T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DELİRYUM İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ VE UYGULAMALARI: NİTELİKSEL ÇALIŞMA

Şerife SARGIN APTİOĞLU
ORCID: 0000-0001-8140-1946

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR

OCAK 2025

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc – 2022970128

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DELİRYUM İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ VE UYGULAMALARI: NİTELİKSEL ÇALIŞMA

Şerife SARGIN APTİOĞLU
ORCID: 0000-0001-8140-1946

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN
ORCID: 0000-0002-1666-291X

İZMİR
OCAK 2025

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

ETİK BEYAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum "Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Deliryum ile İlgili Görüşleri ve Uygulamaları" başlıklı yüksek lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışım olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Şerife SARGIN APTİOĞLU

02.01.25

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez sürecim boyunca bilgisi ve tecrübesi ile sabırla beni hep destekleyen, ilerlememi ve öğrenmemi sağlayan, insana olan saygısı ve merhametiyle her daim güç veren danışmanım
Sayın Prof. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN' e,

Tezin bulgular ve yöntem kısımlarının yazılmasında katkı sağlayan
Sayın Doç. Dr. Sevecen ÇELİK İNCE' ye,

Değerli katkıları ve geri bildirimleri için Sayın Dr. Öğretim Görevlisi Ayşe SARI ve Dr. Öğretim Görevlisi Gülsüm Zekiye TUNCER' e,

Vakitlerini ayırıp, deneyimlerini paylaşan tüm Kalp Damar Yoğun Bakım hemşirelerine,

Uzakta olsalar da sevincimle sevinen, üzüntümle üzülen canım annem
Nuray SARGIN' a ve babam Halil SARGIN' a,

İhtiyaç duyduğumda teknik desteğini esirgemeyen sevgili kardeşim
Abdullah SARGIN' a,

Her ihtiyacım olduğunda yanımda bulduğum canım arkadaşlarım Gamze İSKENDEROĞLU ve Fatma DEĞİRMENCİOĞLU' na,

Tez yazım sürecimde çocukların bakımında beni destekleyen eşimin kıymetli annesi Gülsüm APTİOĞLU' na,

Hayatımda desteğini hep hissettiğim sayesinde bulduğum güçle bu çalışmayı bitirmemi sağlayan değerli eşim Hasan APTİOĞLU' na,

Varlıklarıyla huzur, mutluluk ve güç veren kıymetli kızlarım İpek ve Defne' ye

Teşekkürlerimi Sunarım

Şerife SARGIN APTİOĞLU

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR DİZİNİ **i**

ŞEKİLLER DİZİNİ **ii**

SİMGELER VE KISALTMALAR **iii**

ÖZET **iv**

ABSTRACT **vi**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi **1**

1.2. Araştırmanın Amacı **4**

1.3. Araştırma Soruları **4**

2. GENEL BİLGİLER **5**

2.1. Deliryumun Tanımı **5**

2.2. Deliryumun Epidemiyolojisi **6**

2.3. Deliryum Tipleri ve Klinik Bulgular **6**

2.4. Deliryumun Patofizyolojisi **9**

2.5. Deliryumun Risk Faktörleri **10**

2.6. Deliryumu Değerlendirme ve Tanılama Araçları **15**

2.7. Yoğun Bakım Ünitesinde Deliryumun Yönetimi ve Hemşirenin Rolü **17**

2.7.1. Deliryumun Yönetiminde Non-farmakolojik Yöntemler ve Hemşirenin Rolü **17**

2.7.2. Deliryumun Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler **20**

2.7.3. Hemşirelerin Deliryum Yönetiminde Yaşadığı Güçlükler **21**

3. GEREÇ VE YÖNTEM **24**

3.1. Araştırmanın Tipi **24**

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı **24**

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi **25**

3.4. Çalışma Materyali **26**

3.5. Araştırmanın Değişkenleri **26**

3.6. Veri Toplama Araçları **26**

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu **26**

3.6.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu **27**

3.6.3. Ses Kayıt Cihazı **27**

3.6.4. Verilerin Toplanması **28**

3.6.5. Araştırmanın Geçerliği ve Güvenirliği **29**

3.7. Verilerin Analizi **31**

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları **32**

3.9. Etik Kurul Onay **32**

4. BULGULAR **33**

4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri **33**

4.2. Temalar **36**

5. TARTIŞMA **49**

6. SONUÇ VE ÖNERİLER **57**

7. KAYNAKLAR **59**

8. EKLER **74**

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Deliryumun Risk Faktörleri **13**

Tablo 2. Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastalar İçin Entegre ABCDEF Paketinin Bileşenleri **19**

Tablo 3. Araştırma Planı **25**

Tablo 4. Hemşirelerin Tanıtıcı Bilgileri **34**

Tablo 5. Hemşirelerin Deliryumla İlgili Görüşleri ve Uygulamalarına İlişkin Yapılan Görüşmelerden Çıkan Temalar, Alt Temalar ve Kodlar **37**

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryum ile ilgili görüşleri ve uygulamalarını tanımlayan ana temalar ve alt temalar **36**

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACh: Aseltilkolin

APCHE: AcutePhysiologyandChronicHealth Evaluation

CABG: Koroner arter bypass greftleme

CAM-ICU: Yoğun Bakım Ünitesi için Karışıklık Değerlendirme Yöntemi

CRP: C-reaktif protein

DELIPRECAS: DELIriumPREventionCArdiacSurgery

DSM-5-TR: Diagnosticand Statistical Manual of MentalDisorders, Fifth Edition, Text Revision

EEG: Elektroensefalografi

GABA: Gama aminobütirik asit

H: Hemşire

HELP: Hastane Yaşlı Yaşam Programı

ICD-10: International Classification of Disease 10th Edition

ICDSC: Yoğun Bakım Deliryum Tarama Kontrol Listesi

IL-1: İnterlökin-1

IL-6: İnterlökin-6

ML: Machine learning

NICE: NationalInstitute of HealthandClinicalExellence

Nu-DESC: Hemşirelik Deliryum Tarama Ölçeği

PRE-DELIRIC: PREdiction of DELIRium in ICU Patients

TAVR: Trans Kateter Aort Kapak Replasmanı

TNF-a: Tümör Nekrozis Faktör- Alfa

YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DELİRYUM İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ VE UYGULAMALARI: NİTELİKSEL ÇALIŞMA

Yüksek Lisans Tezi

Şerife SARGIN APTİOĞLU

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ESTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

ÖZET

Bu araştırma yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryumla ilgili görüşlerini ve uygulamalarını açıklaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Araştırma kalitatif araştırma yöntemlerinden biri olan tanımlayıcı kalitatif tasarımdadır. Araştırma Türkiye'nin Bursa ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini kalp damar cerrahi yoğun bakım kliniğinde çalışan ve amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örneklem ile seçilen 20 hemşire oluşturmuştur. Veriler yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılarak toplanmış ve tematik analiz yöntemi ile analiz edilmiştir.

Araştırmanın sonucunda dört tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar deliryuma ilişkin algılar, deliryumu olan bireyin bakımı, deliryumu olan bireye bakım vermenin etkileri ve baş etme/ baş edememe dir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğu deliryumlu bireye bakım vermeyi olumsuz algılamaktadır. Hemşirelerin deliryumu gözlem ve deneyimleri ile tanıdıkları, deliryumu daha çok hiperaktif bulguları ile fark ettikleri görülmüştür. Hemşireler genellikle deliryum geliştikten sonra müdahalelerde bulunmaktadırlar. Müdahalelerin çoğunluğu non-farmakolojik hemşirelik müdahaleleri olmakla beraber doktor orderı ile farmakolojik müdahalelerde de bulundukları anlaşılmıştır. Hemşireler bakım verirken çoğunlukla zorlayıcı duygular hissetmekte ve sıkıntı yaşamaktadırlar. Bazı hemşireler bu zor duygularla bakım vermekten kaçınma, nöbetin bitmesini bekleme gibi kaçınarak baş etmeye çalışırken bazı hemşireler sosyal destek arayarak aktif baş etme yöntemlerini kullanmaktadır.

Cerrahi yoğun bakımın olağan iş yüküne eklenen deliryumlu hasta bakımı hemşirelerin iş yüklerini arttırmakta, bakımda zorlanmalarına ve zorlayıcı duygular yaşamalarına neden olmaktadır. Beklediği desteği bulamayan hemşireler baş etmekte zorlanmakta ve meslekten soğuma duyguları hissetmektedirler. Hemşirelerin deliryumlu hasta bakımında yaşadığı sorunların daha görünür olması için bilgilerini ve deneyimlerini meslektaşları, süpervizör hemşire ve hastane yönetimi ile paylaşacakları bir ortam oluşturulmalıdır. Bu konuya dikkat çekilmeli, hemşirelerin ihtiyaç duyduğu iş gücü ve eğitim desteği sağlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: deliryum, hemşirelik, niteliksel çalışma, yoğun bakım

Tezin Sayfa Adedi: 84

Danışman: Prof. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN

VIEWS AND PRACTICES OF NURSES WORKING IN INTENSIVE CARE ABOUT DELIRIUM: QUALITATIVE STUDY

Master's Thesis

Serife SARGIN APTIOGLU

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY HEALTH SCIENCE INSTITUTE

Depatment of Nursing

Psychiatric Nursing Master Program

ABSTRACT

This research was conducted to clarify the views and practices of nurses working in intensive care units regarding delirium.

The research is in descriptive qualitative design, which is one of the qualitative research methods. The research was conducted in a training and research hospital in Bursa, Turkey. The sample of the study consisted of 20 nurses working in the cardiovascular surgery intensive care clinic and selected by criterion sampling from purposeful sampling methods. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using the thematic analysis method.

As a result of the research, four themes emerged. These themes are the perceptions towards delirium, the care of the individual with delirium, the effects of caring for the individual with delirium, and the coping/inability to cope. Most of the nurses participating in the study perceive providing care to individuals with delirium negatively. It was observed that nurses recognized delirium through their observations and experiences, and noticed delirium mostly through hyperactive findings. Nurses usually intervene after delirium develops. Although the majority of interventions were non-pharmacological nursing interventions, it was understood that pharmacological interventions were also made upon doctor's order. They often feel challenging emotions and experience distress while providing care. While some nurses try to cope with these difficult emotions by avoiding caregiving or waiting for the shift to end, some nurses use active coping methods by seeking social support.

Caring for patients with delirium, which is added to the usual workload of surgical intensive care, increases the workload of nurses, causes them to have difficulty in care and experience challenging emotions. Nurses who cannot find the support they expect have difficulty coping and feel alienated from the profession. In order to make the problems experienced by nurses in the care of patients with delirium more visible, an environment should be created in which they can share their knowledge and experiences with their colleagues, supervisor nurses and hospital management. Attention should be drawn to this issue, and the workforce and educational support that nurses need should be provided.

Key words: delirium, intensive care, nursing, qualitative study

Page Number: 84

Advisor: Prof. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Deliryum sonuçları bakımından hayati önemi olan, bakımı zorlu, klinik tanısı acil ve öncelikli olmaya devam eden (1) ve toplumda yaygın görünen tıbbi bir sorundur (2). Deliryum prevalansı hasta grubu (2) ve tanı kriterlerine (1) göre önemli ölçüde değişir. Hastanede yatan yetişkin hastalar ile yapılan 33 çalışmanın incelendiği bir meta-analizde genel deliryum prevalansının %23 olduğu bulunmuştur (1,3). Deliryum başka bir durumla daha iyi açıklanamayan, kısa bir süre içinde gelişen ve gün içinde dalgalı seyir gösteren dikkat, farkındalık alanlarını etkileyen bilişsel bir bozukluktur (4,5). Farklı hasta gruplarıyla yapılan birçok çalışma deliryum geçiren hastaların geçirmeyenlere göre daha kötü prognoza sahip olduğunu göstermektedir. Witlox ve arkadaşlarının 51 çalışmayı incelediği meta analiz çalışmasında deliryumun; yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalık veya hastalığın şiddeti ve başlangıç demansı gibi önemli karıştırıcı faktörlerden bağımsız olarak kötü sonuçlarla ilişkili olduğu saptanmıştır (6).

Deliryum her alanda görülebilmekle birlikte cerrahi girişimler sonrası sık karşılaşılan bir tablodur. Cerrahi girişimler içerisinde özellikle kardiyak cerrahisi sonrası yoğun bakım ünitesinde sık görülen bir komplikasyondur (7,8). Postoperatif koroner arter bypass greftleme sonrası deliryum sıklığı geniş değer aralıklarında çıkabilmektedir (9). Ulus ve arkadaşları kalp cerrahisi geçiren hastalarda deliryum insidansı %3 ile %70 arasında bulmuştur (10). Deliryum Trans Kateter Aort Kapak Replasmanı (TAVR) sonrası da sıklıkla (7.2–21.4) görülür (11).

Deliryum en sık yoğun bakım üniteleri, post operatif ve palyatif bakım ünitelerinde görülmektedir (12). Deliryuma en yaygın olarak kalp ve beyin cerrahisi, travma, radyoterapi ile nöroloji hastalarında rastlanılmaktadır (%36,2-40,5) (2). Ayrıca geriatri, iç hastalıkları, viseral cerrahi, rekonstrüktif plastik cerrahi ve kranio-maksillo-fasiyal cerrahi hastalarında da yaygındır (%21,6-28,6) (2).

Postoperatif deliryum kalp cerrahisinin ciddi bir komplikasyonudur (13) ve kardiyak cerrahi hastalarının kötü prognozunda rol oynadığı bilinmektedir (14). Kalp cerrahisi geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada deliryum geçiren hastaların

geçirmeyen hastalara göre daha uzun süre hastanede kaldıkları, daha fazla düşme prevalansına sahip oldukları, fizik tedaviye ihtiyaçlarının daha fazla olduğu, bakım evine taburcu olma olasılıklarının daha yüksek olduğu, eve taburcu olsalar da daha fazla evde bakıma ihtiyaç duydukları bulunmuştur (15). Ayrıca deliryum geçiren kalp hastaları diğerlerine göre daha fazla zolpidem ve benzodiazepin almışlar, aritmi, böbrek hastalığı ve konjestif kalp yetmezliği riskleri daha fazla bulunmuştur (15). Brown ve arkadaşları da kalp cerrahisi sonrası deliryumun, uzun vadeli mortalite artışı, felç riskinde artış, zayıf fonksiyonel durum, hastanede yatışlarda artış ve cerrahiyi takip eden 1 yıl boyunca önemli bilişsel işlev bozukluğu dahil olmak üzere kötü sonuçlarla ilişkili bulmuşlardır (16). Yapılan bir meta analiz çalışmasında (2019) koroner arter bypass greftlemesi yapılan hastalarda kognitif bozukluk ve deliryumun özel dikkat gerektiren başlıca sorunlar olduğu bulunmuştur (17).

Deliryumun daha uzun mekanik ventilasyon süresi, daha fazla yoğun bakımda ve hastanede kalma süresi ile nedensel olarak ilişkili olduğu bilinmektedir (2,13,14,18). Kuzey Amerika' da mekanik ventilatör desteği alan 430 yoğun bakım hastasıyla yapılan bir çalışmada (2015) deliryum taraması pozitif olan hastaların mekanik ventilasyona bağlı kaldıkları gün sayısı (13 güne karşı 7 gün), yoğun bakımda kalma süreleri (12 güne karşı 8 gün) ve hastanede kalma süreleri (24 güne 15 gün) daha fazla bulunmuştur (19). Bu çalışma ayrıca deliryumlu hastaların fiziksel kısıtlama ve trakeostomi geçirme riskini daha yüksek bulmuştur (19).

Birçok çalışma deliryumlu hastaların mortalite riskinin diğer hastalardan önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermektedir (2,13,20–24). Kalp cerrahisi geçiren 1098 hasta ile yapılan bir çalışmada postoperatif deliryumun hastaların bir yıllık mortalitesinde iki kat (18.97 ye 9.64) artışa neden olduğu bulunmuştur (13). Grover ve arkadaşları çalışmalarında (2012) deliryum gelişen hastaların altı aylık izleminde %27 mortalite saptamışlardır (23). Pisani ve arkadaşlarının bir yıllık takibinde (2009) ise mortalite oranı %50 ye çıkmış ayrıca deliryumlu geçen gün sayısının mortaliteyi arttırdığı bulunmuştur (22). Yapılan bir meta analiz çalışmasında (2020) deliryum ve mortalite arasındaki ilişki doğrulanmakta, deliryum tedavi ihtiyacının aciliyetinin altı çizilmektedir (21).

Deliryumlu hastalar daha fazla hemşirelik bakımına ihtiyaç duymakta ve vaka başına önemli ölçüde daha yüksek maliyetlere neden olmaktadır (2). Amerika'da elektif cerrahi müdahale geçiren 497 hastayla yapılan bir çalışmada, (2021) deliryum geçiren hastaların yıllık sağlık bakım hizmetlerinin hasta başına 44.291 $ arttığı bulunmuştur (25). Ülke çapına genellendiğinde ise ameliyat sonrası deliryuma atfedilen sağlık bakım maliyetinin yıllık 32,9 milyar $ olduğu tahmin edilmiştir (25).

Deliryum erken tanılama ve çoklu farmakolojik girişimler ile önlenebilen bir durumdur (4) ancak deliryumun kalp cerrahisi ve yoğun bakım hastalarında iyi bilinmesine rağmen, (2) halen sık görüldüğü anlaşılmaktadır (4). Yapılan çalışmalar deliryumun iyi tanılanamadığını, gözden kaçtığını bildirmektedir (12). Deliryum riski ve varlığının değerlendirilmesi, önlenmesi tüm sağlık ekibi üyelerinin iş birliğini gerektirir. Ancak hastaları sıkça gözlemleme fırsatı olan hemşireler hastadaki değişiklikleri kısa sürede fark edebilmekte ve deliryum bakımında ana bakım sağlayıcılar olarak kabul edilmektedirler (26–28).

Deliryum sağlık çalışanları açısından da olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Bakımı ve yönetimi kalp damar cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin hayatını zorlaştırmaya devam etmektedir (4). İş doyumunu azaltmakta, bakımın kalitesine gölge düşürmekte ve sağlık çalışanının da güvenliği açısından risk oluşturmaktadır (29). Ayrıca deliryumlu hastaya bakım veren hemşireler karar vermede ikilem ve stres yaşamaktadırlar (30). Yoğun bakım çalışanları, deliryumu normal ve kaçınılmaz olarak görüp, göz ardı edebilmektedir. Bu da deliryumun yönetilmesini olumsuz şekilde etkilemektedir (31).

Deliryum, hasta açısından, (6,14,15) bakım veren sağlık çalışanları açısından (2,4,29) ve ülke ekonomisi için (25) kötü sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Literatürde hemşirelerin deliryum ile ilgili bilgi düzeylerini ölçen, (32,33) deliryum yönetimini ve deliryumla ilgili düşüncelerini araştıran, (26,28,29,34–52) verilen deliryum eğitimin değerlendirildiği, bakım ve önleme sistemlerinin denendiği çalışmalar mevcuttur (53–56). Ayrıca deliryum yönetimini etkileyen faktörlerin ve engellerin, (57–62) hemşirelerin deneyimlediği öznel yükün ve tükenmişliğin (63–65) araştırıldığı farklı tasarımlarda nitel ve yarı deneysel çalışmalar da bulunmaktadır. Ülkemizde de hemşirelerin deliryum bilgi, tutum, uygulamaları ve algılarını ölçen çalışmalar, (66–

75) hemşirelik uygulamalarının ve deliryum eğitimlerinin etkisini araştıran çalışmalar (76–82) yapılmıştır. Ancak hemşirelerin bu konudaki düşüncelerini araştıran nitel çalışmalar sınırlıdır (83,84). Deliryum bakımı ve tanılanması hemşirenin bilgi, algı ve duygularından etkilenmektedir (26). Bu açıdan hemşirelerin deliryuma ilişkin düşüncelerinin ve algılarının bilinmesi önlenebilir bir durum olan ancak halen çözülememiş bir sorun olarak karşımıza çıkan deliryum için önem taşımaktadır. Bu anlamda kalitatif tasarımda yapılan bu çalışma hemşirelerin deliryum ile ilgili düşüncelerinin ve algılarının açıklaştırılmasına katkıda bulunacağı tahmin edilmektedir. Çalışmanın sonuçları deliryumun önlenmesi ve yönetimi için hemşirelerin karşılaştıkları zorlukların iyileştirilmesinde kullanılabilir. Aynı zamanda deliryumlu bireye müdahalede psikiyatri hemşireliğinin ve konsültasyon liyazon hemşireliğinin önemine dikkat çekebilir. Ayrıca planlanacak deneysel çalışmalar için yol gösterici olabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu nitel çalışma yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryum ile ilgili görüşleri ve uygulamalarını açıklaştırmak amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Yoğun bakımda çalışan hemşireler deliryumu nasıl yönetmektedirler?

2. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryumu olan bireye bakım vermeye ilişkin düşünceleri ve duyguları nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Deliryumun Tanımı

Kelime olarak deliryum, Celsus tarafından MS 2. yy da ateş ve baş travmasında oluşan zihinsel bozuklukları tanımlamak için tıbbi yazılarda kullanılmaya başlanmıştır (85). Ancak Hipokrat'ın MÖ 500 yılında şu anda deliryum olarak adlandırdığımız klinik sendromu ifade etmek için frenit kelimesini kullandığı bilinmektedir. Hipokrat' ın deliryum için frenit, mania, leros, lethargus gibi yaklaşık on altı farklı kelime kullandığı tahmin edilmektedir (86).

Günümüzde deliryum, koma, delirium tremens, akut ensefalopati, akut konfüzyonel durum ve akut beyin disfonksiyonu, beyin yetmezliği olmak üzere farklı terimlerle adlandırılmaktadır (87,88). Morandi ve arkadaşlarının (2008) 13 farklı dili konuşan 24 yazarla yaptığı deliryum terminolojisi araştırmasında sözel ve fiziksel tepkisiz hastaları tanımlamak için koma, alkol yoksunluğuna bağlı deliryumu tanımlamak için deliryum tremens terimi kullanıldığı bulunmuştur (87). Ancak sadece %54'ü deliryum terimini DSM-5-TR' te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition- Text Revision) tanımlandığı gibi zihinsel durumlarda akut değişiklik, dikkatsizlik, dağınık düşünme ve bilinç düzeyinde değişiklik olarak tanımlanan bozukluğu belirtmek için kullanmaktadır (87). Slooter ve arkadaşları 2020 yılında uluslararası konsensus oluşturarak isim önerilerinde bulunmuşlardır. Bu öneriler arasında tüm DSM-5 deliryum kriterlerini karşılamayan akut bilişsel değişiklikler için subsendromal deliryum, DSM-5 kriterlerine göre tanımlanan bir klinik durum için deliryum, Glasgow Koma Skoru gibi tanı sistemleri kullanılarak tanımlanan yanıt vermeme durumu için koma terimini önermektedir (89). Ayrıca bu konsensus akut konfüzyonel durum ile akut beyin disfonksiyonu, akut beyin yetmezliği ve değişmiş zihinsel durum terimlerinin klinik uygulamada veya araştırmada kullanılmamasını önermektedir. Bu terminoloji farklılığın klinik bakım ve araştırma için engel teşkil ettiği düşünüldüğünde (89), terimlerdeki standardizasyon araştırmacılar ve klinisyenler arasındaki iletişimi ve deliryum yönetimini kolaylaştıracağı tahmin edilmektedir (87,89).

Deliryum uyku uyanıklık döngüsü ve psikomotor davranış bozukluklarıyla birlikte görülen bilinç ve dikkatin bozulduğu yaygın bir nörobilişsel bozukluktur (90). Deliryum uyuşuk seviyesindeki hipoaktif düzeyde bir psikomotor aktiviteden ajitasyona kadar değişebilen hiperaktif düzeyde bir psikomotor aktivite arasında dalgalanmalarla seyreden, önceden var olan bir durumla açıklanamayan dikkat ve farkındalık bozukluğudur (5). ICD-10 (International Classification of Disease) tanılama sistemine göre ise deliryum beyindeki hasar, ilaçlar veya diğer hastalıklar ile ortaya çıkabilen dikkat, hafıza, duygu durum ve uyku uyanıklık döngüsünün bozulduğu huzursuzluk ya da uyuşukluğun eşlik ettiği bilinç bozukluğudur (91).

2.2. Deliryumun Epidemiyolojisi

Deliryum epidemiyolojisi araştırmaları sonuç ve yöntem olarak farklılıklar göstermektedir. Deliryum prevalans ve insidans oranları kullanılan tanı kriterleri (1,3), hasta popülasyonu, (2) örneklem büyüklüğüne göre değişiklik gösterebilmektedir (92). İnsidans oranlarının yüksek çıktığı bölümler; yoğun bakım üniteleri, postoperatif bölümler ve palyatif bakım ortamları olarak görülmektedir (12). Deliryumun toplumda görülme sıklığı %1-2'dir (12). Hastanede yatan yetişkin hastalar ile yapılan 33 çalışmanın incelendiği bir meta-analizde (2020) genel deliryum prevalansının %23 olduğu bulunmuştur (1). İsviçre' de bir üniversite hastanesinde yapılan başka bir kohort çalışmasında (2018) yatırılan yetişkin hastaların %28' inde deliryum saptanmıştır (2).

