



Yoğun Bakımda Deliryum

Seda Banu AKINCI*, Altan ŞAHİN*

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, ANKARA

Delirium in The Intensive Care Unit

Key Words: Delirium, Confusion, Intensive care.

Anahtar Kelimeler: Deliryum, Konfüzyon, Yoğun bakım.

Yoğun bakım sendromu, yoğun bakım psikozu, akut konfüzyon durumu, akut beyin sendromu diye pek çok isimle anılan deliryum, terminoloji kargaşası ve tanı zorluğu nedeniyle yakın döneme kadar karmaşık kalmış bir konudur^[1]. Deliryum kelimesi Yunanca “saçma konuşmak” anlamına gelen “Leros” kelimesinden ve Latince “izin dışına çıkmak” anlamındaki “delirare” veya “delirare decedere” kelimelerinden köken almaktadır^[2]. Diğer terminolojiler bu durumun yoğun bakımda yatmanın bir parçası, doğal sonucu olduğunu tanımlaması ve dolayısı ile konunun önemsenmemesine neden olduğu için deliryum kelimesi tercih edilir^[3,4].

TANIM

Deliryum ani başlayan, genel olarak bilişsel işlevlerin bozulması, bilinç durumunda deği-

şiklik, dikkat bozuklukları, artmış ya da azalmış psikomotor aktivite ve uyku-uyanıklık döngüsünün düzensizliği ile karakterize, geçici organik mental sendromdur^[2].

Deliryumun tanımında altın standart; tüm diğer psikiyatrik tanılarının da sınıflandırıldığı, uluslararası kılavuz olan, “Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV)” kriterleridir^[5].

Deliryum İçin DSM-IV Tanı Kriterleri

a. Dikkatin odaklanması ve dikkatin sürdürülmesi ile karakterize bilinç bozukluğu (örneğin; çevrenin farkında olmada azalma),

b. Hafızada eksiklikler, oryantasyon bozukluğu, konuşmada zorluk gibi bilişsel bozukluklar veya daha önceden demans olmaksızın algılamada bozulma,

Yazışma Adresi: Dr. Seda Banu AKINCI

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, 06100, Sıhhiye-ANKARA
e-mail: sedabanu@hacettepe.edu.tr

Makalenin Geliş Tarihi: 05.08.2004

Makalenin Kabul Tarihi: 12.08.2004

c. Bozuklukların kısa sürede gelişmesi (genellikle saatler veya günler içinde) ve aynı gün içinde bozukluğun şiddetinin değişiklik göstermesi,

d. Hikaye, fizik muayene veya laboratuvar testleri ile bozukluğun sebebinin aşağıdakilerden birine bağlanabilmesi;

- Genel durumun fizyolojik sonucu olarak,
- İlaça veya toksik maddelere bağlı olarak,
- Çekilme sendromuna bağlı olarak,
- Yukarıdaki sebeplerden birden fazlası.

DELİRYUM TIPLERİ

Her ne kadar DSM kriterleri ile açıkça tanımlanmış olsa da deliryum özellikleri hastadan hastaya değişiklikler gösterir^[2]. Deliryum konfüzyonun yanı sıra hipoaktif, hiperaktif veya mikst pek çok motor komponenti içerebilir. Deliryumun klasik iki tipi tanımlanmıştır: Hiperaktif ve hipoaktif deliryum. Hiperaktif deliryumda hasta uyarılara aşırı duyarlıdır ve psikomotor aktivitesi artmıştır. Düşmelerle sonuçlanabilen ortamdan kaçma çabası, kateterlerin çekilmesi ile kendini gösterebilen tıbbi cihazlardan kurtulma çabası, bağırma, çağırma, şikayet etme, küfür etme, söylenme gibi seslenmeler, diğer insanlara saldırma hiperaktif deliryumun davranışsal örnekleri arasında sayılabilir^[6]. Hipoaktif deliryumda ise duyarlılık ve psikomotor aktivite azalmıştır. Bir hasta gün içinde hem hiperaktif hem de hipoaktif olabilir ve bu durum mikst tip olarak da adlandırılabilir^[2,6]. Yapılan bir çalışmada yoğun bakımda yatan hastaların %94'ünde hipoaktif deliryum gözlenirken, %6'sında hiperaktif deliryuma rastlandığı bildirilmiştir^[4].

İNSİDANS

Yoğun bakım hastalarının %40-80'inde deliryum bildirilmiştir^[4,7]. Hasta popülasyonunun tipi (yaş, genel durum), çalışmanın tipi ve tanı kriterleri değişik çalışmalarda farklı oranlar bildirilmesine neden olmaktadır^[2]. Deliryum yoğun bakım ünitesi (YBÜ)'ne yattıktan sonra ortalama ikinci veya üçüncü günde başlamakta, 60 gün kadar sürebilse de ortalama üç-dört günde sona ermektedir^[4,6].

