses the changes seen with age, chronological age; psychological dimension refers to the change in the capacity of human adaptability in terms of age, perception, learning, psychomotor, problem solving and personality characteristics as the chronological age progresses. It is common for elderly people to have delirium, dementia and depression. The delirium, dementia and depression seen in elderly individuals are usually handled independently and investigated. However, these three situations are related to several important pathways, and it is essential that health professionals be aware of these relationships, particularly when they are cared for by elderly individuals. Having delirium, dementia, or depression can increase a person's risk of developing one of the other conditions, can exacerbate an existing condition, or can be a consequence of one of the other conditions. Early diagnosis, evaluation and care of these diseases in elderly people is important for the management of delirium, dementia and depression. The fact that nursing practices are based on evidence is important in terms of improving the quality of care and care outcomes, making a difference in clinical practice and patient care outcomes, standardizing care and increasing nurse satisfaction. Professional nurses are expected to provide safe and effective care, to provide services to the practitioners, and to give account to the health team and colleagues. Care should be based on the most scientific knowledge available. The relationship between knowledge and decision making is the determining factor in the professionalization of nursing. Evidence-based practices provide the scientificization of nursing practices.

This review emphasizes evidence-based approaches to the and assesment of delirium, dementia and depression and nursing care in the elderly.

Key words: Elderly, delirium, dementia, depression, nursing.

GİRİŞ

Yaşlılık; fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Fizyolojik boyutuyla yaşlılık, kronolojik yaşla birlikte görülen değişimleri ifade ederken; psikolojik boyutuyla yaşlılık, algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini ifade etmektedir. Sosyolojik açıdan yaşlılık ise bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir. Dünya Sağlık Örgütü yeni yaş sınırlamasına bakıldığında 0-17 yaş arası: ergen, 18-65 yaş arası: genç, 66-79 yaş arası: orta yaş, 80-99 yaş arası: yaşlı olarak sınıflandırmıştır(WHO 2017).

Hemşireler yoğun bakımlarda, cerrahi ve dahili birimlerde yaşlı hasta ile çok sık karşılaşmaktadırlar. Sağlık çalışanları içinde hasta ile daha çok iletişime geçen hemşireler olduğu için deliryum, demans ve depresyonun erken tanılanmasında hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir(Downing L, Caprio T. 2013).

Yaşlı bireylerde görülen deliryum, demans ve depresyon genellikle birbirinden bağımsız olarak ele alınmakta ve araştırılmaktadır. Bununla birlikte, bu üç durum, birkaç önemli yoldan ilişkilidir ve özellikle yaşlı bireylere bakım verirken, sağlık çalışanlarının bu ilişkilerin farkında olmaları esastır (RNAO 2016). Sağlık çalışanları deliryum, demans ve depresyonun semptomlarını atlayabilir. Bunun sebebi sağlık çalışanlarının bunları yaşlılığın bir sonucu olarak görmesinden kaynaklanabilir. Ayrıca deliryum, demans ve depresyon birbiri ile çok sık karışan olgulardır. Ayırıcı tanısı oldukça önemlidir. Tablo 1’de deliryum, demans ve depresyonun ayırıcı tanısı verilmiştir(Downing L, Caprio T. 2013).

Tablo 1. Deliryum, Demans ve Depresyonun Ayırıcı Tanısı

Özellik	Deliryum	Demans	Depresyon
Hafıza problemleri	+++	+++	+
Uyku bozukluğu	+++	+/-	+
Dikkat eksikliği	+++	+/-	+/-
Duygu durum bozukluğu	+/-	+/-	+++
Duyusal veya algısal rahatsızlık	+++	+/-	+/-
Disoryantasyon	+++	++	-
Akut başlangıç	++	-	-
Yavaş ilerleme	-	+	+/-
Apati	+/-	++	++
Dalgalanan semptomlar	++	-	-
Zayıflamış sağlık riski	++	+++	+/-

Deliryum, demans ve depresyon bir arada var olabilir (Regan 2013). Örneğin, deliryum olan bir kişide altta yatan demans ve depresyon da olabilir veya demansı olan bir kişi altta yatan bir deliryum ile de deprese olabilir. Depresyon demansın yaygın nöropsikiyatrik bir semptomudur (Brodaty 2012, Enmarker 2011, Ueda 2013). Birlikte var olma potansiyeline ek olarak deliryum, demans ve depresyon örtüşen semptomlarla birlikte ortak özelliklere sahiptir ve bu doğru tanıyı belirlemeyi zorlaştırır. Hipoaktif deliryumda; yaşlı bireyin duygu durumundaki bozulma nedeniyle aktivitede azalma depresyon ile hiperaktif deliryumda ise artmış fiziksel aktivite, demansta davranışsal bozulma ile karıştırılabilir (Development Group, 2010, RNAO 2010b). Deliryum, demans veya depresyon tanılarında herhangi birini alan hastada diğer

durumların gelişme riski artar. Örneğin depresyon tanısı almış bir yaşlı, demans ve deliryum yönünden de risk altındadır. Aşağıdaki çalışmalarla bu desteklenmektedir.