Yoğun bakımlarda farklılık göstermekle beraber Krewulak ve arkadaşları (2018) yoğun bakım deliryum prevalansını %31-56 oranında bulmuştur (93). Bu oran mekanik ventilasyonlu yoğun bakım hastalarında %80' e kadar yükselmektedir (94). Postoperatif cerrahi yoğun bakım servislerinde görülme sıklığı %18.4, (95) kalp damar cerrahi yoğun bakım ünitesinde görülme sıklığı %18.2, (8) koroner arter bypass sonrası ise görülme sıklığı %24 olarak bildirilmiştir (17).

2.3. Deliryum Tipleri ve Klinik Bulgular

Deliryumda dikkatte dağılma, tutarsız konuşmanın olduğu dağınık düşünce, illüzyonlar ve halüsinasyonlar dahil çevrenin yanlış anlaşılması ortaya çıkar. Zamana ve yere yönelimde, uyku uyanıklık döngüsünde bozulma, duygusal istikrarsızlık da

sıkça görülür. Duygusal istikrarsızlık kendisini korku, öfke, irritabilite ya da apati ile gösterebilir. Bu çeşitli duygular ağlama, yardım isteme, küfretme, mırıldanma, kendine zarar verici eylemler, korkulu kaçma girişimleri, diğerlerine saldırı ile ortaya çıkabilir (96). Deliryum birkaç saat ve birkaç gün gibi kısa sürede gelişebilir. Gün içinde dalgalanma eğilimi gösterir ancak sıklıkla akşam ve gece, dış yönlendirici uyaranların azaldığı durumlarda kötüleşir. Deliryum genellikle yaklaşık 1 hafta sürer, ancak bazı semptomlar genellikle kişiler hastaneden taburcu olduktan sonra bile devam eder, hatta kalıcı olabilir (97,98). Yoğun bakımdaki 430 hastayla yapılan bir çalışmada (2015) deliryumun başlangıcına kadar geçen ortalama süre 3,5 gün (2-7) ve deliryum süresi ortalama iki gün (1-4) bulunmuştur (19).

Deliryumun hiperaktif, hipoaktif ve ikisinin bir arada görüldüğü karma tip olmak üzere üç farklı alt tipi bulunmaktadır (4). Bu deliryumun en yaygın psikomotor aktiviteye göre olan sınıflandırmasıdır (99). Hiperaktif deliryumda bireyde duygudurum değişkenliği, ajitasyon, aktivite kontrolünün kaybı ve tıbbi bakımla iş birliği yapmayı reddetmenin eşlik edebileceği artan psikomotor aktivite vardır. Ayrıca huzursuzluk, gezinme, artan konuşma hızı ve miktarı, ilgisiz ve anormal içerikli konuşma, kabuslar ve halüsinasyonlar görülür (100). Hipoaktif deliryumda ise azalmış aktivite miktarı, azalmış hareket hızı, uyuşukluğa yaklaşan, hipoaktif düzeyde bir psikomotor aktivite vardır (5,101). Aynı zamanda konuşma hızında ve içeriğinde azalma, ses tonunda azalma, ilgisizlik, hipersomnolans görülür (100). Karma alt tip deliryum durumunda hiperaktif ve hipoaktif alt tip özellikleri birlikte görülebilir (102). Ayrıca deliryum tanı kriterlerini kısmi olarak karşılayan subsendromal deliryum ve kalıcı tip deliryum alt tipleri de bulunmaktadır (98). Şu anda, DSM-5 subsendromal deliryumu hafif deliryumdan ayırt edilmesi zor olabilen hafifletilmiş bir deliryum sendromu olarak tanımlamaktadır (103). Alt tiplerin görülme sıklıkları hipoaktif tip (%57.8-71), karma tip (%21), hiperaktif tip (%10-17) şeklindedir (104–106). Hipoaktif deliryumun görülme sıklığı diğer alt tiplere göre daha yüksektir (8,38,93,104,107) dahası gözden kaçma olasılığı da fazladır (105). Ancak karma tipin (108) ya da hiperaktif tipin (109) daha yüksek görüldüğünü bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Krewulak ve arkadaşları bu farklılığın çalışmalardaki metodolojik heterojenlikten kaynaklandığını düşünmektedir (110).

Hipoaktif ve karma tip deliryum hiperaktif alt tipe göre mortalite, daha kötü fonksiyonel iyileşme ve daha yüksek tıbbi kaynak tüketimi ile ilişkilendirilmektedir (24,104,106,108,111). Krewulak ve arkadaşlarının yoğun bakımda deliryum alt tiplerinin risk faktörleri ve sonuçlarını incelemek için yaptığı sistematik derlemede (2020) ileri yaş ve cinsiyetin herhangi bir alt tiple ilişkilendirilmediği sadece hipoaktif deliryum ile mortalitenin tutarlı şekilde ilişkilendirildiği görülmüştür (110). Hiperaktif deliryumda benzodiazepinlerin ve antipsikotiklerin daha fazla kullanıldığı görülmektedir (108).

Deliryuma yatkınlık oluşturan faktörlerin deliryum motor alt tipleri arasında nasıl farklılık gösterdiğini anlamak için yapılan bir meta analiz ve derleme çalışmasında (2022) hipoaktif vakaların daha yaşlı, daha zayıf bilişsel yetilere, daha yüksek fiziksel risk puanlarına sahip ve kadın hastalar olduğu bulunmuştur. Ayrıca hipoaktif hastaların bakım evlerinde yaşama, daha fazla ilaç kullanma, daha kötü fonksiyonel performans ve daha fazla serebrovasküler hastalık öyküsüne sahip olma olasılıkları daha yüksek çıkmıştır. Hiperaktif vakaların daha genç ve erkek olma olasılıkları daha yüksektir ve daha iyi bilişsel yetilere ve daha düşük fiziksel risk puanlarına sahip oldukları bulunmuştur (112).

Deliryumu şiddeti ve süresi ile kategorize eden çalışmalar da bulunmaktadır (113,114). Lindroth ve arkadaşları (2020) semptom süresi ve şiddetini entegre ederek beş farklı deliryum yörüngesi belirlemiş ve bunun 30 günlük mortaliteyi öngördüğünü bulmuşlardır. Bunlar hafif – kısa, şiddetli – hızlı iyileşme, hafif hızlanma, şiddetli – yavaş iyileşme, ciddi – iyileşmeyen şeklindedir (CAM-ICU-7 puanlama sistemi: 0 = deliryum belirtileri yok; 1–2 = subsendromal deliryum; 3–5 = hafif ila orta şiddette deliryum; 6–7 = şiddetli deliryum) (113). Deliryumun süresi, şiddeti, hipoaktif motor alt tipi deliryumun kötü sonuçlarının öngörücüleri gibi görünmektedir (115).

Araştırmacılar deliryum alt tiplerinin belirlenmesinin klinik değerlendirme ve yönetiminin iyileştirilmesinde büyük potansiyelinin olduğunu düşünmektedirler (100,112,114,116). Farklı alanlardan 25 uzmanın katıldığı uluslararası panelde (2024) deliryumun alt tiplerinin belirlenebilmesi için tanılama sistemleri, standardizasyon, kayıt ve veri paylaşımıyla ilgili önerilerde bulunulmuştur (116).

2.4. Deliryumun Patofizyolojisi

Deliryum nöronal aktivitenin bozulması nedeniyle oluşan nörodavranışsal bir sorundur (117). Deliryumun etiyolojisinde çeşitli faktörler rol oynadığından patofizyolojisinde de çeşitli nörobiyolojik mekanizmaların veya bunların kombinasyonlarının rol oynadığı ortaya çıkmaktadır (118). Bu patolojik süreçlerden yola çıkarak da deliryumun oluşumuyla ilgili farklı teoriler öne sürülmüştür. Bu teoriler nörotransmitter süreçlerindeki dengesizliklere, beyin enerji mekanizmasındaki bozulmalara, inflamasyon süreçlerine, ilaçlara, ağ bağlantılarındaki bozukluklara ve beyindeki dejenerasyona dayanmaktadır. Mevcut teorilerin deliryumun tüm fenomenini tek başına açıklamak yerine bunların ikisi veya daha fazlasının birlikte hareket ederek bildiğimiz biyokimyasal bozukluğa yol açtığı düşünülmektedir (117). Bunun yanında deliryumu, akut kalp yetmezliği gibi akut beyin yetmezliği olarak tanımlayan ve sistem entegrasyonu başarısızlığı hipotezi ile tüm teorileri bütünleştirmeye çalışan bir yaklaşım da mevcuttur (98). Bu teori nörotransmitter dengesizliği ve ağ bağlantısındaki bozulmalar ile sonuçlanan tüm olası etiyolojilerin akut beyin yetmezliğine ve deliryum belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olduğunu öne sürmektedir (98).

Hipotezlerin hepsinde biyolojik bir stres faktörü rol oynamaktadır fakat her hastanın deliryuma girmediği gibi her stres faktörünün her bireyde aynı yanıtı oluşturmadığı bilinmektedir. Örneğin dirençli bir beyne sahip bir birey şiddetli bir stres faktörü ile karşılaştığında hafif deliryum belirtileri verip iyileşebilirken, savunmasız hassas bir beyne sahip bir birey hafif bir stres faktörüne dahi şiddetli deliryum belirtileri verebilir, hatta kalıcı bilişsel gerileme yaşayabilir (97). Altta yatan bir yatkınlık ve savunmasız bir beyin ile üst üste gelen bir stres faktörü deliryum patofizyolojisinin anahtarı gibi görünmektedir (119).

Deliryum gelişiminde birçok nörotransmitterin ismi geçse de en çok öne çıkan nörotransmitter dengesizlikleri ACh (aseltilkolin) bulunabilirliğindeki eksiklik (kolinerjik sistem); dopamin, norepinefrin ve glutamat salınımındaki fazlalık; serotonin, histamin ve gama aminobütirik asit (GABA) dengesizlikleridir (12,98). ACh eksikliğinde insanlarda EEG (elektroensefalografi) yavaşladığı (119), dopamin fazlalığında hücre membranlarındaki kalsiyum kanal ağlarının bozulmasıyla hücre

enerji mekanizmasının bozularak deliryumun belirtilerinin ortaya çıktığı bilinmektedir (120). Dopamin katekolamin sentez yoluyla norepinefrinin öncüsüdür ve dikkat, bellek, biliş, motor kontrolü, ruh hali ve hormon salınımında önemli rol oynar. Hiperaktif ve karma tip deliryum bulgularıyla ilişkilendirilen dopamin, amfetamin ve kokain gibi maddeler tarafından da salgılanması uyarılmaktadır (121). GABA nöronal uyarılabilirliği azaltmada rol oynayan, birincil inhibitör nörotransmiterdir. GABA' nın ve seratoninden türetilen bir nörohormon olan melatoninin deliryumdaki mekanizması belirsiz olsa da deliryumda rol oynadığı düşünülmektedir (121).

Birçok biyolojik faktör nörotransmitter dengesini doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. İlaçlar, hiperkortizolizm, elektrolit bozuklukları, hipoksi, bozulmuş glikoz oksidasyonu, toksinler, hareketsizlik gibi birçok faktör nörotransmisyon ve hücresel metabolizma ile doğrudan ilişkilidir ve deliryumun gelişmesine neden olan nörotransmitter dengesizliklerinde doğrudan rol oynamaktadırlar (117). Sepsis ve inflamatuar yanıt gibi faktörlerin ise nörotransmisyonu dolaylı yoldan etkileyerek rol oynadığı düşünülmektedir.

Çeşitli nedenlerle artan inflamasyonun tam açıklanamasa da deliryum ile ilişkili olduğu bilinmektedir (122,123). Periferik sitokinlerin (IL-1, IL-6, TNF-a ve CRP) (İnterlökin-1-6, Tümör Nekrozis Faktör-Alfa ve C-reaktif protein) kan beyin bariyerindeki hücreleri aktive ederek inflamatuar kaskadı yaydığı ve nöronlara doğrudan zarar vererek deliryuma yol açtığı düşünülmektedir (124). Ayrıca sitokinlerin merkezi sitokin üretimine yol açarak ve nörotransmisyondaki değişikliklere neden olarak deliryuma neden olabileceği diğer öne sürülen mekanizmalardır (122). Deliryumun patofizyolojisinde ismi geçen diğer biobelirteçler insülin benzeri büyüme faktörü-1, apolipoprotein-E (APO-E), estradiol, TNF-Alfa' dır (125). Deliryumlu hastalarda ameliyat öncesi inflamatuar parametrelerin (beyaz kan hücresi sayısı, nötrofil sayısı, CRP, IL-6) yüksek olduğunu(13,126), kortizolün deliryumun öngörücüsü olduğunu (127) bildiren çalışmalar bulunmaktadır.

2.5. Deliryumun Risk Faktörleri

Literatürde deliryum risklerini belirlemek için farklı hasta gruplarıyla yapılmış birçok çalışma mevcuttur. Bu risk faktörlerinden en sık bahsedilenleri ileri yaş ve

bireydeki bilişsel bozukluk ile komorbid durumlardır. Deliryumun yatkınlık oluşturan risk faktörleri daha yüksek yaş (18,128), görme ve işitme bozukluğu (12), kötü beslenme (129,130), kırılganlık (131), var olan bilişsel bozukluk (132,133), hipertansiyon, diyabet, alkol ve tütün kullanımı (133) olarak bildirilmektedir (134). Yeni başlayan demans, var olan demansın kötüleşmesi ve kalıcı bilişsel bozulma deliryum için güçlü bir risk faktörü olmasının yanında (135), demans veya depresyonla birlikte önceden var olan psikiyatrik morbiditede deliryumun kötü prognozunun öngörücüleridir (115). Yaşlanma süreci ve eşlik eden fizyolojik değişiklikler deliryum için bağımsız bir risk faktörü oluşturmaktadır. Yaşlı bireyler fizyolojik rezerv eksikliği nedeniyle strese ve hastalığa dolayısıyla deliryuma karşı giderek daha savunmasız hale gelmektedir (118).

Deliryum için tetikleyici risk faktörleri; ilaçlar (benzodiazepinlerin, opioidler, dihidropiridinler ve antihistamin H1 antagonistleri, psikoaktif ilaçlar, midazolam, insülin) (18,128,133,136,137), polifarmasi (kullanılan ilaç sayısının daha fazla olması), yönetilmeyen ağrı, (138) mekanik ventilasyon süresidir. Ayrıca koma, dren ve katater kullanımı, hastalık şiddeti, APCHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) gibi akut hastalık skorları, anormal laboratuvar ölçümleri de (hiperürisemi, hipoalbuminemi, asidoz, CRP yüksekliği) deliryumun tetikleyici risk faktörlerindendir (18,94,128).

Deliryum için çevresel faktörler de risk oluşturmaktadır. Bunlar izolasyon, ziyaret eksikliği, görünür gün ışığının olmaması, başka bir birimden transfer ve fiziksel kısıtlamaların kullanılması, yoğun bakımda kalma süresinin uzunluğu olarak bildirilmektedir(94,133). Zaal Devlin ve arkadaşlarının otuz üç çalışmayı dahil ettikleri sistematik incelemede (2015) yoğun bakım hastaları için yaş, demans, hipertansiyon, acil cerrahi operasyon ya da travma, mekanik ventilasyon, metabolik asidoz, APACHE II skoru, önceki gün deliryum, koma ve çoklu organ yetmezliği gibi durumların deliryum için risk faktörleri olduğu bulunmuştur (139).

Yoğun bakımdaki 523 hastanın dahil edildiği bir kohort çalışmada (2009) Devlin ve arkadaşlarından farklı olarak deliryum için risk faktörleri yoğun sigara içme, günde üç birimden fazla alkol tüketimi, evde yalnız yaşamak, akut hastalıklar ile ilgili faktörler (drenler, tüpler, kateter kullanımı, sedasyon ve psikoaktif ilaç kullanımı),

izolasyon, ziyaret eksikliği, görünür gün ışığının olmaması, birim değişikliği ve fiziksel kısıtlama olarak bulunmuştur (133). Kuzey Amerika' da yoğun bakım hastalarıyla yapılan bir çalışmada (2015) kısıtlama kullanımı, antipsikotik kullanımı ve midozolam dozu deliryum başlangıcı ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur (19). Bu çalışmada deliryumlu hastaların erkek olma olasılığı, alkol ve tütün kullanma olasılığı ve koma oranı daha yüksek çıkmıştır (19).

Kalp cerrahisi hastaları için belirlenen risk faktörleri şunlardır: ileri yaş, preoperatif bilişsel bozukluk, depresyon, serebrovasküler hastalık öyküsü, periferik vasküler hastalık, diabetes mellitus, %30 veya daha az sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, anemi, ameliyat öncesi kardiyojenik şok, acil operasyon, atriyal fibrilasyon, intraoperatif olarak uygulanan daha yüksek doz fentanil, intraoperatif hemofiltrasyon, artan cerrahi süresi, postoperatif hipoksi, postoperatif ölçülen CRP maksimum değeri, ve daha uzun süreli mekanik ventilasyondur (140–143). Chen ve arkadaşları yaptığı meta analiz çalışmasında (2021) diğerlerinden farklı olarak deliryum için kalp ameliyatları öncesi risk faktörlerini karotis arter stenozu, ameliyat öncesi statin kullanımı, hipertansiyon ve kalp yetmezliği olarak bildirmişlerdir (4). Velayati ve arkadaşları da CABG (koroner arter bypass greftleme) öncesi şiddetli beslenme yetersizliğinin deliryumun ortaya çıkması ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (130). Bramley ve arkadaşları, içinde kalp cerrahi hastalarının da bulunduğu 18 çalışmayı incelemiş (2021) ve yaygın olarak incelenen tutarlı risk faktörlerini artan yaş, huzurevi ikametgahı, önceden var olan bilişsel bozukluk, psikiyatrik bozukluklar, serebrovasküler hastalık, son evre böbrek yetmezliği, düşük albümin, daha yüksek ASA skoru ve intraoperatif kan transfüzyonunu olarak bulmuşlardır (144). Deliryumun belirtilen risk faktörleri aşağıda Tablo 1' de gösterilmiştir.

Tablo 1: Deliryumun Risk Faktörleri (3,4,12,18,19,94,115,118,128–133,135–144)

Yatkınlık Oluşturan Risk Faktörleri	**Tetikleyici Risk Faktörleri**
İleri yaş	Acil cerrahi veya travma
Görme işitme bozukluğu	İlaçlar (ameliyat öncesi statin kullanımı, midazolam dozu, antipsikotik kullanımı, insülin, benzodiazepinler, opioidler, dihidropiridinler ve antihistamin H1 antagonistleri)
Erkek cinsiyet	Polifarmasi
Kötü beslenme	Yönetilmeyen ağrı
Kırılganlık	Anormal laboratuvar bulguları (metabolik asidoz, hiperürisemi, hipoalbuminemi)
Alkol, tütün kullanımı	Mekanik ventilasyon süresi
Var olan bilişsel bozukluk (demans, hafif kognitif bozukluk)	Hastalık şiddeti (APACHE II Skoru)
Depresyon	Karotis arter stenozu
Hipertansiyon	Koma
Diyabet	Çoklu organ yetmezliği
Deliryum geçmişi	Sol ventriküler ejeksiyon fraksiyon yüzdesi (LVEF)
	Dren ve kateter kullanımı
	Ateş
	Çevresel Risk Faktörleri
	Evde yalnız yaşamak
	İzolasyon/ ziyaret eksikliği
	Görünür gün ışığının olmaması
	Başka bir birimden transfer
	Fiziksel kısıtlamaların kullanılması
	Yoğun bakımda kalma süresinin uzunluğu

Deliryum %30-40 oranında önlenebilir bir durumdur (30,78,145,146). Deliryumun önlenebilmesi ve iyi yönetilebilmesi için risklerin değerlendirilmesi ve riskli hastaların önceden tahmin edilmesi fayda sağlayacaktır (128,146). Deliryumu tahmin etmek için çeşitli tahmin modelleri geliştirilmiş ve geliştirilmeye devam etmektedir. Bu modellerden en çok bilineni yoğun bakımlar için oluşturulan PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICU Patients), modeli, makine öğrenmesi tahmin modeli olan ML (machinelearnings), kalp cerrahisi için risk tahmin modeli olan DELIPRECAS (DELIrium PREvention CArdiac Surgery)' dır. Lindroth ve arkadaşları (2018) deliryum tahmin modellerinin sonuçlarının değişken ve tahmin yeteneklerinin düşük olduğunu bulmuşlardır (147). Deliryum risk tabakalandırma modellerini inceleyen çalışmalar yeni modellerin geliştirilmesi yerine olan modellerin iyileştirilmesini, entegrasyonunu ve klinik uygulamadan önce daha fazla araştırma yapılmasını önermektedirler (147,148).

PRE-DELIRIC modeli Hollanda da Boogaard ve arkadaşları tarafından geliştirilen, yoğun bakım hastalarında deliryum riskini 24 saatte erken tahmin edebilmek için kullanılan bir modeldir (149). PRE-DELIRIC, on risk faktörünün değerlendirilmesini (yaş, APACHE-II hastalık skoru, koma durumu, hastaneye yatma nedeni, enfeksiyon ve metabolik asidoz varlığı, üre konsantrasyonu, sedatif ilaç ile morfin kullanımı ve acil yatış durumu) içerir, Türkiye ve çeşitli ülkelerde doğrulanmıştır (150–153).

ML, çeşitli algoritmalar kullanarak deliryumu tahmin eden yapay zekanın yan dalıdır. Deliryum tahmininde birçok ML modeli geliştirilmiş ve geliştirilip, doğrulanmaya devam etmektedir (154–156).

DELIPRECAS, Varga Martinez ve arkadaşları tarafından 2021 yılında kalp cerrahi hastaları için geliştirilen bir modeldir. Tanımlanmış klinik dört risk faktöründen oluşur: 65 yaş üstü olmak, Mini-Mental Durum Muayenesi puanının 25-26 puan (bilişsel işlevde olası bozulma) veya <25 (bilişsel işlevde bozulma), tıbbi tedavi gerektiren uykusuzluk ve düşük fiziksel aktivite (günde 30 dakikadan az yürüme)' dir. Yine Varga Martinez ve arkadaşları tarafından doğrulanan DELIPRECAS modeli ameliyat sonrası deliryum oluşma riskini ameliyat öncesi tahmin etmektedir (157). Post operatif deliryum tedavisindeki sınırlılıklar nedeniyle

perioperatif risk azaltma yöntemlerini öneren çalışmalar bulunmaktadır (158). Bu yaklaşımlar anestezi derinliği takibi, intraoperatif deksmedetomidin infüzyonu ve opioid tasarruflu analjezi seçimini içerir (158).

2.6. Deliryumu Değerlendirme ve Tanılama Araçları

Deliryum sıklıkla tanınmayan, kolayca gözden kaçan bir durumdur ve tanılama için kısa bir bilişsel tarama ile dikkatli bir klinik gözlem gerektirir (12). Hastanede yatan hastaların deliryum açısından risk altında olabileceği unutulmamalı, günlük olarak deliryuma işaret eden değişiklikler ve dalgalanmalar açısından gözlemlenmeli ve belirtilerden herhangi biri mevcutsa uygun bir değerlendirme aracıyla değerlendirilmelidir (159). Referans alınan tanı kriterleri Amerikan Psikiyatri Birliği Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı olan DSM-V ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması olan ICD-10' dur. Deliryumun tanılanması amacıyla birçok araç doğrulanmıştır. Bu araçlardan en yaygın kullanılanlar ve önerilenler yoğun bakım üniteleri için tasarlanmış olan CAM-ICU (Yoğun Bakım Ünitesi Karışıklık Değerlendirme Yöntemi) ve ICDSC (Yoğun Bakım Deliryum Tarama Kontrol Listesi), ayrıca Nu-DESC (Hemşirelik Deliryum Tarama Ölçeği) ile 4AT' dir (160–162).

NICE (National Institute of Health and Clinical Exellence) deliryum rehberi deliryum göstergelerinden herhangi biri gözlemlendiğinde yetkinliğe sahip bir sağlık bakım uygulayıcısı tarafından 4AT kullanılarak bir değerlendirme yapılmasını; kritik bakımda veya ameliyattan sonra yoğun bakımda 4AT yerine CAM-ICU veya ICDSC' nin kullanılmasını önermektedir (159). CAM-ICU ve ICDSC' nin en iyi performansı özel eğitim almış kişilerce uygulandığında gösterdiğini ve bu nedenle cerrahi birimlerde NuDESC' in daha iyi bir seçenek olduğunu savunan çalışma da vardır (163,164). Kılıç ve arkadaşları Türkiye' de yoğun bakımlarda en sık kullanılan araçların CAM-ICU, ICDSC ve Nu-DESC olduğunu bildirmektedir. Bunlar arasında kolay, uygulanabilir ve yüksek güvenirlik özelliği ile hemşirelerin kullanımına en uygun olanının Nu-DESC olduğun sonucuna varmışlardır (164). Deliryum tarama araçlarının fazla olması yapılan çalışmalarda heterojenliğe neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar tarama araçlarının standardizasyonunu önermektedir (125).