KLİNİK ÖNEM

Hastanede yatan hastalarda konfüzyon sebebi olan deliryum akut bilinç düzeyi değişik-

likleri, dikkat bozukluğu ve düşünce akışında düzensizlik ile karakterize olup, hastaların hastanede kalış süresini uzatır^[7]. Ayrıca, deliryumun yüksek mortalite oranlarıyla ilişkili olduğu da gösterilmiştir^[7,8]. Bu kadar klinik önem taşımasına rağmen, deliryumdaki hastaların %64-84'ünde deliryum, klinisyenler tarafından fark edilmemektedir^[4,9,10]. Bu sebeplerle deliryum ve kullanılan ilaç tedavileri, yaşlılarda bakım kalitesinin artırılması için gerekli ilk üç önemli parametre arasında, iki ayrı birbirleriyle ilişkili faktör olarak sıralanmıştır^[4,11].

YBÜ hastalarında, pek çok sistemi kapsayan akut hastalıkları, komorbiditeleri, kullandıkları ilaçlar ve diğer pek çok faktör nedeniyle konfüzyon görülebilmektedir. Özellikle hiperaktif hastalarda kateterlerin çekilmesi, kendi kendini ekstübe etme, hastanın güvenliği ve bakımı açısından büyük problem oluştururken, hipoaktif hastalarda deliryum sıklıkla atlanabilmekte ve hastaların aspirasyon ve reentübasyon riskleri artmaktadır^[4,12].

Deliryum yoğun bakımda ve hastanede kalış süresini de uzatmaktadır^[4,13]. Yoğun bakımda deliryum süresi ve kullanılan psikoaktif ilaçlar yoğun bakımda ve hastanede kalış süresi ile doğrudan ilişkili bulunmuştur^[4].

Deliryumun bir başka klinik önemi de yoğun bakımda kalış süresi sonunda iyileşmemesi, deliryuma giren hastalarda serviste hatta evlerine giderken bile uzun dönem psikolojik etkilerin sürmesidir^[4,14,15]. Deliryum geçirmiş hastaların hastaneden çıktıktan sonra bile fonksiyon kayıplarının olduğu, bakıma ihtiyaçlarının olduğu ve tekrar yatılı bir merkezde izlenmeleri gerektiği bildirilmiştir^[15,16].

RİSK FAKTÖRLERİ

Deliryum risk faktörleri, deliryuma yatkınlık oluşturan ve deliryumu başlatan faktörler olarak iki grup altında toplanabilir^[17,18]. Yatkınlık yaratan faktörler, hastane kabulünde var olan ve hastanın başlangıçtaki hassasiyetini belirleyen faktörlerdir. Deliryumu başlatan faktörler ise deliryumun gelişmesine sebep olan olumsuz uyarılar ve hastane ile ilgili faktörlerdir. Hasta deliryuma girmeye yatkın ise, hafif bir başlatıcı uyarı deliryuma girmesine sebep olabilir. Tersine de mümkündür; deliryuma dirençli bir hasta çok ağır uyarılarla bile delir-

yuma girmeyebilir. Genel olarak hastanede yatmakta olan hastalarda başlangıçta bilişsel işlev bozukluğunun olması, ağır hastalık, dehidratasyon ve yaş deliryumu arttıran faktörler olarak bildirilmiştir. Erkek cinsiyet, alkol alışkanlığı, kırıklar, depresyon, görme bozuklukları, demans deliryuma yatkınlık oluştururken; hastanın bağlanması, beslenme bozuklukları, çoklu ilaç kullanılması, idrar sondası, infeksiyonlar, duyuşsal uyarıların fazlalığı ya da azlığı (sosyal izolasyon), gürültü, ağrı, nöroleptik veya narkotik kullanılması, hastane odasının sık değişmesi, hastanın bulunduğu ortamda saat olmaması, hastanın gözlüklerinin olmaması, cerrahi, tıbbi girişimler ve yoğun bakımda kalış deliryumu başlatan faktörler olarak bildirilmiştir^[2,14,15,19].

Cerrahi geçirmiş hastalar özellikle risk altında oldukları için, bu hasta grubunda deliryum risk faktörleri ayrıntılı olarak çalışılmıştır. Yaş, alkol kullanımı, kronik bilişsel işlev bozuklukları, uzun süre cerrahi için beklemek, serum sodyum, potasyum, glikoz düzeylerinde bozukluklar, düşük hemoglobin, intraoperatif kanama, infeksiyonlar, solunum sistemi hastalıkları, ateş, hipotansiyon, hipokalsemi, azotemi, karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk, hiperamilazemi, hiperbilirubinemi, metabolik asidoz, postoperatif kan transfüzyonları, postoperatif hareket kısıtlılığı ve ağrı, cerrahi geçirmiş hastalarda önemli risk faktörleridir^[2,20]. Uykusuzluk, melatonin salınımının sirkadyen ritminin bozulması, yabancı bir ortamda bulunmak, sık sık yer değiştirmek, pencerelerin olmaması gibi çevre ve hastaneyle ilgili faktörler de deliryumun gelişmesine neden olabilir^[2,21].

