

# Yoğun Bakım Hastasında Deliryumun Yönetimi ve Hemşirenin Sorumlulukları

## The Management of Delirium in Intensive Care Patients and the Responsibilities of Nurses

(Derleme)

*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 90-98*

**Leyla ÖZDEMİR\***

\* Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Geliş Tarihi: 15 Temmuz 2013

Kabul Tarihi: 30 Temmuz 2013

### ÖZET

Yoğunbakımlardayüksekprevalansgörülendeliryum,nöro-psikolojikbozukluklarayatkinlığı, mortalite, morbidite, hastanede ve mekanik ventilasyonda kalış sürelerini artırmaktadır. Hemşire bakım verirken deliryumun çeşidine göre uygulamalarını planlamalıdır. Hipoaktif deliryumdaki hastalar uzun süreli mekanik ventilasyon uygulamasına ve aspirasyona ilişkin komplikasyonlar, nozokomiyal pnömoni, basınç ülseri ve venöz tromboemboli açısından risk altındadır. Hiperaktif deliryumda ise düşünce sürecinde bozulma, korku ve yıkıcı davranışlar nedeniyle bakımın kesintiye uğraması ya da reddi gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Hemşire, hastanın sahip olduğu risk faktörleri ile birlikte deliryum gelişimine katkı sağlayan çevresel faktörleri de ele alınmalıdır. Yoğun bakımlarda gürültü, akıl karıştıran uyarılar, sosyal izolasyon önlenmeli; hastanın gün ışığından yararlanması sağlanmalıdır. Hastayla net bir iletişim kurulmalı, kişi-yer-zaman oryantasyonu sağlanmalı, uyku için elverişli bir ortam oluşturularak sirkadyen ritmi sürdürülmeli ve ağrı analjeziklerle kontrol altında tutulmalıdır. Ayrıca deliryumun önlenmesinde yoğun bakımlarda gereksiz invaziv girişimlerin kontrol altına alınması da önerilmektedir. Bu makalede yoğun bakım hastalarında görülen deliryumun yönetimi ve deliryumlu hastaya yönelik hemşirelik uygulamaları ele alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** *Ajitasyon, deliryum, hemşire, yoğun bakım*

### ABSTRACT

Delirium occurring in high prevalence in the intensive care units, increases predisposition of neuro-psychiatric disorders, mortality, morbidity, length of hospital stay and mechanical ventilation duration. Nurse should organize the practice according to the type of delirium

while caring process. The patients with hypoactive delirium are at the risks of complications related to long term mechanical ventilation and aspiration, nosocomial pneumonia, pressure ulcers, and venous thromboembolism. However, care interruption and rejection due to disordered thought process, fear, and destructive behaviors occur in hyperactive delirium. Nurse need to handle environmental factors that contribute to development of delirium along with risk factors of the patients. Noise, confusing stimulations, social isolation must be precluded; day light should be supported for the patients in the intensive care units. A clear communication should be ensured for the patient, person-place-time orientation should be provided, circadian rhythm should be sustained with proper environment for sleeping and pain should get under control with analgesics. In addition, it is suggested that unnecessary invasive interventions should get under control in intensive care units for preventing delirium. The management of delirium and nursing practice for delirium in intensive care units were discussed in this article.

**Key Words:** *Agitation, delirium, nurse, intensive care*

## **Deliryum: Tanımı, Görülme Sıklığı, Çeşitleri, Risk Faktörleri**

Deliryum günler ve saatler içerisinde gelişip zamanla dalgalanmalar gösteren, bilişsel ve algısal bozuklukların eşlik ettiği, dikkat eksikliği ile seyreden bilinç bozukluğu olarak tanımlanmaktadır<sup>1,2</sup>. DSM-IV (American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual)'e göre deliryum tanısı koymak için dikkat eksikliği ve bilinç bozukluğuna bilişsel fonksiyonda akut değişikliğin (disoryantasyon, hafıza kaybı, konuşma ve algılama bozuklukları) eşlik etmesi, tablonun kısa sürede gelişip zaman içerisinde dalgalanma göstermesi ve tıbbi bir sorunun fizyolojik etkisi sonucu ortaya çıkması gerekmektedir<sup>3,4</sup>. Literatüre bakıldığında deliryum yerine agresyon, ajitasyon, yoğun bakım psikozu/ sendromu, akut beyin bozukluğu ve akut bilinç bulanıklığı gibi terimlerin kullanıldığı görülse de; bu terimler deliryum tablosunu tam olarak karşılayamamaktadır. Dikkat eksikliği, deliryumu ajitasyon, agresyon ve psikozdan ayıran temel özelliğidir<sup>5,6</sup>.