Deliryum İçin Tarama Araçları:

Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU- Yoğun Bakım Ünitesi için Karışıklık Değerlendirme Yöntemi): Resmi psikiyatri eğitimi olmayan yoğun bakım personeli tarafından kullanılmak üzere, (165) DSM-IV kriterlerine dayanarak 2001 yılında tasarlanmıştır (166). Mental durum, dikkatsizlik, bilinç düzeyi ve dağınık düşünmeyi ölçen dört özellikli, akış şeması halinde olan bir ölçektir. Farklı ülkelerde yüksek geçerliliği ve güvenirliği doğrulanmıştır (166). Başta mekanik ventilasyon uygulanan hastalar için kullanılsa da yoğun bakım hastalarında da kullanılabileceği yayınlanmıştır (167).

İntensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) (Yoğun Bakım Deliryum Tarama Kontrol Listesi): Bergeron ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yoğun bakım hastaları için tasarlanmıştır (168). Sekiz maddelik bir test olan ICDSC; bilinç değişikliği, dikkat ve oryantasyonda bozulma, halüsinasyon varlığı, ajitasyon ya da retardasyon, konuşmada uygunsuzluk, duygu durumunda değişiklik, uyku döngüsünde bozulma ve bulgularda dalgalanmanın değerlendirilmesini içerir. Yatak başında hızla uygulanabilirliği olan, yüksek güvenilirlik ve geçerlilikle farklı dillere çevrilmiş bir tarama aracıdır (166).

4AT: Klinik kullanım için tasarlanmış, iki dakikadan kısa sürede uygulanabilen bir deliryum değerlendirme aracıdır (169). Uyanıklık, dikkat, yönelim ve semptom dalgalanmasını içeren dört madde içerir (169).

Nursing-Delirium Screening Scale (Nu-DESC) (Hemşirelik Deliryum Tarama Ölçeği: Hemşirelerin herhangi bir eğitim almadan kullanabilecekleri, kısa bir değerlendirme aracıdır (170). Yönelim bozukluğu, uygunsuz davranışlar, uygunsuz iletişim, illüzyonlar-halüsinasyonlar ve psikomotor gerileme basamaklarını içeren beş maddelik bir testtir (170).

2.7. Yoğun Bakım Ünitesinde Deliryumun Yönetimi ve Hemşirenin Rolü

2.7.1. Deliryumun Yönetiminde Non-Farmakolojik Yöntemler ve Hemşirenin Rolü

Deliryumun hala etkili bir tedavisi bulunmamaktadır (171). Deliryumun etkili tedavisinin olmaması nedeniyle deliryum yönetiminde önleme tedaviden daha etkili bir strateji olarak görünmektedir (172). Farmakolojik olmayan müdahalelerin deliryum insidansını (%30-40 oranında) (78,145,146) ve süresini (173) azalttığı bilinmektedir. Ayrıca olumsuz olay riski düşük olması nedeniyle ilk adım olarak önerilmektedir (20,146,167).

Hastaların deliryum eğitimi almış, yetkin multidisipliner sağlık ekibi tarafından aktif olarak birlikte yönetilmesi önemlidir (174). Ancak hasta ile sürekli temas halinde olan hemşireler yönetimde ön plana çıkmaktadır (27,31). Deliryum bulgularının erken fark edilmesinde hemşirelerin önemli görevleri ve sorumlulukları vardır (8). Hastayla ilk karşılaşıldığında anemnezi alınmalı, deliryum açısından değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır. Deliryum tanısı, değerlendirmesi ve tedavisi, bakım geçişleri boyunca yönetimi kolaylaştırmak için tıbbi kayıtta ve taburcu özetinde belgelenmesi önemlidir (175). Rehberler tüm yoğun bakım hastalarının rutin olarak (vardiyada bir kez) tarama aracı kullanılarak deliryum açısından değerlendirilmesini (20,167,176) ve değerlendirmede tarama araçlarından 4AT, CAM-ICU ve ICDSC araçlarının kullanımını önermektedir (159,167).

NICE rehberi deliryumu önlemek için riskli bireylerin belirlenerek kişiye özel, hastanın ihtiyaçlarına ve bakım ortamına uyarlanmış çok bileşenli müdahaleyi tavsiye eder (159). Çok bileşenli farmakolojik olmayan müdahaleler tedavi etkinliğini arttırmaktadır (12,177). Kasapoğlu ve arkadaşları çoklu farmakolojik olmayan hemşirelik uygulamalarının (oryantasyon mesajı dinletmek, gece göz bandı takmak ve günlük gazete okumak) yoğun bakımda deliryum insidansını azalttığını bulmuşlardır (78). İran' da yapılan bir çalışmada (2021) koroner arter baypas graft geçiren hastalara kişiye özel deliryum önleyici müdahale (yeniden yönlendirme, terapötik aktiviteler, psikotrop ilaçların kullanımının azaltılması, erken mobilizasyon, uykunun teşvik edilmesi, yeterli sıvı alımı ve beslenme, görme ve işitme adaptasyonlarının

sağlanması) ile ameliyat sonrası yoğun bakımda kalış süresinin kısaltılabildiği bulunmuştur (7).

Deliryum kılavuzlarının önerdiği farmakolojik olmayan müdahaleler arasında hastanın kolayca görebileceği yerlerde saat ve takvim bulundurmak, ortamın uygun aydınlatılması, yeniden yönlendirmeler (nerede olduklarını, kim olduklarını, sizin kim olduğunuzu gibi), hastaya güvence verme, aile bireylerinin düzenli ziyaretini sağlama, işitme ve görme yardımcılarının temin edilmesidir (159). Yoğun bakımdaki hastalara hem yeniden yönlendirme stratejisi hem de çevresel, akustik ve görsel uyarım uygulanan bir çalışmada (2012) deliryumun %35 oranında azaldığı bulunmuştur (145).

Yoğun bakım ortamı hastalara birçok müdahalenin, laboratuvar testleri, röntgen çekimlerinin yapıldığı, bakım verildiği, giriş çıkışların çok olduğu, makine seslerinin de eklenmesiyle epey gürültülü ve kafa karıştırıcı bir ortam olmaktadır. Deliryumu önlemek için çevresel ortamın düzenlenmesi, gürültünün en aza indirilmesi işe yarar görünmektedir. Zaal ve arkadaşları hastaların tek odalı yoğun bakımlarda kalmasının deliryumu azalttığını ve yoğun bakım ortamının deliryum seyrini etkileyebileceğini öne sürmektedirler (178).

Hastalar olası enfeksiyon, hipoksi, dehidratasyon ve konstipasyon açısından değerlendirilmeli ve gerekli tedaviyi alması sağlanmalıdır. Ayrıca gereksiz kateterizasyondan, birim değişikliğinden, polifarmasiden kaçınılması gerekmektedir (179). Hatlar ve tüpler de ihtiyaç duyulmadığında en kısa sürede en aza indirilmelidir ve hastalar mümkün olan en erken zamanda yoğun bakımdan çıkarılmalıdırlar (177). Ayrıca deliryumlu hastanın yakınlarına bilgi verilmeli ve destek sağlanmalıdır (159). Williams ve arkadaşları risk altında olan hastalar ve aileleri için deliryum öncesi eğitim gibi önleyici eylemlerin, sıkıntıyı ve psikolojik morbiditeyi azaltabileceğini bildirmekte ve bunu mümkün kılabilmek için klinisyenlerin anlayışlarının iyileştirilmesini önermektedir (180).

Uyku saatlerinde ortamın gürültü ve ışığının azaltılması, tedavi ve bakımın buna göre planlanması hastanın uyku hijyeni açısından önemlidir (167). Aynı zamanda ağrının değerlendirilmesi ve yönetilmesi gerekmektedir (167). Hastalar beslenme ve hareket etme açısından cesaretlendirilmeli ve desteklenmelidir (159). Eğer kişilerin diş protezi varsa temin edilip düzgün yerleştiğinden emin olunmalı, ameliyattan sonra

erken mobilizasyon planlanmalıdır (167). Erken mobilizasyonun deliryumu önleyip önleyemeyeceğini inceleyen bir meta analiz çalışması (2023) net bir kanıt sunmasa da yoğun bakım ünitesinde erken mobilizasyonu, beyin perfüzyonunu iyileştirmek için hastaların koşullarına uyarlanarak bireysel hasta bazında düşünülmesini önermektedir (181). Hasta mobil değilse yatak içi egzersiz ile hareket etmesi sağlanmalıdır. Bu anlamda deliryum risk faktörlerinden biri olan ve deliryumun kalıcılığında rol oynayabilen fiziksel kısıtlama kullanımından olabildiğince kaçınılmalıdır (182).

Vasilevskis ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve sonrasında aile desteğinin de eklenmesiyle oluşan ABCDEF paketi: Ağrıyı değerlendirme (A), kendiliğinden uyanma ve solunum denemeleri (B), sedasyon seçimi (C), deliryum değerlendirme (D), erken hareketlilik (E) ve aile katılımı basamaklarını içerir (Tablo:2) (183). ABCDEF (A2F) yoğun bakım için oluşturulmuş çoklu farmakolojik olmayan müdahale modelidir. A2F paketinin hastanede ve yoğun bakımda kalış süresini kısalttığı, koma ve deliryum süresi dolayısıyla maliyeti azalttığı gösterilmiştir (20). ABCDEF paketinin sağ kalım, mekanik ventilasyon kullanımı, koma, deliryum, kısıtlamasız bakım, yoğun bakım ünitesine tekrar yatışlar ve yoğun bakım ünitesinden taburcu olma durumu dahil olmak üzere sonuçlarda anlamlı iyileşmeler göstermiştir (184).

Tablo 2. Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastalar İçin Entegre ABCDEF Paketinin Bileşenleri (184)

A (Assess- Manage Pain)	Ağrıyı değerlendirin, önleyin ve yönetin
B (Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trials)	Hem kendiliğinden uyanma denemeleri hem de kendiliğinden solunum denemeleri
C (Choice of Sedation and Analgesia)	Analjezi ve sedasyon seçimi
D (Delirium Assessment – Management)	Deliryumu değerlendirin, önleyin ve yönetin
E (Early Mobilisation and Exercise)	Erken hareketlilik ve egzersiz
F (Family Engagement)	Aile katılımı ve güçlendirme

Inouye ve arkadaşları tarafından 1999 yılında çok bileşenli bir müdahale programı denendi. Bu müdahaleler ile deliryum ataklarının sayısında ve süresinde önemli azalmalar görüldü (185). Bu program, sık yeniden yönlendirme ve bilişsel uyarım, erken mobilizasyon, uyku optimizasyonu (gürültü azaltma stratejileri ve gevşeme teknikleri kullanılarak), görme ve işitme bozukluğunun erken tanınması ve düzeltilmesi (mevcut olduğunda gözlük ve işitme cihazlarıyla) ve dehidratasyonun önlenmesini vurgulayan Hastane Yaşlı Yaşam Programıdır (HELP). Yapılan meta analiz çalışmaları HELP ve çoklu farmakolojik olmayan girişimlerin deliryum insidansını yaklaşık %40 oranında azalttığını bulmuşlar ve kullanılmasını desteklemişlerdir (30,186). Ancak Bannon ve arkadaşları yaptıkları bir sistematik inceleme ve meta analiz çalışmasında (2019) deliryumun insidansını ve süresini azaltmada farmakolojik olmayan müdahalelerin kullanımının kanıtı olmadığını bulmuşlar ve bu yöntemleri desteklemediklerini bildirmişlerdir (187). Ayrıca Rood ve arkadaşları da 1749 hastaya randomize kontrollü olarak çoklu hemşirelik müdahaleleri uygulamışlar, bunun deliryumsuz ve komasız hayatta kalma günlerinin sayısında bir değişikliğe neden olmadığını bildirmişlerdir (188). Yine de bu tür müdahalelerin diğer hasta popülasyonlarındaki başarısı ve düşük riskleri nedeniyle, klinik uygulama yönergeleri, bilişi iyileştirme, uyku düzenine dikkat etme, hareket etme ve duyusal uyarıyı desteklemeye odaklanan ayrıca değiştirilebilir risk faktörleri ve klinik ortamın kontrolünü içeren çoklu farmakolojik olmayan müdahalelerin kullanımını savunmaktadır (176).

2.7.2. Deliryumun Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler

Deliryumun farmakolojik olarak önlenmesine ve tedavisine yönelik ikna edici kanıtlar yoktur (12,171). Deliryum teşhisi konan kişilerde deliryum yönetimi; altta yatan tıbbi bozukluğun tedavisi, davranış bozukluğunu yönetmek ve destekleyici bakım basamaklarını içermektedir (146,167,179). Tüm deliryumlu hastaların kapsamlı bir öykü, ayrıntılı fizik ve nörolojik muayene, laboratuvar testleri ile değerlendirilmesi gereklidir (146).

Deliryumlu hastalarda en çok kullanılan farmakolojik ajanlar haloperidol, benzodiazepinler, diğer antipsikotikler ve deksmedetomidindir (189). Ancak ABD Gıda ve İlaç Dairesi deliryumun tedavisi için hiçbir ilacı onaylamamıştır. NICE

klavuzu deliryuma bağlı ajitasyon hastanın kendine ve başkalarına zarar verecek seviyedeyse ve farmakolojik olmayan yöntemlerle çözülemiyorsa, kontrendike olmayan durumlarda düşük doz haloperidolün kısa süreli kullanımı önermektedir (159). Haloperidolün kullanımını destekler nitelikte, mortaliteyle ilişkili olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur (189), ancak haloperidol tedavisinin plaseboya kıyasla deliryum süresi, hayatta kalma ve hastaneden çıkma sayısında fark yaratmadığını kanıtlayan çalışmalar da vardır (190,191). Aynı zamanda PADIS rehberi (Ağrı, Ajitasyon, Deliryum, Hareketsizlik ve Uyku Bozukluğu Kılavuzu), deliryum tedavisinde haloperidol veya atipik antipsikotik ilaç kullanılmamasını önermektedir. Parkinson hastalığı, Lewy Body demansı, nöbet öyküsü ve önceki nöroleptik malign sendrom gibi antipsikotiklere kontrendikasyonları olan hastalarda ajitasyon benzodiazepinlerle daha iyi yönetilebilir ancak yeni ameliyat olmuş solunum komorbiditeleri olan yaşlı hastalar için ise risklidir (146). Morfinin, kardiyak cerrahi sonrası hiperaktif deliryumlu hastaların tedavisinde haloperidole makul bir alternatif olduğunu belirten çalışma da bulunmaktadır (192). Atalan ve arkadaşları çalışmasında (2013) morfin tedavisinin ikinci ve üçüncü saatlerinde Richmond Ajitasyon ve Sedasyon Ölçeği skorlarının istatistiksel olarak düştüğünü ve morfin alan hasta grubunun daha az ek sedasyona ihtiyaç duyduğunu bulmuşlardır (192).

Kalp cerrahisi hastalarında da antipsikotiklerin deliryum süresini azalttığına veya deliryumdan sonra uzun vadeli sonuçları iyileştirdiğine dair kanıtlar zayıftır (16). Deliryumu tedavi etmek için şiddetli ajitasyon ve stresli semptomların (anksiyete, halüsinasyonlar, sanrı, korku) kısa süreli tedavisi dışında antipsikotik kullanımı önerilmemektedir (20). Zaal ve arkadaşları deksmedetomidin kullanımının daha düşük deliryum prevalansı ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir ancak Stollings ve arkadaşları deliryumu önlemek için antipsikotik, deksmedetomidin ve statin önermemektedir (20,139).

2.7.3. Hemşirelerin Deliryum Yönetiminde Yaşadığı Güçlükler

Deliryumla ilgili muazzam bir literatür olmasına rağmen yoğun bakımdaki deliryum hemşireler tarafından yeterince bilinmemektedir (26). Literatürdeki çalışmalar hemşirelerin deliryumla ilgili bilgi eksikliği olduğunu bildirmektedir (69,83). Eliot ve arkadaşlarının yaptığı anket çalışmasında (2014) katılımcı

hemşirelerin yaklaşık yarısının (58), Bahadır ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2023) hemşirelerin %67' sinin deliryumla ilgili eğitim almadığı, Kara Söylemez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2024) hemşirelerin deliryumu değerlendirmede kendilerini yetersiz hissettikleri, bunun da eğitim eksikliğinden kaynaklandığı bulunmuştur (84).

Yoğun bakımlarda deliryumun hemşireler için önemli bir sorun olarak görüldüğü (72), ancak buna rağmen standart araçlarla yeterince değerlendirilmediği anlaşılmaktadır. Özsaban ve arkadaşlarının 2016 yılında 301 hemşireyle yaptığı bir anket çalışmasında hemşirelerin yarısından fazlasının deliryum değerlendirmesi yaptığı ancak çok azının standart değerlendirme araçlarını kullandığı bulunmuştur (66). Sarı ve arkadaşlarının 175 hemşire ile yaptıkları çalışmada (2023) hemşirelerin %86'sının tanılama yapmadığı görülmüştür (73). Hemşireler diğer işlerinin yanında deliryumu meydana geldikten sonra fark etmektedirler (26). Devlin ve arkadaşları değerlendirmeye yönelik engeller arasında entübasyon, deliryumu değerlendirme aracının karmaşıklığı ve sedasyon seviyesinin olduğunu bulmuşlardır (193). Deliryumu düşük öncelikli konu olarak görme, belirtileri görünür ve net hale gelene kadar fark edilmemesi, zaman yetersizliği ve bilgi eksikliği de diğer engellerdir (26,34,194,195). Bunun yanında deliryumun demansla karıştırılması da gözden kaçmasına neden olmaktadır. Özellikle daha kötü prognozla ilişkilendirilen hipoaktip alt tipin gözden kaçma olasılığı daha yüksektir (93). Voyer ve arkadaşlarının 156 hemşire ile yaptığı bir kohort çalışmada (2008) %71 yaygınlıktaki deliryumlu hastaların yalnızca %13 ünün tespit edilebildiğini bulmuşlardır (57). Ayrıca hemşirelerin deliryuma ilişkin dar bir bakış açısına sahip olması durumunda da deliryum tespiti engellenebilir (26,66).

Çalışmalar deliryumlu hastaların bakım verenlerinin yüksek düzeyde sıkıntı yaşadıklarını bildirmektedir (26,35,196). McDonnell ve arkadaşları hemşirelerin deliryumlu hastalara bakarken deneyimlediği öznel yükün yüksek olduğunu görmüşler ve bu hastalara bakmanın hemşireler için zorlayıcı olduğunu vurgulamışlardır (63). Hemşirelerin deliryum yönetimindeki önemi açıktır (180) ve deliryum açısından eğitim alması (42,83,196,197), desteklenmesi ve çalışma şartlarının iyileştirilmesi (84) önemlidir. Bu açıdan hemşirelerin deliryum yönetiminde fiziksel bakım ile sınırlı kalmaması, kendilerini desteklenmiş ve yeterli hissedebilmesi için uzman

konsültasyon liyazon hemşireliği ile iş birliği sağlanmasının önemi açıktır (198). Konsültasyon liyazon hemşireliğinin dahil olması deliryum yönetiminde yaşanan sorunların çözümünde fayda sağlayabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kalitatif araştırma metodlarından biri olan tanımlayıcı kalitatif türdedir. Kalitatif araştırma, doğal ortamdaki sosyal olayların sistematik olarak araştırılmasıdır (199,200) Bu tasarımda araştırmacı insanların hayatlarının çeşitli yönlerini nasıl deneyimlediklerini, bireylerin ve grupların nasıl davrandığını, olayların neden meydana geldiğini, ne olduğunu incelemektedir. Tanımlayıcı kalitatif araştırma olayları ve katılımcıların bu olaylara yüklediği anlamları daha iyi anlamayı amaçlamaktadır (201). Bu araştırma da hemşirelerin deliryum ile ilgili düşüncelerini ve deliryumu olan birey ile olan deneyimlerini daha iyi anlamak amacıyla tanımlayıcı kalitatif desende yapılmıştır.

Araştırmanın gereç ve yöntem bölümü Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu ile birlikte COREQ kontrol listesinden yararlanılarak yazılmıştır (202).

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Planı

Bu araştırma, Kasım 2022 ile Mayıs 2023 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kalp damar yoğun bakım kliniğinde yapılmıştır. Kalp damar yoğun bakım kliniği üç bölümden oluşmaktadır. Birinci yoğun bakım hastanenin ikinci katında olup ameliyathane ile aynı kattadır ve açık kalp ameliyatı geçiren hastaların ameliyattan sonra çıktığı ilk bölümdür. İkinci ve üçüncü yoğun bakımlar birinci katta olup perifer damar cerrahisi sonrası ameliyattan çıkan hastaların ve ameliyattan iki gün sonra servise çıkarılamayan hastaların tedavi gördüğü yoğun bakımlardır. Her iki katın ayrı hemşire odaları, temizlik ve tıbbi sarf depoları bulunmaktadır. Toplamda 24 yataklı bir ünite olup, bu ünitede 37 hemşire çalışmaktadır. Tüm hemşireler hangi yoğun bakımda çalışacakları önceden belirlenmek üzere üç birimde de çalışmaktadır. Hemşireler çalışma saatlerinde iki hastanın bakımını üstlenmektedir. Hemşireler üç farklı şiftte çalışmaktadırlar. Bunlar 08:00-08:00 saatleri arası (24 saatlik nöbet), 16:00-08:00 saatleri arası (16 saatlik nöbet) ve 08:00-16:00 saatleri arası (sekiz saatlik gündüz mesaisi) şiftleridir. Çoğunlukla 16 veya 24 saatlik şiftlerde çalışmakta ve aylık fazla mesaileri (haftalık 40 saatten fazla) olmaktadır. Çalışma listeleri aylık olarak

sorumlu hemşire tarafından belirlenmektedir. Yoğun bakımda deliryumu olan bireylerin bakımı için bir protokol ve tanılama formu kullanılmamaktadır. Araştırmanın planı aşağıdaki Tablo 3' te bulunmaktadır.

Tablo 3. Araştırma Planı

Literatür tarama	Kasım 2022 – Ocak 2023
Etik kurul izni alınması	Ocak–Şubat 2023 (22.02.2023)
Kurum izni alınması	Şubat-Mart 2023 (23.03.2023)
Verilerin toplanması	Nisan-Mayıs 2023
Verilerin analizi	Temmuz 2023 – Mart 2024
Tez yazım süreci	Nisan 2024 – Aralık 2024

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 20 hemşire araştırma örneklemini oluşturmuştur. Örnekleme alınan hemşireler amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan ölçüt örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Bu çalışmada örneklem, deliryum görülme sıklığının fazla olduğu kalp damar yoğun bakımda çalışan hemşirelerden seçilmiştir. Hemşirelere, çalıştıkları birimde ziyaret edilip yüz yüze görüşülerek ulaşılmış ve uygun oldukları zaman öğrenilip görüşmeler planlanmıştır.

Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi: Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğü belirlenirken, aranan araştırma sorusuna yanıt olabilecek kavramların ve durumların tekrar etmeye başladığı evreye (doyum noktası) ulaşana kadar veri toplamanın sürdürüldüğü bir yöntem kullanılmaktadır (200). Verilerde ulaşılan kavramların ve durumların tekrarlanmaya başladığı noktada yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşıldığına karar verilmektedir. Bu araştırmada da veriler doyum

noktasına ulaştığında örneklem sayısı belirlenmiş olup 20 hemşire ile görüşmeler tamamlanmıştır. Verilerin doygunluğa ulaşma durumuna ikinci ve üçüncü araştırmacılardan da onay alınarak karar verilmiştir. İkinci araştırmacı bir üniversitede profesör unvanı ile öğretim üyesi olarak çalışmakta ve birçok nitel araştırma deneyimi bulunmaktadır. İkinci araştırmacıdan farklı bir üniversitede öğretim üyesi olarak çalışmakta olan üçüncü araştırmacı, nitel araştırma konusunda deneyimli doktora ünvanlı bir kadın araştırmacıdır. Araştırmaya dahil edilecek görüşmelere başlamadan önce bu klinikte çalışan iki hemşire ile pilot görüşmeler yapılıp uzman görüşleri ve önerileri alınmıştır. Pilot görüşmeler sonrasında araştırmada herhangi bir değişiklik yapılmamış ve örnekleme alınan hemşireler ile görüşmeler yürütülmüştür.

Dahil Edilme Kriterleri: Hemşirelerin en az altı aydır kalp damar yoğun bakım kliniğinde çalışıyor olması, deliryumu olan birey ile çalışma deneyiminin olmasıdır.