Genel olarak deliryum risk faktörleri üç grupta toplanabilir. Birinci grubu akut hastalığın kendisi, ikinci grubu hastanın yaş ve kronik problemleri, üçüncü grubu da iyatrojenik ve çevresel faktörler oluşturur^[4].

Tablo 1'de yoğun bakım hastalarında deliryum risk faktörleri görülmektedir^[4,12,13].

ÖLÇEKLER

Deliryumun tanısında daha önce bahsedildiği gibi altın standart; tüm diğer psikiyatrik tanıların da sınıflandırıldığı, DSM-IV kriterlerine göre klinik olarak hikaye ve muayene ile bir psikiyatrist tarafından tanı konmasıdır.

Tablo 1. Yoğun bakım hastalarında deliryum risk faktörleri.

- Benzodiazepin veya narkotik kullanılması
- Rektal tüp veya idrar sondası
- İşitme veya görme bozuklukları
- Santral venöz kateterler
- Hipo veya hiperglisemi (< 80 veya > 120 mg/dL)
- Hipo veya hipernatremi (< 135 veya > 145 mg/dL)
- Hipotermi veya ateş (< 36 veya > 38°C)
- Hastanın bağlanması
- > 70 yaş
- Tüple beslenme veya total parenteral nütrisyon
- Önceden geçirilmiş depresyon hikayesi
- Hipertansiyon
- Sigara kullanım öyküsü
- Kardiyojenik veya septik şok
- BUN/kreatinin oranının ≥ 18 olması
- Böbrek yetmezliği (kreatinin ≥ 2 mg/dL)
- Konjestif kalp yetmezliği hikayesi
- Felç, epilepsi hikayesi
- Son hafta içinde ilaç aşırı dozu veya illegal ilaç kullanımı
- Bakım evinden transfer olma
- Son ay içinde alkol alışkanlığı
- Malnütrisyon
- Karaciğer hastalıkları (bilirubin > 2 mg/dL)
- Hipo veya hipertiroidi
- AIDS hastalığı
- Epidural anestezi
- Anemi
- Mekanik ventilasyonun süresi

Genel olarak deliryumun değerlendirilmesi için pek çok ölçek geliştirilmiştir^[6]. Bu derlemede yoğun bakım hastaları için özellikle geçerlilik-güvenilirlikleri çalışılmış, güncel ölçekler üzerinde durulacaktır.

Yoğun bakımda hastalarla iletişim zor olduğu için kritik hastalarda deliryumun fark edilmesi ve tanısının konması zor olabilmektedir. Mekanik ventilatördeki hastalarda deliryumun tanısında hemşireler ve yoğun bakım doktorla-

rı gibi psikiyatrist olmayan insanların da kullanabileceği ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden bir tanesi Dubois ve arkadaşları tarafından geliştirilen yoğun bakım deliryum izlemi kontrol listesi (Intensive Care Delirium Screening Checklist)'dir^[12,22]. Bu liste sekiz maddeden oluşur. Bilinç değişikliği, dikkati toplayamama, oryantasyon bozukluğu, halüsinasyon- psikoz, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, uygunsuz konuşma veya duyu durumu, uyku/uyanıklık siklusunun bozulması ve semptomların dalgalanması deliryum kontrol listesinin maddeleridir^[22]. Her bir madde 0 veya 1 puan alır ve toplam puan dörtten fazla ise deliryum tanısı konur. Bu ölçeğin sensitivitesi %99 olarak bildirilmiştir^[22].

Yoğun bakımda konfüzyonun değerlendirilmesi amacıyla Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyonun Değerlendirme Ölçeği (YBÜ-KDÖ) [The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)] de geliştirilmiştir^[4,7,23]. Bu ölçeğin İngilizce orijinalinin sensitivitesi %93-100, spesifisitesi %98-100 ve güvenilirliği $K= 0.96$ olarak bildirilmiştir^[7]. Tablo 2'de görülen bu ölçeğin orijinalinde ikinci madde Hart ve arkadaşları tarafından geliştirilen görsel dikkat dizileri testini de içerir^[4,7,24]. Görsel dikkat dizileri testinde, hastaya beş tane resim üçer saniye ara ile gösterilir, daha sonra on tane resim (beş tanesi yeni, beş tanesi daha önce gösterilen resimler) gösterilir ve arasından daha önceki resimleri hatırlaması istenir. Bu testte sekizden az doğru cevap verilmesi deliryum lehine alınır. YBÜ-KDÖ'de iki maddenin pozitif olması ve üçüncü veya dördüncü maddelerden birinin olmasıyla deliryum tanısı konmaktadır. Bu ölçeğin Türkçe versiyonunun (YBÜ-KDÖ) geçerlilik-güvenilirlik çalışması halen devam etmektedir.