Deliryumun nöro-psikolojik bozukluklara yatkınlığı, mortalite, morbidite, hastanede ve mekanik ventilasyonda kalış sürelerini artırdığı bilinmektedir<sup>7,8,9</sup>. Ayrıca deliryum, hastanın kendisini ekstübe etmesine ve kateterlerini çıkarmasına neden olabilmektedir<sup>2</sup>. Deliryumla geçirilen bir günün hastanede kalış süresini %20 ve mortaliteyi %10 artırdığı bilinmektedir<sup>8</sup>. Truman ve Ely'e (2003) göre, deliryumun hastanede kalış süresini uzatması ve bakım gereksinimini artırması sonucu Amerika'daki maliyeti 2 milyar dolardır<sup>9</sup>. Yoğun bakımlarda deliryum prevalansı mekanik ventilasyondaki hastalarda %60-80 iken; mekanik ventilasyon uygulanmayanlarda %20-50 olarak bildirilmiştir<sup>8,10</sup>. Deliryum tablosu hiperaktif, hipoaktif ve karma olmak üzere üç şekilde görülmektedir. Peterson et al. (2006)'un yaptığı kohort çalışmasına göre yoğun bakımlarda en fazla %54.9 ile karma ve %43.5 ile hipoaktif deliryum görülürken, %1.6 ile en az hiperaktif deliryum saptanmıştır<sup>11</sup>.

Hipoaktif deliryum, azalmış psikomotor fonksiyon, letarji, konfüzyon, sedasyon, bilinç düzeyinde ve dikkatte azalma, uyuşukluk, çekilme ve apati ile kendini göstermektedir. Hiperaktif tipte ise; huzursuzluk, ajitasyon, agresyon, halüsinasyon, delüzyon, paranoya, disoryantasyon, invaziv aletleri çekme davranışı ve hırçınlık görülmektedir. Enfeksiyon, hipoksi, hipotermi, hiperglisemi, karaciğer-böbrek yetmezlikleri ve tiroid fonksiyon bozuklukları hipoaktif deliryuma neden olurken; ilaç zehirlenmeleri, madde

yoksunlukları ve antikolinergik ajanlar beyindeki nörotransmitterleri etkileyerek hiperaktif deliryuma yol açmaktadır<sup>1,4,7,9</sup>.

Deliryuma neden olan patofizyolojik mekanizma tam olarak ortaya çıkarılamasa da; bu tabloda bilişsel fonksiyonu, davranışları ve ruhsal durumu düzenleyen asetilkolin, dopamin ve GABA ( $\gamma$  aminobütirik asit) gibi nörotransmitterlerin etkilendiği bilinmektedir. Ortaya çıkan tabloda yapısal ve damarsal bozukluklar sonucu beyinde yaygın fonksiyon kaybı görülmektedir. Deliryumda kısa süreli bellek bozulduğu için, birey iyileştiğinde hastalık sürecinde yaşadıklarını ve yaptıklarını hatırlamayabilir<sup>1,4,8</sup>. Deliryum gelişiminde predispozan (yatkınlaştırıcı) ve presipitan (tetikleyici) risk faktörleri karşılıklı etkileşim halinde rol oynamaktadır. Deliryum için predispozan risk faktörleri bireyin hastaneye kabulde sahip olduğu özellikleridir<sup>1,5,7</sup>. Predispozan risk faktörleri arasında yaş (özellikle 70 yaşından büyük olma), demans, huzurevinde yaşama, alkol ve sigara kullanımı, yasa dışı ilaç kullanımı, görme ve duyma bozuklukları, yüksek üre-kreatin oranı, inme, epilepsi, konjestif kalp yetmezliği ve depresyon öyküsü bulunmaktadır. Presipitan faktörler ise enfeksiyon, sepsis, hipoksi, metabolik bozukluklar, elektrolit dengesizlikleri, malnutrisyon, hipo/hiperglisemi, hipo/hipertiroidi, hipo/hipernatremi, dehidratasyon, hemodinamik dengesizlikler, serebral ve vasküler bozukluklar (hipertansiyon gibi), kafa travmaları ve nöbetlerdir. Ayrıca anestetikler, analjezikler, antibiyotikler, antikolinergikler, antihistaminikler, antihipertansifler, bronkodilatatörler, kardiyak ilaçlar, diüretikler, H2 reseptör antagonistleri, sedatifler ve steroidler gibi farmakolojik ajanlar da presipitan faktörler arasında yer almaktadır. Yoğun bakımda hastanın tedavisine üç ve daha fazla ilaç eklemek ya da sürekli kullanılan ilacın aniden kesilmesi de deliryum için tetikleyici faktör olabilmektedir<sup>1,4,5,7-9,12,13</sup>.