*Bilişsel bozukluk ve depresyonu olan kişilerde deliryum gelişme riski yüksektir (Flaherty 2011; Inouye 2014; Khan 2012).

*Deliryum kişide demans gelişme riskini arttırır veya demansın ilerlemesini kötüleştirebilir (Hshieh 2015; Khan 2012; NICE 2010).

*Demans tanısı olan kişilerde depresif belirtilerin yaygınlığı yüksektir (American Medical Directors Association (AMDA) 2011; Orgeta 2014; Potter 2011).

*Şiddetli bir depresyon atağı yaşayan bir kişi yaşamının ileri döneminde Alzheimer demans olma riski artmaktadır(Trangle 2016).

*Depresyon bilişsel bozukluklarla etkileşir ve bunları daha da kötüleştirebilir (Kiosses 2011).

*Depresyon demanslı kişilerde saldırganlık gibi davranışsal belirtilere sebep olabilir(Enmarker 2011).

Deliryum, demans ve depresyonun birbiriyle etkileşmesi hastanın gerçek tanısını belirlemeyi zorlaştırmaktadır. Yaşlı bireylere daha kaliteli ve uygun bakım verilebilmesi için bu üç durumun özellikleri ve yapılacak bakım girişimleri hemşire tarafından bilinmesi önemlidir. Aşağıda deliryum, demans, depresyon kısaca açıklanmıştır

Deliryum

Ani başlayan, bilişsel işlevlerin bozulması, bilinç durumunda değişiklik, dikkat bozuklukları, artmış ya da azalmış psikomotor aktivite uyku-uyanıklık döngüsünün düzensizliği ile karakterize, geçici mental bir durumdur (Marcantonio 2011, Martinez 2015, Todd O. 2017). Akut bir durum olarak tanımlanır, genellikle bir ila yedi gün sürer, ancak günler veya haftalar boyunca da devam edebilir (AMDA 2008, Karamanoğlu A. 2015). Deliryum tıbbi bir acil durum sinyali verebilir ve bunun sonuçları kalıcı nörolojik etkileri içerebilir (Inouye 2014). Deliryum yaşlı erişkinlerde çok sık karşılaşılan bir durumdur. Hastanedeki yaşlı bireylerin yaklaşık % 50'sinin deliryum tanısı aldığı çalışmalarda bildirilmiştir. Özellikle yoğun bakımlarda yatan; kalça ve kardiyak cerrahi geçirmiş yaşlı hastalarda daha yüksek oranda görülür (Martinez 2015).

Deliryumun sebepleri çok yönlüdür. Deliryum, yaşlılık, bilişsel bozukluk gibi hassasiyet yaratan hazırlayıcı faktörlerin ve hastalık, ameliyat, hareketsizlik, gürültülü ortam gibi çeşitli faktörlerin birleşmesinin bir sonucu olarak gelişir. Çoğul hastalık etkisi ve demansı olan yaşlı bireyde deliryum gelişme riski yüksektir. Bu durumda hastanın çevresinde ve tıbbi durumunda küçük bir değişiklik bile deliryum gelişmesini tetikler (Marcantonio 2011, Karamanoğlu A 2015).

Üç ana deliryum türü vardır:

1. Hiperaktif deliryum: huzursuzluk, ajitasyon, sanrılar ve / veya agresif davranış ile karakterizedir.
2. Hipoaktif deliryum: uykulu olma, ve / veya ilgisiz davranış ile karakterizedir.
3. Karışık deliryum: değişen hiperaktif ve hipoaktif durumlarla karakterizedir (NICE 2010).

Hipoaktif deliryum, yaşlı erişkinlerde deliryum vakalarının yaklaşık %65'ini oluşturan en yaygın deliryum türüdür. Bununla birlikte; çoğunlukla göz ardı edilir ve demans ve depresyon ile karıştırılır (AMDA 2008; NICE 2010).

Demans

Ontario Alzheimer Derneği (The Alzheimer Society of Ontario) demansı bilişsel fonksiyonlarda bozukluk, öğrenme ve hafıza, duygu durum ve davranış aynı zamanda günlük aktivite ve üst düzey fonksiyonların etkilenmesi ile karakterize bir beyin hastalığı olarak tanımlamıştır (Development Group 2010). Demans beyinde geri döndürülemez değişiklikler yaratan çeşitli hastalıklar için genel terim olarak belirtilmektedir. Demansa neden olan durumlar; protein plakları ve tıkanıklığının sebep olduğu Alzheimer hastalığı, inmeler ile ilişkili vasküler demans, herhangi iki demansın kombinasyonu, karışık demanslar, frontotemporal demans, Creutzfeldt-Jacob hastalığı, Parkinson hastalığı ve Huntington hastalığı ilişkili demans olarak belirtilmektedir (Alzheimer Society of Canada, 2015b, Alzheimer's Association. 2017).