Görüşme talebinde bulunulan üç hemşire araştırmaya katılmak istememiştir. Altı hemşirenin çalışma süresi altı aydan kısa olduğu için örnekleme dahil edilmemiş, bir hemşire bir aylık yoğun bakım kursunda, bir hemşire görevlendirmede, bir hemşire de sağlık nedeniyle izinde olduğu için ulaşılamamıştır.

3.4. Çalışma Materyali

Bu araştırmada çalışma materyali kullanılmamıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Kalitatif türde bir çalışma olması nedeniyle değişkenleri bulunmamaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada verilerin toplanmasında "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" kullanılmıştır. Ayrıca görüşmelerin kaydedilmesinde "ses kayıt cihazı" kullanılmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu form birinci ve ikinci araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini içeren yaş, cinsiyet,

medeni durum, eğitim durumu bilgileri ile yoğun bakımda çalışma süresi ve deliryumla ilgili eğitim alıp almadığı bilgilerini öğrenmeyi amaçlayan altı soruluk bir formdur (35) (EK-1).

3.6.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Yapılan görüşmelerde yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme, araştırmacının önceden belirlediği konular çerçevesinde kalarak hazırladığı sorular ile beraber aynı konuda daha detaylı bilgi alabileceği ilave sorular sorma serbestliğine sahip olduğu bir görüşme şeklidir (200). Görüşme soruları birinci araştırmacı tarafından hazırlanmış ve ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında uzman olan ikinci araştırmacıdan görüş alınmıştır. Görüşme soruları hemşirelerin deliryumu olan birey ile yaşadığı deneyimlerini daha iyi anlamak amacıyla hazırlanmıştır (EK-2). Görüşmeler sırasında konuşmanın akışına bağlı olarak alt sorular da kullanılmıştır (35,203)**.**

Görüşme Soruları

- Deliryum ile ilgili ne düşünüyorsunuz?
- Deliryumun yönetiminde ne gibi rolleriniz olduğunu düşünüyorsunuz?
- Deliryumlu hastanın bakımında ve önlenmesinde ne tür uygulamalar yapıyorsunuz?
- Deliryumlu hastaya bakım verirken neler yaşıyorsunuz?

Alt Sorulardan Örnekler

- Bireyin deliryuma girdiğini nasıl fark ediyorsunuz?
- Bakım verirken neler hissediyorsunuz?
- Diğer hemşirelerin deliryumu olan bireye bakım verirken yaşadıkları durumlar sizi nasıl etkiliyor?
- Bu durumla nasıl baş ediyorsunuz?

3.6.3. Ses Kayıt Cihazı

Görüşmelerin ses kaydını almak için Apple marka iPad kullanılmıştır.

3.6.4. Verilerin Toplanması

Bu araştırmada veriler, hemşirelerin deliryum ile ilgili düşüncelerini, algılarını ve deneyimlerini öğrenebilmek için, araştırmacı tarafından yapılan "bireysel derinlemesine görüşme yöntemi" ile toplanmıştır. Derinlemesine görüşme yöntemi, belli bir amacı olan ve önceden belirlenerek yapılan, soru sorup cevap almaya dayalı, katılımcıların düşünme biçimleri ile ilgili zengin bir anlayışı elde etmeyi sağlayan iletişim sürecidir (204).

Görüşmeler, ilk kez nitel araştırma yapan yüksek lisans öğrencisi kadın araştırmacı (birinci araştırmacı) tarafından yapılmış ve ikinci araştırmacı olan uzman tarafından değerlendirilmiştir. Birinci araştırmacı nitel araştırma konusunda lisans üstü araştırma dersi almış ayrıca nitel araştırma kursuna katılmıştır. Birinci araştırmacının görüşmelerin yapıldığı yoğun bakımda beş yıl çalışma deneyimi vardır ve çalışan ekibin bir kısmıyla beraber çalışma deneyimleri bulunmaktadır. Ortak deneyimlerin görüşmelerde araştırmacı ve hemşireler arasında güven ilişkisine katkısı olmuş olabilir ve hemşirelerin görüşmelerde paylaşımlarını arttırmış olabilir. Birinci araştırmacının deliryumu olan hastaya bakma deneyimleri olup konuya ilgisi bulunmaktadır ve verilerin toplandığı zaman aralığında hastanenin başka bir biriminde hemşire olarak çalışmaya devam etmektedir.

Görüşmeler "Tanıtıcı Bilgi Formu" doldurulduktan sonra, "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" eşliğinde yapılmıştır. Görüşmeler sırasında hatırlatma amaçlı kısa notlar tutulmuştur. Hemşireler ile yürütülen görüşme süresi ortalama 17.20 dakikadır (min:10.26-maks:39.32 dk). Görüşmeler ilgili klinikte hemşirelerin uygun olduğu durumlarda hemşire odalarından birinde ya da sorumlu hemşire odasında yapılmıştır. Görüşmeye başlamadan önce çalışanlara odada görüşme yapılacağı söylenmiş ve odaya girilmemesi rica edilmiştir. Görüşmeler sırasında iki kez odadan alınması gereken nesneler nedeniyle görüşme diğer hemşireler tarafından bölümüştür. Bu esnada ses kaydı durdurulmuştur. Görüşme sırasında araştırmacı ve görüşülen hemşireden başka biri odada bulunmamıştır. Ayrıca kapıya not asılarak görüşmenin bölünmemesi için önlem alınmıştır. Görüşme odaları dışarıdan ışık alan, aydınlık, oda sıcaklığında olan, sessiz bir alandır. Odada görüşmenin yapılmasına ve notlar tutulmasına olanak veren masa ve sandalyeler bulunmaktadır. Ses kayıt cihazı

kullanılacağına ilişkin hemşirelere bilgi verilmiş ve izinleri alınmıştır. Görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Görüşmelerin çoğu hafta içi, hemşirelerin çalışmakta olduğu saatler içinde yapılmış olup tekrarlanan görüşme bulunmamaktadır. Görüşmelerin dökümleri ve bulgular her bir hemşireye internet üzerinden WhatsApp uygulaması aracılığı ile gönderilerek katılımcı teyidi yapılmıştır. Hemşirelerden 15 tanesi eklemek istediğinin olmadığını belirtmiş, teşekkür ederek iyi dileklerde bulunmuştur. Beş hemşire cevap vermemiştir.

3.6.5. Araştırmanın Geçerliği ve Güvenirliği

Araştırmanın geçerliği ve güvenirliğinin elde edilebilmesi için nitel araştırmalarda kullanılan inandırıcılık, aktarılabilirlik, tutarlık ve teyit edilebilirlik prensiplerinden faydalanılmıştır (200).

İnandırıcılık: Araştırmanın bilimsel olarak kabul edilebilmesi için araştırma aşamalarının ve ulaşılan sonuçların şeffaf ve tutarlı olması gerekir. Farklı araştırmacılarca da aynı sonuçlara ulaşılabilmelidir. Bunu sağlamak için araştırmacı kanıtlar sunmalıdır. Bu amaçla derinlik odaklı veri toplama, çeşitleme, uzman incelemesi ve katılımcı teyidi yöntemleri kullanılır. Bu sayede araştırmacı ulaştığı verilerin gerçekliğinin ve bu verilerin benzer durumlarda geçerliğinin kanıtlarını sunmuş olur. Ayrıca araştırma basamaklarının birbiri içinde tutarlı olduğunu, ulaşılan verilerin nesnel yöntemlerle elde edildiği ve sonuçların da nesnel bir şekilde sunulduğunu ortaya koyabilir (200). Ortaya çıkan verilerin araştırma sorularını yanıtlamadaki yeterliliği ve ulaşılan sonuçların gerçeğe uygunluğu araştırmacı tarafından sorgulanmalı ve teyit edilmelidir (200).

İkinci ve üçüncü araştırmacılar, araştırmanın tasarımından verilerin toplanmasına, toplanan verilerin analizinden raporlanmasına kadarki süreçleri eleştirel olarak incelemiş ve birinci araştırmacıya geri bildirimler vermiştir (uzman incelemesi). Görüşme dökümleri hemşirelere gönderilerek eklemek istedikleri olup olmadığı sorulmuş ve araştırma bulguları kişilerin gizliliği gözetilerek hemşirelere tek tek gönderilip geri bildirimleri istenmiştir (katılımcı teyidi).

Aktarılabilirlik: Nitel araştırmalardan elde edilen sonuçlar benzer durumlara doğrudan genellenemez, ancak benzer ortamlarda sonuçların kullanılabilirliğine dair

geçici fikirler elde edilebilir. Bu şekilde benzer durumlara ve ortamlara ilişkin bir anlayış geliştirilebilir. Yıldırım ve arkadaşları araştırmada aktarılabilirliği arttırmak için ayrıntılı anlatım yapılmasını ve amaçlı örnekleme yönteminin kullanılmasını önermektedir (200). Araştırmacı bu doğrultuda, ham verileri temalara göre düzenleyerek her temayı ayrıntılı olarak yorum katmadan (ayrıntılı betimleme-anlatım), doğrudan alıntılar kullanarak sunmuş ve amaçlı örnekleme yöntemini kullanmıştır. Ayrıca görüşmeyi yapan araştırmacının araştırmaya katılan hemşireleri daha önce tanıması ve ortak deneyimlerinin olması hemşirelerin araştırmacıya güven duymalarını sağlamış ve paylaşımlarını arttırmış olabilir.

Tutarlık: Nitel araştırmalar incelenen insan davranışları ve düşüncelerinin dinamikliğini kabul eder ve bu değişkenliği araştırmaya tutarlı bir biçimde yansıtabilen yöntemleri izler (200). Söz konusu araştırmanın tekrarlandığında aynı verilerin elde ediliyor olması değil toplanan verilerin tekrar incelendiğinde aynı sonucu veriyor olmasıdır (205). Bu amaçla görüşmelerin tümü birinci araştırmacı tarafından yapılmış ve verilerini toplama aşamasında aynı ses kayıt cihazı ve görüşme formunu kullanmıştır. Araştırmacı görüşmelerde tüm katılımcılara tutarlı davranmaya, verilerin analizi ve raporlanması aşamasında tutarlı olmaya özen göstermiştir. Bu süreç üçüncü araştırmacı olan uzman tarafından tutarlılık incelemesi yapılarak kontrol edilmiştir.

Teyit edilebilirlik: Araştırmada ulaşılan sonuçların, toplanan verilerle doğrulanabilir olması gerekmektedir. Bunun için araştırmacı araştırmanın basamaklarını ve yöntemini açık bir şekilde ortaya koymalı, verilerle sonuçları ilişkilendirmeli ve sonuç olarak okuyuculara mantık çerçevesinde sunmalıdır (200). Bu doğrultuda tüm araştırma basamakları ayrıntılı bir şekilde açıklanmış, bulgularda ortaya çıkan sonuçlar verilerle ilişkilendirilerek sunulmuş ve bu süreçler nitel araştırma konusunda uzman iki akademisyen olan ikinci ve üçüncü araştırmacılar tarafından incelenmiştir. Ayrıca gerektiğinde başkalarınca incelenebilmek üzere görüşme ses kayıtları, bunların yazıya ilk geçirilmiş hali olan ham veriler, veri toplama araçları, analiz sırasında oluşturulan kod ve tema dosyaları saklanmaktadır.

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmada görüşme verilerini analiz etmek için tematik analiz yöntemi kullanılmıştır. Tematik analiz, nitel veriler içindeki anlam kalıplarını tanımlayama (temalar), analiz etmeye ve yorumlamaya yönelik bir yöntemdir (206). Nitel verilerden kodlar ve temalar oluşturmak için sistematik prosedürler sağlar. Araştırma sorusunun rehberliğinde veri setinin en küçük boyutlarda düzenlenmesini, derinlemesine betimlenmesini ve yorumlanmasını sağlar (206,207).

Bu çalışmada tümevarımcı analiz yaklaşımı kullanılmıştır. Tümevarımcı analizde temel amaç toplanan verileri önce kavramsallaştırıp birbirine benzeyen verileri temalar kapsamında bir arada toplamak ve bu verileri anlaşılır biçimde düzenleyip yorumlayarak sonuca ulaşmaktır (200). Bu araştırmada birinci ve üçüncü araştırmacı olmak üzere iki araştırmacı tarafından kodlar ve temalar, veriden türetilmiş olup, yazılım programı kullanılmamıştır. Bu süreçte analiz aşamasında aşağıdaki basamaklar izlenmiştir.

Görüşme ses kayıtları değişiklik yapılmadan olduğu gibi (duraklamalar, ıı, gibi sesler, gülmeler…) bilgisayar ortamında yazıya geçirilmiştir (deşifre edilmiş). Görüşme ham verileri görüşmeleri yapan birinci araştırmacı ve üçüncü araştırmacı olmak üzere iki ayrı kişi tarafından iyice anlaşılıp aşina olunması için 3-4 kez okunmuştur. Görüşme verileri her iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı araştırmanın amacına uygunluğuna göre anlamlı olabilecek her bir veri seti renklendirilip fikirler not alınmıştır. Bu notlar karşılaştırılıp birbirine uygunluğuna bakılmış ve uyumlu olduğu görülmüştür.

Sonraki aşamada her iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı olmak üzere tüm veri seti sistematik bir biçimde kodlanmış, ilk kodlar veri setlerinden türetilmiştir. Birinci ve üçüncü araştırmacı bir araya gelerek muhtemel kodlar karşılaştırılıp tartışılmıştır. Kodlar anlamlı gruplar halinde derlenerek potansiyel temalar çıkarılmıştır. Kodlar çıkarılan olası temalar altında toplanarak temalarla ilişkileri belirlenmiş, kod ve temaların uyumuna bakılmıştır. Temalar, ana ve alt temalar olarak düzenlenerek verinin haritası çıkarılmıştır.

İkinci araştırmacının da katılımıyla üç araştırmacı bir araya gelmiş, ana temalar ve alt temalar sadeleştirilerek son haline karar verilmiştir.

Son haline karar verilen ana ve alt temalar sonrasında raporlama aşamasına geçilmiştir. Nitel tanımlayıcı çalışmalardan beklenen sonuç, verilere en iyi şekilde uyacak şekilde düzenlenmiş verilerin bilgi içeriklerinin düz, tanımlayıcı bir özetidir (202). Bu araştırmada tüm temalar açık ve tutarlı bir şekilde açıklanmış, hemşirelerin söylediklerinden doğrudan alıntılar kullanılarak örneklendirilmiştir. Her bir hemşireye numara verilmek kaydıyla kişilerin gizliliğine dikkat edilmiştir. Bulguların araştırma amacına uygunluğuna dikkat edilerek veriler bir bütün oluşturacak şekilde akıcı bir dille raporlaştırılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Görüşmelerden yedisi hemşirelerin yoğun çalışma tempoları nedeniyle 15 dakikanın altında sürmüştür. Bu nedenle görüşme soruları yanıtlanmış olsa da derinlik açısından veriler sınırlı kalmış olabilir.

3.9. Etik Kurul Onay

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan (22.02.2023 tarihinde 2023/05-37 karar numarası ile) etik kurul izni alınmıştır (EK-3). Araştırmanın yapılacağı ilgili kurum ve bağlı olduğu üst kurumlardan gerekli izinler alınarak veri toplanmaya başlanmıştır (EK-5). Katılımcı hemşirelere görüşme ve araştırmanın amacı ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra sözlü ve yazılı olur alınmıştır (EK-6). Hemşirelerin mahremiyetini korumak amacıyla her birine numaralar verilmiştir.

4. BULGULAR

Bu çalışmada bulgular hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve temalar olarak iki bölümde sunulmuştur.

4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcı hemşirelerin yaş ortalaması 28.65'tir (min 23- maks 42). Hemşirelerin 14' ü kadın, 11' i evli, 17'si lisans mezunudur. Hemşirelerin kalp damar cerrahi yoğun bakımda çalışma yılı ortalaması 5.8 yıldır (min 1– maks 17). Çalışmaya katılan 16 hemşire deliryumla ilgili eğitim almadıklarını bildirmiştir. Eğitim alan dört hemşireden üç tanesi kalp damar cerrahi kongresinde, biri de lisans eğitiminde bilgi aldığını belirtmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin Tanıtıcı Bilgileri

Katılımcı No	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Yoğun bakımda çalışma süresi (yıl)	Deliryum ile ilgili eğitim alma durumu
H1	35	Kadın	Evli	Lisans	10	Evet
H2	31	Kadın	Bekar	Lisans	5	Hayır
H3	24	Erkek	Bekar	Lisans	5	Hayır
H4	28	Erkek	Evli	Lisans	5	Hayır
H5	29	Erkek	Evli	Lisans	5	Hayır
H6	29	Erkek	Bekar	Lisans	9	Evet
H7	26	Kadın	Evli	Lisans	4	Hayır
H8	32	Kadın	Evli	Lisans	5	Hayır
H9	36	Kadın	Evli	Lisans	12	Hayır
H10	28	Erkek	Evli	Lisans	3	Hayır
H11	27	Erkek	Bekar	Lisans	1	Hayır
H12	25	Kadın	Bekar	Lisans	4	Hayır
H13	29	Kadın	Evli	Lisans	7	Evet
H14	28	Kadın	Bekar	Lisans	5	Evet

Tablo 4. (Devamı) Hemşirelerin Tanıtıcı Bilgileri

Katılımcı No	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Yoğun bakımda çalışma süresi (yıl)	Deliryum ile ilgili eğitim alma durumu
H15	23	Kadın	Bekar	Lise	4	Hayır
H16	23	Kadın	Bekar	Lisans	1	Hayır
H17	27	Kadın	Evli	Lisans	2	Hayır
H18	25	Kadın	Evli	Lise	4	Hayır
H19	42	Kadın	Evli	Lise	17	Hayır
H20	26	Kadın	Bekar	Lisans	3	Hayır

H: Hemşire

4.2 Temalar

Hemşirelerin deliryumla ilgili görüşleri ve uygulamalarına ilişkin yapılan görüşmelerden elde edilen verilerin analizi sonucu *(1) deliryuma ilişkin algılar, (2) deliryumu olan bireyin bakımı, (3) deliryumu olan bireye bakım vermenin etkileri* ve *(4) baş etme / baş edememe olmak* üzere dört ana tema belirlenmiştir. Temalar, alt temalar ve kodlara ilişkin verilerin özeti Şekil 1 ve Tablo 5'de yer almaktadır.



Şekil 1. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryum ile ilgili görüşleri ve uygulamalarını tanımlayan ana temalar ve alt temalar

Tablo 5. Hemşirelerin Deliryumla İlgili Görüşleri ve Uygulamalarına İlişkin Yapılan Görüşmelerden Çıkan Temalar, Alt Temalar ve Kodlar

ANA TEMALAR	**Deliryuma İlişkin Algılar**		**Deliryumu Olan Bireyin Bakımı**			**Deliryumu Olan Bireye Bakım Vermenin Etkileri**		**Baş Etme/ Baş Edememe**	
ALT TEMALAR	**Olumlu Algılar**	**Olumsuz Algılar**	**Deliryumu Fark Etme**	**Deliryumu Önleme**	**Deliryuma Giren Bireye Yönelik Müdahaleler**	**Mesleki Yaşama İlişkin Etkiler**	**Fiziksel ve Duygusal Etkiler**	**Kaçınıcı Stratejiler**	**Aktif Stratejiler**
KODLAR	*Bireylerin bilinçli yapmadıklarını düşünme *Deliryumu normal karşılama *Empati yapma	*Zor *Yıpratıcı *Dezavantajlı	*Oryantasyon bozukluğu *Bellek sorunu *Dikkat ve kooperasyonda bozulma *Bilinç bozukluğu *Algılama bozukluğu *Duygu durum değişiklikleri *Ajitasyon	*Uyku hijyeni *Bireyi bilgilendirme *Oryantasyonunu sağlayacak hatırlatmalar yapma *Yakınlarını içeri alma *Mahremiyete dikkat etme *Mobilize etme	**Non-farmakolojik Müdahaleler** *Terapötik iletişim kurma *Oksijenlenmesini sağlama *Uyaran sağlama *İhtiyaçlarını giderme **Farmakolojik Müdahaleler** *Ağrı kontrolü *Sıvı elektrolit dengesini sağlama	*Motivasyon düşüklüğü *Tükenmişlik *Meslekten soğuma *Tüm ekibin etkilenmesi *İş yükünün artması	*Yorgunluk (fiziksel ve ruhsal) *Çaresizlik *Mutluluk *Şaşkınlık *Öfke *Korku *Endişe *Suçluluk *Üzüntü	*Bireyden uzak durma *Bakım vermekten kaçınma *Nöbetin bitmesini bekleme *Fiziksel kısıtlamaya hızlı karar verme *Bireye sert davranma *Bireyi kendi haline bırakma	*Ekip üyelerinden yardım isteme

Tablo 5. (Devamı) Hemşirelerin Deliryumla İlgili Görüşleri ve Uygulamalarına İlişkin Yapılan Görüşmelerden Çıkan Temalar, Alt Temalar ve Kodlar

ANA TEMALAR	**Deliryuma İlişkin Algılar**		**Deliryumu Olan Bireyin Bakımı**			**Deliryumu Olan Bireye Bakım Vermenin Etkileri**		**Baş Etme/ Baş Edememe**	
ALT TEMALAR	**Olumlu Algılar**	**Olumsuz Algılar**	**Deliryumu Fark Etme**	**Deliryumu Önleme**	**Deliryuma Giren Bireye Yönelik Müdahaleler**	**Mesleki Yaşama İlişkin Etkiler**	**Fiziksel ve Duygusal Etkiler**	**Kaçınıcı Stratejiler**	**Aktif Stratejiler**
KODLAR			*Uygunsuz isteklerde bulunma *Kateterleri çekiştirme *Anlamsız konuşmalar *Tedirgin hal *Ölüm düşünceleri *Durağanlaşma-İlgisizlik	*Diğer hastalara yapılan müdahaleleri görmesini engelleme *Minimum ilaç kullanımı *Erken servise çıkarma	*Antidepresan başlanması *Kimyasal kısıtlama (sedasyon, antipsikotik kullanımı) *Kendi kullandığı psikiyatri ilaçlarını başlama *Bağımlılığı varsa ilaçları düzenleme				

Tema 1. Deliryuma İlişkin Algılar

Bu ana tema "olumlu algılar" ve "olumsuz algılar" olmak üzere iki alt tema içermektedir.

<u>Alt Tema 1: Olumlu Algılar</u>

Hemşirelerden bazıları, bireylerin zorlayıcı ve tedaviye uyumsuz davranışlarını bilinçli yapmadıklarını, onların bakım alan bireyler olduğunu bilerek yaklaştıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca hemşireler deliryumun normal bir durum olduğunu düşünerek bireylerin zorlayıcı davranışlarını normal karşıladıklarını, empati yapmaya çalıştıklarını belirtmişlerdir.

"O an hastayı hiçbir şey yapmıyorsun çünkü biliyorsun hastanın aslında bunu bilinçli yapmadığını…" (H9)

"Yani normal bir tablo olduğunu düşünüyoruz artık yoğun bakımda bu hastalar görülebiliyor. Daha sonrasında çünkü bu tablodan çıktıktan sonra bu hastaların çok daha sakinleştiğini kendine geldiğini de görüyoruz. Ben kendi açımdan normal bir süreç olarak görüyorum açıkçası. …" (H11)

"Aslında beklediğimiz de bir durum yoğun bakımdaki hastada. Hani belki bizler bile yatsak aynı şeyleri yaşayacağız çünkü çok farklı bir ortam… Hele hasta olarak düşünüldüğünde çok çok farklı bir ortam... Yani empati yapıldığında." (H13)

<u>Alt Tema 2: Olumsuz Algılar</u>

Hemşirelerin çoğunun deliryumu olan bireye bakım vermeyi olumsuz algıladıkları görülmüştür. Hemşireler deliryumu olan bireye bakım vermeyi zor, yıpratıcı ve dezavantajlı olarak tanımlamışlardır.

"Deliryumlu hastaya bakmak bence çok zor ve baş edilmesi zor bir durum maalesef ki." (H20)

"Deliryum, yoğun bakımda karşılaştığımız ve bence en zor durumlardan birisi..." (H16)

"Bir amca iki gün boyunca hiç uyumadan, hiç susmadan konuştu. Yani 16 saat veya 24 saat aynı ortamda bulunuyorsunuz. Sürekli o ortamda aynı şeyleri söyleyen

ve konuşan bir hastamız var. Bu insanı çok yıpratıcı bir şey. Sinirleri bozuluyor ister istemez insanın." (H1)

Tema 2. Deliryumu Olan Bireyin Bakımı

Bu tema üç alt temaya ayrılmıştır. Bunlar; "deliryumu fark etme", "deliryumu önleme", "deliryuma giren bireye yönelik müdahaleler" dir.