Yapılan çalışmalar yoğun bakımlarda deliryum için en önemli risk faktörünün farmakolojik ajanlar olduğunu göstermektedir<sup>4,5,7,9</sup>. Özellikle yoğun bakımlarda sık kullanılan atropin ve fentanil gibi antikolinergik ilaçların asetilkolin salınımını engelleyerek bilişsel ve davranışsal bozukluklara neden olduğu bildirilmiştir<sup>1,4,9</sup>. Ayrıca benzodiazepinler, narkotikler ve diğer psikoaktif ilaçların kullanımı da deliryuma sıklıkla neden olmaktadır. Yoğun bakımın gürültülü ve stresli ortamının deliryum gelişimindeki etkisine yönelik yapılan son çalışmalar, çevresel faktörlerin deliryum tablosunun gelişimine katkı sağladığını göstermiştir<sup>14,15</sup>. McGuire et al. çevresel faktörlerin deliryum için eşik değeri düşürdüğünü ve organik bozuklukların belirli bir düzeye geldiğinde deliryuma yol açtığını ileri sürmüşlerdir<sup>5</sup>. Deliryum gelişimine katkı sağlayan çevresel faktörler arasında ses, sürekli ışık, kokular, invaziv olan ve olmayan müdahaleler, duyuşsal yüklenme, anlamlı sözel ve bilişsel uyarıların eksikliği, sosyal izolasyon, immobilizasyon, uyku bozuklukları, ısı, cereyan ve ortamda pencere olmaması yer almaktadır. Hastada göğüs tüpü, endotrakeal tüp ve nazogastrik tüp bulunması, mesane kateterizasyonu, invaziv monitorizasyon, mekanik ventilasyon, dışkı ve idrar retansiyonu da deliryum gelişimine katkı sağlayan iyatrojenik faktörlerdir. Hastanın kişilik özellikleri, başatme yöntemleri, mevcut psikolojik bozuklukları, korku, anksiyete ve panik düzeyi de hazırlayıcı duygusal faktörler arasındadır<sup>1,5,16,17</sup>.

## Deliryumun Önlenmesi ve Tedavisi

Yoğun bakımlarda deliryumun önlenmesi için yapılması gereken en önemli uygulama presipitan ve predispozan faktörlerin kontrol altına alınmasıdır<sup>13,18</sup>. Bu amaçla yoğun

bakım ünitesindeki hastalara yönelik kapsamlı değerlendirme uygulanmalı; tam kan sayımı, biyokimyasal inceleme, arteriyel kan gazı, göğüs röntgeni ve idrarın mikrobiyolojik incelemesi gibi tanı testleri gerçekleştirilmelidir<sup>7</sup>. Inouye et al. (1999) yaşlı hastada deliryumu önlemek için risk faktörlerinden bilişsel bozukluğa yönelik oryantasyon uygulamaları; uykuya yönelik çevresel düzenlemeler; hareketsizliğe yönelik erken mobilizasyon ve egzersiz, görme ve duyma bozukluklarına yönelik gözlük, işitme cihazı kullanımı ve dehidratasyona yönelik hidrasyonu içeren müdahalelerin, çalışma grubunda deliryum sıklığını ve süresini azalttığını bildirmişlerdir<sup>19</sup>. Marcantonio et al. (2001)'un yaşlılarda deliryumu önlemek için oksijen uygulaması, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, ağrının tedavisi, polifarmasinin önlenmesi, mesane ve bağırsak fonksiyonunun ve beslenmenin düzenlenmesi, erken mobilizasyon ve çevre düzenlemesini içeren geriatrik konsültasyon uygulamalarını standart bakımla karşılaştığı çalışmada, müdahale grubunda deliryum sıklığının ve şiddetinin anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır<sup>20</sup>. Schweickert et al. (2009) yoğun bakımda kalan ventilatöre bağlı hastaları erken mobilize ettikleri çalışmada, müdahale grubundaki hastalarda deliryum ve mekanik ventilasyonda kalma süresinin kısaldığını ve taburculuk sonrası fonksiyonel düzeyin geliştirdiğini bildirmişlerdir<sup>21</sup>. Yoğun bakımlarda deliryum için klinik uygulama rehberinde de erken mobilizasyon, deliryumun sıklık ve süresini azaltmak için önerilmektedir<sup>17</sup>.