Risk faktörleri demansın türüne bağlıdır. İleri yaş, hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabet gibi vasküler risk faktörleri, birinci derece akrabalarda aile öyküsü ve depresyonu içerebilir. Kanada Alzheimer Derneği 2011 yılında demans tanısı almış, tüm yaşlıların %15'i olan 747000 yaşlı bireyin, 2031 yılında 1,4 milyona ulaşacağını rapor etmiştir (Alzheimer Society of Canada, 2015a). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) demans prevalansının yaşla birlikte arttığını ve 65 yaşından sonra beş yılda iki kat arttığını bildirmektedir (WHO 2012).

Demansın davranışsal ve psikolojik semptomları; demans hastalarının % 80'inde, özellikle hastalığın orta ve ileri evrelerinde görülmektedir. Demansın davranışsal ve psikolojik semptomları; bir kişinin ihtiyaçlarını ifade etme biçimini ve demansın türünü gösteren belirtileri içerir. Bunlar; ruh hali değişiklikleri, sanrılar, ilgisizlik, ajitasyon, amaçsız dolaşma, tekrarlayan sorgulama gibi durumlardır (Moniz Cook 2012).

Depresyon

Depresyon; günlük yaşamda önemli işlevsel bozukluklarla ve genellikle birinin zevk ve keyif kapasitesini kaybetmesi ile ilişkili duygusal, bilişsel, davranışsal ve somatik dengede bozulma ile karakterize olan bir duygu durum bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Depresyon kronik, devamlı ve tekrarlayıcı nitelikte veya bir duruma

karşı reaksiyon olabilir. Yaşlı bireyde sevdiği birini kaybetme bilişsel gerileme, hastaneye yatış ve uzun süreli bakım depresyona sebep olabilir. (O'Connor 2009).Genelde depresyon yaşlı erişkinlerde yaygın olmakla birlikte, yaşlanmanın normal bir parçası olarak düşünülmemelidir. Depresyonun, yaşlı bakım merkezlerindeki bireylerin yaklaşık % 35'ini ve toplumda yaşayan yaşlı erişkinlerin %15'ini etkilemektedir (Canadian Psychological Association, 2015, Dreizler 2014).Depresyon kişilerin yaşam kaliteleri ve aile ilişkileri üzerine çok büyük bir etkiye sahiptir. Eşlik eden hastalıkların ve kronik hastalıkların tedavisini zorlaştırır. Aşırı durumlarda özellikle 85 yaş üstü erkeklerde intihar yoluyla ölümlerle sonuçlanabilir (Canadian Psychological Association, 2015; Dreizler 2014).

Deliryum, Demans Ve Depresyona Yönelik Hemşirelik Bakım Rehberleri

Kanıtı dayalı uygulama, kanıtı dayalı tıp, kanıtı dayalı hemşirelik konuları son yıllarda, sağlık ve hemşirelik literatüründe hızla artmakta, konu ile ilgili kitaplar yayımlanmakta, kongreler yapılmakta ve kanıtı dayalı hemşirelik merkezleri açılmaktadır. Kanıtı dayalı uygulamalar (KDU), pek çok disiplinin olduğu gibi hemşirelerin de yakından ilgilendiği bir konudur. Bu hareketin hızlanmasında sağlık sistemleri ve profesyonel örgütlerin talepleri yanı sıra tıbbi uygulama hatalarında artış da belirleyici olmuştur. Kanıtı dayalı uygulamaları klinik ortamlarda uygulamada rehberler en önemli yol göstericilerden biridir (Kocaman G. 2003). Tüm dünyada deliryum, demans ve depresyon ile ilgili kanıtı dayalı uygulamaların bulunduğu rehberler aşağıda yer almaktadır.

- * Deliryum: Önleme, Tanı Ve Yönetim. Klinik Rehberler (2010)
- * Deliryum Tanısı Almış Hastaların Tedavisinde Pratik Rehber (2010)
- * Yoğun Bakım Ünitesinde Yetişkin Hastalarda Ağrı, Ajitasyon ve Deliryumun Tedavisinde Klinik Uygulamalar Kılavuzu (2013)
- * Deliryum Yönetimi için Klinik Uygulama Kılavuzu: Palyatif Bakımda Uygulama (2014)
- * Yaşlı Bireylerde Deliryumun Yönetimi için Klinik Uygulamalar Rehberi (2006)
- * Demans Yönetimi için Klinik Uygulama Kılavuzu (2008)
- * Amerikan Psikiyatri Birliği Uygulama Rehberi (2011)
- * Yetişkinlerde Depresyon Tedavisinde ve Yönetimi için klinik uygulama rehberi (2010)

Yaşlı hastalarla çalışan hemşirelerin bu birbirleriyle karıştırılan ve sık görülen üç durumun tanınması ve bakımıyla ilgili hizmet içi eğitim ve rehberler bu konudaki gereksinimlerini karşılamak için sağlık bakım ekibine yol gösterici olmaktadır. Klinik bakım rehberleri bakımda kanıt temelli uygulamaları takip etmek, uygulamak için en fazla kullanılan kaynaklardır. Geliştirilen bu rehberdeki amaç; yaşlı bireylerde deliryum, demans ve depresyonun erken tanınması ve klinikte yatan veya evde bakım hastalarında değerlendirme ve bakımın yapılmasıdır. Yaşlılarda deliryum, demans ve

depresyon; değerlendirme ve bakım konulu bu makalede hemşirelere yönelik Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği (Registered Nurses' Association of Ontario) (RNAO) tarafından 2016 yılında geliştirilen yaşlılarda deliryum, demans, depresyon; değerlendirme ve bakım rehberi ele alınmıştır. Rehberdeki kanıt düzeyleri tablo 2'de verilmiştir.

