

DERLEME MAKALESİ

Yoğun Bakım Ünitelerinde Deliryumun Kanıta Dayalı Olarak Değerlendirilmesi

Gülşen KILIÇ¹, Sultan KAV², Banu ÇEVİK³¹Dr., Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Ankara, Türkiye.²Prof. Dr., Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye³Dr. Öğr. Üyesi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

Öz

Yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla karşılaşılan bir durum olan deliryum; rutin sistematik bir taramasının yapılmaması, hemşireler tarafından iyi tanılanamaması nedenleriyle ele alınması gereken önemli sorunların başında gelmektedir. Bu derleme deliryum konusunda araştırma-uygulama iş birliğini sağlayarak hemşireler tarafından kullanılabilir kanıta dayalı bir tarama aracının olup olmadığını araştırmak amacıyla hazırlanmıştır. Bir vakıf üniversitesinin erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ile iletişime geçilerek, Deliryum değerlendirme durumlarına yönelik sorun belirlenmiş ve John Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli doğrultusunda soruna cevap aranmıştır. Klinik bir sorunun araştırılabilir, cevap bulunabilir bir soruya dönüştürülmesini kolaylaştırmak amacıyla, PICOT formatında soru oluşturulmuş ve en iyi kanıta ulaşmak için, anahtar kelimeler kullanılarak; Pubmed, Cochrane veri tabanlarında arama yapılmış ve konsensüs raporları incelenmiştir. SurveyMonkey sistemi kullanarak ise hemşirelerin görüşleri alınmıştır. Deliryum taraması ve değerlendirmesi için hemşireler tarafından sık kullanılan beş tarama aracı olduğu saptanmış ve bu ölçme araçları incelendiğinde, Hemşirelik Deliryum Tarama Skalası'nın yoğun bakım ünitelerinde yatan her hasta için kullanımının kolay ve hızlı uygulanabilen bir araç olduğu saptanmıştır. Bu ölçeğin kurumun Hemşirelik Hizmetleri ile iş birliği yapılarak formlara eklenmesi ve uygulamaya aktarılması planlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Deliryum, Yoğun Bakım Ünitesi, Kanıta Dayalı Uygulama, Ölçek, Hemşirelik.

Abstract

Evidence-Based Evaluation of Delirium in Intensive Care Units

Delirium, which is one of the most important problems encountered in intensive care, is the lack of routine systematic screening and not being well-diagnosed by nurses. This review was prepared to investigate whether there is an evidence-based assessment scale that can be used by nurses by providing research-practice cooperation on delirium. The problem was determined by contacting and observing nurses in a foundation university hospital, and the Johns Hopkins Evidence-Based Nursing Application Model was used in conduct of research process. In order to facilitate transformation of clinical question into searchable, answerable question, using keywords to reach the best evidence to answer question created in the PICO format; a search was made in Pubmed, Cochrane and consensus reports were examined. In addition, using the SurveyMonkey system, feedback was obtained from nurses. It has been determined that there are five screening tools that are frequently used by nurses for delirium screening and evaluation, and when these measurement tools are examined, it has been determined that the Nursing Delirium Screening Scale is an easy and fast tool to use for every patient hospitalized in intensive care units. It is planned to be added to the forms and put into practice in cooperation with Nursing Services Management.

Key Words: Delirium, Evidence-Based Practice, Intensive Care Unit, Scale, Nursing.

Geliş Tarihi / Received: 16.06.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 14.02.2022

Correspondence Author: Uzm. Hem., Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Ankara, Türkiye. Telefon: 0507 305 67 12 E-posta: klcgulsen@gmail.com