Deliryum tablosuna katkı sağlayan çevresel faktörlerden gürültü, yoğun ışık ve ısı kontrol altında bulundurulmalıdır. Cristensen'in (2007) yaptığı çalışmada, yoğun bakım ünitesinde gürültü düzeyinin ortalama 56.42 desibel olduğu ve gürültüye neden olan başlıca faktörler arasında mekanik alarmlar ve hemşirelerin nöbet değişiminde oluşturdukları seslerin yer aldığı bildirilmiştir<sup>15</sup>. Dünya Sağlık Örgütü ise ses düzeyinin gece 35, gündüz ise 40 desibelin üzerinde olmamasını önermektedir<sup>22</sup>. Gürültülü ortam, kardiyovasküler ve adrenal stimülasyona yol açmakta; organizmanın bağışık yanıtını baskılamaktadır. Yoğun bakımda yapılan bir çalışmada hemşirelerin gürültüye yönelik organizmanın verdiği fizyolojik yanıtı bilmedikleri saptanmıştır<sup>14</sup>. Yoğun bakımlarda gürültünün yanı sıra ortam, akıl karıştıran uyaranlar kontrol altında bulundurulacak, sosyal izolasyon önlenerek ve hastanın gün ışından yararlanması sağlanacak şekilde düzenlenmelidir<sup>23</sup>. Hastayla net bir iletişim kurulmalı, kişi-yer-zaman oryantasyonu sağlanmalı, uyku için elverişli bir ortam oluşturularak sirkadyen ritmi sürdürülmeli ve ağrı analjeziklerle kontrol altında tutulmalıdır<sup>5,13</sup>. Ayrıca deliryumun önlenmesinde yoğun bakımlarda gereksiz invaziv girişimlerin kontrol altına alınması da önerilmektedir.

Deliryuma neden olan faktörlere yönelik yapılan girişimlerin yanı sıra, deliryumun neden olduğu davranışsal sorunları ortadan kaldırmak için Amerikan Psikiyatri Derneğinin önerdiği, dopamin reseptör antagonisti olup dopamin düzeyini artıran haloperidol, kardiyovasküler yan etkileri göz önünde bulundurularak kullanılabilir<sup>5,7,23,24</sup>. Deliryumun davranışsal belirtilerinin ilaçlarla kontrol altına alınmasının tabloya neden olan faktörleri ortadan kaldırmadığı; bu nedenle deliryumu tedavi etmediği unutulmamalıdır<sup>23</sup>. Yoğun bakımlarda deliryum için klinik uygulama rehberinde de deliryumun tedavisi ve önlenmesinde hiçbir farmakolojik ajan önerilmemektedir<sup>17</sup>.

Yoğun bakımlarda özellikle mekanik ventilasyondaki hastaların sedasyonunda kullanılan ilacın en düşük dozdan uygulanması ve sedasyona günlük ara verilmesi önerilmektedir. Yoğun bakım hastalarında düşük düzeyde sedasyon sağlanmasının

mekanik ventilasyon süresini ve yoğun bakımda kalma süresini kısalttığı bildirilmiştir<sup>17</sup>. Deliryum için klinik uygulama rehberinde, alkol yoksunluğu tablosu hariç sedasyon sağlamak için benzodiazepinler (lorazepam, midazolam vb) yerine propofol ve deksmedetomidin gibi benzodiazepin olmayan sedatifler önerilmektedir<sup>5,17</sup>.