TEDAVİ

YBÜ'de yatarken deliryuma girmiş hastalarla sonradan görüşmeler yapıldığında hastalar, illüzyon ve halüsinasyon gördüklerini, kendilerini yalnız, korku içinde hissettiklerini, kaygı duyduklarını, çevredeki ufak değişikliklerin büyük uyarılar ve anlamlar taşıdığını, ayrıca hemşirelerin kendilerine olan yaklaşımlarının büyük anlamı olduğunu belirtmişlerdir^[2]. Bu nedenle yoğun bakımda hastalarla birbir iletişiminde olan ve onları en yakından göz-

leyen hemşirelerin deliryumu erken tanıma ve deliryumdaki hastalarla iletişim konusunda eğitilmeleri gereklidir^[2,25]. Hemşire-hasta iletişimi sayesinde deliryumdaki hastaların oryante olmaları deliryumun önlenmesinde ve tedavisinde en önemli noktalardan biridir^[15,25]. Hemşirelerin insanca, şefkatli dokunuşları, hasta yakınlarının desteği, yoğun bakım hastalarının serviste hatta hastaneden çıktıktan sonra bile sosyal olarak desteklenmesi deliryumu önlemede, etkilerini azaltmada ilaçlardan önce gelen ve daha önemli faktörlerdir^[15].

Deliryum geliştikten sonra tedavi iki yaklaşım şekliyle özetlenebilir. Birincisi deliryumu başlatan geri döndürülebilir tüm nedenlerin ortadan kaldırılması, ikincisi de semptomatik ilaç tedavisidir^[4].

Şekil 1'de deliryuma yaklaşım şeması görülmektedir. Öncelikle hastanın risk faktörleri belirlenmelidir. Bu faktörlerden geri döndürülebilir, düzeltilebilir olanlar düzeltilmelidir. Tablo 3'te deliryum risk değerlendirme formu görülmektedir. Bu formda görülen ve daha önce bahsedilen risk faktörleri saptandığında akut konfüzyon durumunun deliryum olup olmadığı deliryum ölçekleri ve psikiyatri konsültasyonu ile saptanmalıdır.

Deliryum tanısı konmuş hastalarda tedavi yaklaşımı fizyolojik destek, iletişim, çevresel faktörlerin düzeltilmesi, psikososyal destek, konsültasyonlar, bilişsel ve dikkati kısıtlama ve ilaç tedavisidir (Şekil 1)^[6].

Fizyolojik Destek

1. Sıvı, elektrolit dengesinin düzenlenmesi,
2. Normal beslenmenin sağlanması,
3. Vücut ısısının normale döndürülmesi,
4. Normal uyku/uyanıklık döngüsünün sağlanması,
5. Doğal dışkılama ve idrar yapma şekline geri dönülmesi,
6. Oksijenasyonun düzeltilmesi (düşük oksijen saturasyonu olan hastalara oksijen verilmesi),
7. Kan şekerinin kontrol altına alınması,
8. Kan basıncının normal sınırlarda tutulması,

Tablo 2. Yoğun bakım ünitesinde konfüzyonun değerlendirme ölçeği (YBÜ-KDÖ).

1. Hastanın bilinç durumunda ani değişiklik oldu mu? Bilinci açılıp, kapandı mı? Başlangıçtan farklı ani bilinç değişikliği oldu mu? Son 24 saatte bilinci açılıp, kapandı mı? Uygunsuz davranışının düzelip, kötüleştiği oldu mu? Sedasyon skalası veya koma skalası (Glasgow koma skalası) değerleri son 24 saat içinde değişti mi?
2. Dikkat bozukluğu Hasta dikkatini toplamakta zorluk çekiyor mu? Hastanın dikkatini sürdürmekte veya başka yöne kaydırmakta sıkıntısı var mı? Dikkat değerlendirme muayenesinde başarılı oldu mu? Şimdi size harfleri okuyacağım. Her A harfini duyduğunuzda elimi sıkınız (bir harfi bir saniyede okuyun). L T P E A O A I C T D A L A A A N I A B F S A M R Z E O A D P A K L A U C J T O E A B A A Z Y F M U S A H E V A A R A T Sekizden fazla doğru cevap verdi mi?
3. Düşünce organizasyonunun bozulması Hasta ekstübe ise, hastanın konuşması, düşünce içeriği, akışı ve organizasyonu bozulmuş mu, düşünce içeriği konudan konuya atlama şeklinde mi? Hasta ventilatörde ise şu sorulara cevap verebiliyor mu? • Taş suda yüzer mi? • Denizde balık var mı? • 1 kg 2 kg'dan daha mı ağırdır? • Çivi çakmak için çekiç kullanabilir misiniz? Hasta soruları izleyebiliyor, aşağıdaki komutlara uyabiliyor mu? • Düşüncelerinizde karışıklık, düzensizlik var mı? • Bu kadar parmağınızı kaldırın (muayene eden, hastanın görebileceği mesafede iki parmağını kaldırır) • Aynı hareketi öbür elinizle yapın
4. Kapanmış bilinç düzeyi Aşırı alert Letarjik (uykulu fakat hemen uyandırılabilir, çevresinde olup bitenlerin bazılarının farkında değil) Stupor (zorla veya tekrarlayan stimuluslarla uyandırılıyor, çevresinde olup bitenlerin çoğunun veya hiçbirisinin farkında değil) Koma (uyandırılmıyor)