Cite This Article: Kılıç G, Kav S, Çevik B. Yoğun Bakım Ünitelerinde Deliryumun Kanıta Dayalı Olarak Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2): 227-232.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Deliryum oryantasyon bozukluğu, dikkatsizlik, düşünce ve/veya davranış değişiklikleri ile karakterize yaygın ve ciddi bir nöropsikiyatrik durumdur (1). Deliryum gelişimi açısından yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) yatan hastalar daha fazla risk altında olup, kritik hastaların %80'inde görüldüğü belirtilmektedir (2). Deliryumun etiolojisinde etkisi olduğu düşünülen 100 farklı risk faktörü olmakla birlikte, özellikle YBÜ'de hastaların maruz kaldığı fiziksel uygulamalar ve kullanılan ilaçların neden olduğu bilinmektedir (3). Deliryum YBÜ'de yatan hastalarda üç tip olarak görülmektedir. Hiperaktif (ajite, hiperalert) tipte; halüsinasyon, ajitasyon, oryantasyon bozukluğu vardır. Hipoaktif (laterjik, hipoalert) tipte; depresif, letarji, uykuya meyil mevcuttur. Hipoaktif deliryum, hiperaktif deliryumdan daha yaygın görülmesine rağmen, halüsinasyonları gözlemlenebilir olmadığı için çoğunlukla fark edilmesi zordur ve depresyonla karıştırıldığı için genelde gözden kaçır (2, 4). Karışık tipte; genellikle hastalar gece hiperaktif, gündüz ise hipoaktif tiptedir (4,5).

Deliryum, müdahale edildiğinde geri döndürülebilen ve önlenilebilen bir durum olmasına rağmen, çoğu zaman gözden kaçmaktadır (6). Deliryumun erken tanılanamaması, geliştiğinde de ciddi komplikasyonlara yol açması klinik olarak önemini

arttırmaktadır (3). Deliryumu tanıyamama nedenleri arasında hastaya sedasyon uygulanması, hastanın invaziv mekanik ventilatöre bağlı olması, tanılamının fazla zaman alması, deliryumun karmaşık bir durum olması, deliryum için rutin sistematik bir tarama yapılmaması ve deliryumun iyi bilinmemesi gibi nedenler yer almaktadır (1,3,6-8). Bu çalışmanın amacı deliryum konusunda araştırma-uygulama iş birliğini sağlayarak deliryumun tanılanmasında kullanılacak kanıt düzeyi yüksek, pratik ve hızlı bir ölçeğin olup olmadığını araştırmaktır.

Gelişme

Klinikte Gözlem Yolu ile Sorunun Saptanması ve PICO Formatına Aktarılma Süreci

Ankara'da bir Vakıf Üniversitesinin Doktora Ders Programında yer alan Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Dersi kapsamında yapılan klinik uygulamada, ders müfredatı doğrultusunda uygulamaya çıkmış ve bu uygulama sırasındaki gözlemlerden yola çıkılarak çalışma planlanmıştır. Hemşirelerin deliryumun belirlenmesinde erken bir tanılama yapmadıkları ve deliryum gelişen hastaların bakımında sorun yaşadıkları gözlemlenmiştir. Doktorların ise deliryumun tanılanmasında DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı kriterlerini kullandıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerle bir toplantı daha yapılarak, deliryum değerlendirmesi yaparken ne gibi zorluklar yaşadıklarını ve beklentileri tartışılmıştır. Ayrıca SurveyMonkey sistemi kullanılarak deliryum ve kanıta dayalı uygulama hakkında 19 hemşireden geri bildirim alınmıştır. Hemşireler çoğunlukla hastaların üzerinde bulunan tıbbi ekipmanları çekmeye başladıklarında ya da oryantasyon bozukluğu yaşadıklarında deliryum geliştiğini anladıklarını ifade etmişlerdir. Deliryum gelişen hastada farmakolojik olmayan müdahale olarak fiziksel kısıtlama yaptıkları ve genellikle farmakolojik yöntemlerin tercih edildiğini belirtmişlerdir. Hipoaktif tipteki hastayı depresyonda olarak yorumladıklarını ve deliryumla ilgili bir girişimde bulunmadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin geri bildirimlerine göre, 17 hemşire kanıta dayalı uygulama ve deliryum hakkında yeterli bilgilendirildiklerini ve klinikte deliryumu tanılamaya yönelik değerlendirme aracı kullanmak istediklerini belirtmişlerdir.

Saptanan soruna yönelik bulunan çözümün kanıt temelli olması, bakım kalitesini artırması, hemşirelere kullanım kolaylığı sağlaması, hasta yararına olabilecek en uygun çözümü bulması ve uygulamaya geçirilebilir olması planlanmıştır. Bu doğrultuda en iyi uygulamanın saptanabilmesi için kanıta dayalı uygulama modelleri yol gösterici olmaktadır (9). Çalışmada da araştırma sürecinin yürütülmesinde John Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli kullanılmıştır.

