T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN DELİRYUM BİLGİ DÜZEYLERİ İLE DELİRYUMLU HASTANIN BAKIMINDA YAŞADIKLARI ZORLUKLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Ender NEZLİOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2026-ANTALYA

Ender NEZLİOĞLU
YÜKSEK LİSANS TEZİ
2026-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN DELİRYUM BİLGİ DÜZEYLERİ İLE DELİRYUMLU HASTANIN BAKIMINDA YAŞADIKLARI ZORLUKLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Ender NEZLİOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Fatma DURSUN ERGEZEN

"Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir"

2026-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 03/06/2026

İmza

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Fatma DURSUN ERGEZEN
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Serpil İNCE
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Sinan AYDOĞAN
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ……/……./…..... tarih ve ……/…….. sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Kemal Hakan GÜLKESEN

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Ender NEZLİOĞLU

Dr. Öğr. Üyesi Fatma DURSUN ERGEZEN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca değerli bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, her aşamada desteğini ve sabrını esirgemeyen saygıdeğer danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Fatma DURSUN ERGEZEN'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Eğitim hayatım boyunca akademik ve mesleki gelişimime katkı sağlayan Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyelerine ve Sağlık Bilimleri Enstitüsüne şükranlarımı sunarım.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında değerli vakitlerini ayırarak çalışmama katkı sağlayan yoğun bakım hemşiresi meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde olduğu gibi bu zorlu ve yorucu süreçte de maddi ve manevi destekleriyle her zaman yanımda olan, sevgilerini daima hissettiğim kıymetli eşim Beyza'ya ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı yoğun bakım hemşirelerinin deliryum bilgi düzeyleri ile deliryumlu hastanın bakımında yaşadıkları zorluklar arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımında yürütülmüştür. Veriler "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Yoğun Bakım Hemşiresi için Deliryum Bilgi Testi" ve "Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği" kullanılarak Şubat-Nisan 2026 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Pearson Korelasyon Analizi ve Regresyon Analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin deliryum bilgi puanı 11.74 ± 6.17, bakım zorluğu puanı 49.51 ± 16.08 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin Deliryum Bilgi Testi toplam ve alt boyut puanlarının yaş, cinsiyet, çalışılan ünite, hemşire-hasta oranı, deliryum yönetimi eğitimi alma, deliryumlu hastaya bakımda zorlanma durumu, deliryumlu hasta ile karşılaşma sıklığı, deliryuma yönelik değerlendirme yapma ve deliryumu erken dönemde fark edebilme durumuna göre anlamlı şekilde farklılaştığı belirlenmiştir ($p < 0.05$). Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının ise yaş, cinsiyet, çalışılan ünite, hemşire-hasta oranı, deliryum bakımına ilişkin bilgi ihtiyacı, deliryuma yönelik değerlendirme yapma, deliryumu erken dönemde fark edebilme ve deliryumlu hastalarla karşılaşma sıklığına göre anlamlı şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p < 0.05$). Ayrıca Deliryum Bilgi Testi toplam puanı ile Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında negatif ve anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Yoğun bakım hemşirelerinin deliryuma ilişkin bilgi düzeyleri ile deliryumlu hastaya bakım verme zorluklarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin deliryum bilgi düzeyi arttıkça bakım sürecinde yaşadıkları zorlukların azaldığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: bakım zorluğu; bilgi; deliryum; hemşire; yoğun bakım

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the relationship between intensive care nurses' levels of knowledge regarding delirium and the difficulties they experience in providing care to patients with delirium.

Method: This descriptive and correlational study was conducted between February and April 2026. Data were collected using the "Descriptive Information Form," the "Delirium Knowledge Test for Intensive Care Nurses," and the "Strain of Care for Delirium Index." Descriptive statistics, Pearson correlation analysis, and regression analysis were employed for data analysis.

Results: The mean delirium knowledge score of the nurses was 11.74 ± 6.17, while the mean care difficulty score was 49.51 ± 16.08. Significant differences were identified in the total and subscale scores of the Delirium Knowledge Test according to age, gender, working unit, nurse-to-patient ratio, receipt of delirium management training, difficulties experienced in caring for patients with delirium, frequency of encountering patients with delirium, conducting delirium assessments, and the ability to recognize delirium at an early stage ($p < 0.05$). Furthermore, the total and subscale scores of the Strain of Care for Delirium Index differed significantly according to age, gender, working unit, nurse-to-patient ratio, need for information regarding delirium care, conducting delirium assessments, ability to recognize delirium at an early stage, and frequency of encountering patients with delirium ($p < 0.05$). A statistically significant negative correlation was also found between the total scores of the Delirium Knowledge Test and the total and subscale scores of the Strain of Care for Delirium Index ($p < 0.05$).

Conclusion: Intensive care nurses were found to have moderate levels of knowledge regarding delirium and moderate levels of difficulty in caring for patients with delirium. Moreover, an increase in nurses' delirium knowledge levels was associated with a decrease in the difficulties experienced during the caregiving process.

Keywords: care difficulty; delirium; intensive care; knowledge; nurse

İÇİNDEKİLER

ÖZET **i**

ABSTRACT **ii**

TABLOLAR DİZİNİ **v**

SİMGELER ve KISALTMALAR **vi**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **3**

2.1. Deliryumun Tanımı ve Tarihçesi 3
2.2. Deliryumun Epidemiyolojisi 4
2.3. Deliryum Tipleri ve Klinik Bulgular 5
2.4. Deliryumun Patofizyolojisi 7
2.5. Deliryumun Risk Faktörleri 9
2.6. Deliryumu Değerlendirme ve Tanılama Araçları 12
2.6.1. Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği 13
2.6.2. Yoğun Bakım Deliryum Tarama Kontrol Listesi 14
2.6.3. Hemşirelik Deliryum Tarama Ölçeği 14
2.6.4. Deliryum Saptama Skoru 15
2.6.5. NEECHAM Konfüzyon Skalası 15
2.7. Yoğun Bakım Ünitesinde Deliryumun Yönetimi ve Hemşirenin Rolleri 16
2.8. Deliryumun Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler 17
2.9. Deliryumun Yönetiminde Non-farmakolojik Yöntemler ve Hemşirenin Rolü 18
2.10. Hemşirelerin Deliryum Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeyleri 20
2.11. Hemşirelerin Deliryum Yönetiminde Yaşadığı Zorluklar 20

3. GEREÇ VE YÖNTEM **22**

3.1. Araştırmanın Tasarımı 22
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 22

3.3. Veri Toplama Araçları 23
3.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu 23
3.3.2. Yoğun Bakım Hemşiresi için Derliryum Bilgi Testi 23
3.3.3. Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği 24
3.4. Verilerin Toplanması 24
3.5. Araştırmanın Etik Yönü 24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 24
4. BULGULAR **26**
4.1. Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular 26
4.2. Hemşirelerin Deliryum Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular 29
4.3. Hemşirelerin Deliryumlu Hastaya Bakım Vermede Yaşadıkları Zorluklar İlişkin Bulgular 37
4.4. Hemşirelerin Deliryum Bilgi Düzeyleri İle Deliryumlu Hastaya Bakım Vermede Yaşadıkları Zorluklar Arasında İlişkiye Yönelik Bulgular 43
4.5. Hemşirelerin Deliryumlu Hastaya Bakım Vermede Yaşadıkların Zorlukların Yordayıcılarına İlişkin Bulgular 44
5. TARTIŞMA **49**
6. SONUÇ VE ÖNERİLER **55**
7. KAYNAKLAR **57**
EKLER **75**
EK-1. Tanıtıcı Bilgi Formu
EK-2. Yoğun Bakım Hemşiresi İçin Deliryum Bilgi Testi
EK-3. Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği
EK-4. Etik Kurul Onayı
EK-5. Kurum İzin Yazısı
EK-6. Ölçek İzin Yazıları
ÖZGEÇMİŞ **83**

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	I WATCH DEATH Sınıflandırması	12
Tablo 2.2.	VITAMINS Sınıflandırması	12
Tablo 2.3	Deliryum yönetiminde kullanılan farmakolojik ajanlar	18
Tablo 3.1.	Örnekleme dahil edilen hemşire sayısı	22
Tablo 4.1.	Hemşirelerin demografik özellikleri	27
Tablo 4.2.	Hemşirelerin deliryum yönetimine ilişkin eğitim, bilgi gereksinimi ve klinik uygulama özelliklerinin dağılımı	29
Tablo 4.3.	Deliryum bilgi testine yönelik tanımlayıcı istatistikler	30
Tablo 4.4.	Deliryum Bilgi Testi ve alt boyut puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırması	32
Tablo 4.5.	Deliryum Bilgi Testi ve alt boyut puanlarının deliryum bilgi ve yaklaşım düzeyi göre karşılaştırması	36
Tablo 4.6.	Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeğine yönelik tanımlayıcı istatistikler	37
Tablo 4.7.	Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği ve alt boyut puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırması	39
Tablo 4.8.	Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği ve alt boyut puanlarının deliryum bilgi ve yaklaşım düzeyi ile ilgili bilgilere göre karşılaştırması	42
Tablo 4.9.	Deliryum Bilgi Testi ile Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği arasındaki ilişki	44
Tablo 4.10.	Deliryum Bilgi Testi ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeğinin regresyon analizi	46
Tablo 4.11.	Deliryum Bakım Zorluğu ölçeğini etkileyen faktörler için regresyon analizi	48

SİMGELER ve KISALTMALAR

CAM-ICU : Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği

DDS : Deliryum Saptama Skoru (Delirium Detection Score)

ICDSC : Yoğun Bakım Deliryum Tarama Kontrol Listesi

Nu-DESC : Hemşirelik Deliryum Tarama Ölçeği (The Nursing Delirium Screening Scale)

CAM : Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği

DRS-R-98 : Deliryum Derecelendirme Ölçeği Revize-98

ICD-10 : Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması 10. Sürüm

STROBE : Epidemiyolojide Gözlemsel Araştırma Raporu Yazımının Güçlendirilmesi

1. GİRİŞ

Deliryum, bilincin, dikkatin ve algının ani başlangıçlı ve dalgalı bir seyir gösterdiği klinik bir sendromdur (Sarı ve Van Giersbergen, 2025) Yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilen hastalarda deliryum görülme oranı oldukça yüksektir (Alzoubi ve ark., 2024). Araştırmalarda, yoğun bakımlarda insidansın %56–87 arasında değiştiği ve terminal dönemdeki hastalarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Goldberg ve ark., 2020; Dunne ve ark., 2021). Türkiye'de farklı hasta gruplarında deliryum görülme oranlarının; acil serviste %10, ciddi yanığı olan hastalarda %20, terminal dönem malignitesi bulunanlarda %42, postoperatif cerrahi hastalarında %41–50 ve yoğun bakım ünitelerinde %70 olduğu belirtilmektedir (Mayda Domaç, 2020).

Yoğun bakım ünitelerinde, deliryumu; mekanik ventilasyon, sedatif ve analjezik ilaç kullanımı, uyku bozuklukları, enfeksiyonlar, elektrolit dengesizlikleri, ağrı ve çevresel faktörler gibi çeşitli tetikleyiler etkilemektedir (Chang ve ark., 2024). Çok sayıda etken sonucu meydana gelen ve karmaşık bir olgu olan deliryumun hem hasta hem de hemşire üzerinde çeşitli sonuçları bulunmaktadır (Chang ve ark., 2024; Nie ve ark., 2024). Deliryum hastalar açısından; mevcut hastalığının seyrini olumsuz etkileyerek hastanede kalış süresinin uzamasına ve mortalite riskinin artmasına neden olmaktadır (Olsen ve ark., 2020; Banerdt ve ark., 2021). Deliryum sonrasında, hastalarda uzun süreli bilişsel gerileme, demans gelişimi, fonksiyonel kayıplar, psikolojik sıkıntı ve yaşam kalitesinde azalma gibi ciddi sonuçlar görülebilmektedir (Wilson ve ark., 2020). Ayrıca, deliryum gelişen hastalarda mekanik ventilatöre bağımlılık süresi uzamakta, hastane kaynaklı enfeksiyon riski artmakta ve hem fiziksel hem de zihinsel iyileşme gecikebilmektedir (Cortés-Beringola ve ark., 2021; Fiest ve ark., 2021).

Deliryumun hemşirelere etkisi incelendiğinde; hastada ani gelişen bilinç değişiklikleri, dikkat bozukluğu, ajitasyon ve yönelim kaybı gibi belirtilerle kendini gösterdiğinden, deliryum hemşirelerin sürekli tetikte olmasını gerektirmektedir (Nie ve ark., 2024; Tingting ve ark., 2024). Bu kapsamda deliryumlu hastaların bakım süreci, standart hasta bakımına kıyasla daha fazla dikkat, zaman ve çaba gerektirmektedir (Martinez ve ark., 2021). Bu da hemşirelerin bakım yükünü önemli ölçüde artırmakta, zaman yönetimini zorlaştırmakta ve diğer hastalara ayrılan sürenin azalmasına neden olabilmektedir (Yılmaz ve ark., 2023). Ayrıca, deliryumlu hastaların agresif ya da kontrolsüz davranışları, hemşirelerde stres düzeyini artırmakta ve tükenmişlik

sendromu riskini yükseltmektedir (Ulus ve Durmaz Edeer, 2024). Bu tür durumlar, hemşirelerin mesleki doyumunu olumsuz etkileyebilirken, aynı zamanda bakım kalitesinin de azalmasına neden olabilmektedir (Sánchez ve ark., 2019). Bu bağlamda, deliryumun erken dönemde tespit edilmesi ve uygun müdahalelerin planlanması son derece önemli bir konudur (Dai ve ark., 2025).

Yoğun bakım hemşireleri, deliryumun risk faktörlerini belirleme, önleme, değerlendirme ve bakım ortamını iyileştirme konularında öncü ve kritik bir rol üstlenmektedir (Liang ve ark., 2022; Söylemez ve Uzun, 2024). Deliryumun tanılanması, yönetimi ve önlenmesinde yeterli bilgiye sahip hemşireler; risk faktörleri ile belirtileri erken saptayarak hasta bakımında proaktif ve etkili müdahalelerde bulunabilirler (Jiang ve ark., 2024). Buna karşın, deliryum hakkında bilgi eksikliği olan hemşireler, belirtileri fark etmekte gecikebilmekte ve uygun bakım yaklaşımlarını belirlemede zorluk yaşayabilmektedirler (Yılmaz ve ark., 2023). Tüm bu bilgilerden yola çıkarak bu araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin deliryum bilgi düzeyleri ile deliryumlu hastanın bakımında yaşadıkları zorluklar arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. Bu kapsamda araştırma soruları aşağıda belirtilen şekildedir:

- Yoğun bakım hemşirelerinin deliryum konusundaki bilgi düzeyleri nedir?
- Yoğun bakım hemşirelerin deliryumlu hastaya bakım vermede yaşadıkları zorluklar ne düzeydedir?
- Yoğun bakım hemşirelerinin deliryum konusundaki bilgi düzeyleri ile deliryumlu hastaya bakım vermede yaşadıkları zorluklar arasında bir ilişki var mıdır?
- Yoğun bakım hemşirelerin deliryumlu hastaya bakım vermede yaşadıkların zorlukların yordayıcıları nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Deliryumun Tanımı ve Tarihçesi

Geçmişte klinik sınırları net çizilemeyen ve ilk kez 19. yüzyılın başlarında Sutton tarafından alkol yoksunluğu bağlamında "deliryum tremens" olarak adlandırılan bu sendrom, güncel tıp literatüründe giderek artan bir şekilde "akut beyin yetmezliği" olarak tanımlanmaktadır (Mattison, 2020). Bu modern yaklaşım, hastalığın kökenini tek bir nörotransmitter eksikliğinden ziyade, fizyolojik stres faktörlerinin sinir ağları arasındaki koordineli çalışmayı sekteye uğratmasıyla açıklamaktadır (MacLullich ve ark., 2022). Klinik tablo incelendiğinde deliryum; özellikle ileri yaştaki bireylerde sık karşılaşılan, kişinin farkındalığını, odaklanma ve dikkatini yönlendirme becerilerini aniden bozan karmaşık bir durumdur (Mart ve ark., 2021). Belirtiler gün içerisinde dalgalı bir seyir izlerken; sürece sıklıkla uyku-uyanıklık döngüsündeki kırılmalar ile hiperaktif, hipoaktif veya karma formlarda görülebilen psikomotor bozukluklar eşlik eder (MacLullich ve ark., 2022).

Deliryum, çok çeşitli fiziksel, çevresel ve fizyopatolojik etmenlerin etkisiyle beynin kısa sürede ve yaygın biçimde etkilenmesi sonucunda ortaya çıkan, bilinç düzeyinde ani değişiklikler, dikkat süresinde belirgin azalma ve bilişsel işlevlerde dalgalanmalarla seyreden akut bir nörobilişsel bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Chen ve ark., 2021). Genellikle kısa bir süre içinde akut olarak gelişen ve gün boyunca dalgalanma eğilimi gösteren bu sendrom; bilinç, dikkat, biliş ve algı düzeyinde bozulmalarla karakterize olup, bu tabloya sıklıkla tutarsız düşünce süreçleri ile psikomotor aktivitede artma (hiperaktif) ya da azalma (hipoaktif) biçiminde değişiklikler eşlik etmektedir (Eyayu ve ark., 2024; Jiang ve ark., 2024; Zhang ve ark., 2024). Amerikan Psikiyatri Birliği, deliryumu "önceden var olan bir demansla açıklanamayan, kısa sürede başlayan ve dikkat, bilinç, algı ile diğer bilişsel alanlarda bozulmalar içeren, tıbbi bir duruma bağlı fizyolojik etkiler sonucunda gelişen bir sendrom" olarak tanımlamaktadır (Shah ve ark., 2014). Klinik uygulamada "akut konfüzyon", "akut beyin sendromu", "toksik-metabolik ensefalopati" ya da "organik mental durum bozukluğu" gibi kavramlarla da ifade edilen deliryum, özellikle yaşlı bireylerde, kritik hastalarda, cerrahi girişim sonrası dönemde ve yoğun bakım ünitelerinde sık görülmekte olup, ciddi morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Hemşirelik

literatüründe deliryum; organik beyin disfonksiyonundan kaynaklanan ve gün içinde bilinç seviyesinde dalgalanmalar yaratan bir "akut konfüzyon" (akut zihin karışıklığı) tablosu olarak ele alınmaktadır (Öztürk Birge ve Kutlutürkan, 2024). Bu klinik durum; dikkat, algı, bellek ve yönelim (oryantasyon) gibi temel bilişsel işlevlerde aniden başlayan ve değişkenlik gösteren kapsamlı bir bozulma ile karakterize olup; tabloya sıklıkla organize olmayan düşünce süreçleri, uyku düzenindeki bozulmalar ve psikomotor davranış değişiklikleri eşlik etmektedir (Jiang ve ark., 2024; Öztürk Birge ve Kutlutürkan, 2024).

2.2. Deliryumun Epidemiyolojisi

Deliryumun epidemiyolojisine ilişkin literatür incelendiğinde; çalışmaların yürütüldüğü klinik ortamların çeşitliliği, örneklem büyüklükleri, kullanılan tanı kriterlerinin ve ölçme araçlarının farklılığı gibi metodolojik değişkenler nedeniyle elde edilen verilerin geniş bir yelpazeye yayıldığı ve prevalans oranlarının %9 ile %89 arasında farklılıklar gösterdiği görülmektedir (Barr ve ark., 2013; Setters ve Solberg, 2017). Türkiye'de farklı hasta grupları üzerinde yapılan değerlendirmelere göre deliryum görülme sıklığı; acil servis hastalarında %10, ciddi yanık vakalarında %20, terminal dönem malignitelerde %42 ve postoperatif cerrahi kliniklerinde %41-%50 aralığında seyrederken, yoğun bakım ünitelerinde bu oranın %70'e kadar ulaştığı bildirilmektedir (Mayda Domaç, 2020). Toplum temelli çalışmalarda genel popülasyonda %1-2 gibi düşük oranlarda saptanan deliryum (Inouye ve ark., 2014), hastane ortamına başvurularda %10-30 oranına yükselmekte (Todd ve Teale, 2017; Bastos ve ark., 2019), özellikle 65 yaş üstü bireylerin hastaneye kabullerinde %14-24 aralığında seyrederken, huzurevi sakinlerinde bu oran %60'ın üzerine çıkabilmektedir (Kukreja ve ark., 2015). Hastane içi birimler bazında değerlendirildiğinde ise tablo daha da ağırlaşmaktadır. Deliryum; genel cerrahi ve dahiliye servislerinde %10–50 oranında görülürken, yoğun bakım ünitelerinde izlenen hastalarda prevalansın %70–87'ye kadar yükseldiği bildirilmektedir. Kritik hasta bakımında mekanik ventilatör desteği, deliryum gelişimi için majör bir risk faktörü olarak öne çıkmakta; mekanik ventilatör desteği alan hastalarda prevalansın %53.8 ile %80 aralığında olduğu (Mehta ve ark., 2015; Mesa ve ark., 2017), hatta stupor ve koma tabloları eklendiğinde bu oranın daha da arttığı ve mekanik ventilatör süresinin deliryumlu hastalarda, olmayanlara göre belirgin şekilde uzadığı bildirilmektedir (Mesa ve ark., 2017).

Cerrahi disiplinler açısından bakıldığında, elektif majör cerrahilerde %15-25 olan oran, kardiyak cerrahi, kalça kırığı onarımı ve beyin cerrahisi gibi yüksek riskli prosedürlerde %36 ile %40.5 bandına (Schubert ve ark., 2018), terminal dönem kanser hastalarında ve palyatif bakım ünitelerinde ise %83-85 gibi çok yüksek düzeylere ulaşmaktadır (Marcantonio, 2017).

Epidemiyolojik veriler, deliryumun sadece akut bir tablo olmadığını, aynı zamanda ciddi mortalite ve morbidite sonuçları doğurduğunu da kanıtlamaktadır. Deliryum gelişen yoğun bakım ünitesi hastalarının ölüm riskinin 2 ila 4 kat arttığı (Inouye ve ark., 2014), taburculuk sonrası 6 aylık süreçte mortalitenin %34-41 seviyelerinde seyrettiği ve acil servise başvuran yaşlı hastalarda bu riskin %70'e kadar çıkabildiği saptanmıştır (Salluh ve ark., 2015). Ek olarak, deliryum tablosu hastanede yatış süresini uzatmakta, taburculuk sonrası uzun dönemli bilişsel/işlevsel kayıplara yol açarak demans riskini artırmakta ve sağlık sistemine ciddi bir ekonomik yük getirmektedir (Bölüktaş, 2015). Deliryumun yüksek prevalansı ve ciddi klinik sonuçlarına rağmen, sağlık profesyonellerinde farkındalık eksikliği ve rutin tarama protokollerinin yetersizliği nedeniyle olguların %33–66'sı tanı alamamaktadır. Oysa uygun multidisipliner yaklaşımlarla bu olguların önemli bir kısmı önlenebilir niteliktedir. Bu durum, epidemiyolojik çalışmaların en çarpıcı bulgularından biri olarak öne çıkmaktadır (Hshieh ve ark., 2015).

2.3. Deliryum Tipleri ve Klinik Bulgular

Deliryum, psikomotor aktivite düzeyi ve klinik görünüm temel alınarak hiperaktif, hipoaktif ve karma olmak üzere üç ana motor alt tipte sınıflandırılmakta olup bu ayrım hem klinik tanı sürecinde hem de prognozun öngörülmesinde önemli bir rehber niteliği taşımaktadır (Chen ve ark., 2021). En sık karşılaşılan alt tip olan **hipoaktif deliryum**, azalmış psikomotor aktivite, uyuşukluk, dikkat ve uyanıklık düzeyinde belirgin düşüş, konuşma hızında ve içeriğinde azalma ile karakterizedir. Çalışmalarda hastaların yaklaşık %57.8–71'inde, bazı serilerde ise %19–71 gibi geniş bir aralıkta hipoaktif deliryumunun görüldüğü bildirilmektedir (Kirpinar, 2016; Silva ve ark., 2021; Diouf ve ark., 2023). Bu klinik tablo; gündüz uyku hali, içe kapanma ve apati ile seyrettiğinden, özellikle yaşlı hastalarda sıklıkla depresyon ya da demansla karıştırılmakta ve bu nedenle kolaylıkla gözden kaçabilmektedir (Sarı ve Van Giersbergen, 2017). Hipoaktif deliryumun etiyolojisinde enfeksiyonlar, hipoksi,

hipotermi, hipotiroidi, hiperglisemi, karaciğer ve böbrek yetmezlikleri gibi sistemik hastalıkların önemli rol oynaması bu alt tipin yaşlı popülasyonda daha sık görülmesine ve prognozunun görece daha olumsuz olmasına yol açmaktadır (Kirpinar, 2016).