## Deliryumda Hemşirenin Sorumlulukları

Deliryum yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla karşılaşılan ve değerlendirmedeki yetersizlikler nedeniyle genellikle tedavi edilemeyen bir tablodur<sup>4,9,25</sup>. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının deliryuma ilişkin düşünce ve ön yargıları deliryumun yönetilmesini olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Sağlık çalışanları deliryumu yoğun bakım hastası için normal bir durum olarak değerlendirerek, tabloyu göz ardı edebilmektedir. Ayrıca yoğun bakım çalışanları, deliryumun kaçınılmaz olduğuna ilişkin düşüncelere sahip olabilmektedir<sup>1</sup>. Deliryumun uygun şekilde ele alınması ve yönetilmesi için hemşirelerin deliryum, risk faktörleri, değerlendirme ve bakım uygulamaları ile ilgili derinlemesine bilgi ve beceri sahibi olması gerekmektedir. Bergmann et al. (2005)'ün deliryum hastaları için geliştirdiği bakım modelinde; sağlık çalışanları eğitilerek deliryumun ölçek ile izlemi, deliryum nedenlerinin değerlendirilmesi ve tedavisi, komplikasyonların önlenmesi ve yönetimi, özbakım ve bilişsel fonksiyonların düzeltilmesi basamaklarından oluşan bir yaklaşım izlenmiştir<sup>26</sup>.

Yoğun bakım ünitelerinde hastalar deliryum açısından rutin olarak standart bir yöntem/ araç kullanılarak değerlendirilmelidir. Hemşirelerin sıklıkla kullandığı ve deliryum için klinik uygulama rehberinde önerilen araçlar arasında Deliryum Kontrol Ölçeği ve Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği bulunmaktadır. Ancak Devlin et al. (2013)'ün yaptığı çalışmaya göre yoğun bakım hemşirelerinin yarısı ölçeklerin karmaşıklığı ve hastaların entübe olması nedeniyle buldukları ünitelerde deliryum değerlendirmesi yapamamaktadır<sup>27</sup>. Deliryumun dalgalı yapısı nedeniyle değerlendirmeler anlık bilgi vermektedir. Bu nedenle yoğun bakım hastaları, deliryum açısından belirli aralıklarla ve günün değişen saatlerinde sistematik olarak değerlendirilmelidir. Yoğun bakımdaki hastalar 8-12 saatte bir deliryum açısından geçerli ve güvenilir bir ölçekle izlenmelidir<sup>1,4,6,9,17,23</sup>. Deliryum değerlendirmesinde kullanılan yurt dışı kaynaklı ölçeklerin hiçbirinin Türk toplumu için geçerlik-güvenilirlik çalışması yayınlanmamıştır.

Literatürde hemşirelerin deliryumu ele alırken kullanabilecekleri algoritma geliştirilerek; uygulama basamakları belirlenmiştir<sup>28</sup> (Şekil 1). Bu algoritmada öncelikle tablonun, intoksikasyondan ve ilaç yoksunluğundan ayırt edilmesi önerilmektedir. Bunun için hastanın alkol, opioid, benzodiazepinler, kokain ve diğer madde kullanımına ilişkin öyküsü alınmalıdır. Hastada madde bağımlılığı belirlendiğinde gerekli psikolojik destek sağlanmalıdır. Tablo madde yoksunluğundan kaynaklanmıyorsa; hastanın kişi, yer ve zamana yeniden oryantasyonu sağlanmalıdır<sup>7,28</sup>. Ayrıca deliryumda belirli bir düşüncenin tekrarlanması ajitasyona yol açarak tabloyu ağırlaştıracağı için, dikkatin başka yöne çekilmesi yöntemi uygulanabilir. Deliryumdaki hastaların dikkat süresi kısa olduğu için, ilginin ajitasyona neden olan düşünceden başka bir uyarana çekilmesi (görsel ve müzik gibi işitsel uyaran olabilir) ajite davranışları azaltabilir. Deliryumun yönetilmesinde diğer bir strateji, hastaya gerçekte bağlantı sağlayacak terapötik uyaran verilmesidir. Bu amaçla saat, takvim, kişisel eşyalar, dışarıyı gören bir pencereden