9. Dinlenme ve aktivite saatlerinin belirlenip, hasta bakımının bir plan içinde verilmesi ve hastanın yorgunluğunun azaltılması,

10. Hareketsizliğin azaltılıp, hastanın mobilizasyonunun sağlanması,

11. Kafein verilmemesi,

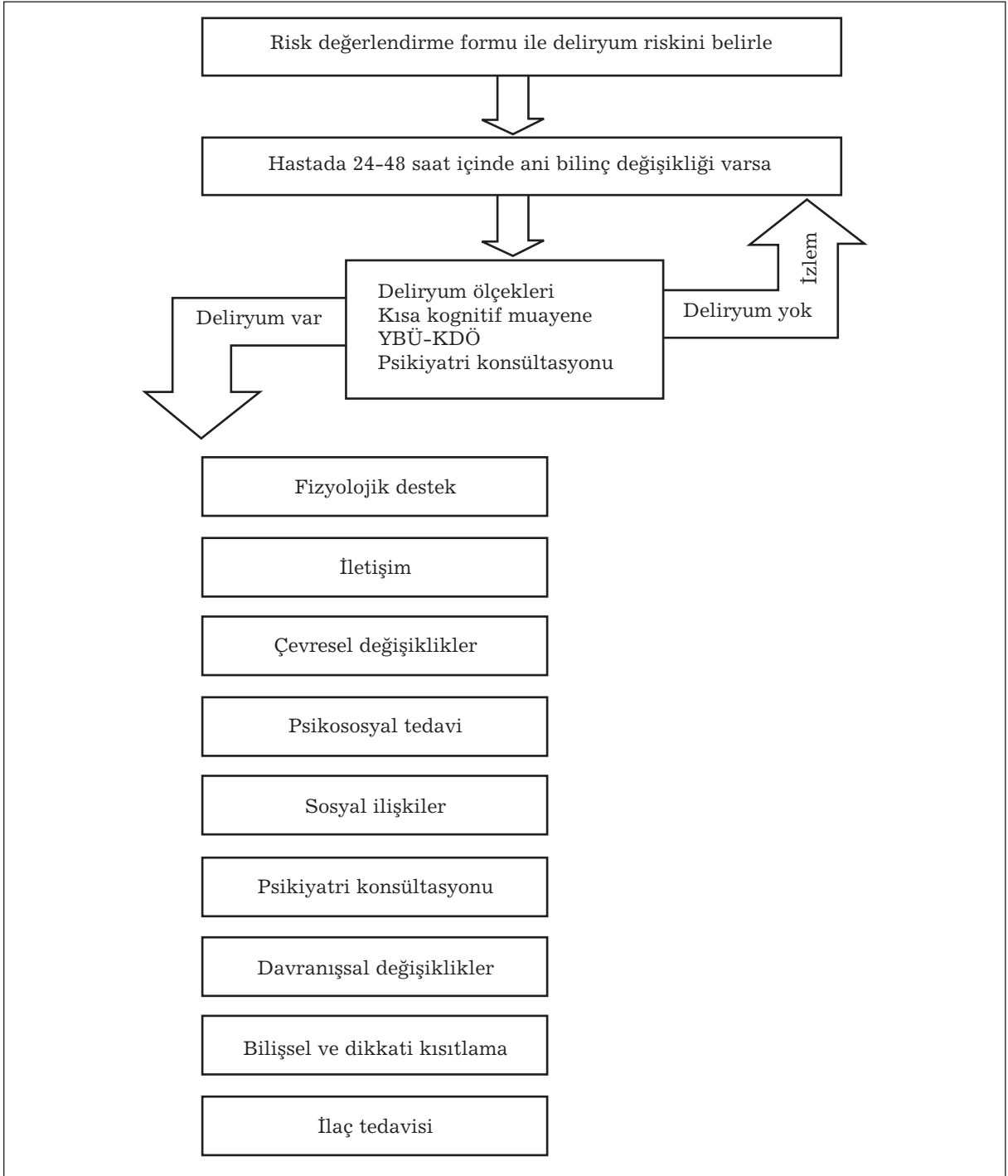
12. Hastanın rahatsızlığının ve ağrısının giderilmesi,

13. Enfeksiyonların erken tanı ve tedavisinin yapılması.

İletişim

1. Kısa kolay cümleler kurun.

2. Yavaş ve anlaşılır konuşun, bağırmanın ve acele etmeyin.



Şekil 1. Deliryuma yaklaşım algoritması.