Hiperaktif deliryum ise artmış psikomotor aktivite, ajitasyon, aşırı uyarılmışlık, davranış kontrolünde bozulma ve yönelim kaybı ile tanımlanmakta olup hastaların yaklaşık %10–17'sinde (Hayhurst ve ark., 2020), bazı çalışmalarda ise %15–46 oranında bildirilmektedir (Ismet Kirpinar, 2017). Bu alt tipte huzursuzluk, amaçsız dolaşma, konuşma miktarında artış, ilgisiz ya da anormal içerikli konuşma, kabuslar, halüsinasyonlar ve hezeyanlar sık görülmektedir. (Chen ve ark., 2017). Kateter çekme girişimleri ve tıbbi bakımla iş birliğini reddetme gibi davranışlar klinik tabloya eşlik edebilmektedir. Hiperaktif deliryum tablosundaki hastalar, sergiledikleri belirgin davranış değişiklikleri ve klinik özellikleri sayesinde sağlık çalışanları tarafından çok daha kolay ve çabuk fark edilerek tanılanabilmektedir (McGovern ve ark., 2021).

Karma tip deliryumda ise hipoaktif ve hiperaktif belirtiler bir arada bulunmakta, bilinç, düşünce ve aktivite düzeylerinde gün içinde belirgin dalgalanmalar izlenmektedir (Munro ve ark., 2017). Bu alt tipin görülme sıklığı yaklaşık %21 arasında değişmekte olup hastalar gündüz saatlerinde sedatize ve sakin, gece saatlerinde ise ajite, hiperaktif ve hatta saldırgan davranışlar sergileyebilmektedir (Kirpinar, 2017; Hshieh ve ark., 2018). Bunun yanında, deliryum için gerekli tüm tanı ölçütlerini karşılamamakla birlikte dikkatsizlik, algı bozuklukları ve dezoryantasyon gibi semptomların eşlik ettiği subsendromal deliryum da klinik açıdan önem taşımaktadır (Van den Boogaard ve ark., 2012). Subsendromal deliryumun risk faktörlerinin deliryum ile büyük ölçüde örtüştüğü ve bu durumun hastanede yatış süresinde uzama, bilişsel ve fonksiyonel kapasitede azalma ile artmış mortalite riskiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Martins ve Fernandes, 2012).

Deliryum genellikle saatler ya da günler içinde akut başlangıç göstermekte, gün boyunca dalgalı bir seyir izlemekte ve çoğu zaman akşam ile gece saatlerinde çevresel uyaranların azalmasıyla belirginleşmektedir. Ortalama deliryum süresi yaklaşık bir hafta olarak bildirilmekle birlikte, bazı semptomların taburculuk sonrasında dahi devam edebildiği ve kalıcı olabildiği belirtilmektedir (Fong ve ark., 2019). Literatürde hipoaktif ve karma tip deliryumun hiperaktif tipe kıyasla daha yüksek mortalite, daha kötü fonksiyonel iyileşme ve daha fazla sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkili olduğu

(Hayhurst ve ark., 2020; Silva ve ark., 2021; Zhang ve ark., 2021), deliryumun süresi, şiddeti ve özellikle hipoaktif motor alt tipinin kötü klinik sonuçların güçlü öngörücüleri arasında yer aldığı vurgulanmaktadır (Jackson ve ark., 2016). Bu nedenle deliryumun motor alt tiplerinin ve klinik bulgularının sistematik ve bütüncül biçimde değerlendirilmesi, erken tanı, uygun yönetim ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesi açısından temel bir gereklilik olarak kabul edilmektedir.

2.4. Deliryumun Patofizyolojisi

Deliryum, yoğun bakım ünitelerinde sık görülen, akut başlangıçlı, dalgalı seyirli ve çoklu etiyolojilere dayanan organik bir beyin disfonksiyonu sendromudur. Bu klinik tabloya; aniden gelişen ve gün içinde dalgalı bir seyir izleyen dikkat ile farkındalık eksikliği, yönelim bozukluğu ve bilişsel işlevlerdeki belirgin bozulmalar eşlik etmektedir (Herling ve ark., 2018). Patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, mevcut bulgular bu tablonun nörotransmitter dengesizlikleri, sistemik inflamasyon, oksidatif stres, nöroendokrin yanıtlar, serebral hipoperfüzyon, sirkadiyen ritim bozukluğu ve yaşlanmaya bağlı nöronal kırılganlığın karmaşık etkileşimi sonucu ortaya çıktığını göstermektedir (Ulus ve Ad, 2022).

Nöroanatomik Alt Yapı ve Nöral Ağlardaki Desenkronizasyon: Patogenezin merkezinde, beynin bilinç ve dikkat mekanizmalarını yöneten asendan retiküler aktive edici sistem ile prefrontal korteks, talamus (özellikle pulvinar nükleus), anterior singulat, bazal ganglionlar ve pariyetal asosiasyon alanları arasındaki bağlantıların senkronizasyon kaybı yatar (Kirpinar, 2016). Merkezi sinir sistemindeki polisinaptik iletişim yollarının ve nöronların fonksiyonel bağlantılarının bozulması, retiküler aktive edici sistemden kaynaklanan uyarıların kortikal ve subkortikal alanlara iletilerek doğru bir şekilde işlenme ve entegre edilme sürecini kesintiye uğratmaktadır (Ratković ve ark., 2021; Ergin, 2023). Nörogörüntüleme çalışmalarında deliryumla ilişkilendirilen ventriküler genişleme, beyaz cevher lezyonları ve kortikal atrofi gibi bulgular, bu işlevsel bozukluğun yapısal bir zemini olabileceğini düşündürmekte ve yoğun bakım ünitesi sağ kalanlarında görülebilen uzun süreli bilişsel kusurlar için patolojik bir alt yapı oluşturabilmektedir (Xie ve Fang, 2009).

Nörotransmitter Dengesizliği: Deliryum gelişiminde en temel ve kabul gören mekanizma, özellikle kolinerjik eksiklik ve dopaminerjik fazlalık dengesizliği üzerine kurulu nörotransmitter hipotezidir (Poulsen ve ark., 2021).

Kolinerjik Sistem*:* Dikkat, bellek ve bilinç düzeyinin ana düzenleyicisi olan asetilkolin sentezi, Adenozin Trifosfata bağımlıdır. Sistemik inflamasyon, hipoksi, iskemik tablolar ve oksidatif stres gibi fizyopatolojik durumların, hücresel oksijen metabolizmasını ve nörolojik işlevleri sekteye uğratarak asetilkolin sentezini azalttığı ve deliryum tablosuna zemin hazırlayan kolinerjik yetersizliğe neden olduğu bildirilmektedir (Mittal ve ark., 2011). Ayrıca yoğun bakımda yaygın kullanılan antikolinerjik özellikteki ilaçlar (benzodiazepinlerin bazı metabolitleri, antihistaminikler, atropin vb.) bu süreci tetikler (Lauretani ve ark., 2010).

Dopaminerjik Sistem: Dopamin aktivitesindeki patolojik artış, nöronal eksitabiliteyi aşırı uyararak deliryum belirtilerini tetikler (Connor, 2011). Dopamin, norepinefrinin biyokimyasal öncüsü olduğundan, düzeyindeki artış dikkat işlevlerinde bozulmaya ve motor kontrolün zayıflamasına yol açabilir (Mulkey ve ark., 2018). Bu ana eksenin yanı sıra diğer nörotransmitter sistemlerdeki düzensizlikler de tabloya katkıda bulunur, Gamma-Aminobütirik Asit iletimindeki bozulmalar (sedatif yoksunluğunda azalma, hepatik yetmezlikte artma), serotonerjik aktivitedeki dalgalanmalar, glutamat aracılığında eksitotoksisite riski ve noradrenalin salınımındaki artış nörokognitif tabloyu ağırlaştırır (Maldonado, 2017).

Sistemik İnflamasyon, Oksidatif Stres ve Nöroendokrin Yanıt Üçgeni: Enfeksiyon, sepsis, cerrahi ya da travma gibi durumlarda açığa çıkan proinflamatuvar sitokinler, kan-beyin bariyerinin geçirgenliğini artırarak merkezi sinir sistemine ulaşır bu sitokinler mikroglial hücreleri aktive ederek nöroinflamasyonu başlatır. Bu durum sinaptik işlev bozukluğu, nörotransmitter dengesizliği ve nöronal hasarla sonuçlanır. Eş zamanlı olarak endotel disfonksiyonuna yol açarak serebral perfüzyonu azaltır ve hipoksi riskini artırır (Maldonado, 2018).

İnflamatuvar süreç, artmış serbest radikal üretimi ile oksidatif stresi tetikler (Ulus ve Ad, 2022). Antioksidan-prooksidan dengesinin bozulması, nöronal membran lipid peroksidasyonuna ve enerji metabolizmasının daha da bozulmasına neden olur (Maldonado, 2018). Bu durum, elektroensefalografide karakteristik olarak görülen yaygın yavaşlama ile ilişkilidir (Kirpinar, 2016).

Akut fiziksel stres, hipotalamus-hipofiz-adrenal aksını aktive ederek aşırı glukokortikoid (kortizol) salınımına neden olur (Kirpinar, 2016). Hiperkortizolizm, hipokampusta glial hücre işlevini bozar, nörogenezi ve sinaptik plastisiteyi baskılar,

öğrenme ile hafıza süreçlerine zarar verir (Maldonado, 2018). Strese eşlik eden sempatik sinir sistemi aktivasyonu da bu süreci şiddetlendirir.

Sirkadiyen Ritim Bozukluğu ve Nöronal Yaşlanmanın Hazırlayıcı Rolü: Yoğun bakım ortamının doğası gereği bozulan uyku-uyanıklık döngüsü, suprachiasmatic nucleus kaynaklı sirkadiyen ritimleri desenkronize eder (Burry ve Shehabi, 2025). Işık-gölge döngüsünden yalıtım, gürültü ve sık hasta bakım girişimleri, melatonin salgılanmasını baskılar. Melatoninin azalması yalnızca uykuyu bozmakla kalmaz, aynı zamanda güçlü antioksidan ve nöroprotektif etkisinin kaybına da yol açarak beyini oksidatif hasara daha açık hale getirir (Ulus ve Ad, 2022).

Nöronal yaşlanma hipotezi, özellikle ileri yaştaki hastalarda deliryuma yatkınlığı açıklar (Maldonado, 2018). Yaşla birlikte azalan nöronal rezerv, sinaptik bağlantılardaki kayıp, artmış oksidatif stres yükü ve mikroglial aktivasyondaki değişiklikler, beynin homeostatik dengede kalma kapasitesini daraltır (Fong ve ark., 2015). Bu fizyolojik kırılganlık, herhangi bir akut stresörün (enfeksiyon, ilaç, metabolik bozukluk) deliryum gelişimini tetiklemesi için yeterli olabilir.

Sonuç olarak deliryum, tek bir nedene bağlı olmayan, biyolojik sistemler arasındaki kompleks etkileşimin nihai bir klinik yansımasıdır. Nörotransmitter dengesizliği, inflamasyon, oksidatif stres, nöroendokrin değişiklikler, serebral perfüzyon azalması ve sirkadiyen ritim hasarı gibi birbiriyle iç içe geçmiş mekanizmalar, nihayetinde yaygın bir serebral disfonksiyon ve nöral ağ iletişiminde kopukluk tablosuna yol açar. Bu multifaktöriyel doğa, deliryum yönetiminde tek yönlü bir yaklaşımın yetersiz kalacağını göstermektedir. Bu nedenle, "I WATCH DEATH" gibi akılda kalıcı etiyoloji listeleri ve "VITAMINS" gibi bütüncül değerlendirme kılavuzları eşliğinde, risk faktörlerinin erken taranması, tetikleyici faktörlerin nedenlerin hızla ortadan kaldırılması ve nörokoruyucu çevresel düzenlemeleri içeren kapsamlı, çok boyutlu bir hasta bakım stratejisi esastır (Krahne ve ark., 2006; Ottens ve ark., 2024).

2.5. Deliryumun Risk Faktörleri

Deliryumun etiyolojisi; hastanın ileri yaş veya komorbiditeler gibi mevcut bireysel yatkınlıklarını içeren hazırlayıcı (predispozan) faktörler ile sağlık hizmeti sunumu sırasında maruz kalınan çevresel ve iyatrojenik tetikleyici (presipitan) etkenlerin birbiriyle etkileşime girmesiyle şekillenen çok faktörlü (multifaktöriyel) karmaşık bir

yapıya sahiptir (Emeksiz, 2024). Literatürde deliryum etiyolojisinde yer alan risk faktörleri genel olarak hazırlayıcı (predispozan) ve tetikleyici faktörler olmak üzere iki ana grupta ele alınmakta, çevresel ve hastane kaynaklı faktörler ise bu iki grup arasında köprü rolü üstlenmektedir (Wassenaar ve ark., 2015). Hazırlayıcı faktörler hastaneye yatış öncesinde mevcut olup hastanın biyolojik rezervi ve nörokognitif direnci ile ilişkilidir (Steiner, 2011). Tetikleyici (presipitan) faktörler ise; hastanın maruz kaldığı akut hastalık tabloları ile medikal tedavi ve klinik bakım süreçleriyle doğrudan ilişkili olarak ortaya çıkan ve deliryum mekanizmalarını aktive eden akut durumlardır (Lin ve ark., 2015).

Hazırlayıcı risk faktörleri arasında ileri yaş, özellikle 65 yaş üzeri olmak, erkek cinsiyet, demans, hafif kognitif bozukluk ya da daha önce deliryum öyküsünün bulunması, depresyon ve diğer psikiyatrik morbiditeler önemli yer tutmaktadır. Görme ve işitme bozuklukları (Inouye ve ark., 2014), işlevsel bağımlılık, immobilite, düşme öyküsü ve düşük aktivite düzeyi, hastanın çevresel uyaranları doğru algılamasını zorlaştırarak deliryuma yatkınlığı artırmaktadır (Kavasoğlu ve ark., 2015). Ayrıca malnütrisyon, hipoalbuminemi, kırılganlık, alkol ve tütün kullanımı, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklar ile böbrek ve karaciğer yetmezlikleri, serebrovasküler hastalıklar ve nörolojik bozukluklar deliryum gelişimi açısından güçlü zemin oluşturmaktadır (Jung ve ark., 2015). Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler ve azalan fizyolojik rezerv, yaşlı bireyleri stres ve akut hastalıklara karşı daha savunmasız hale getirerek deliryum riskini bağımsız olarak artırmaktadır (Ford, 2016).

Tetikleyici (presipitan) risk faktörleri, çoğunlukla hastanın maruz kaldığı akut klinik tablolar ve tıbbi bakım süreçleriyle doğrudan ilişkili olup; enfeksiyonlar, hipoksi, anemi, hemodinamik dengesizlikler, vücut ısısındaki anormal dalgalanmalar (hipo/hipertermi) ile elektrolit ve metabolik bozukluklar gibi akut fizyolojik sapmalar deliryum tablosunun ortaya çıkmasında kritik bir rol oynamaktadır (Devlin ve ark., 2018). Cerrahi girişimler, özellikle acil cerrahiler, intraoperatif kanama, uzun cerrahi süresi ve postoperatif dönemde gelişen komplikasyonlar deliryum riskini belirgin biçimde artırmaktadır (Kazmierski ve ark., 2010). Ameliyat sonrası (postoperatif) dönemde gözlemlenen düşük hemoglobin ve hematokrit seviyeleri, eritrosit transfüzyonu gereksinimi ile metabolik asidoz ve karaciğer yetmezliği gibi akut fizyolojik anormalliklerin, hastalarda deliryum gelişme riskini anlamlı düzeyde artırdığı bildirilmektedir (Lin ve ark., 2015). Özellikle yoğun bakım hastalarında

mekanik ventilasyon süresi, koma durumu, çoklu organ yetmezliği ve yüksek hastalık şiddeti skorları önemli tetikleyici faktörler olarak bildirilmektedir (Zaal ve ark., 2015).

İyatrojenik faktörler deliryum etiyolojisinde kritik bir yere sahiptir. Polifarmasi, sedatif-hipnotikler, benzodiazepinler, opioidler, antikolinerjik ilaçlar, antipsikotikler, midazolam, insülin ve diğer psikoaktif ilaçların kullanımı deliryum riskini artırmaktadır (Chaiwat ve ark., 2019). Üriner kateterizasyon, santral venöz kateterler, drenler ve nazogastrik tüpler gibi invaziv girişimler; fiziksel kısıtlama uygulamaları ve uzun süreli immobilizasyon deliryum gelişimiyle yakından ilişkilidir (Kavasoğlu ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda üriner kateter varlığı ve şiddetli ağrının, özellikle yaşlı ve acil servis hastalarında deliryum için önemli ve değiştirilebilir risk faktörleri olduğu gösterilmiştir (e Silva ve ark., 2021).

Çevresel ve hastane kaynaklı faktörler, deliryumun hem ortaya çıkmasında hem de şiddetlenmesinde etkili olmaktadır. Yoğun bakım ortamındaki yüksek gürültü, yetersiz gün ışığı, sık birim değişiklikleri ve oryantasyonu destekleyecek saat/takvim gibi görsel referansların eksikliği, hastaların zamansal ve mekânsal uyumlarını güçleştirerek deliryum riskini artırmaktadır bu çevresel stresörlerin yönetimi; sirkadiyen ritmi koruyan aydınlatma stratejileri ve oryantasyonu güçlendirici materyallerin kullanımıyla deliryumu önlemede temel hemşirelik girişimi olarak kabul edilmektedir (Kayhi, 2025). Uyku-uyanıklık döngüsündeki bozulmalar ve sirkadiyen ritimdeki düzensizliklerin, melatonin salınımını sekteye uğratarak bilişsel işlevleri olumsuz yönde etkilediği ve deliryum gelişimine zemin hazırladığı bildirilmektedir (Ulus ve Ad, 2022). İzolasyon, ziyaret eksikliği, huzurevinde ikamet etme ve yoğun bakımda uzun süre kalış da deliryumla güçlü biçimde ilişkilendirilen çevresel faktörler arasında yer almaktadır (Tsuruta ve ark., 2010).

Deliryum riskinin değerlendirilmesini kolaylaştırmak ve etiyolojik faktörlerin sistematik biçimde gözden kaçırılmasını önlemek amacıyla literatürde “I WATCH DEATH” ve “VITAMINS” gibi mnemonik sınıflandırmalar geliştirilmiştir.

Tablo 2.1. I WATCH DEATH Sınıflandırmaları

Harf	Açılım	İçerik
I	Infections	Pnömoni, ÜSE, menenjit, ensefalit, sifiliz
W	Withdrawal	Alkol, sedatif-hipnotik yoksunluğu
A	Acute metabolic	Asidoz, alkaloz, elektrolit bozuklukları
T	Trauma	Cerrahi, yanık, sıcak çarpması
C	CNS pathology	İnme, kanama, tümör, nöbet
H	Hypoxia	Anemi, hipotansiyon, PE, kalp-akciğer yetmezliği
D	Deficiencies	B12, tiamin, niasin
E	Endocrinopathies	Hipo/hiperglisemi, tiroid, adrenal bozukluklar
A	Acute vascular	Şok, hipertansif ensefalopati
T	Toxins/drugs	İlaçlar, toksinler
H	Heavy metals	Kurşun, civa, manganez

Tablo 2.2. VITAMINS Sınıflandırması

Harf	Açılım	İçerik
V	Vascular	Hipoksi, iskemik/hipertansif ensefalopati
I	Infectious	Viral/bakteriyel ensefalit, HIV, nörosifiliz
T	Traumatic/Toxic	Kafa travması, toksinler
A	Autoimmune	SLE, vaskülit
M	Metabolic	Endokrin, elektrolit, beslenme bozuklukları
I	Iatrogenic	Polifarmasi, ilaç etkileşimleri
N	Neoplastic	Primer/metastatik beyin tümörleri
S	Seizures	Nöbetler, postiktal durum

2.6. Deliryumu Değerlendirme ve Tanılama Araçları

Deliryum, erken tanındığında önlenebilir ve tedavi edilebilir bir klinik sendrom olup, bu nedenle tanılama sürecinin temelini ayrıntılı etiyolojik değerlendirme ve sistematik klinik izlem oluşturmaktadır. Tanılama sürecinde alınan kapsamlı anamnez, deliryuma zemin hazırlayan nedenlerin belirlenmesinde kritik öneme sahiptir. Ayrıca hastanın koopere ve oryante olmadığı durumlarda ise hasta yakınlarından elde edilen bilgiler doğrultusunda kronik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar ayrıntılı biçimde sorgulanmalı,

yalnızca gerekli tedavilerin uygun dozlarda sürdürülmesi sağlanmalıdır (Karadakovan, 2014). Deliryumun klinik uygulama da sıkça gözden kaçabilen dalgalı seyri nedeniyle, hastanede yatan bireylerin günlük olarak bilişsel durum değişiklikleri açısından izlenmesi ve şüpheli bulguların varlığında geçerli ve güvenilir değerlendirme araçlarıyla taranması gerekmektedir. Bu doğrultuda, sağlık profesyonelleri arasında ortak bir dil oluşturmak ve değerlendirmeyi standartlaştırmak amacıyla çeşitli derecelendirme ve tarama ölçekleri geliştirilmiştir (Angel ve ark., 2016). Deliryum tanısında referans alınan temel ölçütler Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) ve Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması 10. Sürüm (ICD-10) sınıflandırmaları olmakla birlikte, klinik uygulamada özellikle Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (CAM), Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (CAM-ICU), Yoğun Bakım Deliryum Tarama Kontrol Listesi (ICDSC), Hemşirelik Deliryum Tarama Ölçeği (The Nursing Delirium Screening Scale-Nu-DESC), Neelon ve Champagne Konfüzyon Skalası (NEECHAM), Deliryum Derecelendirme Ölçeği Revize-98 (DRS-R-98) ve Deliryum Saptama Skoru (Delirium Detection Score-DDS) gibi araçlar yaygın biçimde kullanılmaktadır (Bölüktaş, 2015). Yoğun bakım ünitelerinde Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği CAM-ICU ve ICDSC ön plana çıkarken, cerrahi birimler ve hemşirelik uygulamalarında Nu-DESC'in uygulanabilirliği ve güvenirliğinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Kılıç ve ark., 2022). Bununla birlikte, farklı tarama araçlarının kullanılması araştırmalarda heterojenliğe yol açmakta olup, literatürde deliryum değerlendirme araçlarının standardizasyonuna yönelik öneriler giderek önem kazanmaktadır.

2.6.1. Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği

Yoğun bakım hastalarında deliryumun sistematik ve güvenilir biçimde değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen CAM-ICU ya da Türkçe adıyla Yoğun Bakım Ünitesinde Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği DSM-IV tanı ölçütleri temel alınarak tasarlanmıştır (Ting-Jhen Chen ve ark., 2021). Akut mental durum değişikliği ve dalgalı seyir, dikkat eksikliği, dağınık düşünce yapısı ile bilinç düzeyindeki değişiklikleri değerlendiren dört bileşenli bir ölçektir (Fan ve ark., 2012). İlk olarak Inouye tarafından geliştirilen CAM yaklaşımı, 2001 yılında Ely ve arkadaşları tarafından yoğun bakım ortamına uyarlanmış ve resmi psikiyatri eğitimi olmayan yoğun bakım personeli tarafından da kullanılabilecek şekilde yapılandırılmıştır (Ely

ve ark., 2004). Ölçeğin orijinal geçerlik çalışmalarında duyarlılık oranlarının %93–100, özgüllük oranlarının ise %98–100 arasında olduğu, gözlemciler arası güvenirliğinin yüksek olduğu (K≈0,96) bildirilmiştir. Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması 2005 yılında yapılmış olup, tıbbi ve koroner yoğun bakım ünitelerinde yatan erişkin hastalarda güvenle kullanılabileceği gösterilmiştir (Akıncı ve Şahin, 2005). CAM-ICU'da ilk iki özelliğin (akut başlangıç ve dalgalı seyir ile dikkat eksikliği) pozitif olması ve buna üçüncü (dağınık düşünce) ya da dördüncü (bilinç düzeyinde değişiklik) özelliklerden en az birinin eşlik etmesi durumunda deliryum tanısı konulmaktadır (Fan ve ark., 2012). Ölçeğin önemli avantajlarından biri, değerlendirme süresinin ortalama 2–5 dakika gibi kısa bir zaman alması ve hastanın sözel yanıt verebilmesine ihtiyaç duymamasıdır. Bu durum özellikle mekanik ventilasyon uygulanan ya da endotrakeal tüpü bulunan hastalarda CAM-ICU'yu öne çıkarmaktadır (Barr ve ark., 2013). Bununla birlikte, ölçekte yer alan görsel ve işitsel dikkat değerlendirmeleri, kısa süreli de olsa hasta iş birliği gerektirdiğinden uygulamada bazı sınırlılıklar yaratabilmektedir. Ayrıca deliryumun dalgalı seyri nedeniyle, bu değerlendirmeler hastanın uzun dönemli izlenmesi için tek başına yeterli olmamaktadır (Fan ve ark., 2012).