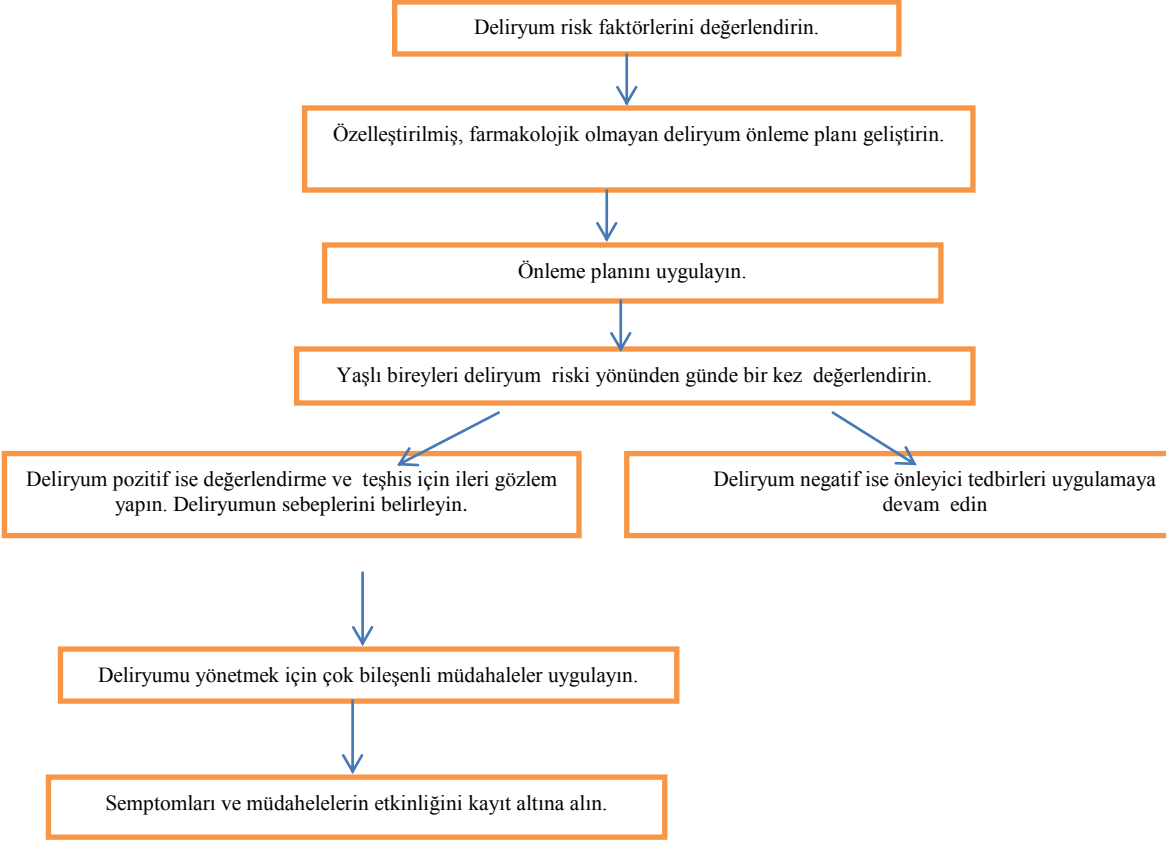
Tablo 2. Deliryum Demans Ve Depresyon Değerlendirme Ve Bakım Rehberinde Sunulan Kanıt Düzeyleri

Kanıt düzeyi	Kanıtın kaynağı
Ia	Kanıtlar randomize kontrollü çalışmaların sistematik incelemelerden ve meta analizlerden elde edilmiştir.
Ib	Kanıtlar en az bir, iyi dizayn edilmiş randomize kontrollü çalışmalardan elde edilmiştir.
Ila	Kanıtlar randomize olmayan, en az bir iyi dizayn edilmiş kontrollü çalışmadan elde edilmiştir.
Ilb	Kanıtlar en az bir iyi dizayn edilmiş yarı deneysel çalışmalardan elde edilmiştir.
III	Kanıtlar en az bir karşılaştırılmalı ve korelasyon gibi iyi dizayn edilmiş deneysel olmayan nicel veya nitel çalışmalardan elde edilmiştir.
IV	Kanıtlar uzman komite raporlarından veya görüşlerinden ve/veya saygın otoritelerin klinik deneyimlerinden elde edilmiştir.
V	Kanıtlar diğer klinik uygulama rehberlerinden elde edilmiştir.

*Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN],(2011)' den uyarlanmıştır

RNAO tarafından 2016 yılında geliştirilen bu rehber toplam 13 maddeden oluşmaktadır. Ayrıca bu rehberde deliryum, demans ve depresyon için akış şemaları bulunmaktadır. Bu akış şemaları şekil 1, tablo 3 ve tablo 4 şeklinde aşağıda verilmiştir. Ayrıca öneriler deliryuma ilişkin öneriler, demansa ilişkin öneriler ve depresyona ilişkin öneriler şeklinde maddelendirilmiştir. Bu öneriler de sırasıyla tablo 5, tablo 6, tablo 7 ve tablo8'de açıklanmıştır. Hemşireler çalıştıkları ortamda yaşlı bireyler ile karşılaştığında bu rehberde verilen akış şemaları ile hastayı değerlendirip, verilen öneriler doğrultusunda bakım verdiğinde deliryum, demans ve depresyonun yönetimi daha kolay olacaktır. Deliryum, demans ve depresyon risk faktörleri erken saptandığında, farmakolojik olmayan yöntemler ile önleme planları geliştirildiğinde tüm kliniklerde bu hastalıkların görülme insidansı azalacaktır. Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olması bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek ve hemşire memnuniyetini arttırmak gibi sonuçları açısından önemlidir. Kanıta dayalı rehberlerin kullanılması; güvenli ve etkili bakımı elde edilebilen en bilimsel bilgiye dayalı olması bakımından önemlidir.

Şekil 1: Deliryum İçin Akış Şeması



Tablo 3. Demans İçin Akış Şeması

Demanstaki belirti ve bulguları tanımlayın.
Uygun araç ile demans değerlendirmesi yapın.
Daha ileri değerlendirme / teşhis için başvurun.
Fiziksel, işlevsel ve psikolojik durumu ve değişikliklerin kişiye ve ailesine etkisini değerlendirin.
Demansın davranışsal ve psikolojik semptomlarının altında yatan nedenleri araştırın.
Ağrıyı değerlendirin
Demansın davranışsal ve psikolojik semptomlarını ve kişisel bakım ihtiyaçlarını gidermek için kişiselleştirilmiş bir bakım planı geliştirin.
Bakım planını uygulayın.

Ağrıyı izleyip yönetin.
Etkili iletişim kurun.
Yaşam kalitesini korumak için stratejiler geliştirin.
Aileyi eğitin ve destekleyin.
Bakım planını değerlendirin ve buna göre gözden geçirin.

Yaşlı bireylerde demans belirtilerinin tanımlanması ve uygun tanılama araçları ile değerlendirilmesi demansın yönetimi konusunda önemlidir. Tablo 3'te demansın etkili yönetimi için akış şeması verilmiştir.

Tablo 4. Depresyon için akış şeması

Olası depresyonun risk faktörleri veya belirtileri belirleyiniz.
Risk faktörleri, belirtileri ve semptomları olduğunda depresyonu değerlendiriniz.
İntihar riski açısından değerlendiriniz.
Daha ileri değerlendirme ve teşhis için başvurunuz.
İntihar riski taşıyanlara daha özenli yaklaşınız.
Depresyon için bireyselleştirilmiş bir bakım planı geliştiriniz.
Özel farmakolojik ve / veya farmakolojik olmayan müdahaleleri yönetiniz.
Yaşlı yetişkin ve ailesini eğitiniz.

Depresyonun erken ve etkili tanınması; intihar riski taşıyan yaşlı bireylerde, riskin erken fark edilip uygun girişimlerin yapılması için önemlidir. Tablo 4'te depresyon için akış şeması verilmiştir.

Tablo 5. Deliryum Demans Ve Depresyon Değerlendirme Ve Bakım Rehberinde Sunulan Öneriler

	Uygulama önerileri	Kanıt düzeyi
1.0 Genel Öneriler	Öneri 1.1 İyileştirici ilişkiler oluşturun ve deliryum, demans ve depresyon hastaları, onların ailesi ve bakım ortaklarına eğitim sağlarken ve bakım verirken aile merkezli bakım sağlayınız.	la&V
	Öneri 1.2 Yaşlı hastaları değerlendirmeler, gözlemler ve etkileşimler sırasında; depresyon, demans ve deliryum belirti ve bulguları yönünden birbirlerinden ayırt edin ve tanımlayın ve birey ailesi ve ekip tarafından ifade edilen değişikliklerle ilgili endişelere dikkat ediniz.	V
	Öneri 1.3 Deliryum, demans ve depresyon şüphesi bulunan yaşlı bireyleri daha ileri değerlendirme, teşhis ve izlem tedavisi için uygun klinisyenlere veya hizmetlere yönlendiriniz.	la