Johns Hopkins Hemşirelik Kanıta Dayalı Uygulama modeli, klinik karar vermede güçlü bir problem çözme yaklaşımı olarak belirtilmektedir. Uygulama yapan hemşirenin ihtiyaçlarını karşılamak için özel olarak tasarlanmıştır. Bu modelin amacı, en son araştırma bulgularının ve en iyi uygulamaların hasta bakımına hızlı ve uygun bir şekilde dâhil edilmesini sağlamaktır (10). Model ardışık on sekiz adımı içermektedir. Modelin ilk beş adımı uygulama sorusuna yönelik olup ekip iş birliğini ve örgütlenmeyi kapsamaktadır. Sonraki beş adım en iyi kanıta ulaşmaya yönelik kanıtları değerlendirme ve sınıflamayı, sonraki sekiz adım ise uygulamaya aktarma süreçlerini kapsamaktadır (9). İlk beş adım içerisinde yer alan soru saptanması ve tanılanmasında soruna yönelik en iyi uygulamanın ne olduğunu belirlemek için sorunun spesifik olarak tanımlanması gerekmektedir. Klinik bir sorunun araştırılabilir ve cevap bulunabilir bir soruya dönüştürülmesini kolaylaştırmak amacıyla PICO kısaltması kullanılmaktadır. Bu kısaltmaya göre; P: hasta/popülasyon, I: girişim/müdahale, C; karşılaştırma, O: sonuç olarak tanımlanmaktadır (10). Buradan yola çıkarak bu araştırmadaki klinik soru: 'Yoğun bakım hastalarında (P), deliryumun erken tanılanmasında (O) kullanılacak (I), geçerlilik ve güvenilirlik değerleri yüksek (C) en etkin ölçek-tarama aracı hangisidir?' olmuştur. Soru belirlendikten sonra en iyi sonuca ulaşmak için; 'delirium', 'systematic review', 'meta-analysis', 'intensive care', 'nursing', 'assessment', 'scales', 'measurement', 'instruments' anahtar kelimeleri ile Pubmed ve Cochrane veri tabanlarından literatür taraması yapılmıştır. Ayrıca yayınlanan konsensüs rehberlerinden yararlanılmıştır.

Kanıta dayalı aşamasında yapılan değerlendirmeler sonucunda deliryum değerlendirilmesinde çeşitli gözlem ölçekleri ve değerlendirme araçları kullanıldığı saptanmıştır (1,2,5,6,8). Deliryum tanılamasında DSM V tanı kriterlerinin temel alındığı belirlenmiştir. DSM-V tanı kriterlerine göre deliryum değerlendirmesinde; dikkatte ve farkındalıkta bozulma olması, rahatsızlıkların genellikle saatler ile birkaç gün gibi kısa bir sürede gelişmesi, bilişsel durumun bozulması (hafıza kaybı, yönelim bozukluğu, dil, görsel ve mekânsal algılarda bozulma) ve görülen değişikliklerin önceden var olan ya da bulunmuş hastalıklarla çok iyi açıklanamaması, başka bir tıbbi durumun fizyolojik sonucu madde intoksikasyonu ya da yoksunluğu gibi durumlardan kaynaklı gelişen rahatsızlıklarla laboratuvar bulguları ve fizik muayene sonuçlarının değerlendirilmesi gibi kriterler dikkate alınmaktadır (11).

YBÜ'de Yoğun Bakımlarda Sık Kullanılan Deliryum Tarama Araçları

YBÜ'de deliryumun değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan beş temel ölçek/skalaya rastlanmıştır. Bunlar;

- Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (Confusion Assessment Method, CAM)
- Yoğun Bakımda Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit, CAM-ICU)
- Yoğun Bakım Deliryum Tarama Kontrol Listesi (Intensive Care Delirium Screening Checklist-ICDSC),
- NEECHAM Konfüzyon Skalası (The NEECHAM Confusion Scale),
- Hemşirelik Deliryum Tarama Skalası (The Nursing Delirium Screening Scale- Nu-DESC).

Bunlardan Nu-DESC kolay, uygulanabilirliği ve yüksek güvenilirlik özelliği ile hemşireler için en uygun ölçek olarak bulunmuştur.