2.6.2. Yoğun Bakım Deliryum Tarama Kontrol Listesi

Yoğun bakım hastalarında deliryumun değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen ICDSC, Bergeron ve arkadaşları tarafından 2001 yılında tasarlanmıştır. Ölçek, sekiz maddeden oluşmaktadır (Bergeron ve ark., 2001). Ölçek, bilinç düzeyi değişikliği, dikkat ve oryantasyon bozukluğu, halüsinasyon ve delüzyonlar, uygunsuz konuşma ve düşünce, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, duygudurum değişiklikleri, uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma ve semptom dalgalanmalarını kapsamaktadır (Ting-Jhen Chen ve ark., 2021). ICDSC, hastanın son 8–24 saatlik sürecine ilişkin gözlemler doğrultusunda uygulanmakta, her belirti için 1 puan verilmekte ve toplam puanın 4'ün üzerinde olması deliryum varlığı lehine değerlendirilmektedir (Bölüktaş, 2015). Deliryumun şiddetini izlemeye olanak sağlaması, uygulamasının kolay ve kısa sürede tamamlanabilir olması ölçeğin klinik kullanımını artırmaktadır.

2.6.3. Hemşirelik Deliryum Tarama Ölçeği

Hemşirelik Deliryum Tarama Ölçeği (Nu-DESC), Gaudreau ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiş, rutin klinik bakımda kolaylıkla uygulanabilen gözleme

dayalı bir deliryum tarama aracıdır (Gaudreau ve ark., 2005). Ölçek, büyük ölçüde Konfüzyon Derecelendirme Ölçeği temel alınarak oluşturulmuş olup, psikomotor gerilemenin eklenmesiyle beş maddeden oluşan bir yapıya sahiptir (Lütz ve ark., 2008). Ölçek, DSM-IV tanı ölçütleriyle uyum göstermektedir (Fan ve ark., 2012). Nu-DESC, yönelim bozukluğu, uygunsuz davranış ve iletişim, illüzyon ya da halüsinasyon varlığı ile psikomotor değişiklikleri değerlendirmekte (Chia-Jou Lin ve ark., 2025), doğrudan hasta katılımı gerektirmeden hemşireler tarafından 1–2 dakika gibi kısa bir sürede uygulanabilmektedir. Deliryum taramasında %86 duyarlılık ve %87 özgüllüğe sahip olması, özellikle yaşlı ve postoperatif hasta gruplarında etkinliğini artırmaktadır (Fan ve ark., 2012). Uygulamasının kolay olması ve sürekli gözleme dayalı değerlendirmeye olanak sağlaması nedeniyle Nu-DESC, yoğun bakım ve klinik servislerde deliryumun erken tanınması ve izlenmesinde pratik bir tarama aracı olarak kullanılmaktadır.

2.6.4. Deliryum Saptama Skoru

Deliryum Saptama Skoru (DDS), Clinical Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar) ölçeğinden uyarlanmış olup yoğun bakım hastalarında deliryumun özellikle şiddetini değerlendirmeye yönelik geliştirilmiş semptom temelli bir ölçektir. Ajitasyon, anksiyete, oryantasyon bozukluğu, halüsinasyon, tremor, nöbetler, paroksismal terleme ve uyku-uyanıklık ritmindeki değişiklikleri içeren sekiz kriterden oluşmaktadır. DDS'nin duyarlılığının yaklaşık %69, özgüllüğünün ise %75 olduğu bildirilmiş olup, gözlemciler arası güvenirliğinin yüksek olduğu gösterilmiştir (Fan ve ark., 2012). Deliryum belirtilerinin şiddetini ortaya koyması sayesinde semptom odaklı tedavi planının oluşturulmasına ve ilaç kullanımının yönlendirilmesine katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte DDS, hipoaktif deliryumda psikomotor retardasyonun baskın olması nedeniyle sınırlı kullanım alanına sahiptir (Fan ve ark., 2012).

2.6.5. NEECHAM Konfüzyon Skalası

NEECHAM Konfüzyon Skalası, Neelon ve Champagne tarafından 1992 yılında geliştirilmiş, 1996'da klinik geçerlilik kazanmış ve 1999 yılından itibaren yoğun bakım hastalarında kullanılmaya başlanmıştır (Csokasy, 1999). Ölçek, bilişsel işleme, davranışsal durum ve yaşamsal işlevleri kapsayan üç alt boyutta toplam dokuz maddeden oluşmakta ve hastalar 0–30 arasında puanlanmaktadır. Toplam puan 27–30 arası "deliryum yok", 25–26 arası "konfüzyon/deliryum riski", 20–24 arası "hafif ya

da erken dönem konfüzyon/deliryum", 0–19 arası ise "ciddi konfüzyon/deliryum" olarak yorumlanmaktadır. NEECHAM, hastaların rutin klinik gözlemleri ve yaşamsal bulguları temel alınarak puanlanabilmesi ve akut konfüzyon şiddetindeki değişikliklerin izlenmesine olanak tanıması nedeniyle özellikle erken dönemde deliryumun fark edilmesinde yararlıdır. Ölçeğin güvenirlik ve geçerliği bilişsel ve davranışsal maddelerde yüksek bulunmakla birlikte, yaşamsal işlev ve oksijenlenmeye ilişkin maddelerde daha düşük düzeydedir. Tanısal bir araçtan ziyade hemşirelik temelli bir tarama ve değerlendirme ölçeği olarak geliştirilmiş olan NEECHAM, entübe ya da derin sedasyon altındaki hastalarda kullanılamamakta ayrıca çok basamaklı ve görece karmaşık yapısı nedeniyle klinik uygulamada yanlış yorumlamalara yol açabilmektedir (Yurttaş ve ark., 2017).

2.7. Yoğun Bakım Ünitesinde Deliryumun Yönetimi ve Hemşirenin Rolleri

Yoğun bakım ünitelerinde deliryum, yüksek prevalansı ve olumsuz klinik sonuçları nedeniyle hasta güvenliği ve bakım kalitesi açısından önemli bir sorun olarak değerlendirilmektedir (Sánchez ve ark., 2019). Çok sayıda predispozan ve tetikleyici faktörün etkileşimiyle ortaya çıkan deliryum, özellikle ileri yaş, komorbid hastalıklar, invaziv girişimler, mekanik ventilasyon ve farmakolojik ajanların yoğun kullanımı ile daha sık görülmektedir (Pereira ve ark., 2016). Deliryum yönetiminde temel yaklaşım, birincil ve ikincil önleme stratejilerinin birlikte ele alınmasıdır. Birincil önleme, deliryuma yol açabilecek değiştirilebilir risk faktörlerinin erken dönemde belirlenmesi ve kontrol altına alınmasını kapsarken; ikincil önleme, gelişen deliryumun süresini ve şiddetini azaltmaya yönelik girişimleri içermektedir (M Orhan Öztürk ve Uluşahin, 2016). Yoğun bakım ortamında fizyolojik stabilitenin sağlanması, uygun oksijenasyon ve sıvı dengesinin sürdürülmesi, ağrı ve enfeksiyon kontrolü, yeterli beslenme ile bağırsak ve mesane fonksiyonlarının desteklenmesi deliryum yönetiminin temel bileşenleri arasında yer almaktadır. Bunun yanı sıra çevresel uyaranların düzenlenmesi, gürültünün azaltılması, uygun aydınlatmanın sağlanması ve uyku-uyanıklık döngüsünün korunması deliryum gelişimini önlemede etkili girişimler olarak öne çıkmaktadır (Evans ve Grossberg, 2017).

Yoğun bakım hemşireleri, deliryumun erken fark edilmesi ve yönetilmesinde kilit role sahiptir. Hastayı 24 saat boyunca izleyen hemşireler, bilinç düzeyindeki dalgalanmaları, dikkat ve algı bozukluklarını, davranışsal değişiklikleri ilk fark eden

sağlık profesyonelleri olmaktadır. Bu doğrultuda deliryum riskinin sistematik olarak değerlendirilmesi, uygun tarama araçlarının kullanılması ve bulguların ekip ile paylaşılması hemşirelik bakımının önemli sorumlulukları arasındadır. Hemşirenin bilgi ve farkındalık düzeyi, deliryumun erken tanılanmasını doğrudan etkileyerek olası komplikasyonların önlenmesine katkı sağlamaktadır. Eğitim eksikliği ve deliryumun yoğun bakımda olağan bir durum olarak algılanması ise tanı ve müdahalelerin gecikmesine yol açabilmektedir (Palacios-Ceña ve ark., 2016; Trogrlić ve ark., 2017).

Hemşirelik girişimleri, deliryumlu hastada güvenli ve destekleyici bir bakım ortamının oluşturulmasına odaklanmaktadır (Kaya ve ark., 2013). Hastanın oryantasyonunun desteklenmesi, mobilizasyonun mümkün olan en erken dönemde teşvik edilmesi, etkili ve sakin bir iletişim kurulması hemşirenin temel rolleri arasında yer almaktadır. Hastanın kendini güvende hissetmesini sağlamak amacıyla bakım sürecine aile katılımının desteklenmesi ve hasta odasında kişiye aşina gelen tanıdık objelerin (fotoğraf, kişisel eşyalar vb.) bulundurulması gibi sosyal izolasyonu önleyici nonfarmakolojik yaklaşımlar, oryantasyonu güçlendirerek deliryum semptomlarının hafifletilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Karadaş ve Özdemir, 2019). Tüm bu girişimler, multidisipliner ekip iş birliği içerisinde planlandığında deliryumun klinik seyrinin iyileştirilmesine ve yoğun bakım sonuçlarının olumlu yönde etkilenmesine olanak tanımaktadır.

2.8. Deliryumun Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler

Deliryumun farmakolojik tedavi ve yönetim sürecindeki en temel yaklaşım; öncelikle bu tabloyu tetikleyen altta yatan etiyolojik faktörlerin kapsamlı bir şekilde tespit edilmesi ve doğrudan bu nedenleri ortadan kaldırmaya yönelik stratejilerin planlanmasıdır (Ulus ve Ad, 2022). Güncel literatür ve klinik uygulama rehberleri, deliryumun önlenmesi ve tedavisinde farmakolojik ajanların rutin kullanımına yönelik yeterli kanıt bulunmadığını (Siddiqi ve ark., 2016), ilaç tedavisinin daha çok nonfarmakolojik yaklaşımların yetersiz kaldığı ve hastanın kendisi ya da çevresi için güvenlik riski oluşturduğu durumlarla sınırlandırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda farmakolojik tedavi, deliryumun etiyolojisini ortadan kaldırmaktan ziyade ajitasyon, anksiyete, sanrı ve halüsinasyon gibi semptomların kısa süreli kontrolünü hedeflemektedir (Stollings ve ark., 2021). Klinik uygulamada kullanılan antipsikotikler, sedatifler ve analjezik ajanların deliryum süresi, mortalite ve uzun

dönem klinik sonuçlar üzerindeki etkilerine ilişkin bulguların tutarsız olması, farmakolojik yaklaşımın dikkatli ve bireyselleştirilmiş biçimde planlanmasını gerekli kılmaktadır (Andersen-Ranberg ve ark., 2022). Bu süreçte ilaçların potansiyel yan etkileri, kontrendikasyonları ve hastaya özgü risk faktörleri göz önünde bulundurularak multidisipliner ekip iş birliği içinde karar verilmesi, deliryum yönetiminin temel ilkeleri arasında yer almaktadır.

Deliryum yönetiminde kullanılan farmakolojik ajanlar Tablo 2.3'de özetlenmiştir (John W. Devlin ve ark., 2018). Bu süreçte hemşire, uygulanan ilaçların doğru şekilde uygulanmasından, tedaviye verilen yanıtın izlenmesinden ve olası yan etkilerin erken dönemde fark edilerek sağlık ekibiyle paylaşılmasından sorumludur.

Tablo 2.3. Deliryum yönetiminde kullanılan farmakolojik ajanlar

Farmakolojik Ajan	**Temel Özellikleri**
Haloperidol	Deliryum tedavisinde sıklıkla ilk tercih edilen ajandır. Semptomların şiddeti ve süresini azaltmada etkili olmakla birlikte, koruyucu amaçla kullanımının klinik yararı gösterilmemiştir.
Lorazepam	Tek başına kullanıldığında deliryum semptomlarının kontrolünde yeterli etki göstermemektedir. Genellikle özel klinik durumlarla sınırlıdır.
Risperidon	Haloperidol benzeri etki ve yan etki profiline sahip alternatif bir antipsikotik olarak kullanılabilmektedir.
Olanzapin	Haloperidolün uygun olmadığı durumlarda tercih edilebilen atipik antipsikotik ajanlar arasında yer almaktadır.
Ketiyapin	Kısa yarı ömrü ve hızlı etki başlangıcı nedeniyle klinik uygulamada avantaj sağlamaktadır. Bildirilen yan etkiler sınırlı sayıda olguya dayanmaktadır.
Ziprasidon	QT aralığını uzatma riski nedeniyle kullanımı kısıtlıdır. Klinik uygulama da daha az tercih edilmektedir.

2.9. Deliryumun Yönetiminde Non-Farmakolojik Yöntemler ve Hemşirenin Rolü

Yoğun bakım ünitelerinde, deliryumun önlenmesi ve iyileştirilmesinde, tekli müdahalelerden ziyade çok bileşenli ve kanıta dayalı non-farmakolojik stratejilerin uygulanması, hasta bakım kalitesinin artırılması ve iyileşme sürelerinin kısaltılması açısından altın standart olarak kabul edilmektedir (John W Devlin ve ark., 2018). Deliryumun multifaktöriyel etiyolojisi göz önüne alındığında hastanın 24 saatlik gözleminden sorumlu olan hemşirelerin liderliğinde yürütülen bu süreç, değiştirilebilir risk faktörlerinin yönetilmesini ve multidisipliner bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır (A Karadakovan, 2014). Bu kapsamda en güncel ve geçerli yaklaşım, "Ağrı, Ajitasyon

ve Deliryum" (ICU-PAD) kılavuzlarını destekleyen ABCDEF bakım paketidir (John W Devlin ve ark., 2018). Bu paket ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi (A), spontan uyanma ve solunum denemeleri (B), analjezi ve sedasyon seçimi (C), deliryumun değerlendirilmesi ve önlenmesi (D), erken mobilizasyon (E) ve ailenin sürece katılımı (F) bileşenlerini kapsamaktadır. Bu bakım paketinin mekanik ventilasyon süresini kısalttığı, koma ve deliryum insidansını azalttığı ve taburculuk oranlarını iyileştirdiği kanıtlanmıştır (Poulsen ve ark., 2021).

Hemşirelik bakımı perspektifinden bakıldığında, öncelikli hedef hastanın bilişsel oryantasyonunun yeniden sağlanmasıdır. Bu amaçla hastaya her vardiya değişiminde yer, zaman ve kişi bilgisinin verilmesi, odada görünür bir saat ve takvim bulundurulması, sağlık personelinin kendini tanıtarak basit ve anlaşılır cümlelerle iletişim kurması ve mümkünse hastaya bakım veren personelin sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir (Poulsen ve ark., 2021). Çevresel uyaranların optimizasyonu da bir diğer kritik bileşendir (Popeo, 2011). Yoğun bakım ünitelerinde cihaz alarmları ve personel konuşmaları gibi etkenlerle artan gürültü düzeyinin minimize edilmesi ve hastaların sirkadiyen ritmini korumak amacıyla gece-gündüz döngüsüne uygun aydınlatma stratejilerinin uygulanması, deliryumun önlenmesinde kritik bir hemşirelik yaklaşımı olarak değerlendirilmektedir (Pagnucci ve ark., 2019). Ayrıca, hastanın duyusal yoksunluğunu engellemek adına gözlük, işitme cihazı ve diş protezi gibi kişisel eşyalarının ulaşılabilir olması sağlanmalıdır (Topuz ve Doğan, 2012). Fizyolojik homeostazın sürdürülmesi için dehidratasyonun önlenmesi, yeterli beslenme, hipoksinin giderilmesi ve gereksiz kateter kullanımından kaçınılması gerekirken immobilizasyonun yarattığı riskleri azaltmak için hastanın erken dönemde mobilize edilmesi, yürütülmesi ya da yatak içi pasif egzersizlerin uygulanması nörotransmitter dengesine olumlu katkı sunmaktadır (Karadaş ve Özdemir, 2019). Hasta güvenliği açısından, mekanik tespitlerin ajitasyonu artırabileceği gerçeğinden hareketle (Xie ve Fang, 2009), en az kısıtlayıcı yöntemlerin (yatak kenarlarını kaldırma vb.) tercih edilmesi, ancak kendine zarar verme riski durumunda hekim iş birliğiyle farmakolojik desteğe başvurulması önerilmektedir. Sonuç olarak hemşireler Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası, CAM-ICU ve ağrı skalaları gibi araçlarla hastayı düzenli olarak değerlendiren, aileyi bakım sürecine entegre eden, ağrı-sedasyon protokollerini yöneten ve çevresel düzenlemeleri yapan kilit sağlık profesyonelleri olarak deliryum yönetiminin merkezinde yer almaktadır.

2.10. Hemşirelerin Deliryum Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeyleri

Genel yoğun bakım ünitelerinde hemşireler, hastanın klinik durumundaki ani değişimleri gözlemleme ve deliryum belirtilerini erken dönemde saptama konusunda kilit bir konuma sahiptir (Temiz ve Aydın, 2021). Ancak literatür incelendiğinde, bu stratejik öneme rağmen hemşirelerin deliryum patofizyolojisi, risk faktörleri ve yönetimi konusundaki bilgi düzeylerinin genellikle yetersiz kaldığı görülmektedir (Karadaş ve Özdemir, 2019). Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin büyük bir kısmının deliryumu demans ya da depresyon gibi diğer nöropsikiyatrik tablolarla karıştırdığını, bu durumun da doğru tanılama sürecini geciktirerek mortalite riskini artırabildiğini ortaya koymaktadır (Ergin, 2023). Bilgi eksikliğinin temelinde, eğitimlerin yetersizliği olduğu belirtilmektedir. Nitekim bazı araştırmalarda hemşirelerin yarısından fazlasının (%66.3) deliryum yönetimine dair spesifik bir eğitim almadığı bildirilmiştir (Sarı ve Van Giersbergen, 2023). Bu eğitim eksikliği, klinik uygulama da kendini teorik bilgi ile uygulama arasındaki tutarsızlık olarak göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %67.6'sı deliryum tanımına aşina olduğunu belirtmesine karşın, bu kavramı doğru ve eksiksiz biçimde tanımlayabilenlerin oranının yalnızca %32.9 olduğu bildirilmiştir (Topuz ve Doğan, 2012). Ayrıca, geçerli ve güvenilir deliryum tanılama ölçeklerinin kullanımına yönelik yetkinlik eksikliği ve deliryum değerlendirmesinin hemşirelik görevi olmadığına dair yanlış algılar, sürecin yönetimini zorlaştıran faktörler arasındadır (Temiz ve Aydın, 2021). Buna karşın, hemşirelerin %85 gibi yüksek bir oranının bu konuda eğitim alma istekliliği gösterdiği; ayrıca uygulanan eğitim programlarının bilgi düzeyi ve klinik uygulama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler sağladığı belirlenmiştir (Çevik ve ark., 2016). Sonuç olarak, bakım sürecinin merkezinde yer alan hemşirelerin deliryum konusundaki mevcut bilgi açıklarının giderilmesi hayati önem taşımaktadır. Sürekli eğitimlerle desteklenerek donanımı artırılan hemşireler, komplikasyonların önlenmesinde ve bakım kalitesinin en üst düzeye çıkarılmasında belirleyici bir rol oynamaktadır.

2.11. Hemşirelerin Deliryum Yönetiminde Yaşadığı Zorluklar

Klinik ortamlarda, özellikle yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler, deliryum yönetimini salt tıbbi bir bakım süreci olarak değil, aynı zamanda ciddi bir fiziksel ve psikolojik yük kaynağı olarak deneyimlemektedirler (Lim ve ark., 2022; Mc Donnell

ve Timmins, 2012). Nitekim yapılan bir çalışmada, hemşirelerin bakım sürecinde yüksek düzeyde öznel yük ve sıkıntı yaşadıkları bildirilmektedir (McDonnell et al., 2012). Hemşirelerin deliryum kavramını teorik olarak tanımlayabilmelerine rağmen, bu bilgiyi klinik uygulamaya aktarma ve standart ölçekler kullanarak erken tanılama yapma konusunda belirgin güçlükler yaşadıkları görülmektedir (Lim ve ark., 2022). Söylemez ve ark. (2024) bulguları ise, hemşirelerin deliryum değerlendirmesinde yaşadıkları yetersizlik algısının büyük ölçüde eğitim eksikliğine bağlı olduğunu göstermektedir. Voyer ve ark. (2008) belirttiği üzere, yaygınlığı %71 olan deliryum vakalarının yalnızca %13 gibi küçük bir kısmının tespit edilebilmesi, tanılamaya yönelik bir eksikliğe işaret etmektedir.

Tanılamadaki bu eksikliklerin nedenleri irdelendiğinde; mekanik ventilasyon, sedasyon uygulamaları ve hastaların iletişim kurmadaki kısıtlılıkları gibi klinik durumlar ile uyku düzenini yönetme ve mobilizasyon zorlukları ön plana çıkmaktadır (Palacios-Ceña ve ark., 2016). Çevik ve ark. (2016) çalışması, hemşirelerin %92'sinin deliryum tanısı olan hastaların bakım ve yönetiminde çeşitli güçlükler yaşadığını ortaya koymaktadır. Bu güçlükler arasında hasta ile etkili iletişim kuramama, ajitasyona bağlı olarak şiddete maruz kalma ve hastanın tedaviyi reddetmesi gibi durumlar öne çıkmaktadır (Çevik ve ark., 2016). Buna paralel olarak Bélanger ve Ducharme (2011) çalışmasında, deliryumlu hastalara bakım veren hemşirelerin iletişim biçimleri ve bakım sürecindeki davranışlarını yönetmede zorlandıkları, bu durumun hemşirelerde huzursuzluk ve duygusal rahatsızlık yarattığı bildirilmiştir (Bélanger ve Ducharme, 2011). Aşırı iş yükü, zaman kısıtlılığı ve personel yetersizliği, deliryum taramasının ihmal edilmesine ya da "düşük öncelikli" bir iş olarak görülmesine neden olmaktadır (Lim ve ark., 2022). Sonuç olarak, deliryum yönetiminde karşılaşılan güçlükler yalnızca bilgi eksikliğinden kaynaklanmamakta; yetersiz kurumsal destek mekanizmaları ve elverişsiz çalışma koşullarıyla birleşerek çok boyutlu bir soruna dönüşmektedir. Hemşirelerin kendilerini bu süreçte yalnız, başarısız ve huzursuz hissetmeleri (Bélanger ve Ducharme, 2011), deliryumlu hastaya verilen bakımın kalitesini düşürdüğü gibi sağlık çalışanının ruh sağlığını da tehdit etmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Araştırma kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımında yürütülmüştür. Araştırmanın Epidemiyolojide Gözlemsel Araştırma Raporu Yazımının Güçlendirilmesi için Rehber (STROBE) doğrultusunda raporlanmıştır (von Elm ve ark., 2007).

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma Antalya ilindeki üç ayrı kamu kurumunda yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini bu üç kurumda çalışan 573 (N) yoğun bakım hemşireleri oluşturmuştur. Örneklem sayısının belirlemek için $n=(N\cdot t^2\cdot s^2)/(d^2\cdot(N-1)+t^2\cdot s^2)$ formülü kullanılmıştır. Tahmini standart sapma için (Öztürk Birge ve ark., 2020) araştırması temel alınmıştır. Veriler Şubat-Nisan 2026 tarihleri arasında elde edilmiştir.

- N = evren büyüklüğü (600)
- t = güven düzeyine göre t değeri (1.96)
- s = standart sapma (5.01)
- d = izin verilen hata payı (0.5)

Tablo 3.1. Örnekleme dahil edilen hemşire sayısı

Hastane	Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire sayısı	Tabaka ağırlığı	Ulaşılması hedeflenen hemşire sayısı	Araştırmaya dahil edilen hemşire sayısı	Katılım Oranı (%)
SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	250	(250/573)x231	101	122	%48.8
Antalya Şehir Hastanesi	203	(203/573)x231	82	200	%98.5
Kepez Devlet Hastanesi	120	(120/573)x231	48	89	%74.2
Toplam	573		231	411	%71.7

Araştırmaya dahil etme kriterleri aşağıda belirtilen şekildedir:

- En az 1 yıllık klinik deneyimin olması,
- Dahili ya da cerrahi yetişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışması,

Araştırmadan dışlanma kriterleri aşağıda belirtilen şekildedir:

- 1 yıldan daha az klinik deneyiminin olması,
- Çocuk yoğun bakım ünitesinde çalışması,

Araştırmadan çıkarma kriterleri aşağıda belirtilen şekildedir:

- Eksik verilerin olması,
- Araştırmadan ayrılmak istemesi,

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Yoğun Bakım Hemşiresi için Deliryum Bilgi Testi'' ve "Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

3.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1), araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur (Papaioannou ve ark., 2023; Birge ve Kutluturkan, 2024; Ceccarelli ve ark., 2024; Nie ve ark., 2024; Ulus ve Durmaz Edeer, 2024). Araştırmanın veri toplama aracı üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik 10 soru; ikinci ve üçüncü bölümlerde ise sırasıyla deliryuma ilişkin bilgi ve yaklaşım düzeylerini değerlendiren 10 soru yer almaktadır.