<u>Alt Tema 1: Deliryumu Fark Etme</u>

Hemşirelerin çoğu deliryumu tanılamak için gözlem yaptıklarını, sorular sorduklarını ve daha çok hiperaktif deliryum belirtilerini fark ettiklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin çoğu bireyde hiperaktif deliryum tablosu olarak oryantasyon, bellek, dikkat, bilinç ve algılama bozuklukları gibi belirtiler ortaya çıktığında deliryumu fark ettiklerini ifade etmişlerdir. Hemşireler ayrıca bireyde gözlemledikleri diğer hiperaktif deliryum belirtileri olarak duygu durum değişiklikleri, ajitasyon, uygunsuz isteklerde bulunma, kateterleri çekiştirme, anlamsız konuşmalar, tedirgin hal, ölüm düşünceleri olduğunu söylemişlerdir.

"İlk etapta mesela hastaların dikkatleri çok dağınık oluyor. Hastanede olduklarının bilincinde olmayan hastalar oluyor. Ameliyat olduğunu hastalar fark etmiyor. 'Ben ameliyat oldum mu? Olmadım mı? Ben şu an sahilde geziyorum.' diyen hastalar oluyor. Ya da yoğun bakımda camlarda bir gölge görüp onunla konuşan hastalar oluyor…" (H5)

"İletişime geçemiyoruz hastalarla… Bizi başka şekilde algılamaya başlıyorlar. … Hastanın durumundan anlıyoruz. Mesela bir hastamızda bağırarak, yüksek sesle fareler geçiyor dediğinde, meğer kabloları fare olarak algılamıştı. Bu tarz anormal durumlarda anlıyoruz…" (H2)

"…(hasta) bulunmaması gereken bir pozisyonda bulunuyor, anlamsız cümleler kuruyor. Bu şekilde yavaş yavaş fark ediyoruz." (H1)

"…(hasta) sonrasında kendine zarar vermeyle başlıyor. Kateteri varsa onları çekiyor, tüpleri varsa onları çekiştiriyor. Normalde ağrı duyacak düzeyde olan şeyleri yapmaya başlıyorlar. Bu yüzden zaten deliryum tablosunu fark ediyorsunuz." (H3)

İki hemşire bireylerin hipoaktif deliryumun belirtilerinden durağanlaşma ve ilgisizlik olduğunda deliryumu fark ettiklerini bildirmişlerdir.

"Deliryumlu hastalar genelde ilk başta bir durağanlaşıyor, ilgisiz oluyorlar. Normalde konuşur, iletişim kurulan hastalar genelde böyle durağan işte ne bileyim belli bir yere odaklanmış bir şekilde sabit duruyorlar..." (H8)

"Yani hastanın zaten apatik hareketleri oluyor. Anlamsız hareketleri..." (H13)

Hemşirelerden biri deliryumu tanılamada, bir hemşire ise deliryumla demansı ayırt etmede zorlandığını belirtmiştir.

"*Hani bilerek yaptığını zannediyorsun bazen çünkü anlamıyorsun hasta çok mantıklı görünüyor tavır olarak. Mantıklı cevaplar veriyor ama aslında değil. Sonrasında hastayla konuştuğun zaman anlatıyorsun, sen böyle böyle yaptın. Hatırlamıyor bile. Yani bazıları da hiç renk vermiyor yani. Deliryum tablosuna girdiğini gerçekten anlamıyorsun bazen de." (H9)*

"Yani çok fazla ajitasyonu yok ama büyük ihtimal nörolojik bir sıkıntısından dolayı da… Demans olabilir. Demans da deliryumla çok karıştırılıyormuş. Aynen galiba aynısı. Hani o da olabilir." (H17)

Alt Tema 2: Deliryumu Önleme

Bu alt tema altında deliryumlu bireye bakım veren hemşireler bu boyutta deliryumu olan bireyin bakımını nasıl sağladıklarını aktarmışlardır. Hemşirelerin çoğunlukla deliryumu önleyici yaklaşımdan ziyade deliryum tablosu geliştikten sonra müdahale edici yaklaşımlarda bulunduklarından bahsetmişlerdir. Hemşirelerden dördü deliryumun genelde önlenemeyeceğini düşündüklerini bildirmişlerdir.

"Bizim önleyebileceğimizi düşünmüyorum hemşirelik uygulamaları ile. Yani hafifletebiliyoruz durumu." (H12)

"Aslında olduktan sonra baş etme girişimleri oluyor. Deliryuma girmemesi için ekstra başka bir şey yapıyor muyuz, yapmıyoruz açıkçası. Girdikten sonraki süreç bizim için oluyor." (H20)

Önleyici yaklaşımları ifade eden hemşirelerin dördü bireyin gece uyuması için yoğun bakım ortamındaki ışık, ses gibi uyaranları kontrol altına almakta, altısı yaptıkları her işlem ile ilgili bireyleri bilgilendirmekte, altısı ise bireylerin oryantasyonunu sağlamak amacıyla hatırlatmalar yapmaktadır.

"Hani ben açıkçası mümkün olduğunca 12'den sonra ışıkları minimum seviye de kapatmaya çalışıyorum. Hem rahat uyusunlar hem de gece olduğunun farkında olsunlar diye. Bu da mesela yaklaşım olarak bir avantajdır." (H6)

"Hastalara sonrasında uyguladığımız tedavileri açıkladığımızda, ben mesela genelde hastaya diyorum ki bak sana şimdi kan sulandırıcı yapıyorum, bak şimdi sen yoğun bakımdasın, burası hastane gibi... İlaçları, uyguladığımız tedavileri, en basiti hastaya pozisyon verirken bile, yukarı çekerken bile işte ben senin başını indiriyorum... Bu cümleyi kurduğumuzda gerçekten hastalar bir tık daha rahatlıyor ve uyum sağlıyor." (H12)

Hemşirelerden çok azı deliryumu önleyici diğer yaklaşımlar olarak bireylerin yakınlarını içeri alma, bireylerin mahremiyetine dikkat etme, mobilize etme, diğer hastalara yapılan müdahaleleri görmesini engelleme ve minimum ilaç kullanımı ve erken servise çıkarma yöntemlerini uyguladıklarını ifade etmişlerdir.

"Hasta bizde kasığında işte boynunda göğsünde her tarafında takılı olan bir şeylerle yatıyor kataterlerle tüplerle falan… O yüzden kılık kıyafet giydiremiyorsun. Bakım esnasında bilinci açık hastalarda mahremiyete özellikle dikkat ediyorum." (H19)

"*Bazı gördüğü olumsuz durumlar da hastayı etkileyebiliyor. Sonuçta yoğun bakımlarda exler çok sık oluyor. Tabi biz bunları önlemek için çabalıyoruz. Bir hastaya yaptığımız bir CPR müdahalesi, resüstasyon müdahalesinde perdeyi çekiyoruz. Bunlar gibi küçük tüyolar bence. Hastalar bunları görünce 'Hemşire Hanım bu hastalara ne yapılıyor? Neden perdesini çektiniz?' Hemen fark ediliyor." (H14)*

"Önlemek amaçlı bizim uyguladığımız, eğer ortam müsaitse, içerisi de uygunsa yakınlarından birini alıp en azından güven ortamı oluşturup hastaya gerekli güveni sağladıktan sonra yakınların da desteğiyle 'Bak burada bakıyorlar sana, şöyle

böyle…' dedikleri zaman daha çok rahat ediyorlar. Yani en önemli etken yakının içeri alınması." (H6)

Alt Tema 3: Deliryumu Olan Bireye Yönelik Müdahaleler

Hemşireler çoğunlukla deliryum geliştikten sonra uygulamalarda bulunduklarını belirtmişlerdir. Deliryumu olan bireye müdahalede non-farmakolojik ve farmakolojik yaklaşımlardan bahsetmişlerdir.

Hemşirelerin deliryumu olan birey için non-farmakolojik müdahalelerinin deliryumu önlemeye yönelik girişimleriyle benzer olduğu görülmüştür. Deliryumu fark ettikten sonra önlemeye yönelik yaptıkları uygulamalara ek olarak hemşirelerin çoğunun birey ile terapötik iletişim kurma, hemşirelerden çok azının ise bireyin oksijenlenmesini sağlama, uyaran verme, ihtiyaçlarını giderme yöntemlerini uyguladıkları görülmüştür.

"Hissetmeye başladığımızda hastanın deliryuma gireceğini, tabi hastanın kültür durumuna göre bazı hastalarımızda kitap, gazete, bulmaca, pre-op ise özellikle bunları da isteyebiliyoruz yakınlarından. Veya gözlük kullanıyorsa, bunları da isteyerek rahatlatmaya çalışıyoruz." (H4)

Hemşirelerin deliryumu olan bireye müdahale olarak psikiyatri, nöroloji konsültasyonu kararı ya da hekim orderı ile farmakolojik uygulamaları yaptıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin çoğu farmakolojik uygulama olarak ağrı kontrolü, sıvı elektrolit dengesini sağlama, kimyasal kısıtlama (sedasyon ve antipsikotik kullanımı gibi), antidepresan başlanması, varsa kullandığı psikotrop ilaçlarına devam etme, bağımlılığı varsa ilaçları düzenleme girişimlerinde bulunulduğunu belirtmişlerdir.

"Sakinleştirici yapılabiliyor. Psikiyatriye danışılabiliyor. Onların önerdiği şekilde ilaçlarda başlanıyor. Veya kendi kullandığı ilaçlar varsa onların devamlılığı sağlanıyor." (H19)

"Elektrolit değerlerini zaten iki saatte bir değerlendirdikten sonra sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum değerlerini yerine koymaya çalışıyoruz." (H14)

Tema 3. Deliryumu Olan Bireye Bakım Vermenin Etkileri

Bu ana tema iki alt temaya ayrılmıştır. Bunlar; 'mesleki yaşama ilişkin etkiler' ve 'fiziksel ve duygusal etkiler' dir.

<u>Alt Tema 1: Mesleki Yaşama İlişkin Etkiler</u>

Hemşirelerin çoğunda deliryumu olan bireye bakım verirken motivasyon düşüklüğü, tükenmişlik, meslekten soğuma duyguları görülmüştür.

"Belli bir süre dayanabiliyorsun çünkü sürekli telkin, sürekli telkin… Buradasın işte yoğun bakımdasın diye diye hiçbir şekilde anlamıyor ve sürekli… Hani bizi çok uğraştıracak bir düzeyde olunca artık ileri düzeyde yani nöbetin ileri saatlerinde tabi ki sabrımız taşıyor, bu yüzden öfkeye dönüşüyor. Tükenmişlik… Çünkü çözüme ulaşamıyorsunuz. Asla düzelmiyor hasta rahatlamıyor. Belli başlı ilaçlar araya girmezse ki onlar bile yetmiyor -doktor orderı ile. Öyle olamayınca da düzelmeyen durum karşısında da çaresizliğe düşüyor, tükenmişliğe giriyor bu şekilde." (H3)

"… tabi uzun süre çalışmanın verdiği, yani uzun süreden kastım saat olarak 16-24 saat, bir zaman sonra biz de sinirlenmeye başlıyoruz ister istemez. Bu da bizi ekstradan yoruyor. Yani çalışma isteğini azaltıyor bu kadar uzun süre…" (H4)

"Yani keşke bu mesleği seçmeseydim diyorum gerçekten böyle anlarda. Çünkü benim amaç olarak belirlediğim şey, hasta tedavi olsun bunu bir göreyim, iyileştiğini göreyim benim sayemde. Ama o hasta benim sayemde iyileşmiyor, ben iletişime de geçemiyorum, benim sayemde daha kötü oluyor gibi hissediyorum. Çünkü benle değil yakını girince daha iyi oluyor. Hani demek ben bir işe yaramıyorum o konuda gerçek anlamda." (H7)

"Sakin anlayışlı oluyorum tabi ama olamadığım zamanlarda oluyor ne yazık ki. Keşke olmasa ama ne yazık ki insanız ve bence belli bir yere kadar bizim de sabrımız yeterli kalabiliyor. Sabrımızın sınandığı o seviyeye geldiğimizde ciddi bir pişmanlık yaşıyorum, ciddi bir üzüntü yaşıyorum ama ondan öncesinde de bir üzüntü yaşıyorum, çünkü zorlanıyorsunuz yani mesleğinizi icra ederken ve bu süreçte de sorguluyorum yani... Mesleğimi sorgulamaya başlıyorum, yaptığım işi sorgulamaya başlıyorum." (H12)

Hemşireler yoğun bakımda deliryumu olan birey olduğunda tüm ekibin etkilendiğini ve iş yükünün arttığını belirtmişlerdir.

"E tabi içerde sekiz yataklı bir yoğun bakımdayız. İçerde yedi tane hasta olduğu zaman yoğun nöbet geçiyor bizim için. Yani bir tane hasta böyle deliryuma girdiği zaman ajiteleştiği zaman diğer hastalara ayırdığımız zaman da azalıyor. Sadece takip zamanlarında diğer hastalara bakabiliyoruz. O zaman da diğer hastalara haksızlık oluyor." (H10)

"Yani neden kontrol altına alamadım düşüncesi oluyor bazen. Niye ben kontrol edemiyorum hani bende mi bir sorun var gerçekten iş mi yetiştiremiyorum. Gerçekten yoğun bakım kaynaklı mı? Hasta kaynaklı mı? Düşündüğüm oluyor." (H19)

"Bütün alan etkileniyor bu durumdan çünkü ajite hastayla bütün hastaları bırakıp yeri geldiğinde onunla uğraşıyorsun. Bakan kişiye de zor, alandaki diğer kişilere, hastalara da zor…" (H20)

"Yani genelde iki kişi verdiğimiz bakımı dört kişi verdiğimiz zaman da oluyor. Bu da extra bir iş yükü oluyor ondan ziyade fiziki olarak yorgunluğun dışında iletişimsel olarak da sıkıntı yaşadığımız için daha çok zorlanıyor insan." (H6)

<u>Alt Tema 2: Fiziksel ve Duygusal Etkiler</u>

Hemşireler deliryumu olan bireye verdikleri bakımdan ve bireye yaklaşımları nedeniyle bazen üzüntü ve suçluluk, yaptıklarının işe yaramadığını düşünmeleri nedeniyle de çaresizlik hissettiklerini ifade etmişlerdir. Deliryumlu hasta bakımının onları hem ruhsal hem fiziksel olarak yorduğunu belirtmişlerdir.

"Çok üzülüyorum. Yani aşırı derecede üzülüyorum ve demoralize çalışıyoruz sabaha kadar diyebilirim. Hatta nöbetten çıkışta dahi evime gittiğimde uyuyup dinlendiğimde bile hala o ajitasyonu, ruh dengesizliğini ertesi gün dahi yaşadığım oluyor…" (H20)

"Kötü bir şey yani hastayı çarmığa germiş gibi bağlayıp hareketini kısıtlamak çok kötü bir şey. Ve burada başka hastalarda var onları gören onlar açısından da çok kötü bir şey. … Yani vicdani açıdan bizi kötüde etkiliyor isteyerek yaptığımız bir şey değil yani. Sırf hastayı düşündüğümüz ve kendine zarar vermesin diye." (H13)

"Deliryum, en çok zorlandığımız hasta türlerinden. Deliryum tablosu gerçekten bizi hemşirelik manasında hem yoran fiziksel ve mental manada yoran hasta türlerinden..." (H3)

Hemşirelerin beşi bireyin deliryumu düzeldiğinde mutluluk hissettiğini, iki hemşire de şaşkınlık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Özellikle hiperaktif deliryumlu bireye bakım verirken hemşirelerin çoğu öfke, çok azı ise korku ve endişe hissetmektedirler.

"İyileştiğinde insan mutlu da oluyor yani o süreci atlattığını gördüğünde. Biraz daha işte hafızası yerine geldiğinde daha sakinleştiğini gördüğünde onun için mutlu oluyoruz aslında. Hani artık toparlayabileceğini biliyorsun. Yani o sonuçta bir kalp ameliyatı oldu ve artık ona yönelecek yani o yönde iyileşecek. Onunda mutluluğu olmuyor değil…" (H13)

"Sinirlendiriyor. Yani çünkü sadece o hasta yok dediğiniz gibi tedavisi takibi işte bakımı ilgilenmem gereken farklı hastalarda oluyor. Bütün vaktimi çalması beni ajiteleştiriyor." (H19)

"Bağrış çağırış değil de hani bize fiziksel olarak bize bir şey yapabileceklerini gördüğüm zaman gerçekten çok korkuyorum." (H16)

Tema 4. Baş Etme / Baş Edememe

Hemşireler deliryumu olan birey ile yaşadıkları zorluklar ve duygularla nasıl baş ettiklerinden bahsetmişlerdir. Baş etme ana teması iki alt temaya ayrılmıştır. Bu alt temalar; "kaçınıcı stratejiler" ve "aktif stratejiler" dir.

<u>Alt Tema 1. Kaçınıcı Stratejiler</u>

Hemşirelerin çoğunun deliryumu olan bireye bakım verirken zorlandıkları görülmektedir. Hemşirelerin bazılarının bu durumlarda bireylerden uzak durarak, bakım vermekten kaçınarak, nöbetin bitmesini bekleyerek kaçınıcı baş etme davranışlarının olduğu görülmüştür.

"*Deliryumlu hastaya bakım vermektense normal iki-üç hastaya bakım vermeyi tercih ediyoruz yani bu süreçte. Bu şekilde ilerlemeye çalışıyoruz." (H4)*

"... şu hasta bizi mahvetti diye gece nöbetten çıkan arkadaşlarımız bizi şey yaptığı zaman söylediği zaman sabah geldiğimizde o andan itibaren inşallah bize çıkmaz diye dualarla kuraya katılıyoruz." (H8)

"Nöbetin bitmesini bekliyorum. Yani heyecanla bitmesini bekliyorum. Başka bir şekilde bir şey yapmıyorum artık yani. Bir noktadan sonra hani bırakmak istiyorsun. Bir şey yapmak istemiyorsun." (H16)

Hemşirelerden bazıları deliryuma giren bireye uygun olmayan kaçınıcı yaklaşımlarda bulunulduğunu belirtmişlerdir. Üç hemşire deliryumlu bireye sert davranma ve bireyi kendi haline bırakma davranışı olabildiğini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin çoğu hiperaktif deliryumu olan bireye sıklıkla fiziksel kısıtlama yapıldığını, bazı hemşireler ise kısıtlama için zaman zaman acele edildiğini belirtmişlerdir.

"Yoğun bakımda uzun süre çalışanların tahammül seviyesi çok düşük. Yani anlayış çok kalmıyor. Yani hastayla sohbet etmek değil de hastaya bağırıp çağırmak –çünkü sabır kalmadığı için- daha kolay sanırım. Ya da bilmiyorum nasıl bir şey. Biz de çok mantıklı davranamıyoruz bazen. Hastayı daha çok ajite edecek şekilde davrandığımız oluyor yani. Hastayla zıtlaşıyoruz mesela. ... Şimdi birde herkesin sabır seviyesi farklı. Kimisi direk işte kızmaya başlıyor. Hastaya ters davranmaya başlıyor. O zaman hasta daha çok ajite oluyor." (H9)

"Yani çok ajite hastalarda deliryum tablosunda tam olan hastalarda bazen sabrımız çok zorlanabiliyor. Böyle olunca hani bizimde uzun bir süre çalıştıktan sonraki psikolojimiz çok normal olmayabiliyor. ... Sürekli aynı şeyleri yaşadığınız için bazen bizde agresifleşebiliyoruz. Yani hastanın yerine kendimizi koyamayabiliyoruz. Hastaya sesimiz yükseliyor veya davranış şeklimiz değişebiliyor. Hani cezalandırma demeyeyim de hani ona yakın şeyler yaşanabiliyor. Çünkü bizde insanız belli bir süre sonra senin de tahammülün kalmıyor." (H19)

"Daha çok ters teptiği zamanlar da oluyor fiziksel kısıtlamanın. Biraz da onu nerede yapacağını bilmek lazım. Bazen çok uğraşmayalım ya da uğraştırmasın ya da işte kendisine zarar vermeden bir an önce kısıtlayalım algısı oluşuyor. Bunu yaptıktan

sonra bunu yapıyorsun hani normal bir şekilde iletişimle ya da yakınlarıyla çözülebilecek bir durumu bu sefer çözülmez bir hale de gelebiliyor." (H6)

Alt tema 2. Aktif Stratejiler

Hemşirelerin çoğu için ekip arkadaşlarının desteğinin önemli olduğu görülmektedir. Hemşirelerin büyük çoğunluğu deliryumu olan bireye bakım verirken ekip üyelerinden yardım alarak, yardım ederek baş etmeye çalıştıkları görülmüştür.

"Yani öncelikle tabi ki ona (ekip arkadaşına) destek olmaya çalışıyoruz hepimiz hani. O onun hastası sadece o onunla ilgilenecek diye bir durum asla olmuyor. Yani bir kez başına o gidiyorsa bir kez biz gitmeye çalışıyoruz ki sonuç bu şekilde olmasın. Hani o stres yükünü filan azaltmaya çalışıyoruz onun. Öyle bir durumda en azından biraz ortamdan uzaklaştırıyoruz onu ya da işte biraz hava almaya git sen, bir çay iç gel hani biraz sakinleşmesine sebep oluyorsun." (H13)

"Sabredemeyen arkadaşlarımız oluyor. Biz de müdahale ediyoruz. Ağlayan arkadaşlarımız da oluyor burada. Çünkü defalarca dediğim gibi bakıma giriyorlar... her fırsatta yardımcı olmaya çalışıyoruz… 'Sen git biraz uzak dur', Biraz biz bakalım, konuşalım…" (H5)

"Genelde önce arkadaşımı bir sakinleştiririm. Tamam işte ben bakarım, bir şey ötüyorsa ben bakarım ya da birazcık sen burada bir soluklan bir kafan dağılsın. Ya da git bir hava al, ben hallederim… Gidip hastayla iletişime geçmeye çalışırım, eğer olmuyorsa da… Tabi ki elimden gelen her şeyi yaparım. Çünkü biliyorum yani deliryumlu hastaya bakmak nasıl bir duygu. Çünkü insanın bazen kafasının bir boşalması lazım o anda." (H7)

5. TARTIŞMA

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryumla ilgili görüşleri ve uygulamalarının anlaşılması amacıyla yapılan bu çalışmada dört ana temaya ulaşılmıştır. Bunlar; deliryuma ilişkin algılar, deliryumu olan bireyin bakımı, deliryumu olan bireye bakım vermenin etkileri ve baş etme/ baş edememe' dir. Her tema kendi içinde tartışılmıştır.

Tema 1: Deliryuma İlişkin Algılar

Hemşireler deliryumun normal bir durum olduğunu, bireylerin zorlayıcı ve tedaviye uyumsuz davranışlarını bilinçli yapmadıklarını düşünerek empati yapmaya ve sakin kalmaya çalıştıklarını belirtmişlerdir. Kara Söylemez ve arkadaşları 13 yoğun bakım hemşiresi ile yaptıkları nitel çalışmada hemşirelerin negatif ifadeler ile birlikte empati, rahatlama, sakinliği koruma gibi pozitif ifadeleri kullandıklarını bildirmişlerdir (84). Belanger ve arkadaşlarının (2011) yaptığı görüşmelerde hemşireler deliryumlu bireyleri dinlemeyi, gerçekten neye ihtiyaç duyduklarını bulmayı ve bu ihtiyaçları karşılamayı hastalara yardım etmenin ve onları rahatlatmanın yolları olarak tanımladıkları empatik yaklaşımlarından bahsetmişlerdir (29). Hemşirelerin deliryumu normal olarak algılamaları, sakin ve empatik davranma gibi olumlu yaklaşımlarının yanında deliryumu normalleştirip göz ardı etmelerine de neden oluyor olabilir. Bu doğrultuda hemşirelerin deliryumu beklenen ve normal bir durum olarak algıladıklarını saptayan çalışmalar bulunmaktadır (26,194).

Bu çalışmada hemşirelerin deliryumlu bireye bakım vermeyi çoğunlukla negatif olarak algıladığı sonucuna varılmıştır. Bulgularımızla benzer yönde yapılan çalışmalarda da hemşirelerin deliryumlu bireylere bakım vermeyi zor ve stresli bulduğu sonucuna ulaşılmıştır (63,208). Kristiansen ve arkadaşları (2019) yaptığı çalışmada hemşirelerin deliryumlu bireylerle iletişimi zor ve deliryumlu bireye bakım vermeyi zaman alıcı bulduğu sonucuna ulaşmışlardır (46). Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin düşüncelerinin ve algılarının kararlarını ve bakımlarını etkilediği göz önünde bulundurulmalı, ihtiyaç duydukları eğitim ve kaynak sağlanmalıdır.