3. Hastaya ismiyle hitap edin. Hangi ismi kullandığını öğrenin ve kendine oryante olmasını sağlayın.

4. Sorularınızı tekrar edin, cevap için yeterli süre tanıyın.

5. İşaret ederek ve canlandırarak konuşun.

6. Hastaya ne yapmasını istediğinizi söyleyin, ne yapmaması gerektiğini değil.

7. Hastanın ne söylediğini dinleyin. Hareketlerini ve duygulanımlarını izleyip, anlamaya çalışın.

Tablo 3. Deliryum risk değerlendirme formu.

Aşağıdaki risk faktörlerinin olup olmadığını değerlendirin:

- Acil kabul
- Başka bir kurumdan kabul
- Yaş \geq 65 olması
- Yaş \geq 85 olması
- Erkek cinsiyet
- Bilişsel yetersizlik/beyin hasarı/demens olması
- Kısıtlı sosyal ilişkilerinin olması
- Fiziksel rahatsızlığın olması (aşağıdakilerden iki ve daha fazlası)
 - Nörolojik
 - Kardiyovasküler
 - Konjestif kalp yetmezliği
 - Kronik böbrek hastalığı
- Üriner problemler/inkontinans
- Kırıklar
- Düşmeler
- Solunum sıkıntısı/hipoksi
- Hastalığın şiddeti (cerrahi)
 - Aort anevrizması
 - Göğüs cerrahisi
 - Ortopedik cerrahi
- Günlük aktivitede kısıtlama
- Hareket kısıtlılığı
- Dörtten fazla sayıda ilaç kullanılması
- Antikolinerjik ilaç kullanılması
- Santral sinir sistemini etkileyen ilaçlar kullanılması
- Narkotik kullanılması
- İlaç zehirlenmesi
- İlaç ve alkol bağımlılığı
- Alkol çekilme sendromu
- Ateş/hipotermi
 - Üriner sistem infeksiyonları
 - Solunum sistemi infeksiyonları
- Düşük kan basıncı
- Duyu hissinde azalma
- Ağrı (tedavi edilmemiş)
- Malnütrisyon
- Metabolik bozukluklar
- Dehidratasyon
- Sıvı-elektrolit bozuklukları, anormal laboratuvar değerleri
 - Proteinüri
 - Azotemi
 - Bilirubin seviyesinde artış
 - Anormal sodyum değerleri
 - Kan glikoz seviyelerinde anormal değerler
 - Kreatinin seviyesinin artması
 - Artmış beyaz küre sayısı
 - Artmış BUN
 - Artmış anyon açığı
 - Karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma
 - Protrombin zamanının uzaması
 - Serum albumin seviyesinin düşmesi
 - Hematokrit seviyesinin düşmesi
 - Hipokalemi
 - Hipokalsemi
- Yeni bir fiziksel hastalığın başlaması veya kötüleşmesi

8. Geçerlilik tedavisi kullanılabilir. Bu tedavi her davranışın bir mantığı olduğu prensibine dayanır. Bu teknikte dışa vurulan duygunun arkasındaki nedenin bulunmasına çalışılır.

9. Çözüm tedavisi kullanılabilir. Bu teknik konfüze hastanın duygularını anlamaya ve hastayı bu duygular hakkında bilgilendirmeye

dayanır. Psikoanalize gidilmeden hastanın bu duygularla başedebilmesine yardımcı olunur.

10. Hasta konfüze değilken konfüzyon ve sonuçları hakkında bilgi verilmeli ve tedavi planı hem hasta hem de ailesiyle görüşülmelidir.

11. Deliryum sırasında ve iyileşme sürecinde hastalara güven verilmelidir.

Çevre, Işıklandırma ve Ses Düzeni

1. Yoğun bakım sakin, sessiz tutulmaya çalışılmalı, dolaylı loş ışıklandırma kullanılmalı ve gürültü minimumda tutulmaya çalışılmalıdır.

2. Hastanın algılamasını düzeltecek gözlükler, işitme cihazları ilk fırsatta takılmalıdır.

3. Gece konfüzyonlarını önlemek için gece lambaları kullanılabilir.

4. Ajite davranışların azaltılmasında kişiselleştirilmiş müzik dinletilmesi faydalı olabilmektedir.

5. Gerçeğe oryantasyon teknikleri kullanılmalıdır. Günlük rutinin bir parçası olarak hastanın kişi, yer ve zaman oryantasyonu yapılmalıdır.