3.3.2. Yoğun Bakım Hemşiresi için Deliryum Bilgi Testi

Yoğun Bakım Hemşiresi için Deliryum Bilgi Testi (Ek 2), yoğun bakım hemşirelerinin deliryum bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla Öztürk Birge ve ark. (2020) tarafından geliştirilmiştir. Testte deliryum risk faktörleri ve nedenleri (1, 4-7, 9-11, 16 ve 18. maddeler), deliryum belirtileri ve tipleri (14, 17 ve 20. maddeler), deliryum sonuçları (3, 24 ve 25. maddeler), deliryum değerlendirmesi (12, 15 ve 21. maddeler) ve deliryumun farmakolojik ve farmakolojik olmayan yönetimi (2, 8, 13, 19, 22, 23 ve 26. maddeler) gibi konular yer almaktadır. Test 7 yanlış (1, 6, 8, 10, 19, 20 ve 24. maddeler) ve 19 doğru yanıttan oluşmaktadır. Ölçek puanlaması için bir kesme noktası belirtilmemiştir. Testten alınan puan arttıkça bilgi düzeyi de artmaktadır. Ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.83 bulunmuştur. Bu araştırmada Cronbach alfa katsayısı 0.88 bulunmuştur.

3.3.3. Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği

Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği (Ek 3) Milisen ve ark. (2004) tarafından geliştirilmiş olup, Ulus ve Edeer (2024) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu ölçeğin amacı hemşirelerin deliryumlu hastalara bakım verirken yaşadıkları zorlukları belirlemektir. Dörtlü Likert tipte olan ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçek "hipoalert davranış, dalgalı seyir ve psiko-nevrotik davranış ve hiperaktif/hiperalert davranış" olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Toplam puan 20 ile 80 arasında değişmekte olup, daha yüksek puanlar deliryumla başa çıkmada daha fazla zorluk olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.89 bulunmuştur. Bu araştırmada Cronbach alfa katsayısı 0.96 bulunmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanması öncesinde hemşirelere araştırmanın amacı ve veri toplama araçları hakkında bilgi verilmiş, ardından araştırmaya katılmaya davet edilmişlerdir. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmış olup, soru formlarının yanıtlanması yaklaşık 15–20 dakika sürmüştür. Araştırma verileri Şubat–Nisan 2026 tarihleri arasında elde edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik onay (Ek 4) ve araştırmanın yürütülmesinin planlandığı kurumlardan kurum izni (Ek 5) alınmıştır. Araştırmada kullanılacak ölçekler için sorumlu yazarlardan izinler alınmıştır (Ek 6) Veri toplamaya başlamadan önce araştırmanın amacı hemşirelere açıklanarak yazılı onamları alınmıştır. Araştırma Helsinki Bildirgesi ilkeleri doğrultusunda yürütülmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin analizi Databeeg 1.0 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Öncelikle ölçeklerin iç tutarlılığını değerlendirmek amacıyla güvenirlik analizi (Cronbach alfa katsayısı) yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelenerek değerlendirilmiştir. Normal dağılım varsayımının sağlandığı durumlarda parametrik testler kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Pearson

Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini araştırmak için çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Yoğun bakım hemşiresi deliryum bilgi düzeyleri ile deliryumlu hastanın bakımında yaşadıkları zorluklar arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütülen araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur.

- Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular
- Hemşirelerin deliryum bilgi düzeylerine ilişkin bulgular
- Hemşirelerin deliryumlu hastaya bakım vermede yaşadıkları zorluklara ilişkin bulgular
- Hemşirelerin deliryum bilgi düzeyleri ile deliryumlu hastaya bakım vermede yaşadıkları zorluklar arasında ilişkiye yönelik bulgular
- Hemşirelerin deliryumlu hastaya bakım vermede yaşadıkların zorlukların yordayıcılarına ilişkin bulgular

4.1. Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1'de verilmiştir. Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin %37.5'inin 25–27 yaş aralığında, %32.8'inin 28–30 yaş aralığında ve %29.7'sinin 31 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 29.20 ± 3.34 bulunmuştur. Katılımcıların %85.9'u kadın, %14.1'i erkektir. Katılımcıların %48.7'si Antalya Şehir Hastanesi'nde, %29.7'si SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ve %21.7'si Kepez Devlet Hastanesi'nde görev yapmaktadır (Tablo 4.1).

Eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %77.6'sının lisans, %13.4'ünün ön lisans ve %9.0'ının yüksek lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışma süresi incelendiğinde, katılımcıların %40.1'inin 4–6 yıl, %33.3'ünün 7 yıl ve üzeri, %26.5'inin ise 1–3 yıl arası deneyime sahip olduğu görülmektedir. Ortalama çalışma süresinin 6.00 ± 3.36 yıl olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Katılımcıların %40.9'unun 1–3 yıl, %35.3'ünün 4–6 yıl ve %23.8'inin 7 yıl ve üzeri deneyime sahip olduğu görülmektedir. Ortalama yoğun bakım deneyimi 4.85 ± 2.90 yıldır. Çalışılan yoğun bakım ünitesi türü incelendiğinde, katılımcıların %50.1'inin karma yoğun bakımda, %25.5'inin dahili ve %24.3'ünün cerrahi yoğun bakımda görev yaptığı görülmektedir. Yoğun bakım ünitesinin basamağı açısından

değerlendirildiğinde, katılımcıların %89.1'inin 3. basamak, %10.9'unun ise 2. basamak yoğun bakımda çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Yoğun bakım ünitesindeki yatak sayısı incelendiğinde, katılımcıların %76.2'sinin 5–10 yatak kapasiteli, %19.7'sinin 11–15 yatak kapasiteli ve %4.1'inin 16–20 yatak kapasiteli birimlerde görev yapmaktadır. Hemşire başına düşen hasta sayısı açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %95.6'sı iki hastaya, %4.4'ü ise üç hastaya bakım vermektedir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hemşirelerin demografik özellikleri

Değişkenler		**n**	**%**
Yaş	25-27 yaş	154	37.5
	28-30 yaş	135	32.8
	31 ve üzeri	122	29.7
Cinsiyet	Kadın	353	85.9
	Erkek	58	14.1
Çalışılan hastane	SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	122	29.7
	Antalya Şehir Hastanesi	200	48.7
	Kepez Devlet Hastanesi	89	21.7
Eğitim durumu	Ön lisans	55	13.4
	Lisans	319	77.6
	Yüksek lisans	37	9.0
Çalışma süresi	1-3 yıl	109	26.5
	4-6 yıl	165	40.1
	7 yıl ve üzeri	137	33.3
Yoğun bakımda çalışma süresi	1-3 yıl	168	40.9
	4-6 yıl	145	35.3
	7 yıl ve üzeri	98	23.8
Çalışılan yoğun bakım ünitesi	Dahili yoğun bakım	105	25.5
	Cerrahi yoğun bakım	100	24.3
	Karma	206	50.1
Çalışılan yoğun bakım ünitesi basamağı	2. Basamak	45	10.9
	3. Basamak	366	89.1
Çalışılan yoğun bakım ünitesi yatak sayısı	5-10	313	76.2
	11-15	81	19.7
	16-20	17	4.1
Yoğun bakımınızda hemşire başına düşen hasta sayısı	2 Hasta	393	95.6
	3 Hasta	18	4.4
Toplam		**411**	**100.0**

Değişkenler	**Min**	**Maks**	**Ort**	**SS**
Yaş	25.00	37.00	29.20	3.34
Çalışma süresi	1.00	15.00	6.00	3.36
Yoğun bakımda çalışma süresi	1.00	14.00	4.85	2.90

Araştırmaya katılan hemşirelerin deliryum yönetimine ilişkin eğitim, bilgi gereksinimi ve klinik uygulama özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir. Deliryum yönetimi ile ilgili eğitim alma durumu incelendiğinde, katılımcıların %31.9'unun eğitim aldığı,

%68.1'inin herhangi bir eğitim almadığı görülmektedir. Deliryum gelişen hastaların bakımına yönelik bilgi ihtiyacı değerlendirildiğinde, katılımcıların %27.0'ının hiç bilgi ihtiyacı hissetmediği, %28.0'ının nadiren, %23.6'sının bazen ve %21.4'ünün her zaman bilgi ihtiyacı duyduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Deliryumlu hastaya bakım verirken zorlanma durumu incelendiğinde, katılımcıların %59.6'sının zorlandığını, %40.4'ünün zorlanmadığını ifade ettiği görülmektedir. Deliryumlu hasta ile karşılaşma sıklığı değerlendirildiğinde, katılımcıların %53.3'ünün "bazen", %29.9'unun "çok sık" ve %16.8'inin "nadiren" deliryumlu hasta ile karşılaştığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Katılımcıların hastalarında deliryum değerlendirmesi yapma durumu incelendiğinde, %59.4'ünün değerlendirme yaptığı, %40.6'sının değerlendirme yapmadığı görülmektedir. Değerlendirme yapan katılımcıların uygulama sıklığı incelendiğinde, %46.7'si ihtiyaç olduğunda, %32.0'ı günde bir kez ve %21.3'ü her mesai sırasında değerlendirme yaptığı belirlenmiştir. Yoğun bakım ünitelerinde deliryum değerlendirmesinde herhangi bir araç kullanma durumu incelendiğinde, katılımcıların %32.1'i araç kullandığını, %67.9'u herhangi bir araç kullanmadığını belirtmiştir. Kullanılan değerlendirme araçları arasında Glasgow Koma Skalası (%38.6), yüz yüze görüşme (%50.8), hemşire gözlem formu (%41.7) ve kan gazı değerleri (%43.2) yer almaktadır (Tablo 4.2).

Katılımcıların deliryumu erken dönemde fark edebilme durumu incelendiğinde, %48.4'ü erken fark edebildiğini, %51.6'sı fark edemediğini ifade etmiştir. Deliryumun erken fark edilme şekilleri incelendiğinde, en sık belirtilen yöntemler bilişsel belirtiler (%50.3), davranışsal belirtiler (%33.7), klinik değerlendirme (%12.6) ve bilinç değişiklikleri (%3.5) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hemşirelerin deliryum yönetimine ilişkin eğitim, bilgi gereksinimi ve klinik uygulama özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		**n**	**%**
Deliryum yönetimi ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	131	31.9
	Hayır	280	68.1
Deliryum gelişen hastaların bakımı konusundaki bilgi ihtiyacının durumu	Hiç bilgi ihtiyacım olmaz	111	27.0
	Nadir bilgi ihtiyacım olur	115	28.0
	Bazen bilgi ihtiyacım olur	97	23.6
	Her zaman bilgi ihtiyacım olur	88	21.4
Deliryumlu hastaya bakım verirken zorlanma durumu	Evet	245	59.6
	Hayır	166	40.4
Deliryumlu hasta ile karşılaşma sıklığı	Nadiren	69	16.8
	Bazen	219	53.3
	Çok Sık	123	29.9
Deliryuma ilişkin hastalarında değerlendirme yapma durumu	Evet	244	59.4
	Hayır	167	40.6
Toplam		**411**	**100.0**
Deliryuma ilişkin hastalarında değerlendirme yapma sayısı	İhtiyaç olduğunda	114	46.7
	Her mesaide bir kez	52	21.3
	Günde 1 kez	78	32.0
Toplam		**244**	**100.0**
Yoğun bakım ünitesinde deliryum değerlendirmesinde herhangi bir araç kullanma durumu	Evet	132	32.1
	Hayır	279	67.9
Toplam		**411**	**100.0**
Yoğun bakım ünitesinde deliryum değerlendirmesinde kullanılan araç*	Glaskow	51	38.6
	Yüz yüze görüşme	67	50.8
	Hemşire gözlem formu	55	41.7
	Kan gazı değerleri	57	43.2
Toplam		**132**	**100.0**
Bir hastanın deliryumda olduğunu erken dönemde fark edebilir olma durumu	Evet	199	48.4
	Hayır	212	51.6
Toplam		**411**	**100.0**
Bir hastanın deliryumda olduğunu erken dönemde fark etme şekli	Davranışsal belirtiler	67	33.7
	Bilişsel belirtiler	100	50.3
	Bilinç değişiklikleri	7	3.5
	Klinik değerlendirme	25	12.6
Toplam		**199**	**100.0**

*Birden fazla seçim yapılabilir

4.2. Hemşirelerin Deliryum Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan Deliryum Bilgi Testine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.3'de verilmiştir. Yoğun bakım hemşiresi için deliryum bilgi testi toplam puan ortalaması 11.74 ± 6.17 (min 2.00, maks 25.00) bulunmuştur. Alt boyutlar değerlendirildiğinde; deliryum risk faktörleri ve nedenleri puanı 4.94 ± 2.24 (min 1.00, maks 10.00) olarak tespit edilmiştir. Deliryum belirtileri ve tipleri puanı 1.41 ± 1.27 (min 0.00, maks 3.00), deliryum sonuçları 1.50 ± 0.96 (min 0.00, maks 3.00), deliryum değerlendirmesi 1.03 ± 0.94 (min 0.00, maks 3.00) ve deliryumun farmakolojik ve

farmakolojik olmayan yönetimi puanı 2.85 ± 1.92 (min 0.00, maks 7.00) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Deliryum bilgi testine yönelik tanımlayıcı istatistikler

Değişkenler	**Min**	**Maks**	**Ort**	**SS**
Deliryum Bilgi Testi Toplam Puanı	2.00	25.00	11.74	6.17
Alt boyutlar				
Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri	1.00	10.00	4.94	2.24
Deliryum Belirtileri ve Tipleri	0.00	3.00	1.41	1.27
Deliryum Sonuçları	0.00	3.00	1.50	0.96
Deliryum Değerlendirmesi	0.00	3.00	1.03	0.94
Deliryumun Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yönetimi	0.00	7.00	2.85	1.92

Katılımcıların Deliryum Bilgi Testi ve alt boyut puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırması Tablo 4.4'de verilmiştir. Katılımcıların yaş gruplarına göre yapılan değerlendirmede, Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri alt boyutu puanlarının 25–27 yaş, 28–30 yaş ve 31 yaş ve üzeri gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($F=4.526$, $p=0.012$). Farklılık gösteren grupları belirlemek amacıyla yapılan post hoc analizlere göre, 31 ve üzeri yaş grubundaki katılımcıların puanları 25-27 yaş grubundan daha yüksek bulunmuştur. Deliryum Bilgi Testi toplam puanında da anlamlı fark gözlenmiş olup ($F=3.641$, $p=0.028$), 31 ve üzeri yaş grubunun puanları 25-27 yaş grubundan daha yüksek saptanmıştır. Diğer alt boyutlarda yaşa bağlı anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Katılımcıların cinsiyetine göre yapılan karşılaştırmada, Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri ($t=-2.857$, $p=0.005$), Deliryum Belirtileri ve Tipleri ($t=-2.441$, $p=0.017$), Deliryum Değerlendirmesi ($t=-2.874$, $p=0.005$), Deliryumun Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yönetimi ($t=-2.042$, $p=0.045$) ve Deliryum Bilgi Testi toplam puanında ($t=-2.904$, $p=0.005$) anlamlı farklar tespit edilmiştir. Yapılan analizlerde, erkek katılımcıların Deliryum Bilgi Testi toplam puanında ve alt boyutlarda kadınlardan daha yüksek puan aldığını bulunmuştur. Deliryum Sonuçları alt boyutunda cinsiyete göre anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Katılımcıların eğitim durumuna göre yapılan karşılaştırmada, tüm alt boyut ve toplam puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Katılımcıların meslekteki çalışma süresine ve yoğun bakımda çalışma süresine göre yapılan karşılaştırmalarda tüm alt boyut ve toplam puanlar açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Katılımcıların çalıştıkları üniteye göre yapılan değerlendirmede, tüm alt boyut ve toplam puanlar için anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0.001$). Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek amacıyla yapılan post-hoc analizler, karma yoğun bakımda çalışan hemşirelerin tüm alt boyut ve toplam puanlarının, dahili ve cerrahi yoğun bakım ünitelerine göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4).

Katılımcıların hemşire-hasta oranına göre yapılan değerlendirmede, Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri ($t=2.742$, $p=0.012$), Deliryum Belirtileri ve Tipleri ($t=3.990$, $p=0.001$), Deliryum Sonuçları ($t=2.636$, $p=0.016$) ve Deliryum Değerlendirmesi ($t=2.346$, $p=0.030$) alt boyutlarında anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu farklar, 2 Hasta oranına sahip grupta puanların 3 Hasta oranına sahip gruba göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Deliryumun Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yönetimi alt boyutunda anlamlı fark gözlenmemiştir. Deliryum Bilgi Testi toplam puanında ise 2 Hasta oranına sahip grupta puanlar anlamlı şekilde daha yüksek tespit edilmiştir ($t=4.497$, $p<0.001$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Deliryum Bilgi Testi ve alt boyut puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırması

		Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri	Deliryum Belirtileri ve Tipleri	Deliryum Sonuçları	Deliryum Değerlendirmesi	Deliryumun Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yönetimi	**Toplam puan**
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş	25-27 yaş (1)	4.60±1.94	1.26±1.24	1.43±0.85	0.95±0.93	10.82±5.33	2.58±1.64
	28-30 yaş (2)	4.93±2.39	1.44±1.24	1.52±1.01	1.02±0.94	11.87±6.46	2.97±2.09
	31 ve üzeri (3)	5.39±2.37	1.58±1.32	1.58±1.03	1.15±0.95	12.77±6.68	3.07±2.03
F test		**4.526**	2.244	0.891	1.537	2.522	**3.641**
p değeri		**0.012***	0.107	0.411	0.216	0.082	**0.028***
Post-hoc		**3>1**					**3>1**
Cinsiyet	Kadın	4.82±2.24	1.35±1.26	1.47±0.96	0.97±0.92	11.39±6.13	2.78±1.92
	Erkek	5.69±2.14	1.79±1.28	1.69±0.98	1.38±1.01	13.88±6.03	3.33±1.90
t test		**-2.857**	**-2.441**	**-1.569**	**-2.874**	**-2.042**	**-2.904**
p değeri		**0.005***	**0.017***	**0.121**	**0.005***	**0.045***	**0.005***
Post-hoc		**2>1,3**	**2>1,3**		**2>1**	**2>1,3**	**2>1**
Eğitim durumu	Ön Lisans	4.89±2.36	1.36±1.22	1.31±1.03	1.09±0.95	11.49±6.41	2.84±1.93
	Lisans	4.93±2.20	1.4±1.27	1.52±0.94	0.99±0.92	11.64±6.08	2.79±1.90
	Yüksek Lisans	5.08±2.44	1.57±1.32	1.65±1.01	1.27±1.07	13.00±6.56	3.43±2.02
F test		0.087	0.323	1.601	1.555	1.864	0.856
p değeri		0.917	0.724	0.203	0.212	0.156	0.426
Çalışma süresi	1-3 yıl	4.75±2.03	1.36±1.27	1.56±0.88	0.98±0.93	11.47±5.64	2.82±1.68
	4-6 yıl	4.81±2.28	1.4±1.23	1.48±0.95	1.03±0.94	11.5±6.18	2.78±1.97
	7 yıl ve üzeri	5.25±2.33	1.47±1.31	1.49±1.04	1.07±0.96	12.26±6.55	2.97±2.04
F test		1.954	0.272	0.255	0.284	0.389	0.705
p değeri		0.143	0.762	0.775	0.753	0.678	0.495

*p<0.05; t=bağımsız örneklem t testi; F=Tek Yönlü ANOVA

Tablo 4.4. Devam- Deliryum Bilgi Testi ve alt boyut puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırması

Değişken		Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri	Deliryum Belirtileri ve Tipleri	Deliryum Sonuçları	Deliryum Değerlendirmesi	Deliryumun Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yönetimi	**Toplam puan**
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yoğun bakımda çalışma süresi	1-3 yıl	4.70±1.96	1.34±1.25	1.45±0.9	1.00±0.95	11.22±5.52	2.73±1.65
	4-6 yıl	4.97±2.51	1.41±1.28	1.57±1	1.06±0.96	12.00±6.70	3.00±2.14
	7 yıl ve üzeri	5.32±2.23	1.54±1.29	1.5±1.01	1.05±0.92	12.27±6.40	2.86±2.02
F test		2.592	0.776	0.545	0.159	0.797	1.155
p değeri		0.077	0.462	0.581	0.853	0.452	0.317
Çalışılan ünite	Dahili yoğun bakım (1)	3.96±1.61	0.75±0.89	1.23±0.88	0.57±0.78	8.60±3.82	2.09±1.46
	Cerrahi yoğun bakım (2)	4.17±1.72	0.88±1,00	1.18±0.87	0.81±0.90	9.06±4.16	2.02±1.46
	Karma(3)	5.82±2.40	2.01±1.27	1.80±0.95	1.37±0.91	14.65±6.58	3.65±2,00
F test		**37.643**	**59.924**	**21.822**	**35.199**	**42.743**	**59.683**
p değeri		**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Post-hoc		**3>1,2**	**3>1,2**	**3>1,2**	**3>1,2**	**3>1,2**	**3>1,2**
Yoğun bakım basamağı	2. Basamak	4.96±2.30	1.76±1.26	1.53±1.10	1.20±0.94	12.44±6.25	3.00±1.87
	3. Basamak	4.94±2.24	1.37±1.26	1.5±0.94	1.01±0.94	11.66±6.16	2.84±1.93
t test		0.043	1.923	0.195	1.268	0.553	0.798
p değeri		0.966	0.060	0.846	0.210	0.583	0.429
Hemşire hasta oranı	2 Hasta	4.98±2.27	1.45±1.27	1.52±0.97	1.06±0.94	11.91±6.23	2.89±1.91
	3 Hasta	4.06±1.35	0.61±0.85	1.06±0.73	0.5±0.99	8.22±3.21	2.00±2.00
t test		**2.742**	**3.990**	**2.636**	**2.346**	**1.856**	**4.497**
p değeri		**0.012***	**0.001***	**0.016***	**0.030***	**0.079**	**<0.001**

*p<0.05; t=bağımsız örneklem t testi; F=Tek Yönlü ANOVA

Deliryum Bilgi Testi toplam puanın ve alt boyut puanlarının deliryum bilgi ve yaklaşım düzeyine göre yapılan karşılaştırmalar Tablo 4.5'te verilmiştir. Katılımcıların deliryum yönetimi ile ilgili eğitim alma durumuna göre yapılan değerlendirmede, Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri (t=3.254, p=0.001), Deliryum Belirtileri ve Tipleri (t=3.380, p=0.001), Deliryum Sonuçları (t=2.138, p=0.034) ve Deliryumun Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yönetimi (t=2.734, p=0.007) alt boyutlarında, ayrıca Deliryum Bilgi Testi toplam puanında (t=3.268, p=0.001) anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu farklar, deliryum yönetimi eğitimi almış hemşirelerin tüm bu alt boyut ve genel puanlarda, eğitim almamış hemşirelerden daha yüksek puan aldığını göstermektedir. Deliryum Değerlendirmesi alt boyutunda ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 4.5).

Katılımcıların deliryumlu hastaya bakım verirken zorlanma durumuna göre yapılan karşılaştırmada, tüm alt boyutlar ve toplam puanda anlamlı farklar bulunmuştur (p<0.001). Bu farklar, zorluk yaşamadığını belirten hemşirelerin tüm alt boyut ve toplam puanlarda, zorlandığını belirten hemşirelerden daha yüksek puan aldığını göstermektedir (Tablo 4.5).

Katılımcıların deliryumlu hasta ile karşılaşma sıklığına göre yapılan incelemede, Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri (F=3.373, p=0.036), Deliryum Belirtileri ve Tipleri (F=3.476, p=0.033), Deliryumun Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yönetimi (F=4.184, p=0.017) ve Deliryum Bilgi Testi toplam puanında (F=4.104, p=0.018) anlamlı fark tespit edilmiştir. Post hoc analizler, bazen deliryumlu hastayla karşılaşan hemşirelerin puanları, nadiren karşılaşan hemşirelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Deliryum Sonuçları ve Değerlendirmesi alt boyutlarında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 4.5).