Tema 2: Deliryumu Olan Bireyin Bakımı

Çalışmanın sonucunda hemşirelerin yoğun bakımdaki bireyleri deliryum açısından izledikleri ancak rutin olarak standart bir araçla tarama yapmadıkları görülmüştür. Literatürde bulgularımızla benzer yönde hemşirelerin bireyleri deliryum yönünden gözlemledikleri ancak standart tarama aracı ile rutin değerlendirme yapmadıkları sonucuna ulaşan çalışmalar bulunmaktadır (58,66,67,73,84). Nydahl ve arkadaşlarının (2018) 559 hemşire ve doktorla yaptığı çalışmasında katılımcıların çoğunun şüphelenildiğinde tarama yaptığı, sadece %50' sinin doğrulanmış tarama aracı kullandığı saptanmıştır (34). Başpınar ve arkadaşları yoğun bakımda çalışan 63 hemşire ile yaptığı çalışmada hemşirelerin %63' ünün deliryumla ilgili eğitim aldığı ancak %51' inin tanılama formu kullanmadığı bulunmuştur (67). Sarı ve arkadaşları ise 175 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada katılımcıların %66.9' unun eğitim aldığını ancak %86.3' ünün tanılama yapmadığını saptamıştır (73). Hemşirelerin bireyde daha çok bellek, algı, bilinç bozukluğu, ajitasyon, uygunsuz isteklerde bulunma ve tedaviye uyumsuzluk gibi hiperaktif deliryum belirtileri olduğunda fark ettikleri anlaşılmıştır. Hemşirelerin çok azı ayrıca hastada durağanlaşma, ilgisizlik olduğunda deliryumu fark ettiklerini bildirmişlerdir. Hemşirelerin ajite, tedaviye uyum sağlamayan hiperaktif deliryumlu hastaları daha erken fark ettiği ve bakımında daha fazla zorlandığı yönündeki bulgularımız literatürdeki çalışmalar ile benzer yöndedir (33,63). Devlin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada deliryumu değerlendirme kriterlerinde en yüksek oran komutları takip etme becerisinin değerlendirilmesi (%78) ve ajitasyonla ilgili olayların kontrol edilmesi (%71) olarak saptanmıştır (193). Zamoscik ve arkadaşlarının hemşirelerin yoğun bakımda deliryum deneyimlerini araştırdıkları çalışmasında da (2017) katılımcılar en sık olarak tüpleri çeken ve yataktan atlamaya çalışan, oryantasyonu bozulmuş, sıkıntılı ve öngörülemez hastalardan bahsetmişlerdir (194). Ateş ve arkadaşları 301 yoğun bakım hemşiresiyle yaptığı çalışmada (2012) hemşirelerin %89,4' ünün bireyde psikomotor etkinlikte artma/azalma fark ettiğinde, %84.4' ünün bireyde yere, zamana, kişiye uyumsuzluk olduğunda deliryumu tanıdığı görülmüştür (68). Mc Donnell ve arkadaşlarının hemşirelerin akut deliryumlu hastalara bakım verirken deneyimledikleri öznel yükü incelemek için yaptığı retrospektif bir çalışmada; iş birliği yapmayan, yönetilmesi zor olan hiperaktif

deliryumlu hastaları başa çıkılması en zor deliryumlu hastalar olarak kabul etmişlerdir (63).

Hemşirelerin hiperaktif deliryumun belirtilerini daha çok tanımaları aynı zamanda hipoaktif deliryumun gözden kaçıyor olma ihtimalini düşündürmektedir. Standart bir tarama aracının rutin olarak kullanılmıyor olması da bu ihtimali güçlendirmektedir. Deliryumun kılavuzların önerdiği şekilde doğrulanmış araçlarla rutin olarak taranması bu yönden önemlidir. Emme ve arkadaşlarının Danimarka' da yürüttükleri nitel araştırmada hemşirelerin hipoaktif deliryumu ihmal ettiği görülmüştür (43). Lim ve arkadaşlarının yakın tarihte hemşireler ile yaptığı nitel bir araştırmada deliryumun belirgin olana kadar hemşireler tarafından fark edilmediği ve önlenmesinin göz ardı edildiği sonucu bulgularımızla örtüşmektedir (26). Coyle ve arkadaşları deliryum yönetiminde hemşirelerin mevcut uygulamalarını keşfetmek için yaptıkları görüşmeler sonucunda hayati bulgulara odaklanılıp hipoaktif deliryum olasılığına çok az dikkat edildiğini bulmuşlardır (44). Ancak Elliott ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise katılımcı hemşirelerin yaklaşık %40'ı hipoaktif deliryumun yoğun bakımda daha yaygın olduğunu ifade etmişlerdir (58).

Çalışmada deliryumu önleme ve tedavi için çoğunlukla non-farmakolojik yöntemlerin uygulandığı görülmüştür. Hemşireler deliryumun tanılanması, tedavisi ve önlenmesi için gözlemleme, hatırlatmalar yapma, uyaran sağlama, yakınlarını içeri alma, uyku hijyenini sağlama, teröpatik iletişim kurma, erken mobilizasyon ve erken servise çıkarma uygulamalarını yapmaktadırlar. Ayrıca deliryum tedavisinde sıvı elektrolit dengesinin sağlama, kendi kullandığı psikiyatri ilaçları varsa ameliyat sonrası tekrar başlama, ağrı kontrolü, şiddetli ajitasyon durumunda ise sedasyon ve antipsikotik tedavisi uygulandığı bulunmuştur. Lim ve arkadaşlarının (2022) yaptıkları araştırmada hemşirelerin deliryumlu bireyin bakımında sürekli gözlem yaptıkları, aktif iletişimle ihtiyaçlarını giderdikleri, çevresel düzenleme yaptıkları, ilaçları dikkatli bir şekilde kullandıkları ve son çare olarak fiziksel kısıtlamaya başvurdukları sonucuna ulaşılmıştır (26). Zamoscik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2017) hemşireler deliryum yönetiminde farmakolojik olmayan müdahalelerin faydalarından bahsetmişler, tanıdık bir kişiyi dahil etme, dikkat dağıtma, erken mobilizasyon, uyumasını sağlama gibi uygulamalar yaptıklarını ifade etmişlerdir (194). Bento ve arkadaşlarının yedi çalışmayı incelediği literatür taramasında (2021) hemşirelerin

deliryumun önlenmesine öncelik verdiği, yoğun bakım ortamını kontrol altına almayı amaçlayan gürültünün azaltılması, yapay ışığa maruz kalmanın azaltılması, ayrıca hastanın dinlenmesi ve uyku-uyanıklık döngüsünün teşvik edilmesi, bilişsel uyaran verme ve yeniden yönlendirme yapma gibi hemşirelik uygulamaları yaptıkları saptanmıştır (42). Kara Söylemez ve arkadaşları 2024 yılında yaptıkları nitel çalışmada hemşirelerin en çok oryantasyonu sağlamak için özen gösterdiklerini, bunun için hasta ile iletişimi arttırma, aile ziyaretlerini destekleme, yeniden yönlendirme yapma gibi girişimler uyguladıklarını bildirmişlerdir (84).

Bu sonuçlar doğrultusunda yoğun bakımda deliryum protokolünün oluşturulması ve doğrulanmış bir tanılama aracıyla deliryumun rutin taranması önerilir. Bu özellikle hipoaktif alt tipi olmak üzere deliryumun erken fark edilmesini ve hemşirelerin yaptıklarını kaydederek görünür kılmasını sağlayabilir. Bunun devamında tarama araçlarının kullanımı ile deliryum tanılama oranlarının nasıl değişeceğini ölçen deneysel çalışmalar planlanabilir. Ayrıca hemşirelere deliryumlu bireye bakım verirken güven ve yeterlilik sağlamak amacıyla düzenli eğitim planlanmalıdır. Bu eğitimler deliryum ile ilgili farkındalığı arttırarak riskli bireylerin tespitini ve önleme müdahaleleri ile deliryum yönetimini iyileştirebilir.

Tema 3: Deliryumu Olan Bireye Bakım Vermenin Etkileri

Hemşirelerin deliryumlu bireye bakım verirken sıklıkla sıkıntı yaşadığı ve olumsuz duygular hissettiği görülmüştür. Yoğun çalışma rutinlerinde deliryumlu bireye bakım vermenin hemşirelerin iş yükünü arttırdığı, motivasyon düşüklüğüne ve tükenmişliğe neden olduğu anlaşılmaktadır. Yapılan çalışmalarda da bakım verenlerin sıklıkla zorlandığı ve olumsuz duygular yaşadığı görülmektedir (41,43,203,209). Emme ve arkadaşlarının yaptığı nitel araştırmada hemşireler yaptıklarının hastada görünür sonuçlarının olmaması ve meslektaşları tarafından gözlemlerinin ve planlarının takip edilmemesi (fark edilmeme) nedeniyle motivasyon düşüklüğü hissi yaşadıklarını bildirmişlerdir (43). Schmitt ve arkadaşlarının deliryumun bakım verenlere yükü hakkında yaptığı yarı yapılandırılmış görüşmelerde hemşireler; bireylerin halüsinasyonlarının, hafıza sorunları ve bozulmuş iletişimlerinin uygun bakımı yapamadıklarını hissetmelerine neden olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca

hemşireler bireylerin ani değişiklikleri, onlara yardımcı olmanın zorluğu ve artan iş yükü nedeniyle yük altında hissettiklerini belirtmişlerdir (203).

Bu çalışmada hemşireler çaresizlik, suçluluk, üzüntü, korku, öfke ve endişe gibi olumsuz duygular hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bu çalışmada olduğu gibi diğer çalışmalar da deliryumlu bireye bakım veren hemşirelerin yaygın olarak negatif duygular yaşandığını bildirmektedir (47,29,203,209). Balanger ve arkadaşlarının 17 nitel çalışmayı gözden geçirdiği araştırmasında deliryumlu bireye bakım vermenin hemşirelerde ikilem, sıkıntı, şüphe, suçluluk ve hatta sinirlilik ve hayal kırıklığı gibi olumsuz duygulara neden olduğu saptanmıştır (29). Schimitt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin bakımı reddeden ve bağıran bireyler nedeniyle öfke ve hayal kırıklığı; şiddet uygulayan bireyler nedeniyle duygusal sıkıntı ve korku yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca hemşireler hastalarla yeterince zaman geçirmedikleri için suçluluk; yardım edemedikleri durumlar için çaresizlik hissettiklerini ifade etmişlerdir (203). Thomas ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hemşireler deliryumlu bireye bakım verirken kaygı, stres, zihinsel çatışmalar yaşadıklarını, kendi ve hastaların güvenlikleri için endişe hissettiklerini ifade etmişlerdir (47). Emme ve arkadaşlarının yaptığı yakın tarihli bir nitel araştırmaya göre hemşireler deliryumlu hastaya bakım verirken rahatsızlık, huzursuzluk, hayal kırıklığı, güçsüzlük ve boşuna çabalama hissi yaşamanın yanında şefkat, rahatlama, mesleki gurur gibi olumlu duygulardan da bahsetmişlerdir (43). Finucane ve arkadaşları 33 makaleyi incelediği çalışmasında deliryumlu hastaya bakım verenlerin orta ile şiddetli düzeyde sıkıntı yaşadığını, kaygı, korku, mahcubiyet, öfke, üzüntü ve suçluluk gibi olumsuz duygular deneyimlediklerini bildirmektedir (41).

Hemşireler deliryumlu hastaya bakım vermenin hem fiziksel hem de duygusal olarak zorlayıcı olduğunu belirtmişlerdir. Bulgularımızla benzer yönde Zamoscik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşireler (2017) deliryumlu hasta bakımını sadece duygusal olarak zorlayıcı ve sinir bozucu olmakla kalmayıp aynı zamanda fiziksel olarak da yorucu bulduklarını, ayrıca hastalardan gelen haksız suçlamalar karşısında korku hissettiklerini ifade etmişlerdir (194).

Deliryumlu bireye bakım vermenin sıkıntılı doğası, artan iş yükü ve destek bulamama nedeniyle hemşirelerin çaresizlik hissettiği ve meslekten soğuduğu

görülmüştür. Schmitt ve arkadaşları hemşirelerin deliryumlu hastaların tedaviye uyumsuzluğu nedeniyle çaresiz hissetmeleri sonucunda hemşire kaybının olabileceğini öngörmektedir (203). Hemşire kaybını önlemek için ise destek sağlanması önerilmiştir. Çaresizlik ve diğer olumsuz duygularla baş edemeyen hemşireler yoğun bakımda çalışma motivasyonlarını kaybedebilirler ve bu da hemşire kayıplarına neden olabilir. Hemşirelerin meslekten soğuduklarını ifade etmeleri bu öngörüyü doğrular niteliktedir. Bu anlamda çalışma şartlarının iyileştirilerek sosyal aktivitelere yönlendirilmesi faydalı olabilir. Bu hemşirelerin iş doyumunu ve çalışma isteğini etkileyebilir. Bunun devamında hemşirelerin deliryumla ilgili deneyimlerini paylaşabileceği ve meslekler arası iş birliğini sağlamak için farklı meslek gruplarının bir araya gelip deliryumla ilgili konuşabileceği zamanlar planlanabilir. Ayrıca hemşirelerin duygusal yüklerini ve stres düzeylerini ölçen çalışmalar planlanarak bulguların somutlaştırılması önerilir.

Tema 4: Baş Etme / Baş Edememe

Hemşirelerin deliryumlu bireye bakım verirken yaşadıkları sıkıntılı durum ve olumsuz duygularla aktif ya da kaçınıcı stratejilerle baş etmeye çalıştıkları görülmüştür. Hemşireler bireyden uzak durma, bakım vermekten kaçınma ve nöbetin bitmesini bekleme gibi kaçınıcı baş etme yollarını kullanmaktadır. Emme ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşireler deliryumun tanımlanması ve farmakolojik olmayan önleme ve tedavisinde büyük bir sorumluluk hissettiklerini belirtmişlerdir. Bireylerle iletişim kurmanın zorluğu ve zaman alıcı olması nedeniyle hasta odasına girmekten kaçındıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca kıdemli bir hemşire bazen hemşirelerin sorumluluktan kaçındıklarını ve durumdan çekildiklerini anlatmıştır (43). Bu çalışmada hemşirelerin bazen deliryumu yönetirken bireyi kendi haline bırakma ve bireye sert davranma gibi uygun olmayan kaçınıcı yaklaşımlarda bulunduğu anlaşılmıştır. Ayrıca deliryum yönetiminde sıklıkla fiziksel kısıtlama kullanıldığını belirten hemşireler bazen fiziksel kısıtlamaya acele edildiğini bildirmiştir. Bulgularımızla benzer yönde Thomas ve arkadaşlarının yaptığı nitel araştırmada hemşirelerin deliryumlu bireyin bakımında fiziksel kısıtlamayı sıklıkla kullandığı sonucuna varılmıştır (47). Bulgularımızdan farklı olarak tartışmalı kullanımı nedeniyle fiziksel kısıtlamanın en son çare olarak kullanıldığını bildiren çalışmalar

bulunmaktadır (35,26,29). Zamoscik ve arkadaşlarının çalışmasında (2017) hemşireler uyumsuz hastalarla iletişim kurmanın ve nazik kalmanın zorluğundan bahsetmişlerdir (194). Kristiansen ve arkadaşları (2019) yaptığı çalışmada hemşirelerin deliryumlu bireye bakım verirken bireyleri azarlama gibi olumsuz tutumlarda bulundukları farketmişlerdir (46).

Bu çalışmada hemşirelerin deliryumlu bireye bakım verirken çoğunlukla sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu anlaşılmıştır. Hemşireler ekip arkadaşları tarafından destek gördüğünde daha rahat hissettiklerini belirtmişlerdir. Schmitt ve arkadaşlarının yaptığı nitel araştırmada hemşireler deliryumlu bireye bakım verirken, bireylerin tedaviye uyumsuzluğu ve doktorların tedavi planını takip etme baskısı nedenli kontrol kaybı hissettiklerini belirtmişlerdir. İhtiyaç duydukları desteği alamadıkları için ise bu durumu yük olarak hissettiklerini ifade etmişlerdir (203).

Bulgularımızı destekler nitelikte olan Thomas ve arkadaşlarının yaptığı nitel çalışmada; hemşireler deliryumlu bireyleri dinlemek ve takip etmek gibi bakım prosedürlerinin zaman alıcı olduğundan, personel eksikliği ve artan iş yükü nedeniyle çalışma arkadaşlarından destek beklediklerinden bahsetmişlerdir (47). Yine bu çalışmada çalışma arkadaşlarından ve aile üyelerinden gelen desteğin hemşirelere güven verdiği ve bakımla ilgili karar almalarında yardımcı olduğu bulunmuştur (47). Lim ve arkadaşlarının yaptığı nitel meta analizinde hemşirelerin deliryumlu bireye bakımda ana bakım sağlayıcı olsa da bakım verirken hemşireler arası iletişimin, meslekler arası iletişimin, ailelerle iletişimin ve kurumla iletişimin hemşirelerin yaklaşımlarını pozitif ya da negatif yönde etkilediği görülmüştür (26).

Bulgularımızdaki etkisiz baş etme yöntemlerinin iş yoğunluğu, çalışma saatlerinin uzunluğu, bakım karmaşası, beklenen tedavi planını takip edemeyeceği inancı, çözümsüz hissetme ve desteksiz kalma nedeniyle başvurulduğu düşünülmektedir. Hemşirelere deliryumlu hasta bakımı konusunda ihtiyaç duydukları desteğinin sağlanması ve baş etme yöntemlerinin güçlendirilmesi önemli görünmektedir. Bu anlamda hemşirelere baş etme eğitimleri verilebilir. Bunun yanında hastanede konsültasyon liyazon psikiyatri hemşireliği bölümü açılması hem deliryum yönetiminde hem de hemşirelerin desteklenmesi yönünde iyileşmeler sağlayabilir.

Bunun devamında hemşirelerin baş etme düzeylerini ölçen ve baş etme eğitimleri sonrası ölçümlerin tekrarlanacağı çalışmalar planlanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin görüşleri ve uygulamalarını açıklaştırmak amacıyla yapılan çalışmanın sonucunda;

- Hemşirelerin deliryumda olan bireyin zorlayıcı davranışlarını bilinçli yapmadığını düşünerek deliryumu normal karşıladığı ve bireylere empati yapmaya çalıştıkları anlaşılmıştır. Ancak hemşirelerin deliryumlu bireye bakım vermeyi zor, yıpratıcı olarak çoğunlukla olumsuz algıladıkları görülmüştür.
- Hemşirelerin yoğun bakımda deliryum için standart bir tarama aracı kullanmadığı, tanılamalarını gözlem ve bireye sorular sorma yoluyla yaptıkları anlaşılmıştır. Deliryumun daha çok hiperaktif alt tip bulgularını fark ettikleri ve çoğunlukla deliryumu fark ettikten sonra müdahale ettiği görülmüştür. Deliryumun yönetiminde; terapötik iletişim kurma, ihtiyaçlarını giderme, yakınlarını içeri alma, erken servise çıkarma, erken mobilizasyon, oksijenlenmesini sağlama, yoğun bakım ortamının kontrolü, uyku hijyenine dikkat etme, uyaran verme, yakınlarını içeri alma, mahremiyete dikkat etme, minimum ilaç kullanımı gibi non farmakolojik hemşirelik uygulamalarının devamında doktor orderı ile farmakolojik müdahalelerde de bulunulduğu sonucuna varılmıştır.
- Hemşirelerin deliryumlu bireye bakım verirken yaptıklarının işe yaramamasından, görünür sonuçları olmamasından ve iş yüklerinin artmasından dolayı motivasyon düşüklüğü, tükenmişlik, fiziksel ve ruhsal yorgunluk, meslekten soğuma; bireyin riskli davranışları ve istedikleri bakımı verememe nedeniyle endişe, korku, üzüntü, öfke, suçluluk, gibi sıklıkla olumsuz duygular yaşadıkları sonucuna varılmıştır.
- Hemşirelerin deliryumlu bireye bakım verirken yaşadıkları olumsuz duygularla ve bakımının sıkıntılı yüküyle baş edemeyip bakım vermekten kaçınma, bireylerden uzak durma ve nöbetin bitmesini bekleme gibi kaçınıcı davranışlarda bulundukları görülmüştür. Aynı zamanda hemşirelerin sosyal destek alarak baş etmeye çalıştıkları ve deliryumlu bireye bakım verirken desteğe ihtiyaç duyduğu sonucuna varılmıştır.

Öneriler

Araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda uygulama ve araştırma önerileri sunulmuştur.

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Hemşirelerin düşüncelerinin ve algılarının kararlarını ve bakımlarını etkilediği göz önünde bulundurulmalı, bu bağlamda ihtiyaç duydukları destek ve kaynakların yönetimler tarafından sağlanması,
- Hemşirelere deliryumlu bireye bakım verirken güven ve yeterlilik sağlamak amacıyla düzenli eğitimler planlanması,
- Deliryumun tanılanması için standart bir tarama aracı uygulamaya dahil edilmesi,
- Yoğun bakımda kullanılmak üzere deliryum risk belirleme, önleme ve tedavi protokolü oluşturulması,
- Hemşirelerin bakım verirken yaşadıkları olumsuz duygularla baş edebilmesi için etkili baş etme yöntemlerine yönelik eğitimler planlanması
- Hastanede deliryumlu hasta bakımı konusunda destek verebilecek konsültasyon liyazon psikiyatri hemşireliği bölümü kurulması önerilir.

Araştırmaya Yönelik Öneriler

- Hemşireler ve diğer ekip üyelerinin deliryum yönetim sürecini birlikte ele alan çalışmalar planlanması,
- Yoğun bakımda deliryum yönetimine yönelik eğitimlerin deliryum yönetimine olan etkisinin değerlendirildiği deneysel çalışmalar yapılması
- Hemşirelerin baş etme düzeylerini ölçen ve baş etme eğitimleri sonrası ölçümlerin tekrarlanacağı çalışmalar planlanması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Gibb K, Seeley A, Quinn T, Siddiqi N, Shenkin S, Rockwood K ve ark. The consistent burden in published estimates of delirium occurrence in medical inpatients over four decades: A systematic review and meta-analysis study. Age and Ageing. 2020; (49): 352–60.
2. Schubert M, Schürch R, Boettger S, Garcia Nuñez D, Schwarz U, Bettex D ve ark. A hospital-wide evaluation of delirium prevalence and outcomes in acute care patients - A cohort study. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):550.
3. James Ryan D, Annmarie NO, Ó Caoimh R, Clare J, Leonard M, McFarland J ve ark. Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. BMJ Open. 2012; 3(1): e001772
4. Chen H, Mo L, Hu H, Ou Y, Luo J. Risk factors of postoperative delirium after cardiac surgery: a meta-analysis. J Cardiothorac Surg. 2021;16(1).
5. American Psychiatric Asociation. Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. 5. Amer Psychiatric Assn Pub; 2022.
6. Witlox J, Eurelings LSM, De Jonghe JFM, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, Van Gool WA. Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia A Meta-analysis. JAMA. 2010;304(4):443-451.
7. Abbasinia M, Babaii A, Nadali Z, Pakzaban S, Abbasi M, Shamali M. The effects of a tailored postoperative delirium prevention intervention after coronary artery bypass graft: A randomized controlled trial . Nursing Practice Today. 2021;(8)3:226-233.
8. Yaşayacak A, Eker F. Kalp damar cerrahisi yoğun bakim ünitesinde yatan hastalarda deliryum ve risk faktörlerinin belirlenmesi. Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2012;20(2):265–74.
9. Aslankurt S, Yapıcı N, Kudsioğlu T, Atalan N, Çetin Y, Uğur İ, Aykaç Z. Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Deliryum Sıklığı ve Deksmedetomidin'in Etkinliği: Klinik Çalışma. GKDA Der. 2016;22(4):152-160
10. Ulus M, Durmaz Eder A. Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Yoğun Bakım Hastalarında Deliryumun Önlenmesi. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing. 2022;13(30):43-49
11. Abawi M, Pagnesi M, Agostoni P, Chiarito M, van Jaarsveld RC, van Dongen CS ve ark. Postoperative Delirium in Individuals Undergoing Transcatheter Aortic Valve Replacement: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Geriatr Soc. 2018;66(12):2417–24.
12. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. The Lancet. 2014;(383): 911–22.
13. Lechowicz K, Szylińska A, Listewnik M, Drożdżal S, Tomska N, Rotter I ve ark. Cardiac delirium index for predicting the occurrence of postoperative

delirium in adult patients after coronary artery bypass grafting. Clin Interv Aging. 2021;(16):487–95.

14. Lin L, Zhang X, Xu S, Peng Y, Li S, Huang X ve ark. Outcomes of postoperative delirium in patients undergoing cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Cardiovascular Medicine. 2022; 9(9):884144.

15. Mangusan RF, Hooper V, Denslow SA, Travis L. Outcomes associated with postoperative delirium after cardiac surgery. American Journal of Critical Care. 2015;24(2):156–63.

16. Brown CH. Delirium in the cardiac surgical ICU. Current Opinion in Anaesthesiology. Lippincott Williams and Wilkins; 2014; (27): 117–22.

17. Greaves D, Psaltis PJ, Ross TJ, Davis D, Smith AE, Boord MS ve ark. Cognitive outcomes following coronary artery bypass grafting: A systematic review and meta-analysis of 91,829 patients. Int J Cardiol. 2019; (289):43–9.