**Şekil 1. Deliryumun Yönetimine İlişkin Algoritma**

**Hasta Madde Yoksunluğu Açısından Risk Altında mı? (Mevcut madde kullanım durumu)**

<b>Hayır</b>	<b>Evet</b>
<b>Deliryumu tedavi et ve çevreyi düzenle</b> Fizyolojik nedenleri belirle ve tedavi et Gerektiğinde kullanılmak üzere gözlük, işitme cihazı ve tekerlekli sandalye bulundur Hastanın tuvalet ihtiyacını karşılamak için gerekli malzemeleri yakında bulundur Hastayı sık sık oryante et Gölge yapmayan uygun aydınlatma kullan Aşırı uyaranları ve uykunun bölünmesini engelle Hastayı sürekli kontrol altında bulundur, gerekirse izleme araçlarını kullan Hasta ailesini eğit ve hasta bakımına dahil et Hasta güvenliğini sağla, yatak kenarlıklarını kaldır Mümkünse hastayı mobilize et Gündüz yapılan aktivitelerle uyku-uyanıklık döngüsünü destekle Bakım veren kişinin ve rutinlerin devamlılığını sağla	<b>Yoksunluğu önle ve tedavi et</b> Madde bağımlılığını değerlendir Madde yoksunluğu ile ilgili müdahale ve protokolleri başlat

**Hasta Güvenlik Açısından Risk Altında mı? (Düşme, kaybolma vb)**

<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
<b>Güvenlik ile ilgili müdahale ve prokolleri başlat</b> Yatak alarmı gibi cihazlar kullanarak hastayı izle Kapı alarmı kullan	

**Hastanın İlave Güvenlik Gereksinimi Var mı? (Kateter ve tüpleri çekme, tırmanma, güvenlik yönergesini izleyememe vb)**

<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
<b>Aşağıdaki ilave güvenlik önlemlerini uygula</b> Hasta değerlendirmesine ilişkin verileri doktorla tartış, gerekirse psikiyatri konsültasyonu iste Uygun güvenlik araçlarını kullan (hareketleri kısıtlayan koruyucu elbise, kemer, bağ, eldiven vb) Gerekli ise nöroleptik ajanları kullan (İntravenöz haloperidol ilk seçim olmalı, hastada hipotansiyon yoksa droperidol de kullanılabilir. Ajitasyon düzeyine göre ilaç dozu ayarlanmalı: hafif 0.5-2.5 mgr, orta 5-1 mgr, ağır >10 mgr, ilaç 15-30 dakikada bir tekrarlanmalı, yaşlıda başlangıç dozu düşük olmalı, 24 saatten sonra deliryum kontrol altına alınana kadar rutin çizelge oluştur Ağrıyı uygun şekilde tedavi et (Analjezik tedaviye deliryumdan önce başlandıysa deliryumun nedeni ağrı olmayabilir)	

### Yapılan Girişimler Hastadaki Belirti ve Bulguları Hafifletti mi?

Hayır	Evet
<b>Yapılan müdahaleleri değerlendir ve değiştir</b> Ajitasyon nöroleptik ilaçların düşük dozda uygulanmasından kaynaklanabilir Nöroleptik tedavinin yan etkisi olan nöroleptik malign sendromunu (tedavinin ilk iki haftasında ortaya çıkıp ateş, kas rijiditesi, mental durum değişikliği ve otonom dengesizlikle kendini gösterir) kontrol et <sup>30</sup>	<b>Tedaviye devam et ve yan etkileri değerlendir</b> Yaşam bulgularını ve tedavinin kas sertliği, tremor, huzursuzluk ve distoni (istemsiz kas kasılması) gibi ekstrapiramidal belirtilerini değerlendir

### Hastada Güvenlik Riski Devam Ediyor mu?

Psikiyatrik konsültasyon iste

Hastayı detaylı olarak tekrar değerlendir

Bakıma hasta yakınlarını da dahil et<sup>28</sup>

gündüz ve gece gibi açıklamaların yapılması kullanılabilir. Bu aşamada dikkat edilmesi gereken nokta, uyarıların aşırı ve akıl karıştırıcı olmamasıdır. Örneğin gölgeye neden olan bir ışık, hastaya uzak mesafeden yapılan bir konuşma, gereksiz ses ve uykunun bölünmesinden kaçınılmalıdır. Ayrıca deliryumlu iki hastanın aynı odayı paylaşmasının her iki hastanın durumunu da olumsuz etkileyeceği unutulmamalıdır. Tüm bu süreçte hemşire deliryumdaki hastayı yakından izlemeli; gerektiğinde video kamera, alarm ve ses düzeneklerinden yararlanmalıdır<sup>13,28</sup>.

Deliryumun yönetiminde hastanın sevdiği bir ya da iki yakınının sürece dahil edilerek, hastanın elinden tutması ya da yanında bulunması, tabloyu olumlu şekilde etkileyebilmektedir. Hasta yakınları yapılan tüm girişimler ve süreçle ilgili bilgilendirilmelidir. Yoğun bakım hemşiresi deliryumdaki hastanın güvenliğini sağlamalı ve belirlenen prosedürler çerçevesinde güvenlik uygulamalarını şekillendirmelidir. Bu amaçla hastanın güvenliğini sağlayacak en alt düzeyde yer alan kısıtlayıcı kullanılmalıdır. Hastanın tespit edilmesinin ajitasyonu artıracığı unutulmamalıdır<sup>9,28</sup>.

Hemşire bakım verirken deliryumun çeşidine göre uygulamalarını planlamalıdır. Hiperaktif deliryumdaki hastalar davranışsal ve duygusal bozukluklar nedeniyle daha sık fark edilip ele alınmakla birlikte; hipoaktif deliryumun tanınması üst düzeyde klinik bilgi ve beceri gerektirdiği için bu tablo genellikle uygun şekilde yönetilememektedir. Ancak hipoaktif deliryumun prognozu daha kötü olduğu için, erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi son derece önemlidir<sup>1,8</sup>. Hipoaktif deliryumdaki hastalar uzun süreli mekanik ventilasyon uygulamasına ve aspirasyona ilişkin komplikasyonlar, nozokomiyal pnömoni, basınç ülseri ve venöz tromboemboli açısından risk altındadır. Ayrıca yoğun bakımlarda hipoaktif deliryum sıklıkla depresyon ile karıştırıldığı için, hemşireler depresyon tanısı alan hastalarda da deliryum değerlendirmesi yapmalıdır. Hemşire depresyon ve deliryumu birbirinden ayırt etmek için deliryuma özgü disoryantasyon belirtisini araştırmalıdır. Hiperaktif deliryumda ise düşünce sürecinde bozulma, korku ve yıkıcı davranışlar nedeniyle bakımın kesintiye uğraması ya da reddi gibi sorunlarla karşılaşmaktadır<sup>1,8</sup>. Mental durumdaki bozukluk nedeniyle hasta tedavi ve bakım uygulamalarının nedenini anlamadığı için yapılan uygulamaları

reddetmekte; kendisine bağlı bulunan monitorizasyon ve tedavi araçlarını çekmektedir. Ayrıca hiperaktif deliryumdaki hasta, mekanik ventilasyon senkronizasyon bozukluğu, akut miyokardiyal stres ve serebral iskemiye yönelik değerlendirilmelidir<sup>29</sup>.

Hiperaktif deliryumdaki hastaya bakım verme ve hastanın yıkıcı davranışlarını yönetme zaman ve ilgi isteyen bir süreçtir. Bu nedenle hemşire zamanının çoğunu deliryumdaki hastanın bakım uygulamalarına ayırıp, diğer hastaların bakımını ihmal edebilir. Bu durumda hemşirenin sorumluluğunu üstleneceği hastalara karar verilirken, hastanın klinik tablosu da göz önünde bulundurulmalıdır. Hiperaktif deliryumdaki hastaların bağırma, vurma, tırmalama ve yatağa tırmanma gibi yıkıcı davranışları, hastanın kendisi ile birlikte hemşire açısından da güvenlik sorunlarına neden olmaktadır<sup>9</sup>. Yoğun bakımdaki hemşirelerin çoğu ajite hasta ile çalışırken korku ve rahatsızlık deneyimlemektedir<sup>28</sup>.

Sonuç olarak yoğun bakım ünitelerinde sık görülen deliryumun ilaçla tedavisi mümkün olmayıp; etiyolojik faktörlere yönelik müdahalelerde bulunulmalıdır. Bu amaçla eğitilmiş multidisipliner ekip ile yoğun bakımlarda ağrı, ajitasyon ve deliryumu kontrol altına almaya yönelik rehberler ve protokollerin kullanımı; mekanik ventilatöre bağlı hastalarda en düşük seviyede sedasyonun sağlanması ve sedasyona günlük olarak ara verilmesi; akşam verilen uyarıların en aza indirilip çevre koşullarının düzenlenerek hastanın uyku döngüsünün desteklenmesi yüksek kanıt düzeyinde önerilmektedir<sup>17</sup>.