6. Konfüze hastalarda oryantasyon bilgileri sık sık tekrar edilmelidir.

7. Hastaya içinde bulunduğu ortam, çevredeki araçlar (monitörler, intravenöz yollar, oksijen tüpleri, drenaj tüpleri, kateterler), kurallar, bakım planı ve güvenlik kuralları (düşmesi için bağlanması gerekebileceği vb.) ayrıntılı olarak anlatılmalı, bilgi verilmelidir.

8. Tanıdık olmayan tüm ekipman mümkün olan en kısa sürede uzaklaştırılmalıdır.

9. Çağrı ışıkları varsa, hastaya nasıl kullanıldıkları gösterilerek anlatılmalı ve hastaların kullanmaları sağlanmalıdır.

10. Takvim ve saat hastaların görebileceği mesafede olmalı ve hastaların dikkatleri çekilmelidir.

11. Çevredeki resimler, alarmlar, dekorasyonlar, televizyon, radyo ve çağrı sistemleri yanlış algılamalara sebep olabilir. Bu tip ekstra görüntüler kısıtlanmalı veya hastalara teker teker anlatılmalıdır. "Duvardaki tabloyu bir hastamız hediye etti. Bu tabloda çiçekler var ve ne güzeller değil mi?" gibi.

12. Günlük rutinler sabit ve yapılandırılmış olmalı, hastanın doktoru ve hemşiresi mümkün olduğunca değişmemelidir.

13. Hastanın evinden eşyalar getirilebilir ve hastanın kendi elbiselerini giymesine izin verilebilir. Bu konuda temizlik ve sterilizasyona dikkat edilmelidir.

14. Özellikle geceleri oda değişikliği yapılmamalıdır. Deliryumdaki hastalar mümkünse

tek başlarına bir odaya konmalı, asla iki deliryumdaki hasta yan yana bulundurulmamalıdır.

15. Hastalar mümkün olduğunca bağlanmamalıdır. Hasta yakınları alınıp, hasta başında oturtulabilir. Eğer bağlamak zorunlu ise, hasta en az kısıtlayıcı şekilde bağlanmalıdır.

16. Hastanın hemşire deskine yakın bir yere taşınması düşünülebilir veya hastaya bakan hemşirenin birebir bakım vermesi sağlanabilir.

17. Hasta hiperaktif deliryuma girerse ne yapılacağına dair bir plan yapılmalıdır. Böyle bir durumda, hastaya mimikler ve hareketlerle tehdit oluşturulmamalı, eller her zaman hastanın görebileceği şekilde tutulmalı, hasta ve çevresinden zarar verebilecek herşey uzaklaştırılmalıdır.

Psikososyal

1. Hastaların kendi bakımlarına yardım etmeleri sağlanmalıdır. Hastalar kendi yapabildikleri şeylerin sınırlarını keşfetmeli, fakat yapmak istemedikleri şeylere zorlanmamalıdır.

2. Hastaya korkuları ve duyguları sorulmalıdır.

3. Hastaya sonuç çıkarabileceği ya da mantık yürütmesi gereken komutlar verilmemeli, komutlar kesin ve doğrudan verilmelidir.

4. Hastaya çok fazla seçenek sunulmamalıdır. Hastanın karar verme yetisi geri dönene kadar beklenmelidir.

Sosyal İlişkiler

1. Aile ve arkadaş ziyaretleri desteklenmelidir. Fakat ziyaretçi sayısı ve ziyaret süresi sınırlandırılmalı, hastalar çok yorulmamalıdır.

2. Hastayla birlikte uzun dönem planlar yapılmalıdır. Fizik tedavi ve meslek tedavileri en erken sürede başlatılmalıdır.

Konsültasyon

1. Deliryum düşünülen tüm hastalar için psikiyatri konsültasyonu istenmelidir.

Davranışsal Değişiklikler

1. Personel organizasyonu ve bakım planı baştan gözden geçirilmeli ve gerekirse değiştirilmelidir.

2. Bire bir gözlem yapılmalıdır.

3. Hastalara dikkat edilmelidir.

4. Hastalarla konuşulmalıdır.

5. Bazı durumlarda deliryumdaki hastayı umursamamak gerekebilir.

6. Hasta izole edilmeli veya rahatsız edici uyarılar ortamdaki uzaklaştırılmalıdır.

7. Hastanın hareketlerinin kısıtlanması en son çare olarak düşünülmelidir.

Bilişsel ve Dikkati Kısıtlama

1. Ajite hastaların dikkatini başka yöne doğru kaydırma denenmelidir.

2. Hastaların günlük aktiviteleri küçük işlemlere bölünmeli ve basitleştirilmelidir.

3. Ajitasyonu başlatan ne ise bulunmaya çalışılmalı ve mümkünse bir daha olması engellenmelidir.

Farmakolojik Tedavi

1. Kullanılan tüm ilaç listesi gözden geçirilmeli ve mümkün olduğunca azaltılmalıdır.

2. İlaçların yan etkileri gözden geçirilmelidir.