Katılımcıların deliryuma ilişkin hastalarında değerlendirme yapma durumuna göre yapılan değerlendirmede, Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri (t=-2.908, p=0.004), Deliryum Belirtileri ve Tipleri (t=-3.565, p=0.001), Deliryum Sonuçları (t=-3.327, p=0.001), Deliryum Değerlendirmesi (t=-2.433, p=0.016), Deliryumun Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yönetimi (t=-3.240, p=0.002) ve Deliryum Bilgi Testi toplam puanında (t=-3.480, p=0.001) anlamlı farklar tespit edilmiştir. Bu farklar, deliryuma ilişkin değerlendirme yapan hemşirelerin tüm alt boyut ve toplam

puanlarının, değerlendirme yapmayan hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

Katılımcıların bir hastanın deliryumda olduğunu erken dönemde fark edebilir olma durumuna göre yapılan değerlendirilmede, tüm alt boyutlar ve toplam puan açısından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p \leq 0.006$). Bu farklar, erken fark edebildiğini belirten hemşirelerin tüm alt boyut ve toplam puanlarında, fark edemeyen hemşirelerden daha yüksek puan aldığını göstermektedir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Deliryum Bilgi Testi ve alt boyut puanlarının deliryum bilgi ve yaklaşım düzeyi göre karşılaştırması

Değişken		Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri	Deliryum Belirtileri ve Tipleri	Deliryum Sonuçları	Deliryum Değerlendirmesi	Deliryumun Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yönetimi	**Toplam puan**
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Deliryum yönetimi ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	5.5±2.49	1.73±1.3	1.66±1.02	1.15±0.92	13.29±6.95	3.26±2.18
	Hayır	4.68±2.07	1.27±1.23	1.43±0.92	0.98±0.95	11.02±5.64	2.66±1.76
t test		**3.254**	**3.380**	**2.138**	1.810	**2.734**	**3.268**
p değeri		**0.001***	**0.001***	**0.034***	0.071	**0.007***	**0.001***
Deliryumlu hastaya bakım verirken zorlanma durumu	Evet	4.20±1.87	0.88±1.04	1.26±0.88	0.71±0.88	9.31±4.69	2.26±1.61
	Hayır	6.03±2.30	2.20±1.16	1.86±0.97	1.51±0.82	15.34±6.33	3.73±2.01
t test		**-8.830**	**-12.120**	**-6.519**	**-9.356**	**-8.255**	**-11.090**
p değeri		**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Deliryumlu hasta ile karşılaşma sıklığı	Nadiren (1)	4.81±2.20	1.22±1.20	1.33±0.97	1.06±0.95	10.9±5.85	2.48±1.87
	Bazen (2)	5.19±2.34	1.57±1.30	1.58±0.95	1.10±0.95	12.55±6.45	3.11±1.98
	Çok Sık (3)	4.57±2.03	1.25±1.23	1.46±0.98	0.89±0.92	10.79±5.65	2.62±1.79
F test		**3.373**	**3.476**	2.015	1.960	**4.184**	**4.104**
p değeri		**0.036***	**0.033***	0.136	0.144	**0.017***	**0.018***
Post-hoc		**2>3**	**2>1**			**2>1**	**2>1**
Deliryuma ilişkin hastalarında değerlendirme yapma durumu	Evet	5.67±2.46	1.99±1.24	1.78±0.96	1.36±0.90	14.36±6.55	3.56±2.01
	Hayır	3.87±1.28	0.57±0.74	1.10±0.81	0.55±0.79	7.92±2.54	1.82±1.18
t test		**-2.908**	**-3.565**	**-3.327**	**-2.433**	**-3.240**	**-3.480**
p değeri		**0.004***	**0.001***	**0.001***	**0.016***	**0.002***	**0.001***
Bir hastanın deliryumda olduğunu erken dönemde fark edebilir olma durumu	Evet	5.45±2.37	1.74±1.3	1.64±1.01	1.26±0.90	13.31±6.56	3.22±2.06
	Hayır	4.46±2.01	1.11±1.16	1.38±0.9	0.82±0.93	10.28±5.39	2.51±1.71
t test		**4.558**	**5.171**	**2.761**	**4.923**	**3.739**	**5.093**
p değeri		**<0.001**	**<0.001**	**0.006***	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**

*p<0.05; t=bağımsız örneklem t testi; F=Tek Yönlü ANOVA

4.3. Hemşirelerin Deliryumlu Hastaya Bakım Vermede Yaşadıkları Zorluklara İlişkin Bulgular

Deliryum Bakım Zorluğu ölçeğine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.6'de verilmiştir. Deliryum bakım zorluğu ölçeği toplam puanı 49.51 ± 16.08 (min 27.00, maks 72.00) olarak bulunmuştur. Hipoalert davranış puanı 10.00 ± 3.51 (min 4.00, maks 16.00), dalgalı seyir 12.42 ± 4.19 (min 6.00, maks 20.00), psiko-nevrotik davranış 7.47 ± 2.68 (min 3.00, maks 12.00) ve hiperaktif/hiperalert davranış 19.61 ± 6.67 (min 9.00, maks 30.00) olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeğine yönelik tanımlayıcı istatistikler

Değişkenler	**Min**	**Maks**	**Ort**	**SS**
Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği	27.00	72.00	49.51	16.08
Alt boyutlar				
Hipoalert Davranış	4.00	16.00	10.00	3.51
Dalgalı Seyir	6.00	20.00	12.42	4.19
Psiko-Nevrotik Davranış	3.00	12.00	7.47	2.68
Hiperaktif/Hiperalert Davranış	9.00	30.00	19.61	6.67

Katılımcıların Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği ve alt boyut puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırması Tablo 4.7'de verilmiştir. Katılımcıların yaş gruplarına göre yapılan değerlendirmede, Hipoalert Davranış (F=4.172, p=0.016), Dalgalı Seyir (F=3.457, p=0.033), Psiko-Nevrotik Davranış (F=3.251, p=0.040), Hiperaktif/Hiperalert Davranış (F=4.187, p=0.016) ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği toplam puanında (F=4.295, p=0.015) anlamlı fark tespit edilmiştir. Farklılık gösteren grupları belirlemek amacıyla yapılan post hoc analizlere göre, 25-27 yaş grubundaki katılımcıların tüm bu alt boyut ve toplam puanlarda 31 ve üzeri yaş grubuna göre daha yüksek puan aldığını göstermektedir (Tablo 4.7).

Katılımcıların cinsiyetine göre yapılan karşılaştırmada, Hipoalert Davranış (t=2.561, p=0.012), Dalgalı Seyir (t=2.481, p=0.015), Psiko-Nevrotik Davranış (t=4.214, p<0.001), Hiperaktif/Hiperalert Davranış (t=2.598, p=0.011) ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği toplam puanında (t=2.956, p=0.004) anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu farklar, kadın hemşirelerin tüm bu alt boyut ve toplam puanlarda erkek hemşirelerden daha yüksek puan aldığını göstermektedir (Tablo 4.7).

Katılımcıların eğitim durumu, çalışma süresi ve yoğun bakımda çalışma süresine göre yapılan karşılaştırmalarda, tüm alt boyut ve toplam puanlar açısından anlamlı fark

olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Katılımcıların çalıştıkları üniteye göre yapılan incelemede, Hipoalert Davranış ($F=41.342$, $p<0.001$), Dalgalı Seyir ($F=35.093$, $p<0.001$), Psiko-Nevrotik Davranış ($F=36.725$, $p<0.001$), Hiperaktif/Hiperalert Davranış ($F=38.667$, $p<0.001$) ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği toplam puanında ($F=43.598$, $p<0.001$) anlamlı fark tespit edilmiştir. Farklılık gösteren grupları belirlemek amacıyla yapılan post hoc analizlere göre, karma yoğun bakımda çalışan hemşirelerin tüm alt boyut ve toplam puanları, dahili ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7).

Katılımcıların yoğun bakım basamağına göre yapılan değerlendirmede, tüm alt boyut ve toplam puanlarda anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Katılımcıların hemşire-hasta oranına göre yapılan karşılaştırmasında, Dalgalı Seyir ($t=-2.177$, $p=0.042$), Hiperaktif/Hiperalert Davranış ($t=-2.548$, $p=0.019$) ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği toplam puanında ($t=-2.339$, $p=0.030$) anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu farklar, 2 Hasta oranına sahip yoğun bakımda çalışan hemşirelerin bu alt boyut ve toplam puanlarda 3 Hasta oranına sahip yoğun bakımda çalışan hemşirelere göre daha yüksek puan aldığını göstermektedir. Hipoalert Davranış ve Psiko-Nevrotik Davranış alt boyutlarında hemşire-hasta oranına bağlı olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği ve alt boyut puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırması

Değişken		Hipoalert Davranış	Dalgalı Seyir	Psiko-Nevrotik Davranış	Hiperaktif/ Hiperalert Davranış	Toplam puan
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş	25-27 yaş (1)	10.60±3.25	13.1±4.13	7.86±2.66	20.74±6.68	52.31±15.70
	28-30 yaş (2)	9.84±3.55	12.17±4.11	7.43±2.69	19.34±6.71	48.78±16.08
	31 ve üzeri (3)	9.43±3.68	11.84±4.28	7.04±2.64	18.48±6.46	46.80±16.13
F test		**4.172**	**3.457**	**3.251**	**4.187**	**4.295**
p değeri		**0.016***	**0.033***	**0.040***	**0.016***	**0.015***
Post-hoc		**1>3**	**1>3**	**1>3**	**1>3**	**1>3**
Cinsiyet	Kadın	10.18±3.49	12.63±4.17	7.68±2.68	19.95±6.62	50.44±15.97
	Erkek	8.93±3.44	11.17±4.14	6.24±2.36	17.5±6.68	43.84±15.71
t test		**2.561**	**2.481**	**4.214**	**2.598**	**2.956**
p değeri		**0.012***	**0.015***	**<0.001**	**0.011***	**0.004***
Eğitim durumu	Ön Lisans	10.07±3.44	12.73±4.21	7.56±2.69	19.95±6.79	50.31±16.13
	Lisans	10.05±3.47	12.48±4.25	7.53±2.68	19.71±6.70	49.77±16.15
	Yüksek Lisans	9.49±3.93	11.46±3.61	6.89±2.64	18.27±6.30	46.11±15.35
F test		0.444	1.156	0.966	0.847	0.937
p değeri		0.642	0.316	0.382	0.429	0.393
Çalışma süresi	1-3 yıl	10.35±3.38	12.83±4.27	7.75±2.74	20.31±6.77	51.24±16.24
	4-6 yıl	9.93±3.39	12.28±4.1	7.41±2.65	19.44±6.73	49.07±15.84
	7 yıl ve üzeri	9.82±3.74	12.27±4.25	7.33±2.66	19.25±6.53	48.66±16.26
F test		0.753	0.683	0.834	0.856	0.880
p değeri		0.472	0.506	0.435	0.426	0.416
Yoğun bakımda çalışma süresi	1-3 yıl	10.36±3.4	12.64±4.14	7.77±2.69	20.21±6.74	50.98±15.94
	4-6 yıl	9.75±3.38	12.38±4.25	7.31±2.67	19.37±6.62	48.81±16.00
	7 yıl ve üzeri	9.78±3.84	12.12±4.22	7.21±2.66	18.92±6.62	48.03±16.39
F test		1.476	0.480	1.738	1.299	1.243
p değeri		0.231	0.620	0.178	0.275	0.290

*p<0.05; t=bağımsız örneklem t testi; F=Tek Yönlü ANOVA

Tablo 4.7-Devam. Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği ve alt boyut puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırması

Değişken		Hipoalert Davranış	Dalgalı Seyir	Psiko-Nevrotik Davranış	Hiperaktif/ Hiperalert Davranış	Toplam puan
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çalışılan ünite	Dahili yoğun bakım (1)	11.65±2.98	14.19±3.77	8.49±2.27	22.23±5.97	56.55±13.59
	Cerrahi yoğun bakım (2)	11.21±3.1	13.86±3.69	8.56±2.55	22.33±6.01	55.96±14.07
	Karma(3)	8.58±3.36	10.83±4.02	6.43±2.53	16.95±6.27	42.79±15.38
F test		**41.342**	**35.093**	**36.725**	**38.667**	**43.598**
p değeri		**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Post-hoc		**1,2>3**	**1,2>3**	**1,2>3**	**1,2>3**	**1,2>3**
Yoğun bakım basamağı	2. Basamak	9.6±3.66	11.8±4.48	7.07±2.61	19.16±6.82	47.62±16.74
	3. Basamak	10.05±3.49	12.5±4.15	7.52±2.69	19.66±6.66	49.74±16,00
t test		-0.789	-0.997	-1.109	-0.473	-0.806
p değeri		0.433	0.323	0.272	0.638	0.424
Hemşire hasta oranı	2 Hasta	9.95±3.52	12.34±4.19	7.43±2.69	19.46±6.7	49.18±16.13
	3 Hasta	11.11±3.1	14.33±3.79	8.5±2.18	22.78±5.33	56.72±13.24
t test		-1.537	**-2.177**	-2.021	**-2.548**	**-2.339**
p değeri		0.141	**0.042***	0.057	**0.019***	**0.030***

*p<0.05; t=bağımsız örneklem t testi; F=Tek Yönlü ANOVA

Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği ve alt boyut puanlarının deliryum bilgi ve yaklaşım düzeyi ile ilgili bilgilere göre karşılaştırması Tablo 4.8'de verilmiştir. Katılımcıların deliryum yönetimi ile ilgili eğitim alma durumuna göre yapılan değerlendirmede, Dalgalı Seyir alt boyutunda anlamlı fark tespit edilmiştir ($t=-2.331$, $p=0.020$). Bu fark, eğitim almayan hemşirelerin puanlarının eğitim alan hemşirelerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diğer alt boyutlar ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği toplam puanında anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Katılımcıların deliryum gelişen hastaların bakımı konusundaki bilgi ihtiyacına göre yapılan karşılaştırmada, tüm alt boyutlar ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği toplam puanında anlamlı fark tespit edilmiştir ($F=26.905$, $p<0.001$). Post hoc analizler, bazen ve her zaman bilgi ihtiyacı olan hemşirelerin tüm alt boyut ve genel puanları, hiç ya da nadiren bilgi ihtiyacı olan hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8).

Katılımcıların deliryumlu hasta ile karşılaşma sıklığına göre karşılaştırıldığında, Hiperaktif/Hiperalert Davranış alt boyutunda anlamlı fark tespit edilmiştir ($F=3.201$, $p=0.043$). Post hoc analizler, çok sık deliryumlu hastayla karşılaşan hemşirelerin Hiperaktif/Hiperalert Davranış puanlarının nadiren karşılaşan hemşirelerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diğer alt boyutlar ve toplam puanda anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Katılımcıların deliryuma ilişkin hastalarında değerlendirme yapma durumuna göre yapılan incelemede, tüm alt boyutlar ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği toplam puanında anlamlı fark tespit edilmiştir ($t=2.244–3.077$, $p=0.003–0.027$). Bu farklar, değerlendirme yapan hemşirelerin tüm alt boyut ve toplam puanlarının, değerlendirme yapmayan hemşirelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8).

Katılımcıların bir hastanın deliryumda olduğunu erken dönemde fark edebilir olma durumuna göre değerlendirildiğinde, tüm alt boyutlar ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği toplam puanında anlamlı fark tespit edilmiştir ($t=2.606–5.093$, $p\leq0.008$). Bu farklar, erken fark edebildiğini belirten hemşirelerin tüm alt boyut ve toplam puanlarında, fark edemeyen hemşirelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği ve alt boyut puanlarının deliryum bilgi ve yaklaşım düzeyi ile ilgili bilgilere göre karşılaştırması

Değişken		Hipoalert Davranış	Dalgalı Seyir	Psiko-Nevrotik Davranış	Hiperaktif/ Hiperalert Davranış	Toplam puan
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Deliryum yönetimi ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	9.54±3.45	11.74±3.97	7.18±2.72	19.23±6.7	47.69±16.08
	Hayır	10.22±3.52	12.74±4.26	7.61±2.65	19.79±6.66	50.36±16.04
t test		-1.850	**-2.331**	-1.536	-0.786	-1.574
p değeri		0.065	**0.020***	0.126	0.433	0.117
Deliryum gelişen hastaların bakımı konusundaki bilgi ihtiyacının durumu	Hiç bilgi ihtiyacım olmaz (1)	8.52±3.3	10.93±3.96	6.57±2.65	16.91±6.32	42.93±15.48
	Nadir bilgi ihtiyacım olur (2)	9,00±3.49	11.18±4.14	6.77±2.67	17.50±6.25	44.46±15.80
	Bazen bilgi ihtiyacım olur (3)	11.24±3.15	14.08±3.83	8.37±2.43	22.51±6.17	56.20±14.21
	Her zaman bilgi ihtiyacım olur (4)	11.83±2.84	14.10±3.67	8.55±2.31	22.57±5.72	57.05±13.01
F test		**27.097**	**20.68**	**17.340**	**25.821**	**26.905**
p değeri		**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Post-hoc		**3,4>1,2**	**3,4>1,2**	**3,4>1,2**	**3,4>1,2**	**3,4>1,2**
Deliryumlu hasta ile karşılaşma sıklığı	Nadiren (1)	10.1±3.51	12.46±4.09	7.41±2.65	19.03±6.56	49±15.65
	Bazen (2)	9.75±3.51	12.05±4.34	7.24±2.73	19.09±6.78	48.12±16.5
	Çok Sık (3)	10.41±3.49	13.07±3.91	7.93±2.57	20.85±6.42	52.27±15.32
F test		1.418	2.500	2.804	**3.201**	2.782
p değeri		0.245	0.085	0.063	**0.043***	0.065
Post-hoc					3>1	
Deliryuma ilişkin hastalarında değerlendirme yapma durumu	Evet	8.68±3.43	10.91±3.99	6.43±2.55	17.13±6.39	43.15±15.53
	Hayır	11.93±2.62	14.64±3.42	8.99±2.07	23.23±5.28	58.8±11.8
t test		**2.419**	**2.244**	**2.870**	**3.077**	**2.859**
p değeri		**0.017***	**0.027***	**0.005***	**0.003***	**0.005***
Bir hastanın deliryumda olduğunu erken dönemde fark edebilir olma durumu	Evet	9.24±3.44	11.75±4.27	6.98±2.66	18.36±6.78	46.33±16.3
	Hayır	10.72±3.42	13.06±4.02	7.94±2.62	20.78±6.37	52.5±15.32
t test		**-4.371**	**-3.191**	**-3.680**	**-3.734**	**-3.951**
p değeri		**<0.001**	**0.002***	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**

*p<0,05; t=bağımsız örneklem t testi; F=Tek Yönlü ANOVA

4.4. Hemşirelerin Deliryum Bilgi Düzeyleri ile Deliryumlu Hastaya Bakım Vermede Yaşadıkları Zorluklar Arasında İlişkiye Yönelik Bulgular

Hemşirelerin Deliryum Bilgi Testi puanları ile Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği puanları arasındaki ilişki Tablo 4.9'da verilmiştir. Deliryum Bilgi Testi toplam puanı ile Hipoalert Davranış (r=-0.663), Dalgalı Seyir (r=-0.662), Psiko-nevrotik Davranış (r=-0.641), Hiperaktif/Hiperalert Davranış (r=-0.666) arasında orta düzey, negatif ve anlamlı ilişkiler ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği toplam puanı (r=-0.701) arasında yüksek düzey, negatif ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0.01) (Tablo 4.9).

Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri ile Hipoalert Davranış (r=-0.563), Dalgalı Seyir (r=-0.546), Psiko-Nevrotik Davranış (r=-0.538), Hiperaktif/Hiperalert Davranış (r=-0.553) ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği (r=-0.584) arasında orta düzey, negatif ve anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir (p<0.01) (Tablo 4.9).

Deliryum Belirtileri ve Tipleri ile Hipoalert Davranış (r=-0.685), Dalgalı Seyir (r=-0.695), Psiko-Nevrotik Davranış (r=-0.681), Hiperaktif/Hiperalert Davranış (r=-0.688) arasında orta düzey, negatif ve anlamlı ilişkiler ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği (r=-0.729) arasında yüksek düzey, negatif ve anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (p<0.01) (Tablo 4.9).

Deliryum Sonuçları ile Hipoalert Davranış (r=-0.443), Dalgalı Seyir (r=-0.427), Psiko-Nevrotik Davranış (r=-0.382), Hiperaktif/Hiperalert Davranış (r=-0.456) ve ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği (r=-0.461) arasında orta düzey negatif ve anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır (p<0.01) (Tablo 4.9).

Deliryum Değerlendirmesi ile Hipoalert Davranış (r=-0.557), Dalgalı Seyir (r=-0.570), Psiko-Nevrotik Davranış (r=-0.591), Hiperaktif/Hiperalert Davranış (r=-0.551) ve ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği (r=-0.597) arasında orta düzey, negatif ve anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir (p<0.01) (Tablo 4.9).

Deliryumun Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yönetimi ile Hipoalert Davranış (r=-0.526), Dalgalı Seyir (r=-0.538), Psiko-Nevrotik Davranış (r=-0.501), Hiperaktif/Hiperalert Davranış (r=-0.541) ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği (r=-0.563) arasında orta düzey, negatif ve anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur (p<0.01) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Deliryum Bilgi Testi ile Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği arasındaki ilişki

	Hipoalert Davranış	Dalgalı Seyir	Psiko-Nevrotik Davranış	Hiperaktif/ Hiperalert Davranış	**Toplam puan**
	r_p	r_p	r_p	r_p	r_p
Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri	-0.563**	-0.546**	-0.538**	-0.553**	-0.584**
Deliryum Belirtileri ve Tipleri	-0.685**	-0.695**	-0.681**	-0.688**	-0.729**
Deliryum Sonuçları	-0.443**	-0.427**	-0.382**	-0.456**	-0.461**
Deliryum Değerlendirmesi	-0.557**	-0.570**	-0.591**	-0.551**	-0.597**
Deliryumun Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yönetimi	-0.526**	-0.538**	-0.501**	-0.541**	-0.563**
Toplam puan	-0.663**	-0.662**	-0.641**	-0.666**	-0.701**

**p<0,01; $r_{p=}$ Pearson korelasyon katsayısı

4.5. Hemşirelerin Deliryumlu Hastaya Bakım Vermede Yaşadıkların Zorlukların Yordayıcılarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların deliryumlu hastaya bakım vermede yaşadıkların zorlukların yordayıcılarına ilişkin bulgular Tablo 4.10'da verilmiştir. Deliryum davranışlarına ilişkin regresyon analizleri sonucunda; Model 1'de bağımlı değişken olarak Hipoalert Davranış alt boyutu alınarak kurulmuştur. Model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=82.371; p<0.001). Bağımsız değişkenler hipoalert davranıştaki varyansın %50.4'ünü açıklamaktadır (R^2=0.504; Durbin-Watson=1.933). Analiz sonucunda, Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri (β=-0.288; p=0.001), Deliryum Belirtileri ve Tipleri (β=-1.320; p<0,001) ve Deliryum Değerlendirmesi (β=-0.394; p=0,040) hipoalert davranış üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Diğer değişkenlerin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.10).

Model 2 için bağımlı değişken Dalgalı Seyir alt boyutu olarak belirlenmiş ve modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (F=84.144; p<0.001; R^2=0.510; Durbin-Watson=1.820). Bu modelde, Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri (β=-0.236; p=0.022), Deliryum Belirtileri ve Tipleri (β=-1.637; p<0.001) ve Deliryum Değerlendirmesi (β=-0.527; p=0.021) dalgalı seyir üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.10).

Model 3'te bağımlı değişken Psiko-Nevrotik Davranış alt boyutu olarak ele alınmış, model anlamlı bulunmuş ve bağımsız değişkenler psiko-nevrotik davranıştaki varyansın %50.0'sini açıklamaktadır (F=81.005; p<0.001; R^2=0.500; Durbin-Watson=1.933). Bu modelde Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri (β=-0.213; p=0.001), Deliryum Belirtileri ve Tipleri (β=-0.985; p<0.001) ve Deliryum

Değerlendirmesi (β=-0.574; p<0.001) psiko-nevrotik davranış üzerinde anlamlı etki bulunmuştur (Tablo 4.10).