Deliryum Tarama Araçlarının Karşılaştırılması

Deliryumu değerlendirmede hastaya uygun geçerli ve güvenilir bir aracın seçilmesi, deliryum gelişme riski olan ya da deliryumda olan hastayı en uygun şekilde yönetebilmede önem arz etmektedir. Shi ve arkadaşlarının (2013) yaptığı en sık kullanılan iki

aracın (CAM ve CAM-ICU) doğruluğunu inceleyen meta-analizde 2.449 hastayı içeren 22 makale incelenmiştir. CAM ve CAM-ICU sözel ve sözel olmayan hastalara uygulanan deliryum tanısı için altın bir standart olan DSM IV ile karşılaştırılmıştır. CAM çalışmalarında %86 ile %94 arasında değişen iyi bir güvenilirlik göstermiş, CAM-ICU %20 ile %96 arasında değişen güvenilirlik göstermiştir. Çalışma sonucuna göre her iki ölçekten güvenilir sonuçlar elde etmek için uygun eğitim almış sağlık uzmanları tarafından uygulanabileceği belirtilmiştir (8). Bununla birlikte literatürde CAM-ICU ölçeği ile deliryum tanılması yapılırken hastanın yaşı, bilinç düzeyi ve hastalığın prognozu gibi faktörlerin ölçek uygulamasını etkileyeceği düşünüldüğünde dezavantaj olarak görülmektedir (4).

Deliryum tanısında CAM-ICU ve ICDSC 'nin değerlendirildiği, Flores ve arkadaşlarının (2012) yaptığı meta-analiz incelemesinde CAM-ICU'nun genel doğruluğunun mükemmel olduğu duyarlılık ve özgüllük değerleri için sırasıyla %80 ve %95,9 olduğu bulunmuştur. ICDSC'nin duyarlılığı ve özgüllüğü için toplanan değerler sırasıyla %74 ve %81,9 olarak bulunmuştur. ICDSC, CAM-ICU ile karşılaştırıldığında daha düşük duyarlılığa ve özgüllüğe sahip olduğu bulunmuştur. Mevcut veriler hem CAM-ICU hem de ICDSC'nin kritik hastalarda deliryum tanısı için bir tarama aracı olarak kullanılabilirliğini göstermektedir (12). Buna ek olarak ICDSC'nin uygulanması CAM-ICU'ya göre daha kolay olsa da sedatize ve mekanik ventilatöre bağlı hastalarda değerlendirme yapmanın zor olacağı için klinik tecrübenin önemli olduğu vurgulanmaktadır (4).

Farklı dillere çevrilerek yapılan Nu-DESC'in geçerlik güvenilirlik çalışmalarına bakıldığında, Poikajärvi ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada Nu-DESC'in kullanılabilirliği açısından deliryum tanısında en iyisi olduğu ancak güvenilirliğinin daha fazla test edilmesi gerektiği belirtilmiştir (13). Nu-DESC'in Portekizce versiyonunu kullanmak için Abelha ve arkadaşlarının (2013) yaptığı geçerlilik çalışmasında, Nu-DESC deliryum için doğru ve güvenilir bir değerlendirme ve izleme aracı olarak görülmüştür (14). Türkiye'de bir YBÜ'de yapılan çalışmada; üç ölçüm aracı içerisinde Nu-DESC'in en özgül ölçek olduğu sonucuna varılmış ve YBÜ'de kullanılabilirliği belirtilmiştir (15).