3. Deliryumdaki hastaların ağrıları tedavi edilmeli, fakat narkotiklerin deliryumu başlatıldıkları akılda bulundurulmalıdır.

4. İlaç tedavisi gerekli ise, aşağıdaki ilaçlardan biri verilebilir:

• Haloperidol (Nörodol) 0.5-5 mg günde iki kez-altı saatte bir oral veya intramusküler verilir.

• Lorazepam (Ativan) 0.5-1 mg günde iki kez-altı saatte bir oral veya intravenöz verilir.

• Oksazepam (Serax) 10 mg günde iki-üç kez oral verilir.

• Tiyoridazin HCL (Melleril) 10-20 mg oral veya intramusküler olarak günde iki-üç kez verilir.

5. İlaçların yan etkileri veya paradoksik etkileri açısından dikkatli olunmalıdır^[6].

Sonuç olarak; deliryum YBÜ'lerde sık görülen, tanınmaz ve tedavi edilmezse morbidite ve mortaliteyi arttıran ciddi bir problemdir. Deliryumun nedenleri, tanı konması ve sonuçları iyi bilinmelidir. Deliryum için ölçeklerin geliştirilmesi, yoğun bakım çalışanlarının bu konuda eğitilmeleri şarttır. Tedavide ilaç tedavisinden önce yapılması gereken pek çok şey bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Tullmann DF. Assessment of delirium: Another step forward. *Crit Care Med* 2001;29:1481-3.
2. Schuurmans MJ, Duursma SA, Shortridge-Baggett LM. Early recognition of delirium: Review of the literature. *J Clin Nurs* 2001;10:721-9.
3. McGuire BE, Basten CJ, Ryan CJ, Gallagher J. Intensive care unit syndrome: A dangerous misnomer. *Arch Intern Med* 2000;160:906-9.
4. Ely EW, Gautam S, Margolin R, et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med* 2001;27:1892-900.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC, 1994.
6. Rapp CG, Menten JC, Titler MG. Acute confusion/delirium protocol. *J Gerontol Nurs* 2001;27:21-33.
7. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: Validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA* 2001;286:2703-10.
8. Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med* 2002;30:119-41.
9. Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1990;263:1097-101.
10. Inouye SK. The dilemma of delirium: Clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *Am J Med* 1994;97:278-88.
11. Sloss EM, Solomon DH, Shekelle PG, et al. Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable older adults. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:363-9.
12. Dubois MJ, Bergeron N, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Delirium in an intensive care unit: A study of risk factors. *Intensive Care Med* 2001;27:1297-304.
13. Granberg AIR, Malmros CW, Lundberg DBA. Intensive care unit syndrome/delirium is associated with anemia, drug therapy and duration of ventilation treatment. *Acta Anaesthesiol Scand* 2002;46:726-31.
14. McNicoll L, Pisani MA, Zhang Y, Ely EW, Siegel MD, Inouye SK. Delirium in the intensive care unit: Occurrence and clinical course in older patients. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:591-8.
15. Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: A review. *J Clin Nurs* 2002;11:575-84.
16. Ely EW, Margolin R, Francis J, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of Con-

- fusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med* 2001;29:1370-9.
17. Inouye SK, Viscoli JM, Horwitz RI, Hurst LD, Tinetti ME. A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. *Ann Intern Med* 1993;119:474-80.
 18. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons, a predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *J Am Med Association* 1996;275:852-7.
 19. McCusker J, Cole M, Abrahamowics M, Han L, Podoba JE, Ramman-Haddad L. Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1327-34.
 20. Aldemir M, Ozen S, Kara IH, Sir A, Bac B. Predisposing factors for delirium in the surgical intensive care unit. *Critical Care* 2001;5:265-70.
 21. Olofsson K, Alling C, Lundberg D, Malmros C. Abolished circadian rhythm of melatonin secretion in sedated and artificially ventilated intensive care patients. *Acta Anaesthesiol Scand* 2004;48:679-84.
 22. Dubois MJ, Bergeron N, Dial S, Skrobik Y. ICU delirium screening checklist: A new tool. *Intensive Care Med* 1999;25:160.
 23. Bergeron N, Skrobik Y, Dubois MJ. Delirium in critically ill patients. *Critical Care* 2002;6:181-2.
 24. Hart RP, Best AM, Sessler CN, Levenson JL. Abbreviated cognitive test for delirium. *Psychosom Res* 1997;43:417-23.
 25. Dyson M. Intensive care unit psychosis, the therapeutic nurse-patient relationship and the influence of the intensive care setting analyses of interrelating factors. *J Clin Nurs* 1999;8:284-90.