Model 4 bağımlı değişken olarak Hiperaktif/Hiperalert Davranış alt boyutu kullanılarak kurulmuş, model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=82.410; p<0.001; R^2=0.504; Durbin-Watson=1.992). Modelde Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri (β=-0.393; p=0.018), Deliryum Belirtileri ve Tipleri (β=-2.562; p<0.001) ve Deliryum Sonuçları (β=-0.635; p=0.040) hiperaktif/hiperalert davranış üzerinde anlamlı etki tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

Model 5'te bağımlı değişken Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği toplam puanı olarak belirlenmiş ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmutur (F=394.133; p<0.001; R^2=0.491; Durbin-Watson=1.546). Analiz sonucunda, Yoğun Bakım Hemşiresi için Deliryum Bilgi Testi bağımsız değişkeni bakım zorluğu üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (β=-1.826; p<0.001) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Deliryum Bilgi Testi ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeğinin regresyon analizi

Model	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	Standart Hata	Beta	t	p	F	p	R^2	DW
1	Hipoalert Davranış	Sabit	13.922	0.307	-	45.276	**<0.001**	82.371	**<0.001**	0.504	1.933
		Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri	-0.288	0.087	-0.184	-3.318	**0.001***				
		Deliryum Belirtileri ve Tipleri	-1.320	0.158	-0.477	-8.356	**<0.001**				
		Deliryum Sonuçları	-0.262	0.162	-0.072	-1.620	0.106				
		Deliryum Değerlendirmesi	-0.394	0.192	-0.106	-2.057	**0.040***				
		Deliryumun Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yönetimi	0.060	0.106	0.033	0.566	0.572				
2	Dalgalı Seyir	Sabit	16.853	0.366	-	46.103	**<0.001**	84.144	**<0.001**	0.510	1.820
		Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri	-0.236	0.103	-0.127	-2.295	**0.022***				
		Deliryum Belirtileri ve Tipleri	-1.637	0.188	-0.496	-8.720	**<0.001**				
		Deliryum Sonuçları	-0.199	0.192	-0.046	-1.035	0.301				
		Deliryum Değerlendirmesi	-0.527	0.228	-0.119	-2.315	**0.021***				
		Deliryumun Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yönetimi	-0.036	0.125	-0.017	-0.290	0.772				
3	Psiko-Nevrotik Davranış	Sabit	10.243	0.236	-	43.413	**<0.001**	81.005	**<0.001**	0.500	1.933
		Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri	-0.213	0.067	-0.178	-3.204	**0.001***				
		Deliryum Belirtileri ve Tipleri	-0.985	0.121	-0.466	-8.126	**<0.001**				
		Deliryum Sonuçları	0.021	0.124	0.008	0.172	0.863				
		Deliryum Değerlendirmesi	-0.574	0.147	-0.202	-3.907	**<0.001**				
		Deliryumun Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yönetimi	0.083	0.081	0.060	1.025	0.306				
4	Hiperaktif/ Hiperalert Davranış	Sabit	26.902	0.585	-	45.976	**<0.001**	82.410	**<0.001**	0.504	1.992
		Deliryum Risk Faktörleri ve Nedenleri	-0.393	0.165	-0.132	-2.381	**0.018***				
		Deliryum Belirtileri ve Tipleri	-2.562	0.300	-0.487	-8.526	**<0.001**				
		Deliryum Sonuçları	-0.635	0.308	-0.092	-2.064	**0.040***				
		Deliryum Değerlendirmesi	-0.575	0.364	-0.081	-1.578	0.115				
		Deliryumun Farmakolojik ve Farmakolojik Olmayan Yönetimi	-0.064	0.201	-0.018	-0.318	0.751				
5	Deliryum Bakım Zorluğu	Sabit	70.958	1.220	-	58.166	**<0.001**	394.133	**<0.001**	0.491	1.546
		Yoğun Bakım Hemşiresi İçin Deliryum Bilgi Testi	-1.826	0.092	-0.701	-19.853	**<0.001**				

*p<0.05; β: Standartlaştırılmamış regresyon katsayısı, R^2: Belirtme katsayısı (Açıklanan varyans), DW: Durbin-Watson istatistiği.

Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği puanlarını etkileyen faktörlerin incelendiği regresyon analizi sonuçları Tablo 4.11'de verilmiştir. Modelin genel olarak istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($F=13.372$; $p<0.001$) ve bağımsız değişkenler, bakım zorluğundaki varyansın %23.2'sini açıklamaktadır ($R^2=0.232$). Analiz sonucunda, bilgi ihtiyacı yüksek olan hemşirelerin ("Bazen" $\beta=0.264$; "Her zaman" $\beta=0.286$; $p<0.001$) bakım zorluğu puanlarının anlamlı şekilde arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca, deliryumu erken fark edememe ($\beta=0.117$; $p=0.009$) ve deliryum değerlendirme aracını kullanmama ($\beta=0.233$; $p<0.001$) durumlarının da bakım zorluğunu anlamlı şekilde artırdığı saptanmıştır. Buna karşın, yoğun bakımda çalışma süresi ve deliryum ile ilgili eğitim alma gibi demografik faktörlerin anlamlı etkisi gözlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Deliryum Bakım Zorluğu ölçeğini yordayıcı regresyon analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	Standart Hata	Beta	t	p	F	p	R^2	DW
Deliryum Bakım Zorluğu	Sabit	39.581	2.413	-	16.405	0.000	13.372	**<0.001**	0.232	1.492
	Yoğun bakımda çalışma (4–6 yıl)	-1.435	1.619	-0.043	-0.886	0.376				
	Yoğun bakımda çalışma (≥7 yıl)	-1.531	1.813	-0.041	-0.845	0.399				
	Deliryum ile ilgili eğitim = Hayır	2.019	1.557	0.059	1.296	0.196				
	Bilgi ihtiyacı tanımlama = Nadiren	0.549	1.893	0.015	0.290	0.772				
	Bilgi ihtiyacı tanımlama = Bazen	9.985	2.026	0.264	4.929	**0.000**				
	Bilgi ihtiyacı tanımlama = Her zaman	11.208	2.068	0.286	5.420	**0.000**				
	Deliryumla karşılaşma sıklığınız = Nadiren	-4.110	2.194	-0.096	-1.874	0.062				
	Deliryumla karşılaşma sıklığınız = Bazen	-4.052	1.612	-0.126	-2.514	**0.012**				
	Deliryumu erken fark etme = Hayır	3.752	1.419	0.117	2.644	**0.009**				
	Deliryum değerlendirme aracı = Hayır	7.999	1.560	0.233	5.126	**0.000**				

REFERANS GRUPLAR: Yoğun bakımda çalışma (1–3 yıl) ; Deliryum ile ilgili eğitim = Evet ; Bilgi ihtiyacı tanımlama = Hiç bilgi ihtiyacım olmaz ; Deliryumla karşılaşma sıklığınız = Çok sık; Deliryumu erken fark etme = Evet; Deliryum değerlendirme aracı = Evet

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda hemşirelerin Deliryum Bilgi Testi toplam puan ortalaması 11.74±6.17 ve Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği toplam puanı 49.51±16.08 olarak bulunmuştur. Bu bulgular, hemşirelerin deliryuma ilişkin bilgi düzeylerinin geliştirilmeye gereksinim duyduğunu ve deliryumlu hastanın bakımında zorlanma yaşadıklarını göstermektedir. Literatürde, hemşirelerin deliryuma ilişkin bilgi düzeyleri ve deliryumlu hastanın bakımında zorlanma durumlarına yönelik farklı sonuçlar rapor edilmiştir. Yoğun bakım hemşirelerinin deliryuma ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve deliryumlu hastaya bakım verirken benzer şekilde zorlandıkları bildirilmektedir (Almoliky ve ark., 2024; Dai ve ark., 2025). Buna karşın Türkiye'de yapılan bir çalışmada hemşirelerin deliryum bilgi düzeyleri yüksek bulunmuştur (Öztürk Birge ve Kutlutürkan, 2024). Çin'de yapılan bir araştırmada ise hemşirelerin deliryuma ilişkin bilgi düzeylerinin yüksek olmasına rağmen klinik uygulamaya yansıtmada sorun yaşadıkları belirtilmektedir (Jiang ve ark., 2026). Bu kapsamda, hemşirelerin deliryuma ilişkin bilgi düzeylerinin kapsamlı biçimde değerlendirilmesi ve geliştirilmesi; deliryumlu hastalara bakım sürecinde yaşadıkları zorlukların ise belirlenerek bu güçlüklerle baş etme becerilerinin desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin deliryum bilgi düzeyleri ile deliryumlu hastaya bakım verme zorluğu arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu hemşirelerin deliryuma ilişkin bilgi düzeyi arttıkça deliryumlu hastaya bakım verme zorluğunda azalma eğilimi olduğunu göstermektedir. Literatürde de benzer şekilde hemşirelerin deliryum bilgi düzeyi arttıkça deliryumlu hastaya bakım verme zorluklarının azaldığı bildirilmektedir (Jiang ve ark., 2024; Dong ve ark., 2026). Bununla birlikte, bazı çalışmalar yüksek bilgi düzeyinin hemşirelerin yaşadığı psikolojik stresi her zaman azaltmadığını göstermektedir (Seong ve Park, 2025). Bu farklılık, bilginin yalnızca bilişsel bir yeterlilik değil, aynı zamanda klinik durumları anlamlandırma ve bakım sürecinde güven geliştirme ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Deliryumun patofizyolojisini ve semptomlarını bilen hemşirelerin, hastanın ajitasyon, agresyon ya da uyumsuz davranışlarını kişisel bir tepki olarak değerlendirmek yerine, bu davranışları geçici bir bilişsel işlev bozukluğunun sonucu olarak yorumlayabildikleri belirtilmektedir. Bu durum, bakım sürecinin psikolojik

yükünü azaltarak hemşirelerin bakımda zorlanma algısını hafifletebilir (Dong ve ark., 2026).

Alt boyutlar açısından değerlendirildiğinde, "deliryumun belirtileri ve tipleri" alt boyutuna ilişkin bilgi düzeyi arttıkça deliryumlu hastaya bakım vermede yaşanan zorluğun azaldığı belirlenmiştir. Özellikle hiperaktif davranışlarla başa çıkmaya ilişkin zorlanmaların anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür. Bu bulgu, deliryum belirtilerini ve tiplerini ayırt edebilmenin hemşirelerin hasta davranışlarını daha doğru yorumlamasına ve uygun bakım girişimlerini daha erken planlamasına katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir. Nitekim Çin'de yürütülen bir çalışmada, semptom bilgisinin hiperaktif deliryumlu hastaların yönetiminde hemşirelerin özgüvenini artırdığı bildirilmiştir (Dong ve ark., 2026). Benzer şekilde, deliryuma yönelik eğitimler sonrasında hemşirelerin iletişim becerilerinde ve klinik performanslarında gelişme olduğu ifade edilmiştir (Hebeshy ve ark., 2024). Bununla birlikte, hiperaktif deliryumlu hastalara bakım vermenin klinik açıdan hâlen zorlayıcı bir süreç olduğu göz ardı edilmemelidir. Özellikle hastaların tıbbi cihazları çekmesi, ajitasyon göstermesi ya da bakım girişimlerine direnç göstermesi gibi davranışların hemşirelerde yüksek düzeyde stres oluşturabildiği belirtilmektedir (Abdullah ve ark., 2024; Jiang ve ark., 2025). Bu nedenle, bilgi düzeyinin artması bakımda zorlanmayı tamamen ortadan kaldırmaktan ziyade hemşirelerin bu davranışları daha doğru anlamlandırmasını ve daha etkili baş etme stratejileri geliştirmesini destekleyebilir. Semptomları iyi bilen hemşirelerin, hastanın ajitasyonunu geçici bir beyin disfonksiyonu bağlamında değerlendirmesi; proaktif, güvenli ve non-farmakolojik bakım yaklaşımlarını daha etkili kullanmasına katkı sağlayabilir. Bu durum, özellikle hiperaktif davranışlarla baş etmede algılanan zorluğun azalmasını açıklayabilecek olası bir mekanizma olarak değerlendirilebilir (Dong ve ark., 2026).

Hemşirelerin bireysel özellikleri incelendiğinde, deliryum bilgi düzeylerinin yaş gruplarına göre anlamlı şekilde farklılaştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin yaşı arttıkça deliryuma ilişkin bilgi düzeyinin arttığı, buna paralel olarak deliryumlu hastaya bakım vermede yaşanan zorlukların azaldığı görülmüştür. Literatürde yaş ile deliryum bilgi düzeyi arasındaki ilişkiye yönelik farklı sonuçlar bulunmaktadır. Mısır'da yürütülen bir çalışmada yaşın deliryum bilgi puanları üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı bildirilmiştir (Hebeshy ve ark., 2024). Benzer şekilde, Asya'da yapılan bir araştırmada yaşı daha büyük hemşirelerin deliryum yönetiminde daha düşük performans

gösterebildikleri belirtilmiştir (Jiang ve ark., 2026). Bu farklı sonuçlar, yaşın tek başına belirleyici olmadığını; ancak klinik deneyim, deliryumlu hastayla karşılaşma sıklığı ve uygulama fırsatlarıyla birlikte değerlendirildiğinde deliryum bilgisini destekleyebileceğini göstermektedir. Bu çalışmada yaş arttıkça bakım vermede zorlanmanın azalması da benzer biçimde deneyim temelli açıklanabilir. Daha ileri yaştaki hemşirelerin klinik akıl yürütme, öz yeterlilik ve kriz yönetimi becerilerinin gelişmiş olması, deliryumlu hastalarda ortaya çıkan ajitasyon, uyumsuzluk, ani davranış değişiklikleri ve bakım girişimlerine direnç gibi durumları daha doğru değerlendirmelerine katkı sağlayabilir. Nitekim literatürde daha ileri yaştaki hemşirelerde klinik akıl yürütme ve öz yeterlilik becerilerinin gelişebildiği bildirilmektedir (Nie ve ark., 2024). Bu beceriler, hemşirelerin deliryumlu hastaya bakım verirken daha etkili baş etme stratejileri kullanmasını sağlayarak bakımda zorlanma algısını azaltabilir (Dong ve ark., 2026). Bu doğrultuda, çalışmamızda yaşla birlikte bilgi düzeyinin artması ve bakımda zorlanmanın azalması, yaşın doğrudan etkisinden çok deneyim, klinik öngörü ve öz yeterlilikle ilişkili bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Bireysel faktörlerin yanı sıra çalışılan yoğun bakım ünitesinin de hemşirelerin deliryum bilgi düzeyi ve deliryumlu hastaya bakım vermede yaşadıkları zorluklar üzerinde etkili olabileceği belirlenmiştir. Karma yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin deliryum bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu, buna karşın deliryumlu hastaya bakım vermede yaşadıkları zorlanma algılarının diğer yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde yoğun bakım ünitesi türünün deliryum bilgisi ve bakım süreci üzerindeki etkisine ilişkin farklı sonuçlar bulunmaktadır. Yurtdışında yapılan bir çalışmada, vaka çeşitliliğinin hemşirelerin deliryuma ilişkin farkındalığını artırabileceği; ancak öngörülemeyen hasta profillerinin bakım yükünü de artırabileceği bildirilmiştir (Jiang ve ark., 2024). Buna karşılık, başka bir çalışmada cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin deliryum değerlendirmesinde daha proaktif oldukları gösterilmiştir (Jiang ve ark., 2026). Türkiye'de yürütülen bir çalışmada ise dahili yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin deliryum tanılama oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Öztürk ve ark., 2025). Bu farklı bulgular, deliryum bilgisi ve deliryumlu hastaya bakımda zorlanmanın yalnızca çalışılan yoğun bakım ünitesi türüyle değil, aynı zamanda hasta profili, deliryumlu hastayla karşılaşma

sıklığı, değerlendirme protokolleri, ekip desteği ve hemşirelerin klinik deneyimleriyle de ilişkili olabilir. Bu çalışmada karma yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin bakım zorluğu algılarının daha düşük bulunması, bu ünitede farklı etiyolojilere bağlı deliryum tablolarıyla daha sık karşılaşmaları ve bu süreçte klinik öngörü, hızlı karar verme ve uygun bakım girişimlerini planlama becerilerinin gelişmesiyle açıklanabilir.

Klinik ortamın bir diğer bileşeni olan hemşire başına düşen hasta sayısı incelendiğinde, iki hastadan sorumlu olan hemşirelerin deliryum bilgi düzeylerinin daha yüksek, üç hastadan sorumlu olan hemşirelerin ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, hemşire başına düşen hasta sayısının deliryuma ilişkin bilgi düzeyi üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Yoğun bakım ünitesinde daha az sayıda hastadan sorumlu olmak, hemşirelerin hastaları daha yakından gözlemlemesine, bilinç ve davranış değişikliklerini daha erken fark etmesine ve deliryuma ilişkin bilgilerini bakım sürecinde daha etkin kullanmasına olanak sağlayabilir. Buna karşılık, hemşire başına düşen hasta sayısının artması zaman baskısını artırarak bakımın daha çok acil fizyolojik gereksinimler ve yaşamı tehdit eden durumlar etrafında yürütülmesine neden olabilir. Bu durumda deliryum belirtilerinin sistematik olarak değerlendirilmesi, erken tanılanması ve deliryuma yönelik bilginin klinik uygulamada pekiştirilmesi güçleşebilir. Literatürde de yüksek hasta-hemşire oranının ve aşırı iş yükünün deliryum yönetiminde önemli bariyerler arasında yer aldığı bildirilmektedir (Lee ve Roh, 2023; Bae ve Roh, 2024). Özellikle yoğun bakım ünitesinde birden fazla hastanın aynı anda izlenmesi, hemşirenin bilişsel ve fiziksel yükünü artırarak deliryum gibi dikkatli gözlem ve düzenli değerlendirme gerektiren klinik durumların gözden kaçmasına yol açabilir. Lee ve Roh (2023), yüksek iş yükü altında hemşirelerin daha çok hayati risk oluşturan fizyolojik parametrelere odaklandığını ve deliryum değerlendirmesinin geri planda kalabildiğini bildirmektedir.

Araştırmada ayrıca deliryumlu hastayla daha sık karşılaşan hemşirelerin deliryumlu hastaya bakım vermede daha fazla zorluk yaşadıkları belirlenmiştir. Bu bulgu, deliryumlu hastayla sık karşılaşmanın her zaman deneyim ve yeterlilik artışıyla sonuçlanmadığını; özellikle bakım yükünün fazla, personel desteğinin sınırlı ve hasta davranışlarının öngörülemez olduğu durumlarda bakımda zorlanmayı artırabileceğini düşündürmektedir. Deliryumlu hastaların koopere olmaması, tıbbi cihazları çekmesi, ajitasyon göstermesi ya da bakım girişimlerine direnç göstermesi gibi davranışların hemşirelerde yüksek düzeyde stres oluşturduğu bildirilmektedir (Jiang ve ark., 2025).

Benzer şekilde, hiperaktif ve ajite hasta davranışlarına sürekli maruz kalmanın hemşirelerde tükenmişlik riskini artırabileceği belirtilmektedir (Abdullah ve ark., 2024).

Mesleki gelişim ve klinik uygulamalar bağlamında değerlendirildiğinde, deliryumla ilgili eğitim alan hemşirelerin deliryum bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, deliryuma yönelik eğitimin hemşirelerin kuramsal bilgi düzeyini artırmada etkili olabileceğini göstermektedir. Literatürde de hedefli eğitim müdahalelerinin hemşirelerin deliryuma ilişkin bilgi düzeylerini ve tanılamaya yönelik özgüvenlerini artırdığı bildirilmektedir (Alhalaiqa ve ark., 2023; Hebeshy ve ark., 2025; Qaddumi ve ark., 2025). Bununla birlikte, çalışmamızda eğitim alma durumunun genel bakım zorluğu toplam puanında anlamlı bir fark oluşturmadığı, yalnızca "dalgalı seyir" alt boyutuna ilişkin bakım zorluğunu azalttığı görülmüştür. Bu bulgu, eğitimin deliryumun değişken klinik seyrini anlamlandırmada yararlı olabileceğini; ancak deliryumlu hastaya bakım vermede yaşanan zorluğu bütüncül olarak azaltmak için tek başına yeterli olmayabileceğini düşündürmektedir. Çünkü deliryumlu hastaya bakım verme süreci yalnızca bilgi düzeyiyle değil; hasta yükü, personel desteği, bakım ortamı, ekip iş birliği ve hastanın davranışsal belirtileriyle de yakından ilişkilidir. Nitekim yetersiz personel ve aşırı hemşirelik iş yükünün deliryum yönetimini olumsuz etkileyebildiği bildirilmektedir (Lee ve Roh, 2023; Sargin Aptioğlu ve ark., 2026).

Çalışmamızda deliryum değerlendirmesi yapan ve deliryumlu hastaları erken fark edebildiğini belirten hemşirelerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, deliryum bilgisinin klinik uygulamada değerlendirme ve erken fark etme süreçleriyle desteklendiğinde daha işlevsel hâle geldiğini göstermektedir. Literatürde standart deliryum değerlendirme araçlarını kullanan hemşirelerin belirtileri daha doğru tanılayabildiği ve bilgi düzeylerinin arttığı bildirilmektedir (Hebeshy ve ark., 2025; Qaddumi ve ark., 2025). Bu nedenle standart değerlendirme araçlarının kullanımı, hemşirelerin deliryum belirtilerini sistematik biçimde izlemesine ve bakım sürecinde daha yapılandırılmış kararlar almasına katkı sağlayabilir. Buna karşın, değerlendirme aracı kullanmayan ve deliryumu erken fark edemediğini belirten hemşirelerin bakımda zorlanma puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca deliryuma ilişkin bilgi ihtiyacının yüksek olduğunu belirten hemşirelerin de deliryumlu hastaya bakım vermede daha fazla zorluk yaşadıkları

belirlenmiştir. Bu bulgular, bilgi eksikliği ya da bilginin klinik uygulamaya yeterince aktarılamamasının bakım sürecinde yaşanan zorluğu artırabileceğini düşündürmektedir. Literatürde de bilgi eksikliğinin deliryum kılavuzlarının uygulanmasında önemli bir engel olduğu, tarama aracı kullanmamanın tanı sürecini geciktirerek klinik bakımı zorlaştırabilceği belirtilmektedir (Lee ve Roh, 2023; Jiang ve ark., 2024; Sargin Aptioğlu ve ark., 2026).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmada yoğun bakım hemşirelerinin deliryum bilgi düzeyleri ile deliryumlu hastanın bakımında yaşadıkları zorluklar arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda aşağıdaki temel bulgular elde edilmiştir:

- Hemşirelerin deliryuma ilişkin bilgi düzeyleri ile deliryumlu hastaya bakım vermede yaşadıkları zorlanma arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre, hemşirelerin deliryum bilgi düzeyleri arttıkça bakımda zorlanma algılarının azalma eğiliminde olduğu belirlenmiştir.
- Hemşirelerin yaş gruplarına göre deliryum bilgi düzeyleri ve bakımda zorlanma algıları anlamlı şekilde farklılaşmıştır. Yaş arttıkça deliryuma ilişkin bilgi düzeyinin arttığı, deliryumlu hastaya bakım vermede yaşanan zorlanmanın ise azaldığı görülmüştür.
- Çalışılan yoğun bakım ünitesi türüne göre hemşirelerin deliryum bilgi düzeyleri ve bakımda zorlanma algıları farklılık göstermiştir. Karma yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin, dahili ve cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelere kıyasla deliryum bilgi düzeylerinin daha yüksek ve bakımda zorlanma algılarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Hemşire başına düşen hasta sayısına göre deliryum bilgi düzeyi ve bakımda zorlanma algısı farklılaşmıştır. İki hastadan sorumlu olan hemşirelerin, üç hastadan sorumlu olan hemşirelere göre deliryum bilgi düzeylerinin daha yüksek ve bakımda zorlanma algılarının daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Deliryum konusunda eğitim alan hemşirelerin, eğitim almayan hemşirelere göre deliryum bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak eğitim alma durumunun bakımda zorlanma toplam puanı üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür.
- Yoğun bakım ünitesinde deliryum değerlendirmesi yapan hemşirelerin deliryum bilgi düzeylerinin daha yüksek ve bakımda zorlanma algılarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Deliryumlu hastayı erken fark edebildiğini belirten hemşirelerin deliryum bilgi düzeylerinin daha yüksek, bakımda zorlanma algılarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır.

- Deliryuma ilişkin bilgi ihtiyacının yüksek olduğunu belirten hemşirelerin deliryumlu hastaya bakım vermede daha fazla zorlanma yaşadıkları belirlenmiştir.

Araştırma sonuçları doğrultusundaki öneriler aşağıda belirtilen şekildedir:

- Yoğun bakım hemşirelerine yönelik düzenli, yapılandırılmış ve uygulamaya dayalı deliryum eğitimleri planlanmalıdır.
- Deliryum eğitimleri yalnızca teorik bilgi aktarımıyla sınırlı kalmamalı; deliryumun erken belirtilerini tanıma, dalgalı seyri izleme, standart değerlendirme araçlarını kullanma ve ajite hastayla baş etme becerilerini de kapsamalıdır.
- Yoğun bakım ünitelerinde deliryum değerlendirmesi rutin bakım uygulamalarına entegre edilmelidir.
- Hemşirelerin standart deliryum değerlendirme araçlarını kullanmalarını kolaylaştıracak kurumsal protokoller geliştirilmelidir.
- Hemşire başına düşen hasta sayısının bakımda zorlanma algısıyla ilişkili olduğu dikkate alınarak, yoğun bakım ünitelerinde uygun hasta-hemşire oranlarının sağlanmasına özen gösterilmelidir.
- Deliryumlu hastaya bakım vermede yaşanan zorlanmanın azaltılması için ekip iş birliği, personel desteği ve güvenli bakım ortamı güçlendirilmelidir.
- Gelecekte yapılacak çalışmaların daha geniş örneklemlerle, farklı yoğun bakım ünitesi türlerinde ve girişimsel tasarımlarla yürütülmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Abdullah SO, El Din M Darweesh A, A Mohammed N, A Alkubati S, Alrasheeday AM. Effect of psychoeducational program and relaxation training on critical care nurses' stress regarding care of patients with delirium. Journal of the Intensive Care Society. 2024;25:399-406.

Akıncı S, Şahin A. Yoğun bakımda deliryum. Yoğun Bakım Dergisi. 2005;5:26-35.

Alexander E. Delirium in the intensive care unit: medications as risk factors. Critical Care Nurse. 2009;29:85-87.