Jeong ve arkadaşlarının (2020) NU-DESC'in tanısal test doğruluğunu değerlendirmek amacıyla yaptığı meta analiz çalışmasında 2.245 hastayı içeren 11 çalışma incelenmiş ve çalışma sonucuna göre Nu-DESC'in deliryumun erken dönemde saptanmasına katkıda bulunacağı ve herhangi bir hastane ortamında günlük taramada kullanılacak kolay ve doğrulanmış bir deliryum tarama aracı olduğu belirtilmiştir (16). Velthuisen ve arkadaşlarının (2016) hastanede yatan yaşlı hastalarda deliryum tanılmasında kullanılan ölçeklerin psikometrik özellikleri ve uygulanabilirliğini inceledikleri sistematik derlemede, 37 çalışma incelenmiş ve 23 tarama aracı bulunmuştur. Çalışma sonucuna göre aralarında Nu-DESC'in de bulunduğu beş tanılama aracı; Deliryum Gözlem Ölçeği (DOS), Hemşirelik Deliryum Tarama Ölçeği (Nu-DESC), Konfüzyon Değerlendirme Yöntemi (CAM), CAM-Yoğun Bakım Ünitesi (CAM-YBÜ) ve Deliryum Derecelendirme Ölçeği- Revize-98) metodolojik olarak kanıt düzeyleri yüksek bulunmuştur. CAM en iyi psikometrik özelliklere sahip araç olsa da Nu-DESC kısa sürede uygulanabilen ve daha fazla dilde doğrulanmış olup deliryumu saptamada en uygun araç olarak belirtilmiştir (17). De ve arkadaşlarının (2015) deliryum tarama aracı seçiminde rehberlik sağlaması için yaptığı sistematik derlemede 31 çalışmadan 21 deliryum tarama aracı tanımlanmış ve kullanılacak en uygun 3 deliryum aracından birinin Nu-DESC olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonucuna göre Nu-DESC kolay uygulanabilen ve belirli bir eğitim olmaksızın sağlık çalışanları tarafından kullanılacak bir araç olduğu vurgulanmıştır (18). Yirmi bir palyatif hemşiresi ile 2015 yılında yapılan kalitatif bir çalışmada Nu-DESC ve deliryum uygulamasına ilişkin hemşire görüşleri alınmıştır. Çıkan temalar doğrultusunda hemşirelerin çoğunluğu Nu-DESC'in kolay ve uygulanabilir olduğunu ve deliryum konusunda farkındalıklarını arttırmada etkili bir araç olduğunu düşünürken, ölçeğin uygulamada benimsenmesinin önünde birçok engel olduğu belirtilmiştir. Çalışmada hemşirelik becerisinin ve deneyiminin deliryumu tanımak için yeterli olduğu inancı, kişinin kendi uygulamasına bir tarama aracı benimsemeye hazır olma durumunu da olumsuz etkilediği vurgulanmıştır. Buna karşın çoğu hemşire Nu-DESC'in kendi birimlerinde uygulanabilir olduğunu ve bu konuda istekli olduklarını belirtmişlerdir (19).

Hemşirelik Deliryum Tarama Skalası (Nursing Delirium Screening Scale- Nu-DESC)

Hemşirelik Deliryum Tarama Ölçeği (Nu-DESC) özellikle hemşireler için tasarlanmış bir gözlem aracıdır (17). Gaudreau ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir (20). Nu-DESC psikometrik olarak doğrulanmış, %85,7 duyarlılığa ve %86,8 özgüllüğe sahip olduğu bulunmuştur. Ölçek beş maddeden oluşmaktadır. Bunlar; oryantasyon bozukluğu, uygunsuz davranış, uygunsuz iletişim, illüzyon-halüsinasyon ve psikomotor davranışlarda yavaşlamadır. Etkin bir deliryum tanılmasında tüm alt tiplerin tespit edilebiliyor olması kritik önem taşımaktadır. Nu-DESC'te yer alan maddeler içerisinde psikomotor yavaşlamanın değerlendirildiği madde ile hipoaktif deliryumun daha başarılı bir şekilde saptandığı düşünülmektedir (21). Ölçekte her bir madde 0 ile 2 puan arasında bir değer almakta ve toplam puan 0 ile 10 arasında değişmektedir. İki puan ve üzeri deliryumu göstermektedir (20). Değerlendirme süresi tahmini bir dakika sürmektedir. Nu-DESC Almanca, Çince, Korece, İtalyanca, İsveççe, Portekizce, Fince, Danca ve Türkçeye çevrilmiş ve geçerlikleri incelenmiştir (15-23). Nu-DESC Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çınar ve Eti Aslan tarafından 2019 yılında yapılmış olup %92,3 duyarlılığa ve %92,7 özgüllüğe sahip olduğu belirlenmiştir. NU-DESC Türkiye'de hemşirelerin uygulayabileceği, deliryumun şiddetini ölçmek ve deliryum tanılmasında yüksek derecede geçerlilik ve güvenilirlik değerlerine sahip bir ölçek olarak gösterilmiştir (22) (Tablo 1). Uygulanması kolay, hızlı ve anlaşılabilir bir ölçektir. Orijinal ölçekte puanlama şu şekilde olmaktadır:

0 = vardiya sırasında bu davranış mevcut değil / yok

1 = vardiya sırasında belirli bir zamanda bu davranış mevcut / hafif derecede mevcut

2 = vardiya sırasında belirli bir zamanda bu davranış mevcut ve belirgin / şiddetli olmak üzere mevcut

Buna göre 2 puan ve üzeri deliryum lehine değerlendirilir.

Tablo 1. Hemşirelik-Deliryum Tarama Ölçeği (Nu-DESC)

Semptomlar	Semptom puanı (0-2)		
	0	1	2
I. Oryantasyon Bozukluğu Zaman ve mekân oryantasyonu yokluğuna ait sözel ve davranışsal bulgular veya ortamdaki kişileri yanlış algılamak			
II. Uygunsuz Davranış Kişiye ve/veya mekâna uygun olmayan davranış; ör: tüpleri veya pansumanları çekme, yapılmaması gerektiği halde yataktan kalkmaya çalışma			
III. Uygunsuz İletişim Mekâna veya kişiye uygun olmayan iletişim; ör: tutarsızlık, iletişim kuramama, mantıksız veya anlaşılmaz konuşma			
IV. İllüzyon/Halüsinasyon Olmayan şeyleri görme veya duyma, görsel objelerin çarpıtılması			
V. Psikomotor Yavaşlama Yanıt vermede gecikme, spontan hareket veya konuşma az ya da yok; ör: hasta dürtüldüğünde geç yanıt verir veya uyandırılmaz			
Toplam Skor	≥ 2 = Deliryum		

Deliryum Yönetimi ve Hemşirelik Girişimleri

YBÜ'de deliryumun tanınması sonrasında yapılması gereken en önemli uygulama etkileyen faktörlerin kontrol altına alınmasıdır. Fakat hemşireler deliryumu yoğun bakım hastası için normal bir durum olarak değerlendirerek bu durumu göz ardı edebilmektedir. Society of Critical Care Medicine (SCCM)'nin 2018'de güncellenen kılavuzlarından ve Yoğun Bakım'da Analjezi, Sedasyon ve Deliryum Yönetimi için Kanıt ve Görüş Temelli Rehber (2015)'den yararlanılarak kanıt düzeyi yüksek uygun girişimlerle (Kanıt Düzeyi B), deliryumu ele alırken kullanabilecekleri algoritma geliştirilerek uygulama basamakları belirlenmiştir (4, 23-26).

İlk basamakta; bireyin zaman, yer ve kişiye oryantasyonunu sağlama yer almaktadır;

- Her shift/vardiya kendinizi tanıtmalı,
- Hasta ile iletişimde kısa kolay cümleler kurulmalı,
- Hastaya çevre tanıtılmalı ve çevredeki araçlar (monitörler, intravenöz yollar, oksijen tüpleri, hastaya bağlı olan kataterler), hastaya planlanan hemşirelik girişimleri ve güvenlik kuralları hakkında bilgi verilmeli,
- Günü ve saat sık sık hatırlatılmalı,
- Hastalara günlük gelişmeler hakkında bilgi verilmeli,
- Evden tanıdık hastanın sevdiği herhangi bir eşya, fotoğraf vb. getirilmesi sağlanmalı,
- Hastaya ismiyle hitap etmeli; hangi ismi kullandığı öğrenilmeli,
- Aynı hemşirelerin bakım vermesi sağlanmalı,
- Hastanın hareketleri ve duyu durum değişiklikleri izlenmeli ve sözcüklerin ötesinde anlamaya çalışılmalıdır.

İkinci basamakta bilişsel stimülasyon, işitme ve görmeyi optimize etmek yer almaktadır;

- Hastanın bulunduğu ortamda takvim, saat, gözlük ve işitme cihazı sağlanmalı,
- Varsa mutlaka gözlüklerini veya işitme cihazını takmasını sağlanmalı,
- Ajite davranışların azaltılmasında kişiselleştirilmiş müzik dinletilmesi, televizyon, radyo dinlemesini sağlanmalıdır.

Üçüncü basamakta gürültü ve ışığın azaltılması yer almaktadır;

- Monitörlerin ve sıvı infüzyon pompa alarmlarının 23:00-07:00 arasında en düşük konuma getirilmesi sağlanmalı,
- Dış çevredeki sesleri azaltılmalı; gürültüye neden olan aşırı personel sirkülasyonunu önlenmeli,
- Gece ünite ortamında loş ışıklandırma sağlanmalı,
- Sirkadiyen ritm düzeni için gündüz parlak ışık/yeterli ışık sağlanmalıdır.

Dördüncü basamakta, uykuyu iyileştirmek yer almaktadır;

- Gece 23:00-07:00 arasında sadece hemşire deskinin üzerindeki ışıklar ile aydınlatılmalı ve hasta yatağı bölümünde loş aydınlatma kullanılmalı,
- Odanın sıcaklığı ve nemi yoğun bakım standartlarına uygun olduğundan emin olunmalı,
- Sirkadiyen ritm sağlanması için hastanın gündüz uyanık kalmasını sağlanmalı,
- Eğer mümkünse göz maskesi, kulak tıkacı kullanılmalı,
- Hastaya rahat bir pozisyon verilmelidir.

Beşinci basamakta erken mobilizasyon yer almaktadır;

- Hastayı yürümeye teşvik etmeli,
- Günlük olarak en az her şifte bir kez olmak üzere günde üç kez ROM egzersizi yaptırılmalı,
- Postoperatif erken ayağa kaldırılmasını sağlanmalı,
- Gerekiyorsa yürüme için baston, koltuk değneği, yürüteç gibi cihazların sağlanmalıdır.

Altıncı basamakta aile katılımı yer almaktadır;

- Hasta merkezli bakım sunarken, aile üyelerini ortak karar alma, güvenlik ve gelecekteki bakım beklentileriyle güçlendirmek için hastanın bakımına katılımı desteklenmeli,
- Birlikte vakit geçirmeleri için zaman tanınmalı, gerekirse aile üyelerinden hastanın yanında kalmaları talep edilmelidir.

Yedinci basamakta; hastanın gereksinimlerinin karşılanması yer almaktadır,

- En kısa sürede beslenme sağlanmalı,
- Kişisel hijyen, boşaltım gibi gereksinimleri karşılanmalı,
- Ağrı yönetimi sağlanmalı,
- Kan şekeri, elektrolit dengesizliğini takip edilmeli,
- Hastanın kendi bakımında yer alması desteklenmeli,
- Doktorla iş birliği içinde, önerilen farmakolojik yöntemi uygulanmalıdır.

Sonuç

Bu araştırma sonucunda Nu-DESC tarama aracının hemşireler için en uygun araç olabileceği literatürle desteklenmiştir. Deliryumun erken tanınmasının sağlanması, hemşirelerin farkındalıklarının artırılması ve önlenmesine yönelik planlanan girişimlerle, hastalarda gelişebilecek deliryumun azalacağına buna bağlı ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçların önlenebileceğine inanılmaktadır. Bunun kanıt temelli hemşirelik çalışmalarına yön verici olması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Sürecin devamında Nu-DESC'in etkinliğinin kurumda bulunan YBÜ'de değerlendirilmesi ve Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi ile iş birliği yapılarak formlara eklenmesi ve uygulamaya aktarılması planlanmıştır.

Bilgilendirme

Bu çalışmada yazarların katkı beyanı şöyledir; fikir/kavram GK; tasarım GK, SK; denetleme/danışmanlık SK, BÇ; analiz / yorum GK, SK, BÇ; kaynak taraması: GK, SK, BÇ; makalenin yazımı GK, SK, BÇ; eleştirel düşünme SK, BÇ. Araştırma ile ilgili herhangi bir firmadan destek alınmamıştır. Derlemenin tüm aşamalarında yayın etiğine uyulmuştur. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması olmayıp, ayrıca sorumlu olduğumuz derlemede herhangi bir firma ya da kurum ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Green C, Bonavia W, Toh C, Tiruvoipati R. Prediction of ICU delirium: validation of current delirium predictive models in routine clinical practice. *Neurologic Critical Care*. 2019;47(3):428-435.
2. Leonard A, Rahaman Z. Evaluating the confusion assessment method for intensive care unit (CAM- ICU) tool: a comprehensive literature review. *J Nurs Health Stud*. 2017;2(2):14.
3. Doğu Ö, Kaya H. Yoğun bakımda deliryum ve hemşirelik bakımı. *J Hum Rhythm*. 2017;3(2):81-84.
4. Bölükbaş PR. Yoğun bakım ünitelerindeki yaşlı hastalarda deliryumun değerlendirilmesi, önlenmesi ve yönetimine ilişkin stratejiler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2015;19(2):68-79.
5. Fan Y, Guo Y, Li Q, Zhu X. A review: Nursing of intensive care unit delirium. *J Neurosci Nurs*. 2012;44(6):307-316.
6. Can G. Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım- Konsensus. 1. Basım. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri; 2017:141-154.
7. Pipanmekaporn T, Wongpakaran N, Mueankwan S, Dendumrongkul P, Chittawatanara K, Khongpheng N. et al. Validity and reliability of the THAI version of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *Clinical Interventions in Aging*. 2014;9:879-885.
8. Shi Q, Warren L, Saposnik G, MacDermid JC. Confusion assessment method: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2013;9:1359-1370.
9. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. 4. Basım. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri; 2015:348.
10. Dearholt S, Dang D. John Hopkins Medicine. Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model and Guidelines. 2012 [online] URL:https://iauneyshabur.ac.ir/Dorsapax/userfiles/file/Amozesh/EDO/Amozesh/977_Johns_Hopkins_Nursing_Evidence.pdf 02.06.2020.
11. European Delirium Association; American Delirium Society. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Med*. 2014;12:141.
12. Gusmao-Flores D, Salluh JIF, Chalhuh RA, Quarantini RC. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: A systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Critical Care* 2012;16(4):115.
13. Poikajarvi S, Salanterä S, Katajisto J, Junttila K. Validation of Finnish neecham confusion scale and nursing delirium screening scale using confusion assessment method algorithm as a comparison scale. *BMC Nurs* 2017;16(1):7.
14. Abelha F, Veigab D, Norton M, Santosc C, Gaudreaud J. Delirium assessment in postoperative patients: validation of the Portuguese version of the nursing delirium screening scale in critical care. *Braz J Anesthesiol* 2013;63(6):450-5.
15. Kavlak E, Dilek A, Ulger F, Arik, AC, Karakaya D, Azar H. Comparison of three different tests for screening delirium in critically ill patients: BAPCAP1-6. *European Journal of Anaesthesiology* 2011;28:4.
16. Leong E, Park J, Lee J. Diagnostic test accuracy of the nursing delirium screening scale: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2020;76(10):2510-2521.

17. Velthuisen EL, Zwakhalen SM, Warnier RM, Mulder WJ, Verhey FR, Kempen GI. Psychometric properties and feasibility of instruments for the detection of delirium in older hospitalized patients: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31(9):974-989.
18. De J, Wand AP. Delirium screening: a systematic review of delirium screening tools in hospitalized patients. *Gerontologist*. 2015;55(6):1079-1099.
19. Hosie A, Lobb E, Agar M, Davidson PM, Chye R, Phillips J. Nurse perceptions of the nursing delirium screening scale in two palliative care inpatient units: A focus group study. *J Clin Nurs*. 2015;24(21-22):3276-3285.
20. Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy MA. Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale. *J Pain Symptom Manage*. 2005;29(4):368-375.
21. Marchington KL, Carrier L, Lawlor PG. Delirium masquerading as depression. *Palliat Support Care*. 2012;10(1):59-62.
22. Çınar F, Eti Aslan F. Evaluation of postoperative delirium: validity and reliability of the nursing delirium screening scale in the Turkish language. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*. 2019;9:362-373.
23. Society of Critical Care Medicine (SCCM). ABCDEF Bundles. 2018 [online]. URL: <https://www.sccm.org/ICULiberation/ABCDEF-Bundles>. 02.06.2020.
24. Baron R, Binder A, Biniek R, Braune S, Buerkle H, Dall P et al. Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Revision 2015 (DAS-Guideline 2015)- short version. *Ger Med Sci*. 2015;13:19.
25. Martinez F, Tobar C, Hill N. Preventing delirium: should nonpharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Age Ageing*. 2015;44(2):196-204.
26. Hshieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Travison T, Inouye SK. Effectiveness of multi-component non-pharmacologic delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2015;175(4):512-520.