	Öneri 1.4a Kişinin anlama değerlendirme ve karar verme yeteneğini değerlendirin. Kişinin mental durumu ile ilgili endişeler ortaya çıkarsa gerektiğinde sağlık ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği yapınız.	V
	Öneri 1.4b Yaşlı bireyin kararlarını kısmen ya da tamamen destekleyin. Eğer yaşlı birey kesin kararlar vermekte yetersiz ise karar verme onay ve bakım planlamasında uygun bir vekil karar vericiye başvurunuz.	V
	Öneri 1.5 Yaşlı bireylere (sağlık kuruluşunun uygulama alanı dahilinde) ilaç reçete etmek ve uygulamak için dikkatli olun. Yaşlı bireylere çoklu ilaç ve yüksek riskli ilaç kullanımı ve etkilerini dikkatli bir şekilde izleyin ve uygun şekilde kayıt ediniz.	la
	Öneri 1.6 Yaşlı birey bakımında son çözüm olarak fiziksel tespit kullanınız.	V
	Uygulama önerileri	Kanıt düzeyi
Deliryuma ilişkin öneriler		
2.0 Değerlendirme	Öneri 2.1 İlk görüşmede ve kişinin durumunda bir değişiklik varsa deliryum risk faktörleri yönünden yaşlı bireyleri değerlendirin.	la & V
3.0 Planlama	Öneri 3.1 Kişiyile, ailesi ve profesyonel meslek ekibi ile birlikte deliryum riski altındaki kişiler için özel, farmakolojik olmayan, çok bileşenli deliryum önleme planı geliştirin.	la
4.0 Uygulama	Öneri 4.1 Yaşlı birey, ailesi ve profesyonel meslek ekibi ile birlikte deliryum önleme planını uygulayın.	la
	Öneri 4.2 En az günde bir kere yaşlı bireylerde bilişsel işlevlerde değişiklik, algılama, fiziksel veya sosyal davranışta değişiklik gözlemlendiğinde veya rapor edildiğinde klinik değerlendirmeyi uygun araçlar (ölçekler) kullanarak yapın.	la & V
	Öneri 4.3 Henüz deliryum tanısı almamış risk altında ki yaşlı kişilerde, deliryumu önlemeye yönelik stratejiler geliştirin.	la & V
	Öneri 4.4 Değerlendirmelerinde deliryumu işaret eden yaşlı bireyler için klinik değerlendirmeleri kullanarak altta yatan nedenleri ve katkıda bulunan faktörleri belirleyin.	la
	Öneri 4.5 Yaşlı bireyin, ailesi ve bakım veren sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde bireyin deliryum tablosunu aktif şekilde yönetmek için uyarlanmış çok bileşenli müdahaleler uygulayın. Bu müdahaleler şunları içermektedir: <ul style="list-style-type: none"> • Altta yatan nedenlerin tedavisi (kanıt düzeyi = la) 	la & V

	<ul style="list-style-type: none"> Farmakolojik olmayan müdahaleler (kanıt düzeyi = V), Deliryum semptomlarını hafifletmek ve / veya ağrıyı hafifletmek /gidermek için uygun ilaçların kullanımı. (Kanit düzeyi = Ia). 	
	<p>Öneri 4.6</p> <p>Deliryum tablosundaki veya risk altındaki yaşlı bireyin ailesi ve bakım veren kişileri , deliryumu önleme ve bakımı konusunda eğitin.</p>	V
Demansa ilişkin öneriler		
5.0 değerlendirme	<p>Öneri 6.1 Yaşlı bireyleri; biliş, (kognitif durum) davranış ve ruh hali veya fonksiyon değişikliği gözlemlendiğinde, demans yönünden değerlendirin. Uygun tarama ve değerlendirme araçlarını kullanarak yaşlı birey ailesi ve bakım veren sağlık profesyoneli ile işbirliği yapın.</p>	Ia & V
	<p>Öneri 6.2 Demans ya da demans şüphesi olan yaşlı bireylerin fiziksel, işlevsel ve psikolojik durumlarını kapsamlı değerlendirme araçlarını kullanarak belirleyin.</p>	V
	<p>Öneri 6.3 Potansiyel tetikleyicileri tanımlamak da dahil olmak üzere demansın davranışsal ve psikolojik semptomunun altta yatan sebeplerini sistematik olarak araştırın.</p>	Ia
	<p>Öneri 6.4 Ağrı tanılama aracı kullanarak demanslı yaşlı bireyin ağrısını değerlendirin.</p>	Ia
6.0 planlama	<p>Öneri 7.1 Demansın davranışsal ve psikolojik belirtilerini (BPSD) ve / veya kişinin kişisel bakım ihtiyaçlarını ele alan bireyselleştirilmiş bir bakım planı geliştirin.</p> <p>Farmakolojik olmayan yaklaşımlar şunları içerir:</p> <p>*Kişinin tercihlerini göz önünde bulundurun.</p> <p>Demansın davranışsal ve psikolojik belirtilerinin değerlendirilmesi yapılmalıdır.</p> <p>*Demansın evresi değerlendirilmelidir.</p> <p>*Kişisel bakım ve banyo sırasında kişinin yardım ihtiyacı değerlendirilir.</p> <p>*Yaşlı bireyin ailesi ve sağlık personeli ile durum değerlendirmesi yapılmalıdır.</p>	Ia
7.0 Uygulama	<p>Öneri 8.1 Bakım planını, yaşlı birey, ailesi ve profesyonel meslek ekibi ile işbirliği içinde uygulayın.</p>	V
	<p>Öneri 8.2 Demans tablosunda ki hastanın ağrısını değerlendirin ve demansın davranışsal ve psikolojik belirtilerini yönetmeye yardımcı olmak için ağrı azaltma yöntemlerini uygulayın.</p>	Ia & V