## Kaynaklar

1. Arend E, Christensen M. Delirium in the intensive care unit: a review. *Nursing in Critical Care* 2009; 14(3): 145-154.
2. Greve I, Vasilevskis EE, Egerod I, Bekker Mortenson C, Moller AM, Svenningsen H, et al. Interventions for preventing intensive care unit delirium (protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 4: 1-18.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistics manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2000. p.135-180.
4. Morandi A, Jackson JC. Delirium in the intensive care unit: A review. *Neurol Clin* 2011; 29: 749-763.
5. McGuire BE, Basten CJ, Ryan CJ, Gallagher J. Intensive care unit syndrome. *Archives of Internal Medicine* 2000; 160(10): 906-909.
6. Wells LG. Why don't intensive care nurses perform routine delirium assessment? A discussion of the literature. *Australian Critical Care* 2012; 25: 157-161.
7. Querques J. Disordered consciousness: Delirium in the intensive care unit. *Seminars in Anesthesia, Perioperative Medicine and Pain* 2006; 25: 219-224.
8. Guo-hao X, Xiang-ming F. Importance of recognizing and managing delirium in intensive care unit. *Chinese Journal of Traumatology* 2009; 12(6): 370-374.
9. Truman B, Ely EW. Using the confusion assessment method for the intensive care unit. *Critical Care Nurse* 2003; 23(2): 25-37.
10. Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the confusion assessment method for the intensive care unit. *Critical Care Medicine* 2001; 29(7):1370-1379.
11. Peterson JF, Pun BT, Dittus RS, Thomason JWW, Jackson JC, Shintani AK, et al. Delirium and its motoric subtypes: A study of 614 critically ill patients. *Journal of American Geriatrics Society* 2006; 54: 479-484.



12. Rompaey BV, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S Bossaert L. Risk factors for intensive care delirium: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing* 2008; 24: 98-107.
13. Brummel NE, Girard TD. Preventing delirium in the intensive care unit. *Critical Care Clinics* 2013; 29: 51-65.
14. Christensen M. What knowledge do ICU nurses have with regard to the effects of noise exposure in the intensive care unit? *Intensive and Critical Care Nursing* 2005; 21: 199-207.
15. Christensen M. Noise levels in a general intensive care unit: a descriptive study. *Nursing in Critical Care* 2007; 12(4): 188-197.
16. Szokol JW, Vender JS. Anxiety, delirium, and pain in the intensive care unit. *Critical Care Clinics* 2001; 17(4): 1-16.
17. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas C, Dasta JF, et al. 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): 263-306.
18. Inouye SK, Bogardus ST, Williams CS, Leo-Summers L, Agostini JV. The role of adherence on the effectiveness of nonpharmacologic interventions. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163(28): 958-964.
19. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *The New England Journal of Medicine* 1999; 340(4): 669-676.
20. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial. *Journal of American Geriatrics Society* 2001; 49(5): 516-522.
21. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: A randomized controlled trial. *Lancet* 2009; 373(30): 1874-1882.
22. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization). Berglund B, Lindvall T, Schwela DH (eds). Guidelines for community noise. Geneva: WHO; 1999. p.1-95.
23. Boot R. Delirium: A review of the nurses role in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 2012; 28: 185-189.
24. Mo Y, Zimmermann. Role of dexmedetomidine for the prevention and treatment of delirium in intensive care unit patients. *The Annals of Pharmacotherapy* 2013; 47: 869-876.
25. Forsgren LM, Eriksson M. Delirium-Awareness, observation and interventions in intensive care units: A national survey of Swedish ICU head nurses. *Intensive and Critical Care Nursing* 2010; 26: 296-303.
26. Bergmann MA, Murphy KM, Kiely DK, Jones RN, Marcantonio ER. A model for management of delirious postacute care patients. *Journal of American Geriatrics Society* 2005; 53: 1825-2005.
27. Devlin JW, Fong JJ, Howard EP, Skrobik Y, McCoy N, Yasuda C, et al. Assessment of delirium in the intensive care unit nursing practices and perceptions. *American Journal of Critical Care* 2013; 17(6): 555-566.
28. Juctic M. Does ICU psychosis really exist? *Critical Care Nurse* 2000; 20(3): 28-39.
29. Pattison N. Psychological implications of admission to critical care *British Journal of Nursing* 2005; 14(13):708-714.
30. Kadiroğlu AK, Ebik B, Kaya Ö, Yıldırım S, Bez Y. Nöroleptik malign sendrom tanılı üç oldu: Ayrıca tanı ve predispozan nedenler. *Yoğun Bakım Dergisi* 2011; 3: 67-70.