18. Sharma A, Malhotra S, Grover S, Jindal SK. Incidence, prevalence, risk factor and outcome of delirium in intensive care unit: A study from India. Gen Hosp Psychiatry. 2012;34(6):639–46.

19. Mehta S, Cook D, Devlin JW, Skrobik Y, Meade M, Fergusson D ve ark. Prevalence, risk factors, and outcomes of delirium in mechanically ventilated adults. Crit Care Med. 2015;43(3):557–66.

20. Stollings JL, Kotfis K, Chanques G, Pun BT, Pandharipande PP, Ely EW. Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. Intensive Care Medicine. 2021; (47):1089–103.

21. Aung Thein MZ, Pereira J V., Nitchingham A, Caplan GA. A call to action for delirium research: Meta-analysis and regression of delirium associated mortality. BMC Geriatr. 2020 ;20(1):325.

22. Pisani MA, Kong SYJ, Kasl S V, Murphy TE, Araujo KLB, Van Ness PH. Days of Delirium Are Associated with 1-Year Mortality in an Older Intensive Care Unit Population. Am J Respir Crit Care Med. 2009;180(11):1092–7.

23. Grover S, Shah R, Kr A. The Mortality Rate Among Patients with Delirium 6 Months After Diagnosis by A Consultation-Liaison Psychiatric Team . Turkish Journal of Psychiatry. 2012; 23(3):189-92.

24. Zhang R, Bai L, Han X, Huang S, Zhou L, Duan J. Incidence, characteristics, and outcomes of delirium in patients with noninvasive ventilation: a prospective observational study. BMC Pulm Med. 2021;21(1):157.

25. Gou RY, Hshieh TT, Marcantonio ER, Cooper Z, Jones RN. One-Year Medicare Costs Associated With Delirium in Older Patients Undergoing Major Elective Surgery. JAMA Surg. 2021;156(5):462–70.

26. Lim XM, Lim ZHT, Ignacio J. Nurses' experiences in the management of delirium among older persons in acute care ward settings: A qualitative systematic review and meta-aggregation. International Journal of Nursing Studies. 2022;(127): 104157.

27. Boot R. Delirium: A review of the nurses role in the intensive care unit. Intensive and Critical Care Nursing. 2012; (28):185–9.

28. Brooke J. Differentiation of delirium, dementia and delirium superimposed on dementia in the older person. British Journal of Nursing. 2018;27(7):363–7.

29. Bélanger L, Ducharme F. Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies. Nurs Crit Care. 2011;16(6):303–15.

30. Hshieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Travison T ve ark. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: A meta-analysis. JAMA. 2015;175(4):512–20.

31. Arend E, Christensen M. Delirium in the intensive care unit: a review. Nursing in Critical Care. 2009;14(3):145-154.

32. Dahlke S, Hunter KF, Negrin K, Reshef Kalogirou M, Fox M, Wagg A. The educational needs of nursing staff when working with hospitalised older people. J Clin Nurs. 2019;28(1–2):221–34.

33. Flagg B, Cox L, McDowell S, Mwose JM, Buelow JM. Nursing identification of Delirium. Clinical Nurse Specialist. 2010;24(5):260–6.

34. Nydahl P, Dewes M, Dubb R, Hermes C, Kaltwasser A, Krotsetis S ve ark. Survey among critical care nurses and physicians about delirium management. Nurs Crit Care. 2018;23(1):23–9.

35. Agar M, Draper B, Phillips PA, Phillips J, Collier A, Harlum J ve ark. Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. Palliat Med. 2012;26(7):887–96.

36. Cohen C, Pereira F, Kampel T, Bélanger L. Integration of family caregivers in delirium prevention care for hospitalized older adults: A case study analysis. J Adv Nurs. 2021;77(1):318–30.

37. Hussein M El, Hirst S. Institutionalizing Clinical Reasoning: A Grounded Theory of the Clinical Reasoning Processes RNs Use to Recognize Delirium. J Gerontol Nurs. 2015;41(10):38–44.

38. Hosie A, Davidson PM, Agar M, Sanderson CR, Phillips J. Delirium prevalence, incidence, and implications for screening in specialist palliative care inpatient settings: A systematic review. Palliative Medicine. 2013; (27):486–98.

39. Yevchak A, Fick DM, Kolanowski AM, McDowell J, Monroe T, LeViere A ve ark. Implementing Nurse-Facilitated Person-Centered Care Approaches for Patients With Delirium Superimposed on Dementia in the Acute Care Setting. J Gerontol Nurs. 2017;43(12):21–8.

40. Zhao Y, Missbrenner N, Daniel Xu H, Josephson L. Enhancing delirium assessment and management through nursing education interventions: A scoping review. Nurse Educ Pract. 2024; (75):103887.

41. Finucane AM, Lugton J, Kennedy C, Spiller JA. The experiences of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in palliative care

settings: an integrative literature review. Psycho-Oncology. 2017; (26):291–300.

42. Gaudencio Bento AF, Sousa PP. Delirium in adult patients in intensive care: nursing interventions. British Journal of Nursing. 2021;30(9):534-538.

43. Emme C. It should not be that difficult to manage a condition that is so frequen: A qualitative study on hospital nurses' experience of delirium guidelines. J Clin Nurs. 2020 ;29(15–16):2849–62.

44. Coyle MA, Burns P, Traynor V. Is it My Job? The Role of RNs in the Assessment and Identification of Delirium in Hospitalized Older Adults: An Exploratory Qualitative Study. J Gerontol Nurs. 2017;43(4):29–37.

45. Kjorven M, Rush K, Hole R. A discursive exploration of the practices that shape and discipline nurses' responses to postoperative delirium. Nurs Inq. 2011;18(4):325–35.

46. Kristiansen S, Konradsen H, Beck M. Nurses' experiences of caring for older patients afflicted by delirium in a neurological department. J Clin Nurs. 2019 ;28(5–6):920–30.

47. Thomas N, Coleman M, Terry D. Nurses' experience of caring for patients with delirium: Systematic review and qualitative evidence synthesis. Nursing Reports. 2021;11(1):164-174.

48. Correya A, Rawson H, Ockerby C, Hutchinson AM. Nurses' perceptions of patient pain, delirium, and sedation assessments in the intensive care unit: A qualitative study. Australian Critical Care. 2024;(24):101076.

49. Hallberg Kristensen A, Nymark C, Stenman M, Falk A. Registered nurses' experiences of caring for patients with hypoactive delirium after cardiac surgery − A qualitative study. Intensive Crit Care Nurs. 2024;(84):103757.

50. Wu M, Chen Z, Xu Y, Zhao L, Zhao L, Xia L. A qualitative study of geriatric specialist nurses' experiences to navigate delirium in the elderly. BMC Nurs. 2024;23(1):426.

51. Azimzadeh D, Arbour C, Mailhot T. Nurses' Perceptıons of Family Involvement In Delırıum Assessment/Management In Cardıac Surgery Crıtıcal Care. Canadian Journal of Cardiology. 2023;39(10):218–9.

52. Meghani S, Timmins F. Intensive care nurses' perceptions and awareness of delirium and delirium prevention guidelines. Nurs Crit Care. 2024;29(5):943–52.

53. Bélanger L, Ducharme F. Narrative-based educational nursing intervention for managing hospitalized older adults at risk for delirium: Field testing and qualitative evaluation. Geriatr Nurs (Minneap). 2015;36(1):40–6.

54. Godfrey M, Smith J, Green J, Cheater F, Inouye SK, Young JB. Developing and implementing an integrated delirium prevention system of care: a theory driven, participatory research study. BMC Health Serv Res. 2013;13(1):341.

55. Godfrey M, Green J, Smith J, Cheater F, Inouye SK, Hurst K ve ark. Process of implementing and delivering the Prevention of Delirium system of care: a mixed method preliminary study. BMC Geriatr. 2020;20(1):1.

56. Kang Y, Moyle W, Cooke M, O'Dwyer S. Qualitative evaluation of a delirium prevention and management programme. J Clin Nurs. 2017;26(23–24):4574–82.

57. Voyer P, Richard S, Doucet L, Danjou C, Carmichael PH. Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia. BMC Nurs. 2008;7(1).

58. Elliott SR. ICU delirium: A survey into nursing and medical staff knowledge of current practices and perceived barriers towards ICU delirium in the intensive care unit. Intensive Crit Care Nurs. 2014;30(6):333–8.

59. Alhaidari AA, Allen-Narker RA. An evolving approach to delirium: A mixed-methods process evaluation of a hospital-wide delirium program in New Zealand. Australas J Ageing. 2017;36(2).

60. Teodorczuk A, Mukaetova-Ladinska E, Corbett S, Welfare M. Deconstructing dementia and delirium hospital practice: using cultural historical activity theory to inform education approaches. Advances in Health Sciences Education. 2015;20(3):745–64.

61. Van de Steeg L, Langelaan M, Ijkema R, Nugus P, Wagner C. Improving delirium care for hospitalized older patients. A qualitative study identifying barriers to guideline adherence. J Eval Clin Pract. 2014;20(6):813–9.

62. Bae KS, Roh YS. Factors Affecting Delirium Care Core Competency Among Nurses: A Descriptive Correlational Study. Nurs Health Sci. 2024 ;26(4).

63. Mc Donnell S, Timmins F. A quantitative exploration of the subjective burden experienced by nurses when caring for patients with delirium. J Clin Nurs. 2012; 21(17–18):2488–98.

64. Xiao T. Nurse Stress Associated with Delirium Care in Intensive Care Units: A Cross-Sectional Study. Open J Nurs. 2024;14(11):569–78.

65. Yamagata H, Takihara T, Kobayashi R, Hirose K, Higuchi K, Miyahara M ve ark. Burnout and perceived burden levels related to delirium in physicians and nurses. Gen Hosp Psychiatry. 2024;87:162–3.

66. Özsaban A, Acaroglu R. Delirium assessment in intensive care units: practices and perceptions of Turkish nurses. Nurs Crit Care. 2016; 21(5): 271–8.

67. Başpınar T, Kula Şahin S. Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Deliryuma Yönelik Bilgi, Tutum ve Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstinye Üniversitesi; 2019.

68. Ateş A, Acaroğlu R. Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Tanılaması ile Deliryum Riskinin Belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2012.

69. Şahin H. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin deliryum hakkındaki bilgi ve tutumlarının araştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. Trabzon: Avrasya Üniversitesi; 2019.

70. Temiz Z, Aydın Sayılan A. Assesment of Intensive Care Nurses' Delirium Knowledge Levels: Descriptive Study. Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences. 2021;13(4):751–8.

71. Eren N. Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin kişilik özellikleri açısından deliryum farkındalıkları ve yönetimi [Yüksek Lisans Tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2019.

72. Yanıklar D. Yoğun bakım hastalarında deliryumun değerlendirmesi ve yönetimine ilişkin klinik protokol geliştirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi; 2022.

73. Sarı N, Yavuz Van Giersbergen M. Sağlık Çalışanlarının Yoğun Bakımlarda Deliryum Yönetimlerinin İncelenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2023;27(3):128–37.

74. Çevik B. Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Deliryum Yönetimi Konusunda Farkındalıklarının Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2016.

75. Yılmazer RG, Pehlivan S. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Deliryum Hakkındaki Farkındalıkları ve Deliryum Yönetimlerinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2020.

76. Elibol N. Ortopedik cerrahi girişimi uygulanan yaşlı bireyler postoperatif deliryumu teşviklerine yönelik klinik girişimlerin etkisi [Doktora Tezi]. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi; 2015.

77. Aslangül S, Ayhan F, Terzioğlu C. Deliryum yönetiminde farmakolojik olmayan hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022; 15(2):273–91.

78. Kasapoğlu ES, Enç N. Role of multicomponent non-pharmacological nursing interventions on delirium prevention: A randomized controlled study. Geriatr Nurs. 2022; (44):207–214.

79. Çavuşoğlu A. Yoğun bakım ünitesinde fiziksel çevre düzenlemesinin deliryum üzerine etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi; 2019.

80. Topçu N. Yoğun Bakım Ünitesindeki Kanıt Temelli Non-Farmakolojik Düzenlemelerin Deliryumu Önlemedeki Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Tekirdağ: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi; 2019.

81. Öztürk Birge A, Tel Aydin H. The effect of nonpharmacological training on delirium identification and intervention strategies of intensive care nurses. Intensive Crit Care Nurs. 2017; (41):33–42.

82. Ergin B. Hemşirelere Verilen Deliryum Eğitiminin Bilgi Düzeyleri Üzerine Olan Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2023.

83. Yılmaz EB, Çobanoğlu A, Apaydın E. Evaluation of Intensive Care Nurses' Knowledge and Approaches About Delirium: A Qualitative Study. Turkish Journal of Intensive Care. 2023; 21(2):110–8.

84. Kara Söylemez G, Bulut H, Ekici G. Cerrahi Yoğun Bakım Hemşirelerinin Deliryumu Tanılama ve Yönetme ile İlgili Deneyimleri Bir Nitel Çalışma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;13(2):694–713.

85. Francis J. Three millennia of delirium research: Moving beyond echoes of the past. Journal of the American Geriatrics Society. Blackwell Publishing Inc. 1999; (47): 1382.

86. Adamis D, Treloar A, Martin FC, Macdonald AJD. A brief review of the history of delirium as a mental disorder. History of Psychiatry. 2007; (18): 459–69.

87. Morandi A, Pandharipande P, Trabucchi M, Rozzini R, Mistraletti G, Trompeo AC ve ark. Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients. Intensive Care Medicine. 2008; (34): 1907–15.

88. Mattison M L P, Delirium. Review. Ann Intern Med. 2020;173(7):ITC49-ITC64

89. Slooter AJC, Otte WM, Devlin JW, Arora RC, Bleck TP, Claassen J ve ark. Updated nomenclature of delirium and acute encephalopathy: statement of ten Societies. Intensive Care Med. 2020;46(5):1020–2.

90. Lipowski ZJ. Delirium (Acute Confusional States). JAMA. 1987;258(13):1789.

91. DiSantostefano J. International Classification of Diseases 10th Revision (ICD-10). The Journal for Nurse Practitioners. 2009;5(1):56–7.

92. Chen F, Liu L, Wang Y, Liu Y, Fan L, Chi J. Delirium prevalence in geriatric emergency department patients: A systematic review and meta-analysis. American Journal of Emergency Medicine. 2022; (59):121–8.

93. Krewulak KD, Stelfox HT, Leigh JP, Wesley Ely E, Fiest KM. Incidence and prevalence of delirium subtypes in an adult ICU: A systematic review and meta-analysis. Critical Care Medicine. Lippincott Williams and Wilkins; 2018; (46): 2029–35.

94. Tsuruta R, Nakahara T, Miyauchi T, Kutsuna S, Ogino Y, Yamamoto T ve ark. Prevalence and associated factors for delirium in critically ill patients at a Japanese intensive care unit. Gen Hosp Psychiatry. 2010;32(6):607–11.

95. Bilge EÜ, Kaya M, Şenel GÖ, Ünver S. The incidence of delirium at the postoperative intensive care unit in adult patients. Turk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dernegi Dergisi. 2015;43(4):232–9.

96. Townsend MC. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri . 6. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016. 245 p.

97. Fong TG, Vasunilashorn SM, Libermann T, Marcantonio ER, Inouye SK. Delirium and Alzheimer disease: A proposed model for shared pathophysiology. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2019; (34): 781–9.

98. Maldonado JR. Acute Brain Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Management, and Sequelae of Delirium. Critical Care Clinics. 2017; (33): 461–519.

99. Bowman EML, Cunningham EL, Page VJ, McAuley DF. Phenotypes and subphenotypes of delirium: a review of current categorisations and suggestions for progression. Crit Care. 2021;25(1):334.

100. Meagher D. Motor subtypes of delirium: Past, present and future. International Review of Psychiatry. 2009;21(1):59–73.

101. Diouf F, Hoang B,Bammatter L, Eshmawey M, Unschuld P G, Hypoactive Delirium. Rev Med Suisse. 2023; 19(833):1282-1285

102. Oh ST, Park JY. Postoperative delirium. Korean J Anesthesiol. 2019;72(1):4–12.

103. Meagher DJ, Morandi A, Inouye SK, Ely W, Adamis D, Maclullich AJ ve ark. Concordance between DSM-IV and DSM-5 criteria for delirium diagnosis in a pooled database of 768 prospectively evaluated patients using the delirium rating scale-revised-98. BMC Med. 2014;12(1):164.

104. Fialho Silva IT, Assis Lopes P, Timotio Almeida T, Ramos SC, Caliman Fontes AT, Guimarães Silva D ve ark. Impact of Delirium and Its Motor Subtypes on Stroke Outcomes. Stroke. 2021;52(4):1322–9.

105. Albrecht JS, Marcantonio ER, Roffey DM, Orwig D, Magaziner J, Terrin Mve ark. Stability of Postoperative Delirium Psychomotor Subtypes in Individuals with Hip Fracture. J Am Geriatr Soc. 2015;63(5):970–6.

106. Hayhurst CJ, Marra A, Han JH, Patel MB, Brummel NE, Thompson JL ve ark. Association of Hypoactive and Hyperactive Delirium With Cognitive Function After Critical Illness. Crit Care Med. 2020;48(6):e480–8.

107. Morichi V, Fedecostante M, Morandi A, Di Santo SG, Mazzone A, Mossello E ve ark. A Point Prevalence Study of Delirium in Italian Nursing Homes. Dement Geriatr Cogn Disord. 2018;46(1–2):27–41.

108. Meagher DJ, Leonard M, Donnelly S, Conroy M, Adamis D, Trzepacz PT. A longitudinal study of motor subtypes in delirium: Relationship with other phenomenology, etiology, medication exposure and prognosis. J Psychosom Res. 2011;71(6):395–403.

109. Kim SY, Kim JM, Kim SW, Kim ES, Kang HJ, Lee JY ve ark. Do the Phenotypes of Symptom Fluctuation Differ Among Motor Subtypes in Patients With Delirium? J Pain Symptom Manage. 2018;56(5):667–77.

110. Krewulak KD, Stelfox HT, Ely EW, Fiest KM. Risk factors and outcomes among delirium subtypes in adult ICUs: A systematic review. J Crit Care. 2020; (56):257–64.

111. Gual N, Inzitari M, Carrizo G, Calle A, Udina C, Yuste A ve ark. Delirium Subtypes and Associated Characteristics in Older Patients With Exacerbation of Chronic Conditions. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2018;26(12):1204–12.

112. Ghezzi ES, Greaves D, Boord MS, Davis D, Knayfati S, Astley JM ve ark. How do predisposing factors differ between delirium motor subtypes? A systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2022;51(9).

113. Lindroth H, Khan BA, Carpenter JS, Gao S, Perkins AJ, Khan SH ve ark. Delirium Severity Trajectories and Outcomes in ICU Patients. Defining a Dynamic Symptom Phenotype. Ann Am Thorac Soc. 2020;17(9):1094–103.

114. Yang FM, Marcantonio ER, Inouye SK, Kiely DK, Rudolph JL, Fearing MA ve ark. Phenomenological Subtypes of Delirium in Older Persons: Patterns, Prevalence, and Prognosis. Psychosomatics. 2009;50(3):248–54.

115. Jackson TA, Wilson D, Richardson S, Lord JM. Predicting outcome in older hospital patients with delirium: a systematic literature review. Int J Geriatr Psychiatry. 2016;31(4):392–9.

116. Bowman EML, Brummel NE, Caplan GA, Cunningham C, Evered LA, Fiest KM ve ark. Advancing specificity in delirium: The delirium subtyping initiative. Alzheimer's & Dementia. 2024;20(1):183–94.

117. Maldonado JR. Neuropathogenesis of delirium: Review of current etiologic theories and common pathways. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2013;21(12):1190–222.

118. Ford A H, Preventing delirium in dementia: Managing risk factors. Maturidas. 2016; 92:35-40.

119. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLullich AMJ ve ark. Delirium. Nature Reviews Disease Primers. 2020; 6(1):90

120. Kamholz B. Update on delirium: Diagnosis, management, and pathophysiology. Psychiatr Ann. 2010;40(1):52–62.

121. Mulkey MA, Hardin SR, Olson DM, Munro CL. Pathophysiology Review: Seven Neurotransmitters Associated with Delirium. Clinical Nurse Specialist. Lippincott Williams and Wilkins. 2018; (32): 195–211.

122. Simone MJ, Tan ZS. The Role of Inflammation in the Pathogenesis of Delirium and Dementia in Older Adults: A Review. CNS Neuroscience and Therapeutics. 2011; (17): 506–13.

123. Pang Y, Li Y, Zhang Y, Wang H, Lang J, Han L ve ark. Effects of inflammation and oxidative stress on postoperative delirium in cardiac surgery. Frontiers in Cardiovascular Medicine. 2022; (9): 1049600.

124. Cerejeira J, Firmino H, Vaz-Serra A, Mukaetova-Ladinska EB. The neuroinflammatory hypothesis of delirium. Acta Neuropathologica. 2010; (119):737–54.

125. Dunne SS, Coffey JC, Konje S, Gasior S, Clancy CC, Gulati G ve ark. Biomarkers in delirium: A systematic review. Journal of Psychosomatic Research. 2021; (147): 110530.

126. Noah AM, Almghairbi D, Evley R, Moppett IK. Preoperative inflammatory mediators and postoperative delirium: systematic review and meta-analysis. British Journal of Anaesthesia. 2021; (127): 424–34.

127. Colkesen Y, Giray S, Ozenli Y, Sezgin N, Coskun I. Relation of serum cortisol to delirium occurring after acute coronary syndromes. American Journal of Emergency Medicine. 2013;31(1):161–5.

128. Chaiwat O, Chanidnuan M, Pancharoen W, Vijitmala K, Danpornprasert P, Toadithep P ve ark. Postoperative delirium in critically ill surgical patients: Incidence, risk factors, and predictive scores. BMC Anesthesiol. 2019;19(1).

129. Sanford AM, Flaherty JH. Do nutrients play a role in delirium? Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care. 2014; (17): 45–50.

130. Velayati A, Vahdat Shariatpanahi M, Shahbazi E, Vahdat Shariatpanahi Z. Association between preoperative nutritional status and postoperative delirium in individuals with coronary artery bypass graft surgery: A prospective cohort study. Nutrition. 2019; (66):227–32.

131. Jung P, Pereira MA, Hiebert B, Song X, Rockwood K, Tangri N ve ark. The impact of frailty on postoperative delirium in cardiac surgery patients. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2015;149(3):869-875f.

132. Davis DHJ, Skelly DT, Murray C, Hennessy E, Bowen J, Norton S ve ark. Worsening cognitive impairment and neurodegenerative pathology progressively increase risk for delirium. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2015;23(4):403–15.

133. Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L. Risk factors for delirium in intensive care patients: A prospective cohort study. Crit Care. 2009;13(3).

134. Ouimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB, Skrobik Y. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. Intensive Care Med. 2007;33(1):66–73.

135. Iglsder B, Frühwald T, Jagsch C. Delirium in geriatric patients. Wien Med Wochenschr. 2022; 172(5-6):114-121.

136. Clegg A, Young JB. Which medications to avoid in people at risk of delirium: A systematic review. Age Ageing. 2011;40(1):23–9.

137. Pandharipande P, Cotton BA, Shintani A, Thompson J, Pun BT, Morris JA ve ark. Prevalence and risk factors for development of delirium in surgical and trauma intensive care unit patients. Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care. 2008;65(1):34–41.

138. Sampson EL, West E, Fischer T. Pain and delirium: mechanisms, assessment, and management. European Geriatric Medicine. 2020; (11): 45–52.

139. Zaal IJ, Devlin JW, Peelen LM, Slooter AJC. A systematic review of risk factors for delirium in the ICU. Crit Care Med. 2015;43(1):40–7.

140. Kazmierski J, Kowman M, Banach M, Fendler W, Okonski P, Banys A ve ark. Incidence and predictors of delirium after cardiac surgery: Results from The IPDACS Study. J Psychosom Res. 2010;69(2):179–85.

141. Burkhart CS, Dell-Kuster S, Gamberini M, Moeckli A, Grapow M, Filipovic M ve ark. Modifiable and nonmodifiable risk factors for postoperative delirium

after cardiac surgery with cardiopulmonary bypass. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2010;24(4):555–9.

142. Afonso A, Scurlock C, Reich D, Raikhelkar J, Hossain S, Bodian C ve ark. Predictive model for postoperative delirium in cardiac surgical patients. Semin Cardiothorac Vasc Anesth. 2010;14(3):212–7.

143. Bucerius J, Gummert JF, Borger MA, Walther T, Doll N, Falk V ve ark. Predictors of delirium after cardiac surgery delirium: Effect of beating-heart (off-pump) surgery. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2004;127(1):57–64.

144. Bramley P, McArthur K, Blayney A, McCullagh I. Risk factors for postoperative delirium: An umbrella review of systematic reviews. International Journal of Surgery. 2021; (93): 106063.