	Öneri 8.3 Demanslı yaşlıya bakım verirken, duyguları doğrulamak anlaşılmasını teşvik etmek için iletişim stratejilerini ve teknikleri kullanın.	la
	Öneri 8.4 Demanslı yaşlının yeteneklerini koruyacak ve yaşam kalitesini optimize edecek stratejiler geliştirin. *Egzersiz(la) *Kognitif fonksiyonu destekleyen müdahaleler (la) *Gelişmiş bakım planlaması(la) *Demans ile yaşamayı destekleyen diğer stratejiler(V)	la&V
	Öneri 8.5 Kişinin ihtiyaçlarına ve demans evresine uygun demanslı kişilerin aile üyelerine ve bakım profesyonellerine eğitim ve psikososyal destek sağlayın.	la
8.0 değerlendirme	Öneri 9.1 Demans tanısı almış yaşlı, ailesi ve sağlık profesyoneli ile bakım planını değerlendirin ve buna göre revize ediniz.	V
Depresyona ilişkin öneriler		
9.0 tanılama	Öneri 10.1 Depresyonun risk faktörleri veya belirti ve bulguları mevcutken, devam eden gözlemlerle ve tanılamalar esnasında depresyonu değerlendirin. Spesifik tarama ve değerlendirme aracı kullanın. Yaşlı bireyin ailesi ve bakım veren ile işbirliği yapın.	la & V
	Öneri 10.2 Mevcut bir depresyon veya şüphesi varsa intihar riski yönünden değerlendirin.	la
	Öneri 10.3 Nitelikli bir sağlık uzmanı depresyondan şüphelenilen yaşlı bireyin kapsamlı değerlendirmesini yapmalıdır. İntihar riski taşıyan yaşlı birey için acil tıbbi yardım istenmeli ve güvenliği sağlanmalıdır.	la
10.0 planlama	Öneri 11.1 Depresyon tanısı almış yaşlı birey için bireyselleştirilmiş bir bakım planı geliştirin. Eğer mümkünse eşlik eden demansın etkisini göz önünde bulundurun.	la & V
11.0 uygulama	Öneri 12.1 Kişinin klinik profiline ve tercihlerine göre kanıta dayalı farmakolojik ve / veya farmakolojik olmayan terapötik müdahaleler uygulayın. Öneri 12.2 Depresyonlu yetişkinleri ve ailesini; kendi kendine yönetim, terapötik müdahaleler , güvenlik ve takip sonrası bakım konusunda eğitin.	la & V
12.0 değerlendirme	Öneri 13.1 Depresyonu deneyimleyen yaşlı bireyde semptom değişiklikleri ve tedaviye yanıt için yaşlı bireyi izleyin. Müdahalenin etkinliğini ve intihar riskinde ki değişiklikleri kaydedin.	V

Tablo 5'te Yaşlı bireylere bakım veren sağlık çalışanları; yaşlı hastalarda görülme oranı oldukça yüksek olan deliryum, demans ve depresyon değerlendirme ve bakım rehberinde sunulan öneriler verilmiştir.

Yaşlı nüfusun artmasıyla beraber yaşlılıkta sıklıkla görülen deliryum, demans ve depresyonun tanısı, birbirlerinden ayrılması ve bakımıyla ilgili bu rehber hemşirelere pratik bilgiler sunmaktadır. Bu rehberin yaşlı bakımı veren klinikteki hemşirelerin ulaşması; bu hastaların bakım kalitesini arttırmada hemşirelere yardımcı olacaktır. Bu konuyla ilgili ülkemize yönelik benzer rehberlerin geliştirilmesi ve hemşirelerin kullanımına sunulması bakıma büyük katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Alzheimer Society of Canada. (2015b). Other Dementias. <http://www.alzheimer.ca/en/About-dementia/Dementias> (Erişim tarihi: 06.07.2017)
- Alzheimer's Association. 2017 Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement* 2017;13:325-373 (Erişim tarihi: 03.10.2017)
- American Medical Directors Association. (2011). Depression in the long-term care setting. http://www.multiplechronicconditions.org/assets/pdf/Depression%20Guidelines/AHRQ_2011_Depression_in_the_Long_Term_Care_Setting.pdf. (Erişim tarihi: 03.10.2017)
- Beğen T, Yavuzer H. (2012) Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*. 25:1-3.
- Brodsky, H, Arasaratnam, C. (2012). Meta-analysis of Nonpharmacological Interventions for Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 169(9), 946–953.
- Canadian Psychological Association. (2015). "Psychology works" fact sheet: Depression among seniors. http://www.cpa.ca/docs/File/Publications/FactSheets/PsychologyWorksFactSheet_DepressionAmongSeniors.pdf (Erişim tarihi: 06.07.2017)
- Development Group of the Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's Disease and Other Dementias. (2010). Clinical Practice Guideline on the comprehensive care of people with Alzheimer's disease and other dementias. http://www.guialud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_comp_.Pdf (Erişim tarihi: 06.07.2017)
- Downing L, Caprio T. (2013). Geriatric psychiatric: Differential Diagnosis And Treatment of 3 D's – delirium, dementia and depression. *Current psychiatry report*. 15: 365.
- Dreizler, J., Koppitz, A., Probst, S., & Mahrer-Imhof, R. (2014). Including nurses in care models for older people with mild to moderate depression: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7-8), 911–926.
- Enmarker, I, Olsen, R., & Hellzen, O. (2011). Management of Person With Dementia With Aggressive And Violent Behaviour: A Systematic Literature Review. *International Journal of Older People Nursing* 6(2), 153–162.
- Flaherty, J. H., Gonzales, J. P., & Dong, B. (2011). Antipsychotics in The Treatment Of Delirium in Older Hospitalized Adults: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society* 59(Suppl. 2), S269–276.