Ali ZA, Ajani K, Sohaib M, Hasnani FB, Ladak L. Promoting a multidisciplinary team for early mobilisation in mechanically ventilated patients: An innovation in health professional education—A quasi-experimental pre–post study. Nursing in Critical Care. 2025;30:e70132.

Alhalaiqa F, Masa'Deh R, Al Omari O, Shawashreh A, Khalifeh AH, Gray R. The impact of an educational programme on Jordanian intensive care nurses' knowledge, attitudes, and practice regarding delirium and their levels of self-efficacy: A quasi-experimental design. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2023;28:312-319.

Almoliky MA, Alkubati SA, Alsaqri SH, Saleh KA, Sultan MA, Al-Ahdal SA, Moatakef HI. Factors influencing nurses' knowledge about delirium in acute care settings in hail region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. Risk Management and Healthcare Policy. 2024;17:3257-3266.

Alzoubi E, Shaheen F, Yousef K. Delirium incidence, predictors and outcomes in the intensive care unit: a prospective cohort study. International Journal of Nursing Practice. 2024;30:e13154.

Andersen-Ranberg NC, Poulsen LM, Perner A, Wetterslev J, Estrup S, Hästbacka J, Lange T. Haloperidol for the treatment of delirium in ICU patients. New England Journal of Medicine. 2022;387:2425-2435.

Angel C, Brooks K, Fourie J. Standardizing management of adults with delirium hospitalized on medical-surgical units. The Permanente Journal. 2016;20:27-32.

Arnold E, Lugton J, Spiller J, Finucane A. What are the experiences and support needs of district nurses caring for terminally ill people with delirium at home? A qualitative study. BioMed Central Palliative Care. 2025;24:60.

Bae KS, Roh YS. Factors affecting delirium care core competency among nurses: A descriptive correlational study. Nursing & Health Sciences. 2024;26:e13158.

Banerdt JK, Mateyo K, Wang L, Lindsell CJ, Riviello ED, Saylor D, Ely EW. Delirium as a predictor of mortality and disability among hospitalized patients in Zambia. Public Library of Science One (PLoS One). 2021;16:e0246330.

Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, Joffe AM. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Critical Care Medicine. 2013;41:263-306.

Bastos AS, Beccaria LM, Silva DC, Barbosa TP. Identification of delirium and subsyndromal delirium in intensive care patients. Revista Brasileira de Enfermagem. 2019;72:463-467.

Bélanger L, Ducharme F. Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies. Nursing in Critical Care. 2011;16:303-315.

Bergeron N, Dubois MJ, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Intensive care delirium screening checklist: evaluation of a new screening tool. Intensive Care Medicine. 2001;27:859-864.

Birge AÖ, Kutlutürkan S. Oncology nurses' practices on diagnosis, prevention, and management of delirium. The Australian Journal of Advanced Nursing. 2024;41:4-18.

Bölüktaş RP. Yoğun bakım ünitelerindeki yaşlı hastalarda deliryumun değerlendirilmesi, önlenmesi ve yönetimine ilişkin stratejiler. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2015;19:68-79.

Bowden A, Wilson V, Bresolin J, Nealon J, Traynor V. Exploring post-anaesthesia care unit nurses' experiences post participation in a delirium care for older people

education intervention: A qualitative study. International Journal of Older People Nursing. 2025;20:e70022.

Burry L, Shehabi Y. When there's smoke, look for the fire–the complex interplay between delirium and dementia. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2025;211:1128–1129.

Carpenito LJ. Hemşirelik Tanıları: El Kitabı. Çeviren: Erdemir F. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2012.

Ceccarelli A, Ballarin M, Montalti M, Ceccarelli P, Mazzini S, Minotti A, Senni M. Delirium diagnosis, complication recognition, and treatment knowledge among nurses in an Italian local hospital: a cross-sectional study. Nursing Reports. 2024;14:767-776.

Chaiwat O, Chanidnuan M, Pancharoen W, Vijitmala K, Danpornprasert P, Toadithep P, Thanakiattiwibun C. Postoperative delirium in critically ill surgical patients: incidence, risk factors, and predictive scores. BioMed Central Anesthesiology. 2019;19:39.

Chang YL, Hsieh MJ, Pan CI, Shang ST, Tsai YF. Development and validation of a delirium care critical-thinking scale for intensive care unit nurses: A mixed-method study. Journal of Clinical Nursing. 2024;33:1387-1397.

Chen H, Mo L, Hu H, Ou Y, Luo J. Risk factors of postoperative delirium after cardiac surgery: a meta-analysis. Journal of Cardiothoracic Surgery. 2021;16:113.

Chen TJ, Chung YW, Chang HCR, Chen PY, Wu CR, Hsieh SH, Chiu HY. Diagnostic accuracy of the CAM-ICU and ICDSC in detecting intensive care unit delirium: a bivariate meta-analysis. International Journal of Nursing Studies. 2021;113:103782.

Chen Y, Du H, Wei BH, Chang XN, Dong CM. Development and validation of risk-stratification delirium prediction model for critically ill patients: a prospective, observational, single-center study. Medicine. 2017;96:e7543.

Christensen M. Noise levels in a general intensive care unit: a descriptive study. Nursing in Critical Care. 2007;12:188-197.

Connor D. Delirium in critical care. Anaesthesia Tutorial of the Week. 2011;232.

Cortés-Beringola A, Vicent L, Martín-Asenjo R, Puerto E, Domínguez-Pérez L, Maruri R, Bueno H. Diagnosis, prevention, and management of delirium in the intensive cardiac care unit. American Heart Journal. 2021;232:164-176.

Csokasy J. Assessment of acute confusion: use of the NEECHAM Confusion Scale. Applied Nursing Research. 1999;12:51-55.

Çevik B, Akyüz E, Uğurlu Z, Doğan N. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryum yönetimi konusunda farkındalıklarının belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2016;1:32-46.

Dai D, Tian Y, Jing W, Liu H, Xu Y. Knowledge, attitude, and practice of intensive care nurses toward delirium: a multicenter cross-section study. Frontiers in Medicine. 2025;12:1552923.

Dai RS, Wang TH, Chien SY, Tzeng YL. Dose–response analysis of music intervention for improving delirium in intensive care unit patients: A systematic review and meta-analysis. Nursing in Critical Care. 2025;30:e13230.

Demir A. Hemşirelikte tükenmişliğe bir bakış. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2004;7:31-38.

Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, Alhazzani W. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. Critical Care Medicine. 2018;46:e825-e873.

Diouf F, Hoang B, Bammatter L, Eshmawey M, Unschuld PG. Hypoactive delirium. Revue Medicale Suisse. 2023;19:1282-1285.

Dong J, Sui W, Gong X, Wang L, Ni Q, Yan R, Zhuang Y. Impact of nurses' knowledge, self-efficacy and clinical reasoning competency on difficulties in caring for patients with delirium in the intensive care unit: A cross-sectional study. Journal of Clinical Nursing. 2026;35:729-746.

Dönmez MC, Gündoğar D, Demirci S. Deliryum: nedenleri ve klinik yaklaşım. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2007;27:718-724.

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

e Silva LOJ, Berning MJ, Stanich JA, Gerberi DJ, Murad MH, Han JH, Bellolio F. Risk factors for delirium in older adults in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. Annals of Emergency Medicine. 2021;78:549-565.

EL Hussein MT, Sheehan DS, Hirst S. Simulation-based education to support nurses' critical thinking in delirium recognition: A scoping review. Journal of Advanced Nursing. 2026;0:1-17.

Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell Jr FE, Dittus RS. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. Journal of the American Medical Association. 2004;291:1753-1762.

Emeksiz B. Yoğun bakım hemşireleri için deliryum bakımı öz yeterlilik ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek Lisans Tezi, 2024.

Ergin B. Hemşirelere verilen deliryum eğitiminin bilgi düzeyleri uzerine olan etkisi. Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2023, İstanbul.

Evans N, Grossberg GT. The US Geriatric Psychiatry Approach to Delirium. In: Delirium in Elderly Patients. Springer; 2017, p: 59-76.

Eyayu RA, Zeleke TG, Chekol WB, Melesse DY, Ashagrie HE. Assessment of level of knowledge, attitude, and associated factors toward delirium among health professionals working in intensive care unit multicenter, cross-sectional study, Amhara region comprehensive specialized hospitals, Northwest Ethiopia, 2023. Frontiers in Public Health. 2024;12:1338760.

Fan Y, Guo Y, Li Q, Zhu X. A review: nursing of intensive care unit delirium. Journal of Neuroscience Nursing. 2012;44:307-316.

Fialho Silva IT, Assis Lopes P, Timotio Almeida T, Ramos SC, Caliman Fontes AT, Guimarães Silva D, Ferreira Abreu F. Impact of delirium and its motor subtypes on stroke outcomes. Stroke. 2021;52:1322-1329.

Fiest KM, Soo A, Hee Lee C, Niven DJ, Ely EW, Doig CJ, Stelfox HT. Long-term outcomes in ICU patients with delirium: a population-based cohort study. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2021;204:412-420.

Fong TG, Davis D, Growdon ME, Albuquerque A, Inouye SK. The interface between delirium and dementia in elderly adults. The Lancet Neurology. 2015;14:823-832.

Fong TG, Vasunilashorn SM, Libermann T, Marcantonio ER, Inouye SK. Delirium and Alzheimer's disease: a proposed model for shared pathophysiology. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2019;34:781-788.

Ford AH. Preventing delirium in dementia: managing risk factors. Maturitas. 2016;92:35-40.

Francis J. Three millennia of delirium research: moving beyond echoes of the past. Journal of the American Geriatrics Society. 1999;47:1382.

Francisco MA, Gesell T, Meletis S, Bohr NL, Gleason LJ. Nurse-Driven Assessment, Prevention, and Management of Delirium on an Acute Inpatient Neurology Unit. Journal of Nursing Care Quality. 2022;37:334-341.

Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy MA. Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale. Journal of Pain and Symptom Management. 2005;29:368-375.

Goldberg TE, Chen C, Wang Y, Jung E, Swanson A, Ing C, Moitra V. Association of delirium with long-term cognitive decline: a meta-analysis. Journal of the American Medical Association Neurology. 2020;77:1373-1381.

Güner P, Geenen O. Atlanması kolay bir bozukluk: deliryum. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007;11:37-46.

Han L, McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Elie M. Use of medications with anticholinergic effect predicts clinical severity of delirium symptoms in older medical inpatients. Archives of Internal Medicine. 2001;161:1099-1105.

Hayhurst CJ, Marra A, Han JH, Patel MB, Brummel NE, Thompson JL, Pandharipande PP. Association of hypoactive and hyperactive delirium with

cognitive function after critical illness. Critical Care Medicine. 2020;48:e480-e488.

Hebeshy MI, Gaballah S, Elsayed ER. Effect of educational training about CAM-ICU on nurses' knowledge, confidence, and practice to detect delirium among critically ill patients in intensive care unit. BioMed Central Nursing. 2025;24:673.

Hebeshy MI, Gaballah SH, Ibrahim NM. Assessment of ICU nurses' competency towards delirium among critically ill patients. BioMed Central Nursing. 2024;23:769.

Herling SF, Greve IE, Vasilevskis EE, Egerod I, Mortensen CB, Møller AM, Thomsen T. Interventions for preventing intensive care unit delirium in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018;11:CD009783.

Ho MH, Chang HC, Liu MF, Chen KH, Shen Hsiao ST, Traynor V. Recognizing intensive care unit delirium: are critical care nurses ready? The Journal of Nursing Research. 2022;30:e214.

Hshieh TT, Yang T, Gartaganis SL, Yue J, Inouye SK. Hospital elder life program: systematic review and meta-analysis of effectiveness. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2018;26:1015-1033.

Hshieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Travison T, Inouye SK. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. Journal of the American Medical Association Internal Medicine. 2015;175:512-520.

Huang J. Delirium. MSD Manual Professional Version. 2025. http://www.merckmanuals.com/professional/neurologic-disorders/delirium-and-dementia/delirium (Erişim tarihi: 21 Mayıs 2026).

Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. The Lancet. 2014;383:911-922.

Jackson TA, Wilson D, Richardson S, Lord JM. Predicting outcome in older hospital patients with delirium: a systematic literature review. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2016;31:392-399.

Jiang M, Zou D, Xiao Q, Shang W, Xiong J. Knowledge, attitude and self-reported practice of delirium among ICU nurses in China: a cross-sectional survey and influencing factors analysis. Nursing in Critical Care. 2026;31:e70429.

Jiang T, Ge Y, Zhang W, Wang X, Zhao W, Yuan X, Zhang X. Analysis of risk factors for subjective stress among nurses caring for patients with delirium: a cross-sectional, multicentre survey. BioMed Central Nursing. 2025;24:936.

Jiang T, Tung TH, Wang Y, Zheng XT, Jia L, Zhang W. Difficulties faced by intensive care nurses in caring for patients with delirium: A cross-sectional, multicentre study. Australian Critical Care. 2024;37:530-538.

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

Kaplan NM, Palmer BF, Roche V. Etiology and management of delirium. The American Journal of the Medical Sciences. 2003;325:20-30.

Karadakovan A. Yaşlı Sağlığı ve Bakımı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2014, s: 3-9.

Karadaş C, Özdemir L. Deliryumun yönetiminde farmakolojik olmayan yaklaşımlar ve hemşirenin sorumlulukları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2019;10:137-142.

Kavasoğlu T, Vural Ç, Turan S, Acar HV, Kavasoğlu K, Erdemli MÖ. Delirium after open heart surgery. Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2015;23:80-86.

Kaya E, Sönmez S, Barlas F. Delirium. European Archives of Medical Research. 2013;29:70-74.

Kayhi A. Yoğun bakım hemşirelerine verilen deliryum risk yönetimi eğitiminin etkinliğinin incelenmesi. Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2025, İstanbul.

Kazmierski J, Kowman M, Banach M, Fendler W, Okonski P, Banys A, Sobow T. Incidence and predictors of delirium after cardiac surgery: Results from The IPDACS Study. Journal of Psychosomatic Research. 2010;69:179-185.

Kılıç G, Kav S, Çevik B. Yoğun bakım ünitelerinde deliryumun kanıta dayalı olarak değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022;15:227-232.

Kırpınar İ. Dahili ve cerrahi tıpta deliryumun değerlendirilmesi ve yönetimi: bir gözden geçirme. Bezmialem Science. 2016;4:20-25.

Koyuncu İE, Gözen D. Non-pharmacological methods to prevent delirium in pediatric intensive care units: A systematic review. Mediterranean Nursing and Midwifery. 2025;5:196-204.

Krahne D, Heymann A, Spies C. How to monitor delirium in the ICU and why it is important. Clinical Effectiveness in Nursing. 2006;9:e269-e279.

Kukreja D, Günther U, Popp J. Delirium in the elderly: current problems with increasing geriatric age. Indian Journal of Medical Research. 2015;142:655-662.

Lauretani F, Ceda GP, Maggio M, Nardelli A, Saccavini M, Ferrucci L. Capturing side-effect of medication to identify persons at risk of delirium. Aging Clinical and Experimental Research. 2010;22:456-458.

Lee G, Roh YS. Knowledge, barriers, and training needs of nurses working in delirium care. Nursing in Critical Care. 2023;28:637-644.

Liang S, Chau JPC, Lo SHS, Zhao J, Liu W. Non-pharmacological delirium prevention practices among critical care nurses: a qualitative study. BioMed Central Nursing. 2022;21:235.

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.

Lin CJ, Fick DM, Traynor V, Chen YC, Hsiang HF, Chiu HY. Comparative diagnostic accuracy of nursing delirium screening scale versus confusion assessment method for postoperative delirium: a systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Nursing. 2025;34:287-298.

Lin WL, Chen YF, Wang J. Factors associated with the development of delirium in elderly patients in intensive care units. Journal of Nursing Research. 2015;23:322-329.

Lütz A, Radtke FM, Franck M, Seeling M, Gaudreau JD, Kleinwächter R, Spies CD. Die Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC)-Richtlinienkonforme Übersetzung für den deutschsprachigen Raum. Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie. 2008;43(2): 98-102.

MacLullich AMJ, Hosie A, Tieges Z, Davis DHJ. Three key areas in progressing delirium practice and knowledge: recognition and relief of distress, new directions in delirium epidemiology and developing better research assessments. Age and Ageing. 2022;51:10-18.

Makhija H, Fine JM, Pollack D, Novelli F, Davidson JE, Cotton SA, Kamdar BB. Development and Validation of an ICU Delirium Playbook for Provider Education. Critical Care Explorations. 2023;5:e0939.

Maldonado JR. Acute brain failure: pathophysiology, diagnosis, management, and sequelae of delirium. Critical Care Clinics. 2017;33:461-519.

Maldonado JR. Delirium pathophysiology: an updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2018;33:1428-1457.

Mansutti I, Muzzana C, Vater V, Dettwiler PU, Palese A, Hasemann W, Ausserhofer D. Delirium in nursing homes and long-term care facilities: findings of a scoping review of detection tools. European Geriatric Medicine. 2025;16:1919-1931.

Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. New England Journal of Medicine. 2017;377:1456-1466.

Mart MF, Williams Roberson S, Salas B, Pandharipande PP, Ely EW. Prevention and Management of Delirium in the Intensive Care Unit. Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine. 2021;42:112-126.

Martinez F, Ho V, Brogan G, Pickering C, Leung G, Parrey J, Charlton A. Period-prevalence and risk factors for delirium in a tertiary referral ICU: a prospective cohort study. Acute Medicine. 2021;20:168-173.

Martins S, Fernandes L. Delirium in elderly people: a review. Frontiers in Neurology. 2012;3:101.

Mattison ML. Delirium. Annals of Internal Medicine. 2020;173:ITC49-ITC64.

Mauk KL. Gerontological Nursing: Competencies for Care. Jones & Bartlett Publishers; 2009.

Mayda Domaç F. Deliryum. In: Yayla V, Üçler S, eds. Nöroloji Bahar Sempozyumu I-II Konuşma Metinleri Kitabı. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi; 2020, s: 53-58.

Mc Donnell S, Timmins F. A quantitative exploration of the subjective burden experienced by nurses when caring for patients with delirium. Journal of Clinical Nursing. 2012;21:2488-2498.

McGovern C, Cowan R, Appleton R, Miles B. Pain, agitation and delirium in the intensive care unit. Anaesthesia & Intensive Care Medicine. 2021;22:799-806.

Mehta S, Cook D, Devlin JW, Skrobik Y, Meade M, Fergusson D, Ferguson N. Prevalence, risk factors, and outcomes of delirium in mechanically ventilated adults. Critical Care Medicine. 2015;43:557-566.

Mesa P, Previgliano IJ, Altez S, Favretto S, Orellano M, Lecor C, Ely E. Delirium in a Latin American intensive care unit. A prospective cohort study of mechanically ventilated patients. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2017;29:337-345.

Milisen K, Cremers S, Foreman MD, Vandevelde E, Haspeslagh M, De Geest S, et al. The strain of care for Delirium Index: a new instrument to assess nurses' strain in caring for patients with delirium. International Journal of Nursing Studies. 2004;41(7):775-83. https://doi. org/10.1016/j.ijnurstu.2004.03.005.

Mittal V, Muralee S, Williamson D, McEnerney N, Thomas J, Cash M, Tampi RR. Delirium in the elderly: a comprehensive review. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias. 2011;26:97-109.

Moyo P, Francis K, Kornhaber R, Podham M, Rossiter RC. Peri-Operative Nurses' Experiences of Recognizing and Responding to Post-Anesthetic Pediatric Emergence Delirium: A Narrative Review. SAGE Open Nursing. 2025;11:23779608251389303.

Mulkey MA, Hardin SR, Olson DM, Munro CL. Pathophysiology review: seven neurotransmitters associated with delirium. Clinical Nurse Specialist. 2018;32:195-211.

Munro CL, Cairns P, Ji M, Calero K, Anderson WM, Liang Z. Delirium prevention in critically ill adults through an automated reorientation intervention–A pilot randomized controlled trial. Heart & Lung. 2017;46:234-238.

Nie J, Li WJ, Jiang ZY. Self-efficacy of ICU nurses in delirium care: an analysis of the current status and influencing factors. BioMed Central Nursing. 2024;23:773.

Olofsson K, Alling C, Lundberg D, Malmros C. Abolished circadian rhythm of melatonin secretion in sedated and artificially ventilated intensive care patients. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2004;48:679-684.

Olsen HT, Nedergaard HK, Strøm T, Oxlund J, Wian KA, Ytrebø LM, Lauridsen JT. Nonsedation or light sedation in critically ill, mechanically ventilated patients. New England Journal of Medicine. 2020;382:1103-1111.

Onur E, Cimilli C. Deliryum tedavisinde yeni bir yaklaşım: atipik antipsikotikler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005;16:216-224.

Ottens TH, Hermes C, Page V, Oldham M, Arora R, Bienvenu OJ, Slooter AJC. The Delphi Delirium Management Algorithms. A practical tool for clinicians, the result of a modified Delphi expert consensus approach. Delirium (Bielef). 2024.

Öztürk Birge A, Kutlutürkan S. Oncology nurses' practices on diagnosis, prevention, and management of delirium. The Australian Journal of Advanced Nursing. 2024;41:4-18.

Öztürk Birge A, Tel Aydın H, Salman F. The development of a delirium knowledge test for intensive care nurses: A validity and reliability study. Intensive and Critical Care Nursing. 2020;61:102900.

Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016, s: 242-243.

Öztürk Z, Kaya M, Aksoy M, Karaman Özlü Z. Investigation of the factors affecting delirium evaluation by intensive care nurses: a cross-sectional descriptive study. BioMed Central Nursing. 2025;24:968.

Pagnucci N, Tolotti A, Cadorin L, Valcarenghi D, Forfori F. Promoting nighttime sleep in the intensive care unit: Alternative strategies in nursing. Intensive and Critical Care Nursing. 2019;51:73-81.

Palacios-Ceña D, Cachón-Pérez JM, Martínez-Piedrola R, Gueita-Rodriguez J, Perez-de-Heredia M, Fernández-de-las-Peñas C. How do doctors and nurses manage delirium in intensive care units? A qualitative study using focus groups. British Medical Journal Open. 2016;6:e009678.

Papaioannou M, Papastavrou E, Kouta C, Tsangari H, Merkouris A. Investigating nurses' knowledge and attitudes about delirium in older persons: a cross-sectional study. BioMed Central Nursing. 2023;22:10.

Pereira JM, Dos Reis Barradas FJ, Caetano Sequeira RM, Mendes Pinto Marques MC, Batista MJ, Galhardas M, Santinho Santos M. Delirium in critically ill patients: risk factors modifiable by nurses. Revista de Enfermagem Referência. 2016;4:15-22.

Popeo DM. Delirium in older adults. Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine. 2011;78:571-582.

Poulsen LM, Estrup S, Mortensen CB, Andersen-Ranberg NC. Delirium in intensive care. Current Anesthesiology Reports. 2021;11:516-523.

Qaddumi J, Awawdi K, Tarabeih M. Evaluating the Effectiveness of Educational Intervention on ICU Nurses' Knowledge of Delirium: A Quasi-Experimental Approach. Nursing Reports. 2025;15:205.

Ratković S, Rajković M, Hadzibegovic A, Jovanović N, Dimić N, Stanisavljević J. Delirium in the intensive care unit. Serbian Journal of Anesthesia and Intensive Therapy. 2021;43:61-72.

Salluh JI, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A, Stevens RD. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. British Medical Journal. 2015;350:h2538.

Sánchez A, Thomas C, Deeken F, Wagner S, Klöppel S, Kentischer F, Biermann-Stallwitz J. Patient safety, cost-effectiveness, and quality of life: reduction of delirium risk and postoperative cognitive dysfunction after elective procedures in older adults—study protocol for a stepped-wedge cluster randomized trial (PAWEL Study). Trials. 2019;20:71.

Sargin Aptioğlu Ş, Günüşen N, Çelik Ince S. Intensive Care Nurses' Views and Practices Regarding Delirium: A Descriptive Qualitative Study. Nursing in Critical Care. 2026;31:e70395.

Sarı N, Van Giersbergen MY. Sağlık çalışanlarının yoğun bakımlarda deliryum yönetimlerinin incelenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2023;27:128-137.

Sarı N, Van Gıersbergen MY. Yaşlılarda deliryum, demans ve depresyon; değerlendirme ve bakım. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017;33:153-164.

Sarı N, Yavuz Van Giersbergen M. A review of nursing research on delirium: The sample of Türkiye; systematic review. Journal of Psychiatric Nursing. 2025;16:338-345.

Saxena S, Lawley D. Delirium in the elderly: a clinical review. Postgraduate Medical Journal. 2009;85:405-413.

Schubert M, Schürch R, Boettger S, Garcia Nuñez D, Schwarz U, Bettex D, Spirig R. A hospital-wide evaluation of delirium prevalence and outcomes in acute care patients-a cohort study. BioMed Central Health Services Research. 2018;18:550.

Schuurmans MJ, Duursma SA, Shortridge-Baggett LM. Early recognition of delirium: review of the literature. Journal of Clinical Nursing. 2001;10:1-12.