145. Colombo R. A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. Minerva Anestesiol. 2012; 78(9):1026-33.

146. Rudolph JL, Marcantonio ER. Postoperative Delirium: Acute change with long-term implications. Anesthesia and Analgesia. 2011; 112 (5):1202–11.

147. Lindroth H, Bratzke L, Purvis S, Brown R, Coburn M, Mrkobrada M ve ark. Systematic review of prediction models for delirium in the older adult inpatient. BMJ Open. 2018; 8(4):e019223.

148. Van Meenen LCC, Van Meenen DMP, De Rooij SE, Ter Riet G. Risk prediction models for postoperative delirium: A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Geriatrics Society. 2014; (62): 2383–90.

149. Van Den Boogaard M, Pickkers P, Slooter AJC, Kuiper MA, Spronk PE, Van Der Voort PHJ ve ark. Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICu patients) delirium prediction model for intensive care patients: Observational multicentre study. BMJ. 2012; (344):e420.

150. Sosa FA, Roberti J, Franco MT, Kleinert MM, Patrón AR, Osatnik J. Assessment of delirium using the PRE-DELIRIC model in an intensive care unit in Argentina. Rev Bras Ter Intensiva. 2018;30(1):50–6.

151. Paton L, Elliott S, Chohan S. Utility of the PRE-DELIRIC delirium prediction model in a Scottish ICU cohort. J Intensive Care Soc. 2016;17(3):202–6.

152. Linkaitė G, Riauka M, Bunevičiūtė I, Vosylius S. Evaluation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICu patients) delirium prediction model for the patients in the intensive care unit. Acta Med Litu. 2018;25(1):14-22.

153. Sayılan S, Özen V, Tosun B, Aydın Sayılan A, Özen N. An Evaluation of the PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICu Patients) Delirium Prediction Model in Intensive Care Units in Türkiye. Turkish Journal of Intensive Care. 2023;21(3):162–70.

154. Bishara A, Chiu C, Whitlock EL, Douglas VC, Lee S, Butte AJ ve ark. Postoperative delirium prediction using machine learning models and preoperative electronic health record data. BMC Anesthesiol. 2022;22(1):8.

155. Xie Q, Wang X, Pei J. Machine Learning–Based Prediction Models for Delirium: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. 2022;23(10):1655-1668.

156. Yang T, Yang H, Liu Y. Postoperative delirium prediction after cardiac surgery using machine learning models. Comput Biol Med. 2024;(169): 107818.

157. De la Varga-Martínez O, Gómez-Pesquera E, Muñoz-Moreno MF, Marcos-Vidal JM, López-Gómez A, Rodenas-Gómez F ve ark. Development and validation of a delirium risk prediction preoperative model for cardiac surgery patients (DELIPRECAS): An observational multicentre study. J Clin Anesth. 2021;(69): 110158.

158. Jin Z, Hu J, Ma D. Postoperative delirium: perioperative assessment, risk reduction, and management. British Journal of Anaesthesia. 2020;(125): 492–504.

159. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care Clinical guideline [Internet]. 2023. [Erişim Tarihi: 17.11.2024]. Erişim Adresi: www.nice.org.uk/guidance/cg103

160. Ho MH, Montgomery A, Traynor V, Chang CC, Kuo KN, Chang HC ve ark. Diagnostic Performance of Delirium Assessment Tools in Critically Ill Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2020;17(4):301-310.

161. Bellelli G, Morandi A, Davis DHJ, Mazzola P, Turco R, Gentile S ve ark. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: A study in 234 hospitalised older people. Age Ageing. 2014;43(4):496–502.

162. Hargrave A, Bastiaens J, Bourgeois JA, Neuhaus J, Josephson SA, Chinn J ve ark. Validation of a Nurse-Based Delirium-Screening Tool for Hospitalized Patients. Psychosomatics. 2017; 58(6):594-603.

163. De J, Wand APF. Delirium screening: A systematic review of delirium screening tools in hospitalized patients. Gerontologist. Gerontological Society of America; 2015; (55):1079–99.

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

165. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S, Francis J, May L ve ark. Delirium in Mechanically Ventilated Patients. JAMA. 2001;286(21):2703.

166. Chen TJ, Chung YW, Chang HC (Rita), Chen PY, Wu CR, Hsieh SH ve ark. Diagnostic accuracy of the CAM-ICU and ICDSC in detecting intensive care unit delirium: A bivariate meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2021; (113):103782.

167. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF ve ark. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Crit Care Med. 2013;41(1):263–306.

168. Bergeron N, Dubois MJ, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. Intensive Care Med. 2001;27(5):859–64.

169. Tieges Z, Maclullich AMJ, Anand A, Brookes C, Cassarino M, O'connor M ve ark. Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2021;50(3):733–43.

170. Lin C, Fick DM, Traynor V, Chen Y, Hsiang H, Chiu H. Comparative Diagnostic Accuracy of Nursing Delirium Screening Scale Versus Confusion Assessment Method for Postoperative Delirium: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Nurs. 2024; 34(1):287-298.

171. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J ve ark. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016; 3(3).

172. Chaput AJ, Bryson GL. Postoperative delirium: Risk factors and management: Continuing Professional Development. Canadian Journal of Anesthesia. 2012;59(3):304–20.

173. Söylemez GK, Uzun S. The effect of nonpharmacological interventions applied by nurses to intensive care patients on the duration of delirium: a meta-analysis study. Irish Journal of Medical Science (1971 -). 2024;193(2):865–73.

174. Duning T, Ilting-Reuke K, Beckhuis M. Postoperative delirium – Treatment and prevention. Curr Opin Anaesthesiol. 2021;34(1):27–32.

175. Marcantonio ER. Clinical Crossroads Postoperative Delirium A 76-Year-Old Woman With Delirium Following Surgery. JAMA. 2012; 308(1):73-81.

176. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP ve ark. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med. 2018;46(9):E825–73.

177. Reznik ME, Slooter AJC. Delirium Management in the ICU. Current Treatment Options in Neurology. 2019; 21(11):59.

178. Zaal IJ, Spruyt CF, Peelen LM, Van Eijk MMJ, Wientjes R, Schneider MME ve ark. Intensive care unit environment may affect the course of delirium. Intensive Care Med. 2013;39(3):481–8.

179. O'mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline for Prevention of Delirium. Guıdelıne Development Process. Annals of Internal Medicine. 2011; 154(11):746-51.

180. Williams ST, Dhesi JK, Partridge JSL. Distress in delirium: causes, assessment and management. European Geriatric Medicine. 2020; 11(1):63-70.

181. Nydahl P, Jeitziner MM, Vater V, Sivarajah S, Howroyd F, McWilliams D ve ark. Early mobilisation for prevention and treatment of delirium in critically ill patients: Systematic review and meta-analysis. Intensive and Critical Care Nursing. 2023; (74):103334.

182. Inouye SK, Zhang Y, Jones RN, Kiely DK, Yang F, Marcantonio ER. Risk Factors for Delirium at Discharge Development and Validation of a Predictive Model. Arch Intern Med. 2007; 167(13):1406-13.

183. Vasilevskis EE, Pandharipande PP, Girard TD, Ely EW. A Screening, Prevention, and Restoration model for saving the injured brain in intensive care unit survivors. Critical Care Medicine. 2010;38(10): 683-91.

184. Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J ve ark. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. Crit Care Med. 2019;47(1):3–14.

185. Inouye KI, Bogardus ITB, Charpentier EAC, Inda L, Summers LES ve ark. A Multıcomponent Interventıon to Prevent Delırıum In Hospıtalızed Older Patıents A Bstract Background Since in hospitalized older patients. New England Journal of Medicine. 1999; 340(9):669-76.

186. Hshieh TT, Yang T, Gartaganis SL, Yue J, Inouye SK. Hospital Elder Life Program: Systematic Review and Meta-analysis of Effectiveness. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2018;26(10):1015–33.

187. Bannon L, McGaughey J, Verghis R, Clarke M, McAuley DF, Blackwood B. The effectiveness of non-pharmacological interventions in reducing the incidence and duration of delirium in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Medicine. 2019;45 (1):1-12.

188. Rood PJT, Zegers M, Ramnarain D, Koopmans M, Klarenbeek T, Ewalds E ve ark. The impact of nursing delirium preventive interventions in the ICU a multicenter cluster-randomized controlled clinical trial. Am J Respir Crit Care Med. 2021;204(6):682–91.

189. Collet MO, Caballero J, Sonneville R, Bozza FA, Nydahl P, Schandl A ve ark. Prevalence and risk factors related to haloperidol use for delirium in adult intensive care patients: the multinational AID-ICU inception cohort study. Intensive Care Med. 2018;44(7):1081–9.

190. Andersen-Ranberg NC, Poulsen LM, Perner A, Wetterslev J, Estrup S, Hästbacka J ve ark. Haloperidol for the Treatment of Delirium in ICU Patients. New England Journal of Medicine. 2022;387(26):2425–35.

191. Girard TD, Exline MC, Carson SS, Hough CL, Rock P, Gong MN ve ark. Haloperidol and Ziprasidone for Treatment of Delirium in Critical Illness. New England Journal of Medicine. 2018;379(26):2506–16.

192. Atalan N, Efe Sevim M, Akgün S, Fazlioğullari O, Başaran C. Morphine is a reasonable alternative to haloperidol in the treatment of postoperative hyperactive-type delirium after cardiac surgery. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2013;27(5):933–8.

193. Devlin JW, Fong JJ, Howard EP. Assessment of delirium in the intensive care unit: Nursing practices and perceptions. American Journal of Critical Care. 2008;17(6):555–65.

194. Zamoscik K, Godbold R, Freeman P. Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care. Intensive Crit Care Nurs. 2017;(40):94–100.

195. Rowley-Conwy G, Barriers to delirium assessment in the intensive care unit: A literature review. Intensive Crit Care Nurs. 2018; (44):99-104.

196. Ryan S L, Kimchi E Y. Evaluation and Management of Delirium. Semin Neurol. 2021; 41(5):572-587.

197. Piao J, Jin Y, Lee S M. Triggers and nursing influences on delirium in intensive care units.Nurs Crit Care. 2023; 23(1):8-15.

198. Arslan Y, Yazıcı G. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Psikososyal BakımYaklaşımı ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliğinin Rolü: Derleme. Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi. 2021; 2(2):29-35.

199. Teherani A, Martimianakis T, Stenfors-Hayes T, Wadhwa A, Varpio L. Choosing a Qualitative Research Approach. J Grad Med Educ. 2015;7(4):669–70.

200. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 12. Ankara: Seçkin ; 2021.

201. Sandelowski M. Focus on research methods: Whatever happened to qualitative description? Res Nurs Health. 2000;23(4):334–40.

202. Attepe Özden S, Tekindal M, Gedik TE, Erim F, Ege A, Tekindal MA. Nitel Araştırmaların Rapor Edilmesi: COREQ Kontrol Listesinin Türkçe Uyarlaması. Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi. 2022; (35):522-529.

203. Schmitt EM, Gallagher J, Albuquerque A, Tabloski P, Lee HJ, Gleason L ve ark. Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses. Gerontologist. 2019;59(2):327–37.

204. Bogdan RC, Biklen SK. Eğitimde Nitel Araştırma Teori ve Metodlara Giriş. 5. Baskıdan Çeviri. (Balcı, Sibel - Ahi, Berat Çeviri Editörleri). Ankara: Pegem Akademi; 2022. 308 p.

205. Merriam SB, Tisdell EJ. Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation. 4th. New York: John Wiley & Sons; 2015. 250–252 p.

206. Clarke V, Braun V. Thematic analysis. Vol. 12, Journal of Positive Psychology. Routledge; 2017. p. 297–8.

207. Boyatzis RE. Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development. London: Sage Publications; 1998.

208. Lou M F, Dai Y T. Nurses' Experience of Caring for Delirious Patients. Journal of Nursing Research. 2002; 10(4):279-289.

209. Partridge JS, Martin FC, Harari D, Dhesi JK. The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? Int J Geriatr Psychiatry. 2013;28(8):804–12.

8. EKLER

EK 1: TANITICI BİLGİ FORMU

Yaş……

Cinsiyet: Kadın ( ) Erkek ( )

Medeni Durum: Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış ( )

Eğitim Durumu: Lise ( ) Üniversite ( ) Yüksek lisans ( )

Kaç yıldır kalp damar yoğun bakımda çalışmaktasınız?.....

Deliryum ile ilgili eğitim aldınız mı? Aldıysanız nereden? (kongre, kurs, vb) …

EK 2. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU
Tarih:
Görüşme başlama saati:
Bitiş saati:

Merhaba. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerinin deliryuma ilişkin görüşleri ve uygulamalarını anlamaya yönelik bir çalışma yapıyorum. Çalışma sonuçlarının deliryumlu hastalara verilen tedavi ve bakıma ilişkin durumu daha iyi anlamamızı sağlayacağını, bütüncül bakımın desteklenmesine yönelik yapılacak girişimlere rehberlik edeceğini düşünüyorum.

Bu araştırma kapsamında sizlerle yüz yüze yaklaşık 30 dk süreceğini tahmin ettiğim görüşme yaparak birkaç soru sormak istiyorum. Görüşmenin tamamı, verilerin eksiksiz toplanabilmesi için ses kayıt cihazıyla kaydedilecektir. Görüşme süresince söylediklerinizin tümü gizlidir. Bu bilgileri araştırmacıların dışında herhangi bir kimsenin görmesi mümkün değildir. Ayrıca, araştırma sonuçlarını yazarken görüştüğümüz bireylerin isimlerini kesinlikle rapora yansıtmayacağız. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda tümü ile özgürsünüz. Bu çalışma gönüllü olarak katılımınız ile gerçekleştirilecektir.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim. Eğer sizin bana görüşmeye başlamadan önce sormak istediğiniz bir soru varsa, önce bunu yanıtlamak isterim.

Görüşme Soruları

- Deliryum ile ilgili ne düşünüyorsunuz?
- Deliryumun yönetiminde ne gibi rolleriniz olduğunu düşünüyorsunuz?
- Deliryumlu hastanın bakımında ve önlenmesinde yönelik ne tür uygulamalar yapıyorsunuz?
- Deliryumlu hastaya bakım verirken neler yaşıyorsunuz?

EK 3: ETİK KURUL İZNİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr.Neslihan Günüşen

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR**
TELEFON	**0 232 412 22 54-0 232 412 22 58**
FAKS	**0 232 412 22 43**
E-POSTA	**goaek@deu.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	7843-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Deliryum İle İlgili Görüşleri Ve Uygulamaları: Niteliksel Çalışma**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Neslihan Günüşen Hemşirelik Fakültesi	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2023/05-37**	**Tarih:22.02.2023**
	Prof.Dr.Neslihan Günüşen'in sorumlusu olduğu **"Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Deliryum İle İlgili Görüşleri Ve Uygulamaları: Niteliksel Çalışma"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. Kurum izinlerinin 3 ay içerisinde Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Prevantif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	Katılamadı
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	

EK 4. ETİK KURULUN KURUM İZNİ İLE İLGİLİ BİLGİLENDİRİLMESİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr.Neslihan Günüşen

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR**
TELEFON	**0 232 412 22 54-0 232 412 22 58**
FAKS	**0 232 412 22 43**
E-POSTA	**goaek@deu.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	7843-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Deliryum İle İlgili Görüşleri Ve Uygulamaları: Niteliksel Çalışma**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Neslihan Günüşen Hemşirelik Fakültesi	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ☐

	Belge Adı	**Tarihi**	**Versiyon Numarası**	**Dili**
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2025/04-26**	**Tarih:05.02.2025**
	Prof.Dr.Neslihan Günüşen'in sorumlusu olduğu **"Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Deliryum İle İlgili Görüşleri Ve Uygulamaları: Niteliksel Çalışma"** isimli klinik araştırmaya ait araştırmacı dilekçesine ilişkin; Kurum izni ile ilgili bilgi edinilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Şükran Köse (Başkan Yardımcısı)	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Özgür Er	Endodonti A.D.	Diş Hekimliği Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	Katılamadı
Prof.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	Katılamadı
Doç.Dr.Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	

EK 5: UYGULAMA KURUM İZNİ

T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-31234050-799-212511865
Konu : Tez Çalışması Uygulama İzni (Şerife SARGIN APTİOĞLU)

İZMİR DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

İlgi : 30.03.2023 tarihli ve E-15563195-300-558990 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi ve aynı zamanda hastanemizde Hemşire olarak görev yapan **Şerife SARGIN APTİOĞLU**'nun Tez Danışmanı Prof. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN ile birlikte yapacak oldukları **"Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Deliryum İle İlgili Görüşleri ve Uygulamaları: Niteliksel Çalışma"** isimli tez çalışması kapsamında uygulama yapma talebine dair Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimlik makamına 20.03.2023 tarihinde vermiş olduğu dilekçesinde belirtmiş olduğu; Hastanemiz Kalp Damar Yoğun Bakım ve Kardiyoloji Yoğun Bakım Hemşireleri ile görüşme yaparak yürütme isteği, Başhekimliğimizce ve ilgili birim sorumluları tarafından incelenerek uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Uzm. Dr. Murat ERSAL
Başhekim V.

Ek: f9224a02a051476fa4c78ff3a196a293_41ac9f68e5ab45fdb68a19e45a526f25_066cc0ea81264f668b9c6faee489b2.pdf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 6E82FDBB-20F2-483C-AD88-369B02834FD6 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Mimar Sinan Mah. Emniyet Cad. Polis Okulu Kargısı Yıldırım / BURSA 16000
Telefon No: 02242955000 Faks No : 02242944246
e-Posta: bursayuksekihtisasah@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
https://bursayuksekihtisasah.saglik.gov.tr/
Kep Adresi: bursasah@hs01.kep.tr

Bilgi için: Elif TAŞLI
Sürekli İşçi

Telefon No: (

EK 6: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Deliryum, hastaneye başvuran insanlar için yaygın ve ciddi bir hastalıktır. Hastanede gelişen deliryum taburculuk sonrasında da bireyin sağlığını etkilemekte; ayrıca sağlık çalışanları açısında da olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Bu çalışmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryuma ilişkin görüşleri ve uygulamaları incelenecektir. Çalışmanın sonuçları deliryumlu hastalara verilen tedavi ve bakımına ilişkin durumu daha iyi anlamamızı sağlayacak, bütüncül bakımın desteklenmesine yönelik yapılacak girişimlere rehberlik edecek ve ileride yapılacak deneysel çalışmalar için fikir verecektir.

Sizlere önce yaş, eğitim, çalışma yılı vb belirlemeye yönelik sosyo-demografik bilgi formu doldurulacak, daha sonra deliryum ile ilgili görüş ve uygulamalarınıza ilişkin görüşme yapılacaktır. Görüşme süresince söylediklerinizin tümü gizli tutulacaktır. Sizinle yapacağımız görüşmeler daha sonradan değerlendirebilmek amacıyla ses kayıt cihazına kaydedilecektir. Görüşmeler yaklaşık 30 dk sürecektir.

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, veriler ve size ait bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının bunun dışında başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

Katılımcının Beyanı

…… tarafından "Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Deliryum ile İlgili Görüşleri ve Uygulamaları" isimli bir araştırmanın yapılacağı bana belirtildi. Araştırmanın amacı ve uygulanma biçimi ile verdiğim bilgiler ile ilgili gizliliğin sağlanacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı. Araştırma sırasında temas kuracağım …….. telefon numarası verildi. İstediğim zaman kendisiyle temasa geçebilirim. İstediğim zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya kendi gönüllü olurumla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı/ Doğum tarihi /Adres/Tel /İmza

Araştırmacının Adı Soyadı Doğum tarihi Adres/Tel İmza

EK 7: ARAŞTIRMACI ÖZGEÇMİŞİ



ŞERİFE SARGIN APTİOĞLU

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

01 Kasım 2022 - Şu Anda (2 yıl 1 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)

31 Ağustos 2016 - 22 Ağustos 2019 (3 yıl)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.74 / 4.0

07 Eylül 2007 - 06 Haziran 2012 (4 yıl 9 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR.
Diploma Numarası: 815
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 83.08 / 100.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

Ağustos 2014 - Şu Anda (10 yıl 4 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU BAŞKANLIĞI BURSA İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Mayıs 2014 - Ağustos 2014 (4 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Yabancı Dil Bilgileri

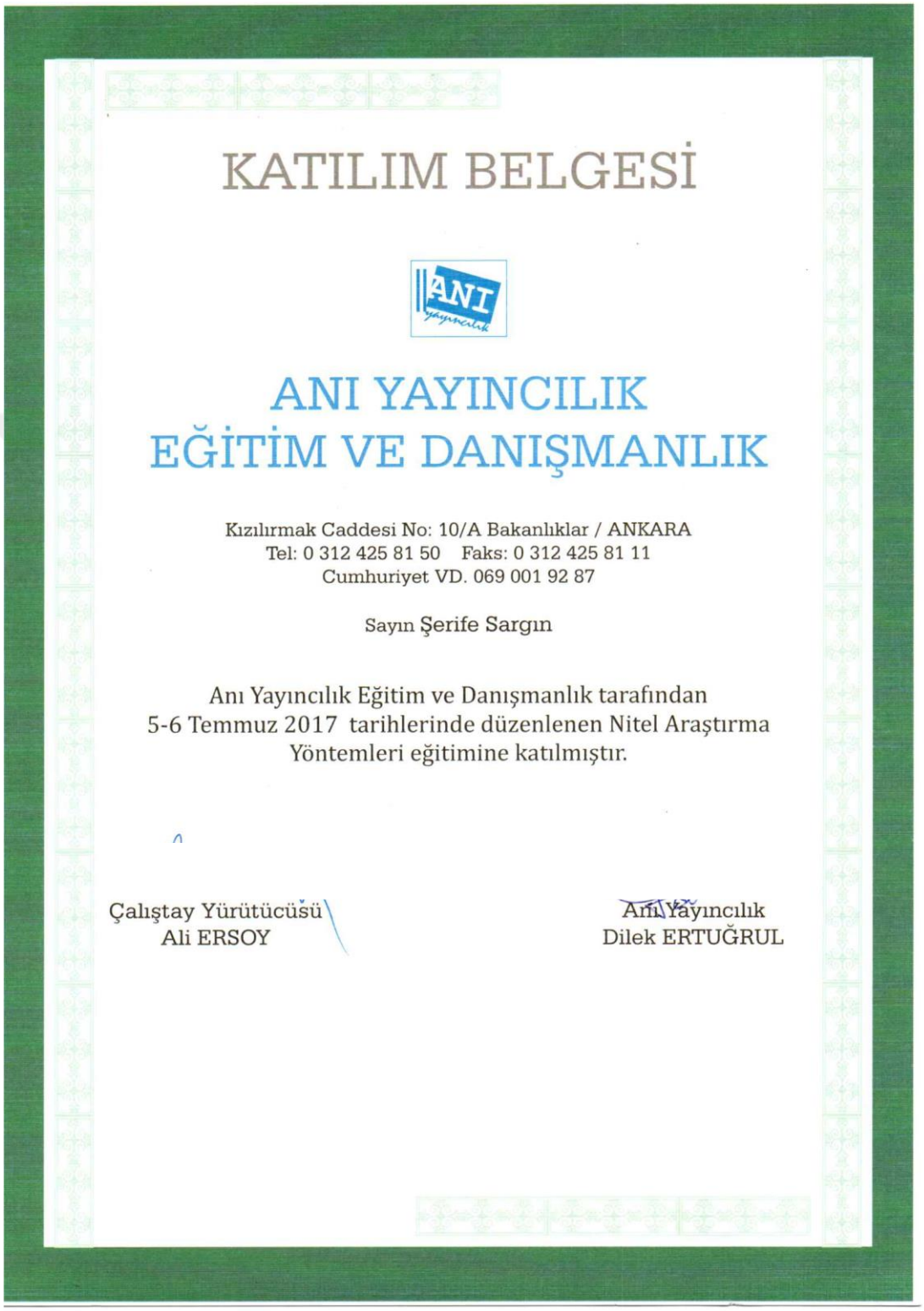
İNGİLİZCE (Okuma: Orta, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Görev	ARDEB	BİDEB	BİLİM TOPLUM	UİDB	TEYDEB	Toplam
Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0
Moderatorlük Sayısı	0	0	0	0	0	0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0
Raportörlük Sayısı	0	0	0	0	0	0
Katılmadığı Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	0	0	0	0	0	0

EK 8: ARAŞTIRMACININ KATILDIĞI NİTEL ARAŞTIRMA KURSU



KATILIM BELGESİ

ANI YAYINCILIK
EĞİTİM VE DANIŞMANLIK

Kızılırmak Caddesi No: 10/A Bakanlıklar / ANKARA
Tel: 0 312 425 81 50 Faks: 0 312 425 81 11
Cumhuriyet VD. 069 001 92 87

Sayın Şerife Sargın

Anı Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık tarafından
5-6 Temmuz 2017 tarihlerinde düzenlenen Nitel Araştırma
Yöntemleri eğitimine katılmıştır.

Çalıştay Yürütücüsü
Ali ERSOY

Anı Yayıncılık
Dilek ERTUĞRUL