- Hshieh, T., Yue, J., Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Trivison, T., & Inouye, S. K. (2015). Effectiveness of Multicomponent Nonpharmacological Delirium Interventions: A meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 512–520.
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in Elderly People. *The Lancet* 383(9920), 911–922.
- Karamanoğlu A, Gök F, Korkmaz F. Kalp Damar Cerrahisi Hastalarında Deliryum ve Hemşirelik Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015; 31(2): 113-129.
- Khan, B. A., Zawahiri, M., Campbell, N. L., Fox, G. C., Weinstein, E. J., Nazir, A., ... Boustani, M. A. (2012). Delirium in hospitalized patients: Implications of current evidence on clinical practice and future avenues for research—A systematic evidence review. *Journal of Hospital Medicine*, 7(7), 580–589.
- Marcantonio, E. R. (2011). Delirium. *Annals of Internal Medicine*, 154(11), ITC6 2–16.
- Martinez, F., Tobar, C., & Hill, N. (2015). Preventing Delirium: Should Non-Pharmacological, Multicomponent Interventions Be Used? A Systematic Review And Meta-Analysis Of The Literature. *Age And Ageing*, 44(2), 196–204.
- Moniz Cook, E. D., Swift, K., James, I., Malouf, R., De Vugt, M., & Verhey, F. (2012). Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(2). doi:10.1002/14651858.CD006929.pub2
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). Delirium: Diagnosis, prevention and management. London, UK. [https:// www. nice.org.uk/guidance/cg103/evidence/ cg103-delirium-full-guideline3](https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/evidence/cg103-delirium-full-guideline3) (Erişim tarihi: 03.10.2017).
- O'Connor, E. A., Whitlock, E. P., Gaynes, B., & Beil, T. L. (2009). Screening For Depression in Adults And Older Adults in Primary Care: An Updated Systematic Review. Evidence Synthesis No. 75 (AHRQ Publication No. 10-05143-EF-1). Rockville, MA: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Orgeta, V., Qazi, A., Spector, A. E., & Orrell, M. (2014). Psychological Treatments For Depression And Anxiety in Dementia And Mild Cognitive Impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(1). doi:10.1002/14651858. CD009125.pub2
- Regan, B., & Varanelli, L. (2013). Adjustment, Depression, And Anxiety In Mild Cognitive Impairment And Early Dementia: A Systematic Review Of Psychological Intervention Studies. *International Psychogeriatrics*, 25(12), 1963–1984.
- Registered Nurses' Association Of Ontario. (2010b). Screening For Delirium, Dementia And Depression In The Older Adult. [Http:// Rnao.ca/Sites/Rnao-Ca/ Files/ Screening_For_Delirium_Dementia_And_Depression_In_The_Older_Adult.Pdf](http://Rnao.ca/Sites/Rnao-Ca/Files/Screening_For_Delirium_Dementia_And_Depression_In_The_Older_Adult.Pdf).
- Registered Nurses' Association of Ontario-RNAO. Nursing Best Practice Guideline, Delirium, Dementia, And Depression in Older Adults: Assessment And Care 2016. Erişim Tarihi: 11.05.2017. [Http://Rnao.ca/Bpg/Guidelines/Assessment-And-Care-Older-Adults-Delirium-Dementia-And-Depression](http://Rnao.ca/Bpg/Guidelines/Assessment-And-Care-Older-Adults-Delirium-Dementia-And-Depression). (Erişim Tarihi: 03.10.2017)
- Trangle, M., Gursky, J., Haight, R., Hardwig, J., Hinnenkamp, T., Kessler, D. Myszkowski, M. (2016). Adult Depression In Primary Care. Retrieved From The Institute For Clinical Systems Improvements Website: [Https://Www.İcsi.Org/_Asset/Fnhdm3/Depr.Pdf](https://Www.İcsi.Org/_Asset/Fnhdm3/Depr.Pdf) (Erişim Tarihi: 03.10.2017)

- Tood O, Teale E.(2017) Delirium A Guide For General Physician. *Clinical Medicine*. 17(1): 48-53.
- Ueda, T., Suzukamo, Y., Sato, M., & Izumi, S.-I. (2013). Effects Of Music Therapy On Behavioral And Psychological Symptoms Of Dementia: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Ageing Research Reviews* 12(2), 628–641.
- World Health Organization. (2012). Dementia: A Public Health priority. http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/(Erişim tarihi: 03.10.2017)
- World Health Organization. (2017). World report on Ageing and Health. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf (Erişim tarihi: 03.10.2017).