Seong GH, Park HR. Impact of Delirium-Related Stress, Self-Efficacy, Person-Centred Care on Delirium Nursing Performance Among Nurses in Trauma Intensive Care Units: A Cross-Sectional Descriptive Survey Study. Healthcare. 2025;13:1243.

Setters B, Solberg LM. Delirium. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2017;44:541-559.

Shah A, Banner N, Heginbotham C, Fulford B. A pilot study of the early implementation of the Mental Capacity Act 2005 in England and Wales: the experience of consultants in old age psychiatry. Substance Use and Older People. 2014;21:9.

Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, Simpkins SA. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016.

Sist L, Longobucco Y, Messina R, Chiappinotto S, Rucci P, Palese A. Measuring unfinished nursing care in patients with or at risk for delirium: a development and Delphi study. Aging Clinical and Experimental Research. 2026;38:97.

Skrobik YK, Bergeron N, Dumont M, Gottfried SB. Olanzapine vs haloperidol: treating delirium in a critical care setting. Intensive Care Medicine. 2004;30:444-449.

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

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. 2024;193:865-873.

Steiner LA. Postoperative delirium. Part 1: pathophysiology and risk factors. European Journal of Anaesthesiology. 2011;28:628-636.

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;47:1089-1103.

Szewczak A, Siwicka D, Klukow J, Czerwik-Marcinkowska J, Zmorzynski S. Clinical Nursing Management of Adult Patients with Delirium in a Hospital Setting-A Systematic Review. Journal of Clinical Medicine. 2025;14:8113.

Temiz Z, Aydın A. Yoğun bakım hemşirelerinin deliryum bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2021;13:751-758.

Tingting P, Xun D, Jun W, Shu D, Shan Z. Mediator Effects of Cognitive Load on Association between Self-Efficacy and Task Load in Intensive Care Unit Nurses. Journal of Nursing Management. 2024;2024:5562751.

Todd OM, Teale EA. Delirium: a guide for the general physician. Clinical Medicine. 2017;17:48-53.

Topuz Ş, Doğan N. Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin deliryum konusuna ilişkin bilgi düzeyleri. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012;14:21-26.

Trogrlić Z, Ista E, Ponssen HH, Schoonderbeek JF, Schreiner F, Verbrugge SJ, van der Jagt M. Attitudes, knowledge and practices concerning delirium: a survey among intensive care unit professionals. Nursing in Critical Care. 2017;22:133-140.

Tsuruta R, Nakahara T, Miyauchi T, Kutsuna S, Ogino Y, Yamamoto T, Maekawa T. Prevalence and associated factors for delirium in critically ill patients at a Japanese intensive care unit. General Hospital Psychiatry. 2010;32:607-611.

Ulus M, Ad E. Açık kalp cerrahisi sonrası yoğun bakım hastalarında deliryumun önlenmesi. Türk Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2022;13:43-49.

Ulus M, Durmaz Edeer A. Delirium care burden of intensive care nurses caring for patients undergoing open-heart surgery: A mixed-method research. Nursing in Critical Care. 2024;29:1263-1275.

Ulus M, Edeer AD. Deliryum Bakım Zorluğu Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Yoğun Bakım Dergisi. 2024;22:296-304.

Van den Boogaard M, Pickkers P, Slooter A, Kuiper M, Spronk P, Van der Voort P, Schoonhoven L. Development and validation of PRE-DELIRIC (prediction of delirium in ICU patients) delirium prediction model for intensive care patients: observational multicentre study. British Medical Journal. 2012;344:e420.

Van Eijk MM, Van Marum RJ, Klijn IA, De Wit N, Kesecioglu J, Slooter AJ. Comparison of delirium assessment tools in a mixed intensive care unit. Critical Care Medicine. 2009;37:1881-1885.

von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Bulletin of the World Health Organization. 2007;85:867-872.

Voyer P, Richard S, Doucet L, Danjou C, Carmichael PH. Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia. BioMed Central Nursing. 2008;7:4.

Wassenaar A, van den Boogaard M, van Achterberg T, Slooter A, Kuiper M, Hoogendoorn M, Jones C. Multinational development and validation of an early prediction model for delirium in ICU patients. Intensive Care Medicine. 2015;41:1048-1056.

Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD, MacLullich AM, Ely EW. Delirium. Nature Reviews Disease Primers. 2020;6:90.

Xie GH, Fang XM. Importance of recognizing and managing delirium in intensive care unit. Chinese Journal of Traumatology. 2009;12:370-374.

Xu J, Lv X. Mechanism of cognitive impairment after laparoscopic surgery and nursing application progress based on EEG monitoring. Frontiers in Neurology. 2025;16:1645814.

Yang C, Li J, Zeng Q. Impact of Delirium on Pediatric Critical Care Outcomes and Management Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Nursing Management. 2026;2026:9915593.

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;21:110-118.

Young J, Murthy L, Westby M, Akunne A, O'Mahony R. Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance. British Medical Journal. 2010;341:c3704.

Yurttaş A, Kaya A, Engin R. Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitesindeki el hijyeni uyumları ile hastane enfeksiyonlarının incelenmesi: Retrospektif çalışma. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2017;4:1-7.

Zaal IJ, Devlin JW, Peelen LM, Slooter AJ. A systematic review of risk factors for delirium in the ICU. Critical Care Medicine. 2015;43:40-47.

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. BioMed Central Pulmonary Medicine. 2021;21:157.

EKLER

EK-1. TANITICI BİLGİ FORMU

Demografik Bilgiler
1. Yaş:
2. Cinsiyet: ( ) Kadın ( ) Erkek
3. Çalışılan hastane: ( ) SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ( ) Antalya Şehir Hastanesi ( ) Kepez Devlet Hastanesi
4. Eğitim durumunuz nedir? ( ) Ön Lisans ( ) Lisans ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora
5. Çalışma ayı/yılı:
6. Yoğun bakımda çalışma ayı/yılı:
7. Hangi yoğun bakım ünitesinde çalışmaktasınız? ( ) Dahili yoğun bakım ( ) Cerrahi yoğun bakım ( ) Karma
8. Kaçıncı basamak yoğun bakım ünitesinde çalışmaktasınız? ( ) 1. Basamak ( ) 2. Basamak ( ) 3. Basamak
9. Çalıştığınız yoğun bakım ünitesi kaç yatak kapasitesine sahiptir? ( ) 5-10 ( ) 11-15 ( ) 16-20 ( ) 21-25 ( ) 26 ve üzeri
10. Yoğun bakımınızda hemşire başına kaç hasta düşmektedir? ( ) 1 Hasta ( ) 2 Hasta ( ) 3 Hasta ( ) 4 ve daha fazla hasta
Deliryum bilgi ve yaklaşım düzeyi ile ilgili bilgiler
11. Deliryum yönetimi ile ilgili eğitim aldınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır
12. Deliryum gelişen hastaların bakımı konusundaki bilgi ihtiyacınızı nasıl tanımlarsınız? ( ) Hiç bilgi ihtiyacım olmaz ( ) Nadir bilgi ihtiyacım olur ( ) Bazen bilgi ihtiyacım olur ( ) Her zaman bilgi ihtiyacım olur
13. Deliryumlu hastaya bakım verirken zorlanır mısınız? ( ) Evet ( ) Hayır
14. Deliryumlu hasta ile karşılaşma sıklığınız nedir? ( ) Nadiren ( ) Bazen ( ) Çok Sık
15. Deliryuma ilişkin hastalarınızda değerlendirme yapıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır
16. Evet ise; günde kaç kez değerlendiriyorsunuz? ( ) İhtiyaç olduğunda ( ) Her mesaide bir kez ( ) Günde 1 kez
17. Yoğun bakım ünitesinde deliryum değerlendirmesinde herhangi bir araç kullanıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır
18. Evet ise; hangi değerlendirme aracını kullanıyorsunuz? ....
19. Bir hastanın deliryumda olduğunu erken dönemde fark edebilir misiniz?

( ) Evet ( ) Hayır
20. Evet ise; nasıl fark edersiniz?..... ....

EK-2. YOĞUN BAKIM HEMŞİRESİ İÇİN DELİRYUM BİLGİ TESTİ

Aşağıda deliryum ile ilgili bir dizi ifade bulunmaktadır. Her bir ifadeyle ilişkin görüşlerinizi "Doğru", "Yanlış" ya da "Bilmiyorum" şeklinde işaretleyiniz. Lütfen her ifade için sadece bir cevap işaretleyiniz.

İfadeler	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Bilişsel yetersizlik durumu deliryum riskini azaltır.			
2. Mekanik ventilatör desteği sağlanan hastalarda yüzeyel sedasyon uygulaması deliryumu önleyici bir yaklaşımdır.			
3. Deliryum hastanın yoğun bakım ünitesinde daha uzun süre kalmasına neden olur.			
4. Sigara ve alkol gibi madde kullanım alışkanlığı deliryum görülme riskini arttırır.			
5. Deliryuma neden olan en önemli etkenlerden biri nörotransmitter madde (Dopamin, Gamma aminobutirik asit, serotonin) düzeyleri ile ilgili dengesizliklerdir.			
6. Benzodiazepin/opioid ilaç tedavisi deliryum riskini azaltır.			
7. Mekanik ventilasyon uygulama süresi uzadıkça deliryum gelişme riski artar.			
8. Deliryumun önlenmesinde ilaç dışı (nonfarmakolojik) yaklaşımlar etkili değildir.			
9. Hareket kısıtlılığı olan hastalarda deliryum görülme riski daha fazladır.			
10. Hastanın duyusal durumundaki değişimler (işitme ve görme problemleri) ile deliryum arasında bir ilişki yoktur.			
11. Serum C-Reaktif Protein (CRP) düzeyi arttıkça deliryum riski artar.			
12. Deliryum, güvenilir bir ölçüm aracı ile kolaylıkla saptanabilir.			
13. Antipsikotik ilaç tedavisi deliryum süresini azaltabilir.			
14. Mikst tip deliryum, gün içinde hastada hem hiperaktif hem de hipoaktif deliryum belirtilerinin görülmesi durumudur.			
15. Deliryum değerlendirmesi her şiftte en az bir kez ve düzenli olarak yapılmalıdır.			
16. Kan basıncındaki değişimler (hipo/hipertansif) deliryum riskini arttırır.			
17. Letarji ve donukluk hipoaktif deliryuma özgü belirtilerdir.			
18. Üç ve daha fazla ilaç kullanıyor olmak deliryum gelişme riskini etkiler.			
19. Deliryum gelişen hastaya ziyaret kısıtlaması yapılmalıdır.			
20. Ajitasyon tüm deliryum tiplerinde görülür.			

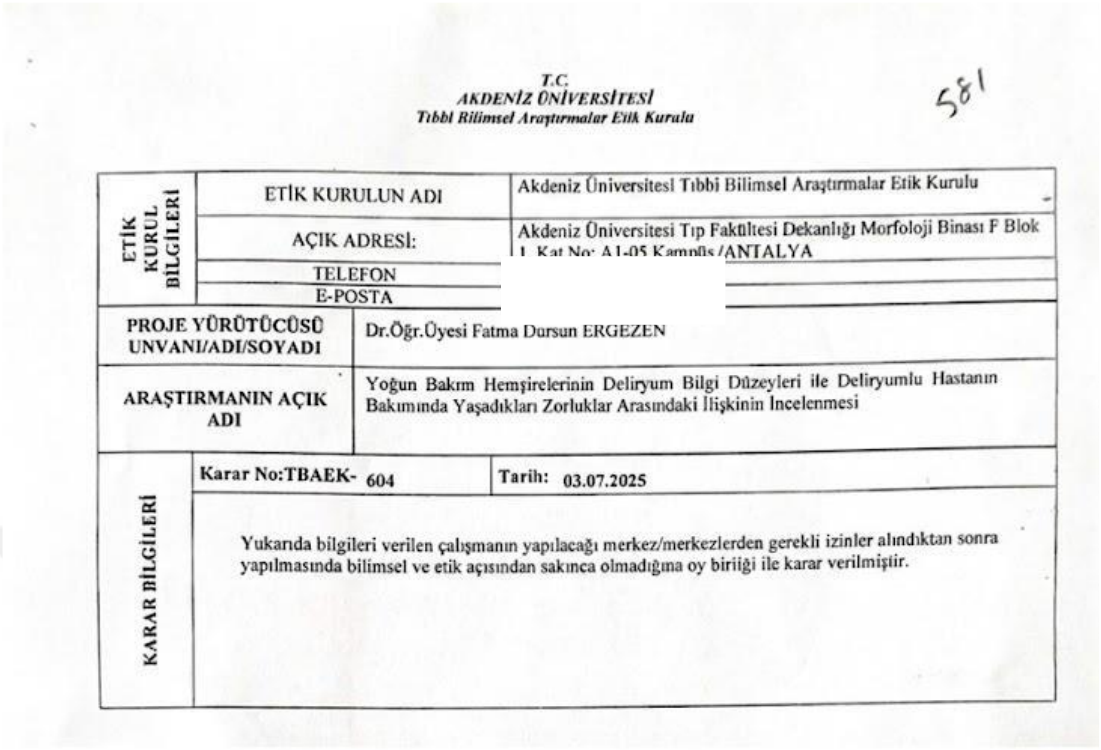
21. Eğitilmiş kişilerce yapılan deliryum değerlendirmesi kısa süre alır.			
22. Erken mobilizasyon deliryum yönetiminde önemlidir.			
23. Hipoaktif deliryumun etkin bir şekilde tedavi edilmesi hastanın mekanik ventilatörde kalma süresini kısaltır.			
24. Deliryum yoğun bakım ünitelerinde ölüm oranını etkileyen bir faktör değildir.			
25. Deliryum hasta bakım maliyetini arttırır.			
26. Deliryumun etkin yönetiminde eğitim ve disiplinler arası ekip yaklaşımı önemlidir.			

EK-3. DELİRYUM BAKIM ZORLUĞU ÖLÇEĞİ

Aşağıda deliryum/akut konfüzyonu olan hastaların ortak özelliklerini tanımlayan bir dizi ifade bulunmaktadır. Tüm özellikler her zaman ya da aynı anda görülmez. Lütfen her bir ifadeyle baş etmedeki zorluk derecenizi puanlayınız. "Doğru" ya da "yanlış" cevap yoktur. Lütfen her ifade için sadece bir cevap işaretleyiniz.

İfadeler	**Çok kolay**	**Kolay**	**Zor**	**Çok zor**
1. İçine kapanık ya da alışılmadık şekilde sessiz olan hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
2. Apatik/ilgisiz ya da motivasyonu olmayan hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
3. Motor aktivitesi azalmış hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
4. Hastalıkları/durumları hakkında bilgi ya da anlayış eksikliği olan hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
5. Konsantrasyonda güçlük yaşayan ve kolay bir şekilde dikkati dağılan hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
6. Yavaş ya da tereddütlü bir şekilde konuşan hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
7. Göz temasını az kuran hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
8. Tanıdığı bir kişiyi farklı bir isimle çağıran hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
9. Bulunduğunuz ortamda var olmayan insanlarla konuşan hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
10. Tekrarlayan davranışlarda bulunan hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
11. Tutarsız konuşmaları olan hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
12. Bilincin açık ve bilinç bulanıklığı olduğu dönemler arasında gidip gelen hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
13. Uyku/uyanıklık döngüsü bozulan hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
14. Huzursuz ya da ajite hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
15. Gürültü yapan ya da bağıran hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
16. Çabuk sinirlenen hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
17. Motor aktivitesi artmış hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
18. İşbirliği yapmayan ya da yönetimi zor hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
19. Yataktan uygunsuz bir şekilde kalkmaya çalışan hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				
20. Tüp, pansuman ve kateter gibi şeyleri çeken hastalarla nasıl baş ediyorsunuz?				

EK-4. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
Tıbbi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

581

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası F Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	
	E-POSTA	
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Üyesi Fatma Dursun ERGEZEN
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Yoğun Bakım Hemşirelerinin Deliryum Bilgi Düzeyleri ile Deliryumlu Hastanın Bakımında Yaşadıkları Zorluklar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:TBAEK- 604	Tarih: 03.07.2025
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılacağı merkez/merkezlerden gerekli izinler alındıktan sonra yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

EK-5. KURUM İZİN YAZISI

Evrak Tarih ve Sayısı: 15.08.2025-1293803

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-57830559-302.08.01-1293803 15.08.2025
Konu : Uygulama İzni (Ender NEZLİOĞLU)

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 14.08.2025 tarihli ve 50913635-100-1291833 sayılı yazı,

Anabilim Dalınız Hemşirelik Esasları yüksek lisans programı öğrencisi Ender NEZLİOĞLU'nun, "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Deliryum Bilgi Düzeyleri ile Deliryumlu Hastanın Bakımında Yaşadıkları Zorluklar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez konusu ve projesinin uygulamasının Antalya Şehir Hastanesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Kepez Devlet Hastanesinde yapmasının uygun görüldüğü ilgi sayılı yazı bildirilmiştir.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

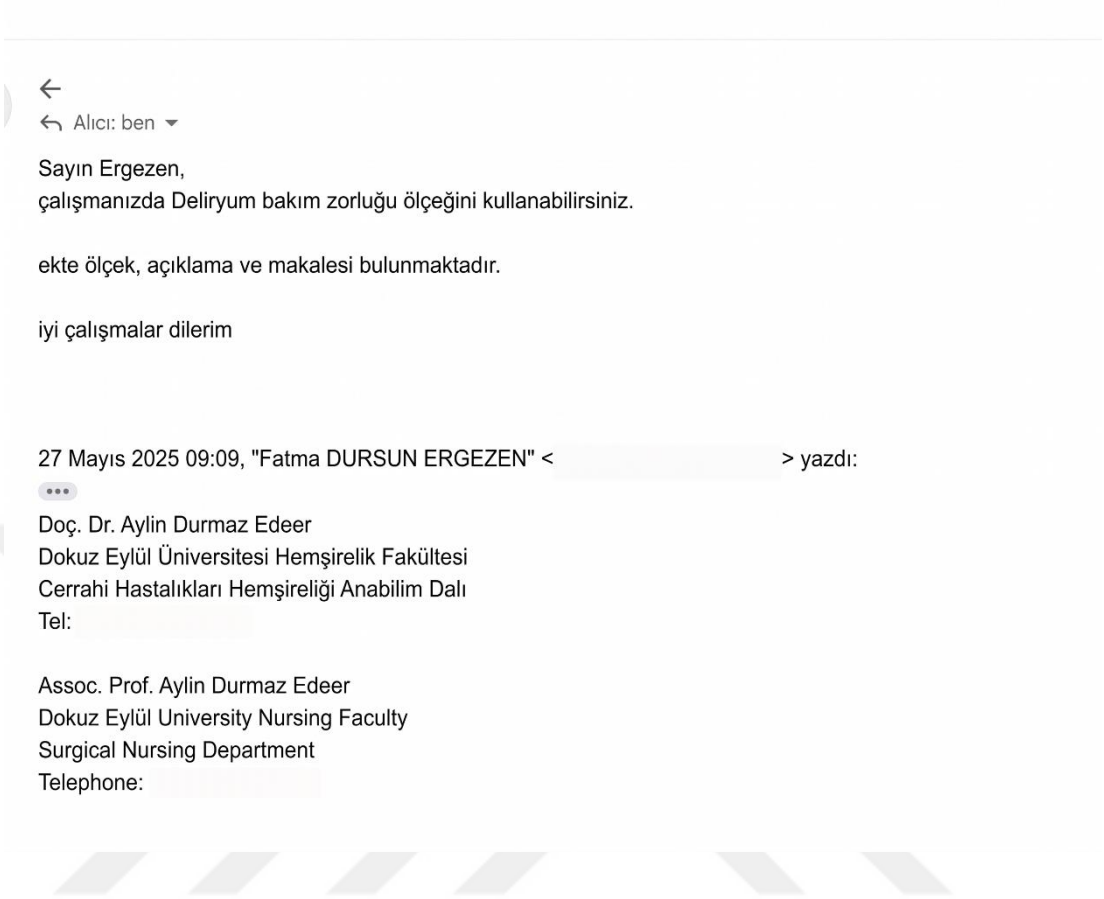
Prof. Dr. Şükran Burçak YOLDAŞ
Müdür V.

Ek: 1 Adet Yazı

Bu belge, güvenli elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu :BSASRFJPT3 Pin Kodu :33682 Belge Takip Adresi : https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5543&eD=BSASRFJPT3&eS=1293803
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dumlupınar Bulvarı 07058 Yerleske/Antalya
Bilgi için: Durmuş YILDIZ
Unvan: Bilgisayar İşletmeni
Telefon No: +902422274400 Dahili (1471)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır..

EK-6. ÖLÇEK İZİN YAZILARI



Alıcı: ben

Sayın Ergezen,
çalışmanızda Deliryum bakım zorluğu ölçeğini kullanabilirsiniz.

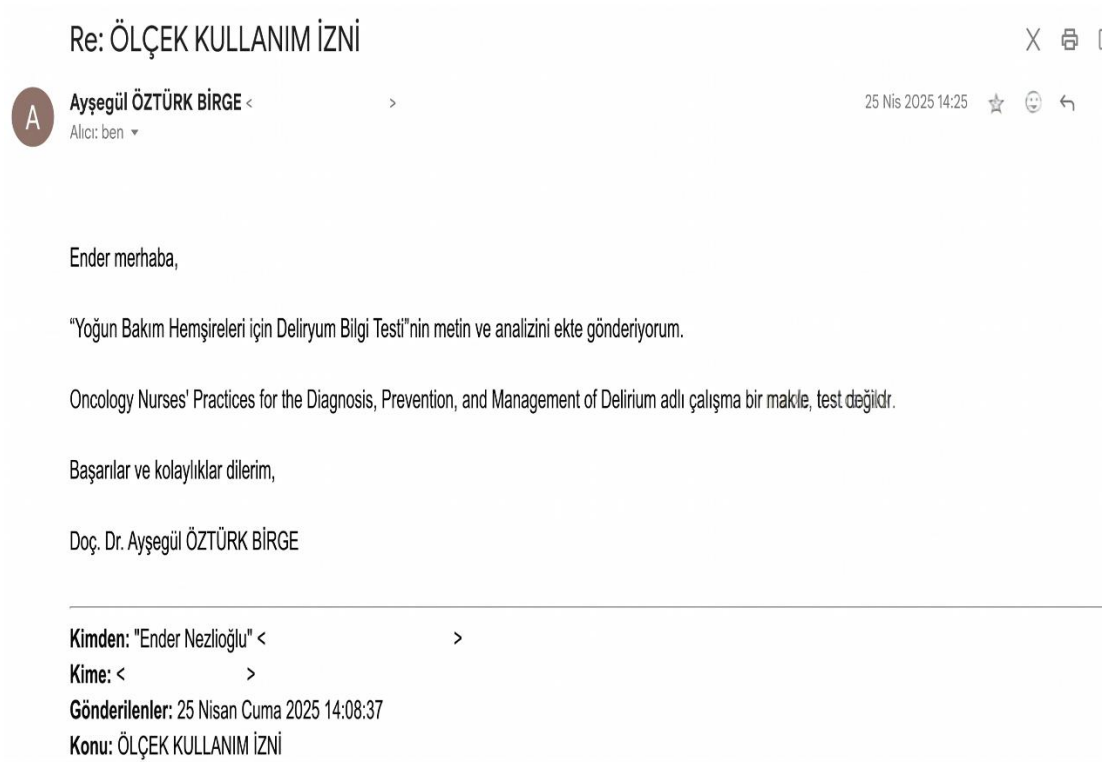
ekte ölçek, açıklama ve makalesi bulunmaktadır.

iyi çalışmalar dilerim

27 Mayıs 2025 09:09, "Fatma DURSUN ERGEZEN" < > yazdı:

Doç. Dr. Aylin Durmaz Edeer
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tel:

Assoc. Prof. Aylin Durmaz Edeer
Dokuz Eylül University Nursing Faculty
Surgical Nursing Department
Telephone:



Re: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

Ayşegül ÖZTÜRK BİRGE < >
Alıcı: ben

25 Nis 2025 14:25

Ender merhaba,

"Yoğun Bakım Hemşireleri için Deliryum Bilgi Testi"nin metin ve analizini ekte gönderiyorum.

Oncology Nurses' Practices for the Diagnosis, Prevention, and Management of Delirium adlı çalışma bir makale, test değildir.

Başarılar ve kolaylıklar dilerim,

Doç. Dr. Ayşegül ÖZTÜRK BİRGE

Kimden: "Ender Nezlioğlu" < >
Kime: < >
Gönderilenler: 25 Nisan Cuma 2025 14:08:37
Konu: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ender	**Uyruğu**	TC
Soyadı	Nezlioğlu	**Tel no**	
Doğum tarihi		**e-posta**	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		**Mezuniyet yılı**
Lise	Cumhuriyet Anadolu Lisesi	2017
Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2022
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2026

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (yıl-yıl)**
Hemşire	Kepez Devlet Hastanesi	2023-2024
Hemşire	Antalya Şehir Hastanesi	2024-….

Yabancı Dilleri	**Sınav türü**	**Puanı**

Proje Deneyimi

Proje Adı	**Destekleyen kurum**	**Süre (Yıl-Yıl)**

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler: