



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**YOĞUN BAKIMLARDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN KİŞİLİK  
ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN DELİRYUM FARKINDALIKLARI  
VE YÖNETİMİ**

**Nursel EREN**

**Aralık 2019  
DENİZLİ**

T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIMLARDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN KİŞİLİK  
ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN DELİRYUM  
FARKINDALIKLARI VE YÖNETİMİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nursel EREN

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Gülay YİĞİTOĞLU

Denizli, 2019

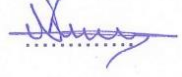
## YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Nursel EREN tarafından Dr. Öğretim Üyesi Gülay YİĞİTOĞLU yönetiminde hazırlanan “**Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Kişilik Özellikleri Açısından Deliryum Farkındalıkları ve Yönetimi**” başlıklı tez tarafımızdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN

Pamukkale Üniversitesi



Danışman:

Dr. Öğretim Üyesi Gülay YİĞİTOĞLU

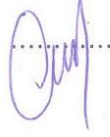
Pamukkale Üniversitesi



Üye:

Doç. Dr. Gülseren KESKİN

Ege Üniversitesi



Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun  
.24/12/2013...tarih ve ...39/18..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

  
Prof. Dr. Hakan AKÇA  
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Nursel EREN

İmza



## ÖZET

### YOĞUN BAKIMLARDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN DELİRYUM FARKINDALIKLARI VE YÖNETİMİ

Nursel EREN  
Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik AD  
Tez Yöneticisi: Dr. Öğr. Üyesi Gülay YİĞİTOĞLU

Aralık 2019, 83 Sayfa

Araştırma, yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin kişilik özellikleri açısından deliryum farkındalıkları ve yönetimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu araştırma Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde 1 Şubat -31 Mayıs 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada evreni bilinen örnekleme yöntemi uygulanmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden yetişkin yoğun bakımlarda çalışan 84 hemşire örnekleme oluşturmuştur. Veriler veri toplama formu, Hemşirelerin Deliryum Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Formu ve Beş Faktör Kişilik Özellikleri Anketi ile toplanmıştır. Analizler için SPSS 24.0 paket programı kullanılmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama, bağımsız gruplar arasında t testi, ANOVA, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H, Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırma testi ve Spearman Korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Hemşirelerin kişilik alt ölçek puan ortalamaları geçimlilik 35,90±3,98, açıklık 35,79±4,72, sorumluluk 34,93±4,17, dışadönüklük 28,23±5,17, duygusal tutarsızlık 24,54±4,38 ve Beş Faktör Kişilik Özellikleri toplam puan ortalamaları 158,38±14,32'dir. Katılımcıların deliryum hakkındaki toplam bilgi düzeyleri puanları 44,77±9,83'tür. Çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyine göre deliryum tanımı bilgi düzeyi puanlarında; toplam çalışma süresine göre deliryum nedenleri ve risk grupları bilgi düzeyi puanlarında; yoğun bakımda çalışma süresine göre deliryum nedenleri ve risk grupları bilgi düzeyi puanlarında; haftalık çalışma saatlerine göre deliryum risk grupları ve deliryum belirti/bulgu bilgi düzeyi puanlarında anlamlılık olduğu saptanmıştır (p<0.05). Hemşirelerin deliryum tanımı bilgi puanları ile dışa dönüklük kişilik özelliği arasında negatif yönde; deliryum belirti/bulgu puanları ile sorumluluk, geçimlilik ve beş faktör kişilik toplam puanları arasında pozitif yönde; deliryum yönetimi puanları ile sorumluluk, duygusal tutarsızlık ve beş faktör kişilik toplam puanları arasında pozitif yönde; deliryum toplam bilgi puanları ile sorumluluk kişilik özellikleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir (p<0.05). Bu sonuçlar çerçevesinde deliryumun lisans eğitiminde ve çalışılan birimde anlatılması, farkındalığın oluşturulması ve hizmet içi eğitimlerinin sürekli olmasının sağlanması; özellikle bakım kalitesi açısından hemşirelerin kişilik özelliklerini geliştirecek ve onları destekleyecek iletişim becerileri konusunda sürekli hizmet içi eğitimlerin artırılması; araştırmanın daha geniş bir gruba deneysel yöntemler kullanılarak yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Deliryum, Deliryum Yönetimi, Hemşirelik, Hemşirelik Bakımı, Kişilik

**ABSTRACT****DELIRIUM AWARENESS AND MANAGEMENT IN TERMS OF PERSONALITY TRAITS OF NURSES WORKING IN INTENSIVE CARE UNITS**

EREN, Nursel  
M.Sc, Thesis in Nursing  
Supervisor: Dr. Gülay YİĞİTOĞLU (RN, PhD)

December 2019, 83 Pages

The research was conducted as a descriptive study to determine delirium awareness and management in terms of personality traits of nurses working in intensive care units. This research was conducted at Pamukkale University Hospital Health Application and Research Center between February 1, and May 31, 2019. This research sampling method known universe was applied and the sample was constituted of 84 nurses working in adult intensive care units who accepted to participate in the study. The data was collected by data collection form, the Form of Nurses' Level of Knowledge about Delirium and the Five Factor Personality Traits Questionnaire. SPSS 24.0 software was used for the analysis. Data were evaluated by numbers, percentage, mean, the t-test among independent groups, ANOVA, the Mann-Whitney U test, the Kruskal-Wallis H test, the Bonferroni correction for pairwise comparison test and the Spearman Correlation coefficient. The mean subscale scores of the nurses were as follows, compatibility was  $35.90 \pm 3.98$ , openness was  $35.79 \pm 4.72$ , responsibility was  $34.93 \pm 4.17$ , extraversion was  $28.23 \pm 5.17$ , emotional discrepancy  $24.54 \pm 4.38$  and Five Factor Personality Traits total score average was  $158.38 \pm 14.32$ . The total knowledge level of the participants about delirium was  $44.77 \pm 9.83$ . In the study, the scores of delirium definition knowledge level of the nurses considering their educational level, the scores of delirium reasons and risk groups knowledge level considering total working hours, the scores of delirium reasons and risk groups knowledge level considering working hours at intensive care unit, the scores of delirium risk groups and delirium symptom/findings knowledge level considering weekly working hours were found to be significant. ( $p < 0.05$ ). There is a meaningful negative correlation between the scores of delirium definition knowledge and the personality trait of extraversion, a positive correlation between the scores of delirium symptom/findings and responsibility, a positive correlation between the compatibility and the total scores of the five factor personality traits, a positive correlation between the scores of delirium management and responsibility, emotional inconsistency and the scores of the five factor personality traits, a positive correlation between the total scores of delirium knowledge and the personality trait of responsibility ( $p < 0.05$ ). Within the frame of these results, it is suggested that delirium should be explained in undergraduate education and in the unit worked to raise awareness and ensure continuous in-service trainings that develop and support nurses in terms of personality traits and communication skills, particularly in terms of improving the quality of care and the research is recommended to apply to a larger group using experimental methods.

**Keywords:** Delirium, Delirium Management, Nursing, Nursing Care, Personality

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince tecrübelerinden yararlandığım başta tez danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Gülay YİĞİTOĞLU'na,

Tez çalışmam sürecinde yardımlarını esirgemeyen, tezin hazırlanmasında kritik yorumlarını paylaşan ve farklı bakış açıları oluşturmamı sağlayan, hocalarım Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN'a, Dr. Öğretim Üyesi Sümeyye ARSLAN'a ve Dr. Gülbanu Zencir'e,

Çalışmama katılımcı olarak destek olan tüm yoğun bakım hemşirelerine, yüksek lisans eğitimimde aynı programda dönem arkadaşım olan, tez öncesi ve sürecinde iyi bir ikili olduğumuzu düşündüğüm, kader arkadaşım Mine Köksal'a, beni motive ederek yüreklendiren canım dostlarım Meral Sevinç, Gülsün Selçuk, Arzu Gezer ve Demet Ekici'ye, önceki tecrübelerini benimle paylaşarak klavuzluk eden Öğretim Görevlisi Arife Şanlıalp Zeyrek'e ve Özlem Fidan'a, istatistiksel analizlerin yapılması ve yorumlanmasında yol gösteren Dr. Öğr.Üyesi Hande ŞENOL'a en içten minnetlerimi sunarım.

Ve beni bugünlere getiren, tüm hayatım boyunca her koşulda yanımda olan biricik annem Aysel DURMAZ'a ve babam İsmail DURMAZ'a; tez aşamasındaki desteklerinden ötürü hayat arkadaşım Emin EREN'e, yabancı literatür çevirilerindeki desteklerinden ötürü ablam Birsen DURMAZ'a, beraberce geçirebileceğimiz kıymetli zamanları kendilerine ayıramadığım, annelerinin kariyerinde ilerlemesine destek oldukları, ayrı kalınan her saniyede bu duruma sabır ve anlayış gösterdikleri için canım çocuklarım: Selin, Işıl ve Hüseyin Efe EREN'e, büyük bir özveriyle hazırlanmış bu tezi ithaf ediyorum.

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>ÖZET.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vi</b>
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....</b>	<b>viii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ.....</b>	<b>ix</b>
<b>SİMGE.VE KISALTMALAR DİZİNİ.....</b>	<b>x</b>
<b>1.GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1 Amaç.....	5
<b>2.KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI.....</b>	<b>6</b>
2.1.Deliryum Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	6
2.1.1 Tanımı.....	6
2.1.2 Epidemiyolojisi.....	7
2.2 Fiziopatolojisi ve Etiyolojisi.....	8
2.2.1 Fiziopatolojisi.....	8
2.2.2 Etiyolojisi.....	9
2.3.Risk Faktörleri.....	10
2.3.1 Deliryuma yatkınlık oluşturan faktörler.....	10
2.3.2 Deliryumu tetikleyen faktörler.....	11
2.4. Deliryumun Tipleri ile Klinik Belirti ve Bulgular .....	11
2.4.1. Hiperaktif deliryum.....	11
2.4.2. Hipoaktif deliryum.....	12
2.4.3. Miks deliryum.....	12
2.4.4. Klinik belirti ve bulgular.....	12
2.4.5. Deliryumun diğer psikiyatrik bozukluklardan ayırt edici özellikleri.....	14



2.4.6. Deliryumda tanılama.....	14
2.4.6.1. DSM 5'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) göre deliryum tanısında ayırt edici ölçütler.....	15
2.4.6.2. Deliryum tanılmasında kullanılan bazı ölçekler.....	15
2.4.7. Deliryumun tedavisi.....	15
2.4.7.1. Farmakolojik tedavi.....	16
2.5. Deliryumda Hemşirelik Bakımı ve Deliryum Yönetimi.....	17
2.5.1. Fizyolojik desteğin sağlanması.....	18
2.5.2. Oryantasyonu sağlamak.....	20
2.5.3. Mobilizasyon.....	21
2.5.4. Çevre düzenlemesi.....	22
2.5.5. Uykunun sürdürülmesi.....	22
2.5.6. Deliryumdaki hastanın hemşirelik bakımı.....	23
2.6. Kişiliğin Tanımı ve Kişiliği Oluşturan Faktörler.....	24
2.6.1. Kişiliğin tanımı.....	24
2.6.2. Kişiliği oluşturan faktörler.....	25
2.6.3. Beş faktör kişilik modeli ve özellikleri.....	26
2.6.3.1. Gelişime açıklık.....	26
2.6.3.2. Sorumluluk.....	27
2.6.3.3. Duygusal tutarsızlık/nevrotiklik.....	27
2.6.3.4. Dışadönüklük.....	28
2.6.3.5. Geçimlilik/yumuşak başlılık/uyumluluk.....	28
2.7. Konu ile İlgili Yapılmış Çalışmalar.....	28
2.8. Araştırmanın Hipotezleri.....	31
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....</b>	<b>32</b>
3.1. Araştırmanın Şekli.....	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	33
3.4. Etik Yönü.....	33
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	34
3.6. Eğitim Materyali ve Veri Toplama Araçları.....	34
3.7. Ön Uygulamalar.....	36
3.8. Araştırmanın Uygulanması.....	36

3.9. İstatistiksel Analiz.....	36
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>38</b>
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Çalışma Ortamına Ait Özellikleri İçeren Bulgular.....	39
4.2. Hemşirelerin Deliryum Tanımı, Nedenleri, Risk Grupları, Belirti ve Bulguları, Deliryum Yönetimi, Deliryum Hakkındaki Genel Bilgi Düzeyleri ve Kişilik Özellikleri İle İlgili Bulgular.....	41
4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı, Çalışma Ortamına ve Kişilik Özelliklerine Göre Deliryum Hakkındaki Bilgi Düzeylerine Ait Bulgular.....	50
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>60</b>
5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Çalışma Ortamına Ait Özellikleri İçeren Bulguların Tartışılması.....	60
5.2. Hemşirelerin Deliryum Tanımı, Nedenleri, Risk Grupları, Belirti ve Bulguları, Deliryum Yönetimi, Deliryum Hakkındaki Genel Bilgi Düzeyleri ve Kişilik Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması.....	62
5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı, Çalışma Ortamına ve Kişilik Özelliklerine Göre Deliryum Hakkındaki Bilgi Düzeylerine Ait Bulguların Tartışılması.....	65
<b>6. SONUÇ .....</b>	<b>68</b>
6.1 Sonuçlar .....	68
6.2. Öneriler .....	69
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>70</b>
<b>8. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>83</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>.....</b>
Ek-1. Veri Toplama Formu	
Ek-2. Hemşirelerin Deliryum Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Formu	
Ek-3. Beş Faktör Kişilik Özellikleri Anketi	
Ek-4. Beş Faktör Kişilik Özellikleri Anketi İzin Formu	
Ek-5. Hemşirelerin Deliryum Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Formu Kullanım İzni	
Ek-6. Etik Kurul İzin Formu	
Ek-7. Kurum İzni	
Ek-8. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi	

## TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
<b>Tablo 4.1.1</b> Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı.....	36
<b>Tablo 4.1.2</b> Hemşirelerin çalışma ortamına ait özelliklerinin dağılımı.....	37
<b>Tablo 4.2.1.</b> Hemşirelerin deliryumun tanımına ilişkin bilgi düzeylerinin dağılımı.....	38
<b>Tablo 4.2.2</b> Hemşirelerin deliryum nedenlerine ilişkin bilgi düzeylerinin dağılımı.....	39
<b>Tablo 4.2.3</b> Hemşirelerin deliryum risk gruplarına ait bilgi düzeylerinin dağılımı.....	40
<b>Tablo 4.2.4</b> Hemşirelerin deliryumun belirti bulgularına ilişkin bilgi düzeylerinin dağılımı.....	42
<b>Tablo 4.2.5</b> Hemşirelerin deliryumun hemşirelik yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin dağılımı.....	44
<b>Tablo 4.2.6</b> Hemşirelerin deliryum hakkındaki bilgi düzeyleri ve kişilik özellikleri ölçek puanlarına ilişkin bulguların dağılımı.....	46
<b>Tablo 4.3.1</b> Hemşirelerin tanıtıcı, özelliklerine göre deliryum hakkındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması.....	47
<b>Tablo 4.3.2.</b> Hemşirelerin çalışma ortamına ait özelliklerine göre deliryum hakkındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması.....	52
<b>Tablo 4.3.3.</b> Hemşirelerin çalışma ortamına ait özelliklerine göre beş faktör kişilik özellikleri alt boyutlarının karşılaştırılması.....	54
<b>Tablo 4.3.4.</b> BFKÖ ölçek puanları ile deliryum bilgi düzeyi ölçek puanlarının birbiriyle ilişkilerinin incelenmesi.....	55

**SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

APA.....	American Psychology Association (Amerikan Psikiyatri Derneği)
ARYB .....	Anestezi ve reanimasyon yoğun bakım
BFKÖÖ .....	Beş faktör kişilik özellikleri ölçeği
CAM-ICU.....	Confusion Assessment Method for the ICU (YBÜ konfüzyon değerlendirme metodu)
CAM .....	Confusion Assessment Method (Konfüzyon değerlendirme metodu)
DSM-5 .....	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı)
GDS .....	Geriatrik depresyon skalası
ICDSC.....	Intensive Care Delirium Screening Checklist (Yoğun bakım tarama kontrol listesi)
KVCYB .....	Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesi
MMDM .....	Mini mental durum muayenesi
MV .....	Mekanik ventilatör
NICE .....	National Institute of Health and Clinical Excellence (İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü)
NRŞYB .....	Nöroşirürji yoğun bakım
YBÜ .....	Yoğun bakım ünitesi

## 1. GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri, yaşamsal önemi olan hastalıkların tedavi edildiği, acil müdahale ile yaşam kurtarıcı pek çok teknolojik cihazın bulunduğu bakım birimleridir. Bu özelliklerinden ötürü yoğun bakım ünitelerinde hasta bireyler pek çok invaziv girişime ve tedavi yöntemlerine maruz kalmaktadır. Yoğun bakım ortamında yapılan bu işlemler, hasta bireylerin fizyolojik ve psikolojik sağlıklarını olumsuz yönde etkileyerek deliryum gibi sorunları da ortaya çıkarabilir (Adsay ve Dedeli 2015).

Deliryum birçok nedenle gelişebilen beynin yaygın bir şekilde aniden etkilenmesi sonucunda bilişsel becerilerin, bilincin ve dikkatin bozulduğu bir sendromdur. Deliryumun süresi değişken olmakla birlikte birkaç saat ya da daha fazla sürebilmektedir. Deliryumdaki hastanın bilinç durumunda istikrar yoktur ve bilinç düzeyi gün içinde değişkenlik gösterir. Pek çok nedene bağlı olarak oluşabilen deliryum tek başına bir hastalık olmayıp aniden ortaya çıkan akut beyin yetmezliği durumudur (Öztürk ve Uluşahin 2016).

Yoğun bakım ünitelerinde, birden çok bakım ekipmanının bulunması ve invaziv işlemler nedeniyle oluşan hareketsizlik, ünitelerde genellikle pencere olmaması nedeniyle gece-gündüz ayrımının yapılamaması, uyku ritminin bozulması, enfeksiyon riskine bağlı izolasyon, tanıdık olmayan çevre, yoğun bakım ekibinin kalabalık olması ve cihazların sürekli çalışması sonucu oluşan tek düze seslerin olması gibi faktörler hastanın nörobilişsel durumunu etkileyerek hastayı deliryuma yatkın hale getirir ve deliryum sıklığını arttırabilir (Yaşayacak ve Eker 2012).

Bazı hasta gruplarında deliryum insidansının fazla olduğu belirtilmektedir. Özellikle ileri yaşta ve demansı olan hastalar (Ryan vd 2013), kardiyak problemi olan, palyatif bakım alan ve kanser tedavisi gören, yaşlı bakım evlerinde bakım gören, demans ve inme gibi nörolojik hastalığı olan, geriatrik veya yoğun bakımda olan, acil ortopedik hastalarda (Inouye vd 2014), böbrek ve elektrolit fonksiyon bozukluğu, komorbit hastalığı, görme bozukluğu, depresyon, beslenme bozukluğu olan, mekanik olarak havalandırılan, alkol ve/veya madde yoksunluğu yaşayan hastalarda bu durum daha sık görülmektedir (Vasilevskis vd 2012).

Yoğun bakımlarda yapılan bir çalışmada hastaların %18,2'sinde deliryum geliştiği; bu hastaların mekanik ventilasyonda kalma, hastane ve yoğun bakımda ölüm ve hastalık oranlarının da yüksek olduğu belirtilmektedir (Yaşayacak ve Eker 2012). Güney-Kuzey Amerika ve İspanya'da 11 ülkeden 104 yoğun bakımda bir günlük bir nokta-prevalansı ile toplamda 975 hastanın tarandığı ve 497 hastanın araştırmaya alındığı bir çalışmada, yoğun bakımlarda deliryum insidansının %32 olduğu belirtilmektedir (Salluh vd 2010). McPherson ve diğerlerinin (2013) yaptığı çalışmada, kardiyoloji ve kalp cerrahisi hastalarında deliryum prevalansı %26 olarak bulunmuştur. 65 yaş ve üstü hastalardan, hastanede tedavi görenlerin %20 kadarı deliryumdan etkilenmekte; yoğun bakımda tedavi görenlerde ise bu oran %80'e kadar çıkmaktadır. Cerrahi yoğun bakım ünitesinde ameliyat sonrası 24 saat takip edilen ve Konfüzyon Değerlendirme Yöntemi (CAM) kullanılarak risk faktörlerinin ve deliryum insidansının belirlendiği hastalarda deliryum insidansı %18,4 olarak bulunmuştur (Bilge vd 2015).

Deliryumun her açıdan sağlık sonuçlarını etkileyen; hastanede ve yoğun bakımda kalış süresini uzatan, ölüm oranlarını arttırarak, tedavi edilmediği takdirde organ işlev bozukluklarına sebep olabilen bir durumdur (Salluh vd 2010, Yaşayacak ve Eker 2012, McPherson vd 2013, Bilge vd 2015). Kalp cerrahisi olan hastalarda uzun süreli ameliyat sonrasında gelişen bilişsel fonksiyon kaybı ve uyku bozuklukları ile ameliyat sonrası deliryum ilişkisinin tespit edilmesine yönelik yapılan bir araştırmada, 285 hastanın %9,1'inde postoperatif deliryum meydana gelmiş çalışmaya alınan 51 hastanın sekizi bir yıllık takip sürecinde ölmüştür (Atalan ve Sevim 2013). Dinçkal'ın (2018) 2005-2013 yılları arasında 65 yaş ve üzerinde olan hastalarda yaptığı retrospektif çalışmada, deliryum sıklığı %25,5 saptanmıştır. Bu çalışmada yıllara göre mortalite oranları açısından, deliryum tespit edilen grupta birinci yıldan beşinci yıla kadar olan zaman diliminde mortalitenin anlamlı olarak arttığı tespit edilmiştir. İlk yılda mortalite oranı %60 iken beşinci yılda %72,28 olarak bulunmuştur.

Deliryum gelişmesinin nedenleri, risk faktörleri, klinik süreci, klinik tipleri, semptom ve bulgularının farklılık göstermesi, bu sendromun tanı ve tedavisini önemli kılar. Tüm bu özelliklerine rağmen deliryum sıklıkla düzeltilebilir bir sendromdur. Fakat bazı araştırmalar, sağlık ekibi üyelerinin deliryumu diğer patolojik durumlardan ayıramadıklarını veya gözden kaçırdıklarını ortaya koymuştur. (Sarı 2015, Çevik vd 2016, Oosterhouse vd 2016). Hekim ve hemşirelerin bu konudaki farkındalıklarının az olması ve bilgi eksikliklerinin bulunması tanı koyarken bu durumu psikiyatrik hastalık olarak değerlendirdiklerini, dolayısıyla bu sendromu erken dönemde fark edemedikleri söylenmektedir (Elliott 2014, Sarı 2015, Çevik 2016, Çetin 2018).

Deliryumun erken dönemde fark edilememesinin nedenleri; karmaşık bir hastalık olması, sağlık çalışanları tarafından iyi bilinmemesi ve takip formları ile düzenli takip

edilememesi olarak belirtilmektedir (Wells 2012, Barr vd 2013). Hemşirelerin tanılama araçlarını kullanmama nedenleri arasında, deliryum riskini tanılamaya ilişkin bilgi eksikliklerinin olması, tanılama araçlarının nasıl kullanılması gerektiğini bilmemeleri ve deliryumu tanılamada yeterli olmadıklarını düşünmeleri (Barr vd 2013, Sarı 2015), dengeli iş yükü ve meslekler arası iş birliğinin olmaması, politika ve personel protokollerinin eksikliği gibi nedenler de yer almaktadır (Oosterhous 2016). Sağlık çalışanlarının deliryum ile ilgili bilgi tutum ve uygulama puan ortalamalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada; puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, tanılama yapan kişilerin, tanılama yapmayanlara göre bilgi ve uygulama skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Sarı 2015). İngiliz Ulusal Sağlık ve Mükemmel Bakım Enstitüsü rehberine göre hastaların, en azından günlük olarak, hastanede saat veya günler içinde olağan davranışlarındaki değişiklikler veya dalgalanmalar açısından değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (WEB-1 2019). Deliryum tedavi edilebilen bir durumdur. Ancak, tarama araçlarının düzenli kullanımı ile tanı ve tedavisine olanak sağlayabilecektir (Ijkema vd 2014). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryum yönetimine ilişkin farkındalıklarının incelendiği bir çalışmada, hemşirelerin %78'inin, hastaya deliryum tanısı konmadan önce, hemşirelik tanısıyla hastadaki deliryumu saptayabildikleri belirlenmiştir (Çevik vd 2016).

Deliryum hayati önemi olan bir sendromdur. Hayati olan bu sendromun tanılamasının yapılmasında, risk altında olan grupların erken tespitinde ve önleyici girişimlerin uygulanmasında baş aktör yoğun bakım hemşireleridir (Demir Korkmaz vd 2015). Yoğun bakım hemşirelerinin, ünitelerde tedavi gören hastaların bakım ve tedavi gereksinimlerini karşılarken, psikososyal gereksinimlerini de göz önüne almaları, bütüncül bir bakış açısıyla hemşirelik bakımı sunmaları önemlidir (Uzelli ve Korhan 2014). Bu bakış açısıyla verilen bakımın, hastanın olumsuz yoğun bakım deneyimlerini ve iyileşme süreçlerini azaltabileceği belirtilmektedir (Şahin ve Buzlu 2016). Yoğun bakım ünitelerinde deliryumun, tek başına ilaçla tedavisi mümkün olmayıp; etiyolojik faktörlerine yönelik müdahalelerin bulunduğu bir tedavi ve hemşirelik yaklaşımı benimsenmelidir. Bu yaklaşımlara nonfarmakolojik hemşirelik yaklaşımı ya da deliryum yönetimi denilmektedir (Olson 2012, Arumugam vd 2017). Deliryumu önlemeye yönelik hemşirelik yaklaşımı ise, bireyin oryantasyonunu sağlama, mobilizasyonunu ve uyku ritmini düzenleme, görsel ve işitsel sorunlara müdahale ve dehidratasyonunu önleyici sıvı replasmanı gibi uygulamalardır (Inoye 2014, Çam vd 2018). Ortopedik cerrahi girişim uygulanan yaşlı hastalarda postoperatif deliryumu önlemeye yönelik hemşirelik girişimlerinin etkisini inceleyen, bir vaka-kontrol çalışmasında, deney grubunda post operatif deliryum gelişme insidansı (%6,7) ile kontrol grubuna (%36,7) göre daha az

insidans göstermiştir. Bu durum, hemşirelik uygulamalarının deliryumu önleme ve hasta sonuçlarını iyileştirme konusunda etkili olduğunu göstermiştir (Elibol 2015).

Yoğun bakım hemşirelerinin deliryum hakkında farkındalıklarının oluşması ve bilgi düzeylerinin artması; deliryumu önleyici girişimleri aktif şekilde uygulamalarını sağlar. Bu bağlamda yoğun bakım hemşireleri, bu sendromun en istenmeyen sonuçlarından biri olan ölümlerin yaşanmasını engelleyebilir (Yaşayacak ve Eker 2012). Sağlık hizmeti verirken, tedavi sürecinde hemşirelerin 24 saat hastaların yanında bulunmaları; hastaları yakından tanınması ve değerlendirebilmesine imkân verir. Böylece hemşireler hastalarda meydana gelen değişiklikleri çabuk fark ederek, deliryum yönetiminde ve tanısının konulmasında etkin rol oynarlar (Elibol 2015). Yoğun bakım ünitesinde bakım gören ve tedavi alan bireylerin, yoğun bakım şartlarından kaynaklanan olumsuz durumlardan daha az etkilenmesi, fizyolojik-psikolojik iyileşme süreçlerinin hızlı bir şekilde gerçekleşebilmesi, ancak bu bireylerin bireyselleştirilmiş kaliteli bir hemşirelik bakımı almalarıyla mümkün olabilir (Şahin ve Buzlu 2016).

Sağlık hizmeti verenlerin, deliryumu yönetilebilmesi, nitelikli bakım ve tedavi sunabilmesinde kişilik özellikleri etkili olabilir. Kişilik bireylerin duygu, düşünce, tavır ve davranışlarını şekillendirerek, çevresinin farkında olmasına ve tanınmasına, ayrıca çevresiyle daha sağlıklı ilişkiler kurabilmesine olanak sağlar. Bu yüzden de kişilik özelliklerinin bilinmesi önemlidir (Okutan ve Uğur 2010). Yapılan bazı çalışmalarda, sağlık hizmeti sunanların kişilik özelliklerinin iş performansına, kaliteli bakıma ve yaşama dair çıktıklarına olumlu anlamda etki ettiği görülmüştür (Mosadeghrad 2014, Çam ve Büyükbayram 2017).

Hemşirelik mesleğinde de meslek mensuplarının kişilik özelliklerinin hastalığın yönetimine, hasta bakım kalitesine, hastaya olan yaklaşıma ve sağlıklı bir iletişime etkileri yadsınamaz (Gözel vd 2017, Özdemir 2018). Çalışma koşullarının getirdiği sınırlılıklara rağmen, çalışanların davranış şekilleri ve rollerine bağlı iş sonuçları, kişiden kişiye farklılık gösterebilir (Gözel vd 2017).

Bu bağlamda kişilik; bireyleri birbirinden ayıran ve özel kılan duygu, düşünce, davranış ve tutumların bütünüdür (Köknel 1999). İnsan davranışlarını inceleyen uzmanların merak ettikleri en önemli konu, davranışlarımızı şekillendiren şeyin yaşanılan olaylar mı yoksa kişiliğimiz mi olduğudur. Literatüre baktığımızda insan davranışlarının odak noktası kişilik farklılıklarıdır. Kişilik bireyleri birbirinden ayıran kendine özgü tutum ve davranışların bütünüdür (Özdemir vd 2012). Bireyler yaşadıkları olayları farklı değerlendirip, olaylara farklı tepkiler geliştirebilir. Bunun nedenlerinden en önemlisi insanların farklı kişilik özelliklerine sahip olmasıdır. Bireyleri diğer bireylerden ayıran ve tutarlılık gösteren bir unsur olan kişilik, bireyin fiziksel ve zihinsel potansiyelinden aldığı



güçle; sosyokültürel çevresiyle olan karşılıklı etkileşimle oluşan özellikler bütünü olarak tanımlanabilir (Taştumur 2018).

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerde deliryum farkındalığının olması ve yönetimi için kişilik özellikleri dikkate alınarak eğitim programlarının düzenlenebilmesi ve gerekirse rehber oluşturabilmek için bu konu ile ilgili çalışmalara ihtiyaç vardır. Deliryumla ilgili yapılan çalışmaların pek çoğu yaşlı hastalarda, yoğun bakım hastalarında ya da post operatif cerrahi sonrası hastalarda deliryum ve risk faktörlerinin belirlenmesi (Kavlak 2010, Ateş 2012, Yaşayacak ve Eker 2012, Baran 2013, Balcı 2013, Karcı 2013) ya da deliryumla ilgili hemşirelerin tanılama yapması, bilgisi ve deliryumu önlemeye yönelik uygulamalarının incelenmesi (Zeki 2013, Birge 2015, Elibol 2015, Karadaş 2015, Sarı 2015, Aktaş 2016, Çetin 2018) yönünde yapılmış çalışmalar olup; literatürde hemşirelerin kişilik özellikleri açısından deliryum farkındalıklarının ve yönetiminin incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu durum çalışmanın özel yönünü oluşturmakta ve literatüre katkısı olabileceği düşünülerek bu çalışma yapılmıştır.

### **1.1. Amaç**

Bu çalışmada yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin kişilik özellikleri açısından deliryum farkındalıklarını ve yönetimini belirlemek amaçlanmaktadır.

## 2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

### 2.1. Deliryum Tanımı ve Epidemiyolojisi

#### 2.1.1. Tanımı

Deliryum, bir ya da birden çok nedene bağlı olarak beynin yaygın bir şekilde aniden etkilenmesi sonucunda bilişsel becerilerde ve en belirgin olarak bilincin ve dikkatin bozulduğu nörobilişsel bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin 2016). Hastanelerde tedavi gören hastaları etkileyen nöropsikiyatrik bozuklukların en önemlilerinden birisi deliryumdur. Deliryum bilinç, uyanıklık, idrak, hafıza, düşünce, hareket, sirkadiyen uyku döngüsü sorunları gibi bir dizi sorunlara sebep olan, “nonspesifik organik beyin sendromu” olarak da tanımlanır (Kaya vd 2013). Deliryum, “akut konfüzyon” hemşirelik tanısıyla literatürde yer bulmuştur. Kuzey Amerikan Hemşireler Birliği tarafından, akut konfüzyon; “algılama, dikkat, bilinç, düşünme, uyku uyanıklık döngüsü, bellek, oryantasyon ve psikomotor davranışta değişken ve küresel bir bozulmanın akut bir şekilde başladığı bir sendromdur” şeklinde açıklanmaktadır (Carpenito-Moyet 2012). Deliryum akut tıbbi hastalığı olan yaşlı bireyleri sıklıkla etkileyen, hastanede kalış süresi ile ölümlülük ve hastalık oranlarını arttıran bir durumdur (Partridge vd 2013, Han vd 2017). Deliryumun süresi değişken olmakla birlikte, saatlerden günlere kadar sürebilmektedir. Deliryumdaki hastanın bilinç durumunda istikrar yoktur ve bilinç gün içinde değişken bir seyir gösterir. Pek çok nedene bağlı olarak oluşabilen deliryum tek başına bir hastalık olmayıp aniden ortaya çıkan bir beyin yetmezliğidir. Literatürde farklı tanımları olup, akut beyin sendromu, akut beyin yetmezliği, organik beyin sendromu, ani konfüzyonel durum ve toksik-metabolik ensefalopati olarak da ifade edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2016).

### 2.1.2. Epidemiyolojisi

Deliryum prevalansı risk altındaki topluluğa ve kullanılan tanısal ölçütlere göre değişebilmektedir (Kaya vd 2013). Deliryum insidansı ile ilgili farklı sonuçların olması, kullanılan tarama araçlarının, incelenen hasta grubunun, deliryuma neden olan risk faktörleri dağılımının değişkenliği ile paralellik gösterir (Smulter vd 2013). Yoğun bakım ünitesi (YBÜ) deliryumu, olumsuz sonuç ve yüksek mortalite riski olan yaygın ve ciddi bir akut beyin fonksiyon bozukluğudur (Schiemann vd 2011). Farklı hasta gruplarında deliryum oldukça sık görülmektedir. Özellikle yaşlı, demansı, inme gibi nörolojik hastalığı, kardiyak problemi olan, palyatif bakım alan, kanser tedavisi gören, yaşlı bakım evlerinde ve yoğun bakımda tedavi gören (Ryan vd 2013, Inouye vd 2014), böbrek ve elektrolit fonksiyon bozukluğu olan ve temel hastalığının yanısıra bir ya da birden fazla sorunu olan hastalarda görülme oranı oldukça fazladır (Vasilevskis vd 2012). Deliryum oranı yoğun bakımlarda yapılan bir çalışmada %18,2 (Yaşayacak ve Eker 2012), bir günlük nokta-prevalansı ile yapılan bir çalışmada %32 civarında bulunmuştur (Salluh vd 2010). Retrospektif bir çalışmada, 65 yaş ve üzerinde deliryum sıklığı %25,5; yıllara göre mortalite oranı karşılaştırıldığında, ilk yıl %60 iken beşinci yılda %72,28 tespit edilmiştir (Dinçkal 2018). Diğer bir çalışmada, 65 yaş üstü hastanede yatan hastaların %20'si deliryumdan etkilenmekte ve yoğun bakımda yatanlarda deliryum görülme oranı %80'e kadar çıkmaktadır (Bilge vd 2015).

YBÜ'lerde deliryum için kullanılan üç farklı testin karşılaştırıldığı bir çalışmada hastaların %17,1'inde (Kavlak 2010), kritik hastalığı olan ve haloperidol profilaksisi uygulanan hastalarda deliryum riskinin belirlendiği diğer bir çalışmada deliryum insidansı müdahale grubunda %65, kontrol grubunda %75 olarak tespit edilmiştir (Van den Boogaard vd 2013). Yaşlı hastalarda deliryum ve zafiyet (kırılganlık) arasındaki ilişkinin ve deliryumun sağ kalım üzerindeki etkilerinin incelendiği prospektif kohort çalışmasında, 273 hastanın 103'ünde deliryum tespit edilmiştir. Bu hastalardan deliryumdan muzdarip ve kırılgan olan hastalarda sağ kalım gün sayısı 88 güne kadar düşmüştür (Eeles vd 2012). Hastanede yatan 16 yaşından büyük hastalarda yapılan bir meta analiz çalışmasında deliryum insidansı %31,8 olarak bulunmuştur (Salluh vd 2015). Deliryum insidansı; postoperatif deliryumun incelendiği bir çalışmada %18,4 (Bilge vd 2015); ortopedik cerrahi uygulanan bir vaka-kontrol çalışmasında, deney grubunda %6,7, kontrol grubunda %36,7 (Elibol 2015); kardiyak hastalarda %26 (McPherson vd 2013) ve %9,1 (Atalan ve Sevim 2013) olarak saptanmıştır. Genel bir hastanenin yaşlı bakımı yapılan üç kliniğinde çok bileşenli deliryum önleme müdahalesinin etkilerinin incelendiği

bir çalışmada deliryum oranı; müdahale öncesi %13,3 iken müdahale sonrası %4,6 olarak anlamlı derecede azaldığı tespit edilmiştir (Holt vd 2013).

## 2.2. Fizyopatolojisi ve Etiyolojisi

### 2.2.1. Fizyopatolojisi

Deliryum, anormal kan akışı ve enerji metabolizması, nöron sinyal iletimi ve hücresel işlevlerde bozulmanın bir kombinasyonu sonucu ortaya çıkabilen yaygın serebral metabolik yetmezliğin bir yansımasıdır (Williams 2013). Deliryumun patofizyolojisi karmaşıktır ve tam olarak anlaşılammıştır. Deliryuma zemin hazırlayan nedenlerin çok faktörlü olması, etiyolojik yelpazeyi kapsayan tek bir teorinin olmaması deliryumu çözümsüz kılmaktadır. Fizyopatolojisiyle ilgili çeşitli teoriler vardır. Bunlar nöroenflamasyon, nöronal yaşlanma, oksidatif stres, çeşitli nörotransmitter değişiklikleri, nöroendokrin anormallikleri ve melatonin salınımindaki düzensizlikler gibi farklı serebral durumların oluşturduğu patolojik sorunlar olarak açıklanabilir (Maldonado 2013, Bush vd 2017). Bu teorilerin mekanizması aşağıda belirtilmiştir.

Nörotransmitter hipotezi: Bu hipoteze göre, temel sebep ne olursa olsun, deliryum, nörotransmitter sentezinde, işlevinde ve/veya bulunabilirliğinde bir değişimin neden olduğu nöro-davranışsal bir sendromdur. Her ne kadar birçok nörotransmitter sistemi olsa da deliryum gelişimi ile ilgili en sık tarif edilen değişiklikler, asetilkolin ve/veya melatonin varlığındaki eksiklikler; dopamin, norepinefrin ve/veya glutamat salınımindaki fazlalıklar ve 5-hidroksitriptamin veya serotonin, histamin ve/veya gama-amino bütirik asit içindeki değişiklikler gibi sebeplerle, semptom ya da klinik belirtilerinin çeşitlilik gösterdiği bir tablo olarak karşımıza çıkabilmektedir (Maldonado 2017).

Oksijen yoksunluğu hipotezi: Hipotezde doku hasarı, hipoksi, hastalık ve enfeksiyonlar gibi hücresel işlevlerde bozulmayla birlikte hastalık sürecini başlatan bir dizi olayın, artan oksijen tüketimine, düşük oksijen kullanılabilirliğine ve azalmış beyin oksidatif metabolizmasına yol açabileceği öne sürülmektedir. Tüm bu nedenlerin beyin fonksiyon bozukluğuna neden olabileceği söylenmektedir (Hipp ve Ely 2012, Maldonado 2013).

Nöronal yaşlanma hipotezi: Bu hipoteze göre yaşlanma sürecine eşlik eden değişiklikler, azalan fizyolojik rezervle ilişkilendirilerek fiziksel strese ve hastalığa karşı bedeni daha savunmasız yapmaktadır. Yaşlanma, stres düzenleyici nörotransmitterlerdeki oluşan değişiklikler, beyin kan akışının azalması, damar yoğunluğunun azalması, nöron kaybı ve hücre içi sinyal iletim sistemlerinin oranındaki

değişiklikleri içeren bir durum olup, yaşla ilgili bazı beyin değişikliklerine sebep olur (Maldonado 2018). Kazmierski ve diğerleri (2013) yaşlılığın hastanede yatan yaşlı hastalarda deliryum için önemli bir risk oluşturduğunu ve bu hipotezi destekleyen durumun da normal yaşlanmada gözlemlenen nörotransmitter değişikliklere benzer değişiklikler olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Enflamatuvar hipotezi: Enflamatuvar hipoteze göre büyük bir fiziksel strese bağlı olarak sitokinlerin serebral sekresyonunun artması, inflamatuvar süreçte ortaya çıkan bir takım kimyasal moleküllerin (interlokin-1, interlokin-2, interlokin-6, tümör nekroz faktör-  $\gamma$  gibi) ve interferonların kan beyin bariyerini geçmesi; nörotransmitter sistemlerin faaliyetlerinin artması sonrasında nörotransmisyonu neden olmasıyla deliryumu ortaya çıkarabileceği düşünülmektedir (Ali vd 2011, Maldonado 2018).

Sirkadiyen ritim bozukluğu hipotezi: Bu hipotezde 24 saatlik sirkadiyen döngüsündeki bozulma, normal uykunun evrelerinde ve doğal ışığa maruz kalınmasındaki değişiklikler; fizyolojik uyku yapısında deliryum gelişimini tetikleyen rahatsızlıklara yol açabilmektedir (Maldonado 2013). Yaşlı bireylerde melatonin üretimindeki düşüş, yaşa bağlı nörodejeneratif hastalıkların gelişiminde primer katkı bulunan faktörlerden biri olabilir. Uykuyu destekleme yetenekleri sayesinde sitokinler, büyüme hormonu, prolaktin ve kortizol salgılanmasını kontrol eden bir iç ritmin oluşumunda rol oynar (Maldonado 2018).

Nöroendokrin hipotezi: Glukokortikoidlerin fizyolojik fonksiyonu, vücudun stresli olaylar karşısında oluşan taleplerle başa çıkmasını sağlama, enerji depolarını harekete geçirme, hayati olmayan vücut fonksiyonlarını bastırma, fizyolojik ve davranışsal homeostazi sağlamaya yardımcı olmaktır. Bu hipotezde yüksek düzeyde glukotortikoidlere maruz kalınması veya dış kaynaklı glukokortikoidlerin verilmesi insanlarda öğrenme ve hafızada sorunlara ayrıca fizyolojik stres koşullarının oluşumuna katkı sağlayan beyindeki oksidatif stres seviyelerinin artmasına neden olabilmektedir (Maldonado 2018).

### **2.2.2. Etiyolojisi**

Deliryum sistemik ve santral sinir sistemi ile ilişkili birçok durum ve hastalıkta görülebilen bir sendromdur. Deliryuma yol açan nedenlere bakıldığında ilk sırada enfeksiyonlar gelmektedir. Örneğin menenjit, beyin abseleri, santral sinir sistemini tutan treponema pallidum enfeksiyonu, bağışıklık sistemini çökerten ve hipertermi ile seyreden tüm enfeksiyonlar sıralanabilir (Kırpınar 2016, Orhun vd 2019).

Bir diğer neden ise madde yoksunluk durumlarıdır. Alkol, benzodiazepinler gibi maddelerin uzun süre kullanımına bağlı oluşan durumlardır (Kırpınar 2016, Zaal vd 2015).

Hepatik ensefalopati sıvı ve elektrolit dengesizliklerine, kanda üre artışına bağlı oluşan patolojik durumlar, asit baz dengesizlikleri, hipoglisemi ve hipoksi gibi metabolik bozukluklar da önemli deliryum nedenleri arasında yer almaktadır (Kırpınar 2016).

İntoksikasyonlar (Karbon monoksit, karbon disülfid, ağır metaller) (Kırpınar 2016), nörolojik durumlar (kafa travması, hipertansif ensefalopati, beyin tümörleri kompleks parsiyel nöbetler) (Pandharipande vd 2013, Kırpınar 2016), tiyamin ve siyanokobalamin (B12) gibi vitamin eksiklikleri (Kırpınar 2016), hipotiroidizm-hipertiroidizm gibi endokrin bozukluklar (Girgin vd 2016, Kırpınar 2016) ile bazı ilaçlar; özellikle antikolinergik ilaçlar (atropin, trisiklik antidepresanlar, antipsikotikler, antihistaminikler) (Karakuş vd 2017), sedatif-hipnotikler (özellikle flurazepam gibi yarılanma-ömrü kısa olanlar), semptomimetikler (simetidin, dijital, L-dopa, meperidin, metildopa), glukokortikoidler (Kırpınar 2016) belirtilmektedir. Sistemik lupus eritematozus, serabral vaskülitler (temporal arterit, poliarteritis nodoza), paraneoplastik sendromlar gibi hastalıklar da deliryum sebepleri arasında yer alır (Kırpınar 2016).

### **2.3. Risk Faktörleri**

Bu faktörler deliryuma yatkınlık oluşturan (predispozan) ve deliryumu tetikleyen faktörler (presipite edici) olarak tanımlanmıştır.

#### **2.3.1. Deliryuma yatkınlık oluşturan faktörler**

Yatkınlık için 65 yaş ve üzerinde, erkek cinsiyete sahip, demans hastalığı, kognitif bozukluğu, deliryum öyküsü, depresyonu olan kişiler deliryuma eğilimli bireylerdir. Bireylerde bir nedenle işlevsel bağımlılık durumunun olması, immobilité, düşme öyküsü ve aktivite düzeyinin düşük olması, antikolinergik, psikoaktif ilaçlarla tedavi, alkol kötüye kullanımı, işitsel ve görsel bozukluklara sahip olunması, dehidratasyon ve malnütrisyon gibi durumların olması yatkınlık nedenleridir. Ayrıca böbrek, karaciğer hastalıkları, inme, nörolojik hastalıklar, metabolik dengesizlikler, HIV enfeksiyonu, kırıklar ve travma, terminal hastalıklar gibi pek çok nedenler deliryuma yatkınlığı arttırmaktadır (Steiner 2011, Inouye vd 2014, Kavasoglu vd 2015, Maldonado 2018).

### 2.3.2. Deliryumu tetikleyen faktörler

Deliryumu tetikleyen etkenler; cerrahi veya çoklu tanısal işlemler, YBÜ'de tedavi görmek, yatıştırıcı hipnotikler, benzodiazepinler, opioidler, antikolinergik ilaçlar, çoklu ilaçlar ile tedavi, alkol veya ilaç yoksunluğu, eşlik eden hastalıklar, enfeksiyonlar, iyatrojenik komplikasyonlar, şiddetli akut hastalık, metabolik bozukluklar, ateş veya hipotermi, şok, hipoksi, anemi olarak belirtilmektedir. Dehidratasyon, serum albümin düzeyinin düşüklüğü ve kötü beslenme durumu; inme, kafa içi kanama, menenjit ve ensefalit gibi primer nörolojik hastalıklar; ağrı, fiziksel kısıtlama yapılması, üriner kateter varlığı, duygusal stres ve uzun süreli uyku yoksunluğu gibi durumlar da deliryumu tetikleyen faktörler arasında yer almaktadır (Steiner 2011, Inouye vd 2014, Kavasoğlu vd 2015, Maldonado 2018).

### 2.4. Deliryum Tipleri ile Klinik Belirti ve Bulguları

Klinik olarak görünümü farklı biçimlerde olan deliryum, daha ziyade düzensiz uyku ritmi ve davranışsal belirtiler esas alınarak en çok bilinen 3 alt tipe ayrılmıştır (Küçük ve Kaya 2011).

#### 2.4.1. Hiperaktif deliryum

Bu hastalar dış uyarana fazla tepki gösterirler ve heyecanlı, gergin, aşırı uyanık görünürler. Psikomotor hareketlilik göze çarpar. Buldukları ortamdan kaçmak isteyebilir veya tıbbi cihazları ya da üzerinde bulunan bakım ekipmanlarını çıkartmaya çabalayabilir. Hastalar bu huzursuz durumlarından dolayı çoğu kez yataktan düşebilmektedir. Sıkça bağırma, çağırma, küfür etme, söylenme, talepkar davranışlar ve şiddet eğilimi içinde olma gözlemlenen en bariz davranışlarıdır. İletişim, algılama bozulmuştur ve halüsinasyonları vardır. Daha çok görsel halüsinasyonlar gözlemlenir. Otonom yanıtın ön plana çıktığı birtakım belirtiler de dikkat çeker. Titreme, nabzın 110/dk üzerinde seyretmesi, sıcak basması gibi fizyolojik belirtiler daha çok ilaç ya da kimyasallarla olan zehirlenmeler veya madde yoksunluklarında görülür. Deliryum tipleri içinde %30 luk orana sahiptir ve farkedilmesi kolaydır. İyileşme ve hastanede geçen günler açısından diğer deliryum türlerine kıyasla daha iyi seyrlidir (Küçük ve Kaya 2011).

### 2.4.2. Hipoaktif deliryum

Bu hastalar genel olarak yataklarında sessiz bir şekilde yatarlar. Psikomotor faaliyette ve uyanıklılıkta azalma gözlemlenir. Genellikle uyurlar, çevrelerine karşı umarsız ve duyarsız görünürler, iletişim kurmak ve sürdürmek güçtür. Bu hastalar letarjik, apatik bir görüntüye sahiptir. Bazen bu durumları depresyon gibi hastalıklarla karışabilir. Halüsinasyonları gözlemlenemeyebilir ve tüm bu durumlar hipoaktif deliryumun tespitini zorlaştırır. Çoğunlukla sağlık çalışanları tarafından farkedilmesi zordur. Klinikte yaklaşık %24 sıklıkla karşımıza çıkar (Küçük ve Kaya 2011).

### 2.4.3. Miks deliryum

Miks tip deliryum, hastada gün içinde farklı zaman dilimlerinde hiperaktif ve hipoaktif tablonun görülmesi durumudur. Çoğunlukla bu hastalar gündüz saatlerinde hipoaktif, gece saatlerinde hiperaktif olarak gözlemlenirler (Küçük ve Kaya 2011).

### 2.4.4. Klinik belirti ve bulgular

**a. Dış görünüm ve davranış:** Hasta tedirgin, sıkıntılı, ajite, durgun veya dalgın görünebilir. Hastanın gün içinde bilinci inişli çıkışlı bir gidişat gösterir. Bu nedenle hasta şaşkıncıdır, anlamsız ve amaçsız hareketler yapabilir (Irwin vd 2013, Öztürk ve Uluşahin 2016). Bu hastalar aşırı hareketli olabildiği gibi oldukça hareketsiz, apatik veya katatonik bir davranış gösterebilir. Gün içinde bu durum döngüsel olarak da değişebilir. Genellikle gündüzleri daha az hareketliken geceleri daha ajite ve saldırgan davranışlar gösterebilirler. Titreme ve minimal istem dışı kas hareketleri bazı metabolik nörolojik durumlarda, ilaç ve alkol geri çekilme sendromlarında sıklıkla rastlanan bulgulardır (Irwin vd 2013, Öztürk ve Uluşahin 2016).

**b. Konuşma ve ilişki kurma:** Bireylerde bilişsel bozulmanın olması konuşma içeriğinin alakasız ve ilintisiz olmasına sebep olur. Söylediklerini sık sık tekrarlama, hiç konuşmama veya anlaşılmaz, karışık bir konuşma düzeni söz konusu olabilir. Bu yüzden deliryum hastaları ile ilişki kurmak zorlaşır (Irwin vd 2013, Öztürk ve Uluşahin 2016).

**c. Duygulanım:** Hasta korkmuş, tedirgin, panik ve bunalmış duygulanımdadır. Hasta kendisi ile ilgili olup biteni anlayamadığından panik düzeyde anksiyete görülebilir. Hasta öfkesini, korkusunu belli eder ya da içedönük, kayıtsız davranışlar sergileyebilir (Irwin vd 2013, Öztürk ve Uluşahin 2016).



**d. Bilişsel yetiler:** En belirgin bozukluk bilişsel yetilerde meydana gelir.

Bilinç: Bu hastaların bilinci gün içinde değişken bir seyir gösterir ve genel olarak bilinç bulanıklığı belirgindir. Bazen bilinçte tam açılma olurken bazen de komaya kadar giden bilinç değişikliği söz konusu olabilir. Özellikle geceleri bilinçle ilgili kötüleşme ve bilinç sislenmesi yaygındır ancak bu durum gündüzleri iyi yönde düzelebilir (Irwin vd 2013, Öztürk ve Uluşahin 2016).

Yönelim (oryantasyon): Yönelim deliryumda bozulmuştur. Zaman, yer ve kişi yönelimi bozuktur. Bilinç açıldıkça yönelimde düzelme görülebilir (Irwin vd 2013, Öztürk ve Uluşahin 2016).

Dikkat ve algı: Bu hastalarda en temel bozukluk dikkattedir. Dikkat dağınıklığından dolayı hastalar bir konuya dikkatini yöneltemezler (Irwin vd 2013, Öztürk ve Uluşahin 2016). Bu hastalarda illüzyonlar ve halüsinasyonlar gibi algı bozuklukları görülebilmektedir. En çok görsel ardından işitsel ve dokunsal halüsinasyonlar görülmektedir. Halüsinasyonlar çoğunlukla korkutucudur ve bu nedenle hastalar anksiyeteli görünürler (Irwin vd 2013, Öztürk ve Uluşahin 2016).

Bellek: Bu hastaların belleği; dikkatin, yönelimin ve bilincin bozulmasından dolayı muayene edilemez (Irwin vd 2013, Öztürk ve Uluşahin 2016).

Soyut düşünme: Hastalar somut düşünür soyut düşünemezler. Söylenen atasözlerin ve deyimlerin kavramsal içeriğini açıklayamazlar (Irwin vd 2013, Öztürk ve Uluşahin 2016).

Yargılama: Hastalar buldukları ortamda yaşadıkları olayları ve iç uyaranları doğru değerlendiremediklerinden yargılamaları bozulmuştur. Bu hastalar çoğunlukla dürtüsel davranırlar; saldırgan, şiddet eğilimli veya cinsel içerikli davranımlar gösterebilirler. Bu hastalarda gerçeği yorumlama bozulmuştur ve utanma, ayıp, yasak gibi kavramlar ortadan kalkmıştır (Irwin vd 2013, Öztürk ve Uluşahin 2016).

Düşünce süreci ve içeriği: Düşünce içeriği fakirleşmiş, bozulmuş ve dağınıktır. Düşünce hızlanma ve yavaşlama gibi değişkenlikler görülebilebilir (Irwin vd 2013, Öztürk ve Uluşahin 2016).

Fiziksel ve fizyolojik bulgular: Bu hastalarda artmış olan otonom sinir sistemi aktivitesi idrar ve dışkı tutamama, yüzde kızarma, terleme, taşikardi, midriyazis gibi belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Yine bu hastalar oldukça huzursuz ve ajite olabilirler. Uykuya eğilimleri gündüzleri artarken geceleri daha uyanık ve canlı görünebilirler. Uyku siklusu bozulmuş ve düzensizdir. Uyku bölünmeleri olur, korkulu rüya ve düşler görmesi hastayı huzursuz eder. Flapping tremor tüm deliryum türlerinde en belirgin belirtilerden birisidir (Irwin vd 2013, Öztürk ve Uluşahin 2016).

Tüm bu özelliklerine rağmen deliryumun çok faktörlü olması pek çok hastalıkla karışmasına sebep olabilmektedir. Aşağıda deliryumun diğer psikiyatrik bozukluklardan ayırt edici özellikleri görülmektedir.

#### **2.4.5. Deliryumun diğer psikiyatrik bozukluklardan ayırt edici özellikleri**

Deliryum, klinik olarak en fazla demans ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklarla benzerlik gösterir ve bu durum da yanlış teşhis konulmasına sebep olabilmektedir. Deliryumun ayırt edici özelliklerine bakıldığında; başlangıç olarak saatler içinde başlayıp günlerce sürebilir. Başlangıcı akuttur ve genellikle tedaviye cevap alınır. Hastanın oryantasyonu bozulmuş, düşünce süreçleri tutarsızlık göstermektedir. Uyku-uyanıklık düzeni bozulmuş veya saatlik olarak değişmiştir. Deliryum sendromuyla karışan durumlardan depresyon, haftalar ve aylar içinde ortaya çıkmaktadır, kroniktir ve çoğunlukla tedaviye cevap alınır. Oryantasyon seçici olarak bozulur, düşünce yavaşlamış fakat organizedir. Aşırı uykuya eğilim veya uyuma sık gözlemlenen bir durum olup, bireylerin kötü yaşam deneyimleri depresyon gelişmesine neden olabilmektedir. Mini Mental Durum Muayenesi (MMDM) ve Geriatrik Depresyon Skalası (GDS) gibi araçlar kullanılarak diğer hastalıklardan ayrımı yapılabilir. Demans ise, aylar içinde ve yıllara uzanan bir süreçte gelişen, kronik ve zamanla ilerleyen bir hastalıktır. Oryantasyon süreç içinde bozulur ve düşünce içeriği sınırlı kalır. Uyku uyanıklık döngüsü bozulmuş ve gece gündüz yer değiştirmiştir. Bu hastalar çoğunlukla gündüz uyurlar, gece uyanık ve canlıdırlar (Marshall ve Hale 2017, Laske ve Stephens 2018).

#### **2.4.6. Deliryumda tanılama**

Deliryum değerlendirmesinde en önemli nokta detaylı hastalık öyküsü, fiziksel muayene, mental durum muayenesi ve nörolojik muayene ile hastanın mevcut bazal durumunda bir değişiklik olup olmadığının anlaşılmasıdır. Yatkınlık oluşturan ve ortaya çıkaran faktörlerin tespit edilmesi için klinik bulgular ve laboratuvar testlerinden yararlanılır. İlk değerlendirmede laboratuvar testlerinden elektrolitler, tam kan sayımı, akciğer grafisi (özellikle infeksiyon açısından), böbrek ve karaciğer fonksiyonları, EKG (özellikle kardiyak iskemi, enfarktüs açısından), idrar tahlili (idrara yolu infeksiyonu) yapılmalıdır. Etiyoloji bulunamazsa tiroid fonksiyonları, lomber ponksiyon, toksikoloji ve ilaç düzeyleri, vitamin B12, folat düzeyleri, EEG, nörogörüntüleme gibi daha ileri testler yapılabilir (Kaya vd 2013).

Tüm bu değerlendirmelerle beraber, deliryum tanısında çeşitli tanı ve tarama araçları kullanılmaktadır. Bunlar aşağıda belirtilmiştir.

#### **2.4.6.1. DSM 5'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) göre deliryum tanısında ayırt edici ölçütler**

- A. Dikkati belirli bir konu üzerinde odaklama, sürdürme ya da yeni bir konuya kaydırma yetisinde azalma ile giden bilinç bozukluğu (çevrede olup bitenin farkında olma düzeyinin azalması)
- B. Bu bozukluk, kısa bir süre içinde gelişir (genellikle saatler, birkaç gün içinde). Temel dikkat ve ayırımında olma düzeyinde, bir değişiklik vardır ve ağırlığı gün içinde dalgalanmalar gösterir.
- C. Bilişte ek bir bozukluk (bellek, yönelim, dil bozukluğu gibi).
- D. A ve C tanı ölçütlerinde sözü edilen bozukluk, daha önceden var olan yerleşik ya da gelişmekte olan başka bir nörobilişsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve koma gibi, ileri derecede azalmış uyanıklık düzeyi bağlamında ortaya çıkmamaktadır.
- E. Öykü, fizik muayene ya da labaratuvar bulgularından elde edilen verilerde bu bozukluğun genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olduğuna ilişkin kanıtlar vardır (APA 2013).

#### **2.4.6.2. Deliryum tanılmasında kullanılan bazı ölçekler**

YBÜ ortamı, deliryumun değerlendirilmesinde benzersiz zorluklar yaratmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti verenlerin YBÜ'de deliryum bilgisine sahip olması ve deliryumu dikkatle izlemesi önemlidir. Deliryumun farkedilmesine yardımcı olmak için geliştirilen çeşitli puanlama sistemleri bulunmaktadır. Deliryumun değerlendirilmesinde en sık kullanılan ve onaylanan araçlar, Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Metodu (CAM-ICU), Yoğun Bakım Deliryum Tarama Kontrol Listesi (ICDSC) ve Konfüzyon Değerlendirme Yöntemidir (CAM) (Kallenbach ve Amado 2017). Ayrıca MMDM de oldukça sık kullanılmaktadır (Marshall ve Hale 2017, Laske ve Stephens 2018).

#### **2.4.7. Deliryumun tedavisi**

Deliryum tedavisi nedenlerine, belirtilerine göre semptomatik olarak ilaçla ve farmakolojik olmayan hemşirelik uygulamaları ile yapılmaktadır (Schiemann vd 2011).

### 2.4.7.1. Farmakolojik tedavi

Deliryumun özgül bir ilaç tedavisi yoktur. Tedavi oluş nedenine yönelik olmaktadır. Deliryum tedavisinde antikonvülzanlar, anksiyolitikler, antipsikotikler, antidepresanlar ve Alfa-2 Adrenerjik Agonistler gibi geniş bir ilaç yelpazesi vardır (Barr vd 2013, Zaal 2014, Guthrie vd 2018, Ospina vd 2018).

Antipsikotikler: Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) rehberine göre haloperidol deliryumda temel ilaç tedavisi olarak kabul edilmiştir. Fakat ekstrapiramidal yan etkiler ve istemsiz kas spazmları haloperidolde gözlenebilmektedir. Haloperidolün özellikle yüksek dozlarda ekstrapiramidal yan etkileri artmakta ve ventriküler aritmilere neden olabilmektedir (APA 1999). Deliryum tedavisinde kullanılacak alternatif ilaçlardan birisi de ketiapindir. Klinisyenlerin üçte ikisi deliryum tedavisinde haloperidolü ve %53'ü de ketiapin kullandığını bildirmiştir (Morandi vd 2017). Yapılan çalışmalarda antipsikotik ilaçlarla tedavide (haloperidol, risperidon, olanzapin, ketiapin veya ziprasidon), bu ilaçların kısa süreli olarak ve minimal dozlarda kullanılması gerektiği, deliryum gelişen hastalar için ilaç tedavisinin sadece önemli ajitasyon gösteren, kendine, başkalarına veya çevresine ciddi zarar veren hastaların tedavisinde kullanılması gerektiği belirtilmektedir (Samuel 2015, Oh vd 2017, Latronico 2018). Deliryum tedavisinde, atipik antipsikotik ilaçlar, reseptörler üzerindeki kimyasal bağlanma gücü ve etki mekanizmalarının farklı olması nedeni ile klasik antipsikotiklere göre tercih sebebi olabilmektedir. Psikotik bozukluklarda negatif belirtilerde (içe kapanma ve küntleşme gibi) düzelmeye ek olarak, tipik antipsikotiklere (haloperidol) oranla ekstrapiramidal yan etkinin daha az olması, uyanıklık, hafıza ve bilişsel süreç üzerine olumlu etkileri nedeniyle klinik alanda kullanılmaktadır (Ayık ve Erdoğan 2015).

Benzodiyazepinler: Sedatif ilaçlardan biri olan benzodiazepinler, deliryum tedavisi için önerilmemektedir (Barr vd 2013, Zaal vd 2015). Benzodiyazepinler deliryum riski oluşturmasının yanında (Barr vd 2013, Oh vd 2017), uyanıklığı azaltan, konfüzyonu şiddetlendirebilecek ve solunumu baskılama ihtimali olan bir ilaçtır. Daha çok benzodiyazepinler çekilme sendromlarında (alkol ve ilaç), felç tedavisinde, amnestik özelliklerinden dolayı da küçük cerrahi işlemlerde ve acı veren prosedürler uygulanırken tercih edilebilirler (Clegg ve Young 2010, Koçyiğit 2011).

Valproik asit (VPA): Nörotransmitter sistemleri, iltihaplanma, oksidatif stres ve deliryumun patofizyolojisinde yer alan transkripsiyonel değişiklikler üzerinde birçok etkiye sahiptir. Dikkatlice seçildiğinde VPA, hiperaktif ve karışık tip deliryum yönetimi için etkin ve biyolojik olarak uygun olabilir (Sher vd 2015, Gagnon vd 2017).

*Deksmedetomidin:* Bu ilaç oldukça seçici bir  $\alpha$ 2-adrenoseptör agonistidir. Sakinleştirici (solunum baskılanmasına neden olmaz), analjezik ve opioid koruyucu etkileri vardır ve yoğun bakım ortamında kısa ve uzun süreli sedasyon için uygundur. Deksmetomidinin, bazı randomize kontrollü çalışmalarda deliryum üzerinde faydalı etkilere sahip olduğu söylenmektedir (Barr vd 2013, Su vd 2016). Hipotansiyon, hipertansiyon ve bradikardi, dozun uygun kullanımında ortaya çıkan zararlı ve beklenmeyen etkilerden en sık bildirilenlerdir (Keating 2015).

*Antikolinesteraz inhibitörleri (Rivostigmin):* Bu ilaç antikolinergik deliryum görülen (sıklıkla çok yaşlı) hastalarda diğer bir tedavi seçeneğidir (Koçyiğit 2011). Kolinerjik sistemdeki azalmış aktivite, deliryumun patogeneğinde rol oynamaktadır. Bu nedenle, kolinerjik aktiviteyi artıran kolinesteraz inhibitörleri, deliryum tedavisinde faydalı olabilir. Çift-kör, plasebo-kontrollü, randomize bir çalışmada bu ilaçların deliryum tedavisinde güvenli ve etkili olabileceğine dair bazı göstergelerin tespit edildiği söylenmektedir (Overshott vd 2010).

*Melatonin:* Vücudun biyolojik saatini koruyup sirkadiyen ritmini ayarlamak ve hücre yenilenmesi, bağışıklığın güçlenmesi, uyku ritminin ve beden ısısının düzenlenmesi gibi önemli işlevleri olan melatonin, fiziksel ve biyolojik olarak çok fonksiyonlu bir kimyasaldır (Özçelik vd 2013, Chen vd 2016). Melatoninin deliryum üzerine etkilerinin incelendiği bir meta-analizde bu konu ile ilgili dört randomize kontrollü çalışma değerlendirilmiş ve bu çalışmalarda melatonin takviyesinin tıbbi servislerde tedavi gören yaşlı hastalarda deliryum insidansını azaltmada önleyici etkileri olduğu bildirilmiştir (Chen vd 2016).

## **2.5. Deliryumda Hemşirelik Bakımı ve Deliryum Yönetimi**

Deliryumun gelişmesini önleme girişimleri birincil önleme olarak belirtilmektedir. Birincil önlemede yukarı bölümde belirtilen risk etkenlerinin bilinmesi ve denetlenmesi amaçlanmaktadır. İkincil önleme ise deliryumun süresini kısaltmaya ve şiddetini azaltmaya yönelik girişimlerdir. Bu nedenle önleme ve yönetme çalışmalarında hemşirenin çok önemli rolleri bulunmaktadır (Balas vd 2012, Öztürk ve Uluşahin 2016).

Deliryum risk faktörlerine yönelik birincil önleme girişimlerini içeren hemşirelik yaklaşımları beş başlık altındadır. Bunlar; fizyolojik desteğin sağlanması, oryantasyon, mobilizasyonun desteklenmesi, çevre düzenlemesi ve uykunun sürdürülmesidir (Young vd 2010).



Hipo-hipertansiyon: Hipertansiyon hemodinamik göstergelerin ani şekilde değişebilmesi nedeniyle tedavi, bakım ve izlemi zor olan bir durumdur (Yıldız 2014). Enflamasyonla ilişkili septik şok, hipotansiyona yol açarak akut beyin disfonksiyonu olan (deliryum ve koma) kritik hastalarda görülebilecek bir sorun olabilir (Orhun vd 2019). Yoğun bakımda yatan hastalarda yükselen kan basıncı serebral hemoraji gibi vasküler hasara yol açan sorunlara; kan basıncının düşmesi serebral perfüzyonun azalmasıyla sonuçlanan iskemiye sebep olabilir (Uludüz ve Duman 2015). Bu sebeple kan basıncının takibi ve düzenlenmesi önem arz etmektedir.

Davranışsal ağrı göstergelerinin ve ağrının değerlendirilmesi, ağrı terapisi: Ağrı, çok sık rastlanan ve hastaların hafızasında en fazla yer eden deneyimlerden biridir. YBÜ hastalarının bir kısmında nöromusküler bloke edici ajanların kullanılması, hastalarda farkındalığın azalmasına ve derin sedasyona neden olur (Reade ve Finfer 2014). Hemşirenin, ağrının tanımlanması, değerlendirilmesi, izlenmesi, hekim isteminde yer alan analjeziklerin uygulanması, verilen ilaçların güvenli ilaç uygulama ilkelerine uygun olarak takibinin yapılması ve ilaç dışı uygulamalar gibi ağrı kontrolüne ilişkin görevleri bulunmaktadır. İlaç dışı uygulamalar; dikkati başka yöne çekme, müzik dinleme, gevşeme egzersizleri, imajinasyon, nefes teknikleri, biyolojik geri bildirim, meditasyon, bilişsel ve davranışsal yöntemler, sıcak/soğuk uygulamalar, masaj, pozisyon değişiklikleri ve transkutan elektriksel sinir uyarımı, akupunktur, akupressür, terapötik dokunmayı içeren fiziksel ya da deri stimülasyon yöntemleri ile dokunma, odanın iç dekorasyonu gibi çevresel ya da duygusal yöntemlerdir (Özveren 2011, Özveren vd 2016, Piotrowicz vd 2018).

Enfeksiyon: İnflamatuvar süreçte etkin rol oynayan akut faz reaktanları tüm inflamatuvar durumlarda salınan proteinlerdir (İntepe vd 2015). Kan-beyin bariyerinin herhangi bir nedenle hasar görmesiyle başlayan inflamatuvar sürecin sonucu olarak, deliryum gelişmesi olasılıklardan birisidir. Bu nedenle hastalığın tanısında ve benzer durumlardan ayırımında yol gösterici olan biyolojik testlerin sonuçları erken tanı olanağı sağlamaktadır. Erken tanı, hastalık ve ölümlülük oranı ile hastanede kalma süresi ve tıbbi maliyetlerin artışı engelleyen en önemli adımdır. Yoğun bakımda enfeksiyon parametrelerinin özellikle; hastanın vücut sıcaklığı dengesizlikleri ve kan testleri sonuçlarının (İntepe vd 2015), prokalsitonin ve diğer biyokimyasal ölçümlerin, mekanik ventilasyon göstergelerinin, kullanılan antibiyotikler ve enfeksiyon kaynaklarının, enfeksiyon bulguları açısından takip edilmesi önemlidir (Şenoğlu vd 2014).

Hipo/hiperglisemi önlemek: Yoğun bakım ünitelerinde hipo/hiperglisemiyle sık karşılaşılmaktadır (Çelik ve Olgun 2016). Genel olarak, hipoglisemi sırasında adrenal bezlerden belirgin şekilde adrenal salınım olması; titreme, taşikardi, yüzde kızarıklık ve diğer semptomlara sebep olabilmektedir. Bu semptomların yanında, merkezi sinir

sisteminde glikoz eksikliğine bağlı (nöroglükopeni) olarak da semptomlar gelişebilir. Bu semptomlar: vertigo, konfüzyon, yorgunluk, halsizlik, baş ağrıları, dikkat eksikliği, görme anormallikleri, konvülsiyonlar ve koma gibi bulgulardır (Vilela vd 2014, Muslu ve Ardahan 2018). Kan şekerinin yükselmesi sonucunda oluşan glikoz metabolizması ürünleri ve serbest radikaller beyni dolaylı yoldan etkilerken, hücresel düzeyde ileriye dönük birtakım hasarların oluşmasına zemin hazırlar (Yorulmaz 2013). Kan şekerindeki ani yükselmeler diyabetik ketoasidoz veya non-ketotik hiperozmolar hiperglisemi gibi sağlık problemlerine neden olabilmektedir (Özcan ve Koçer 2016). Kan şekeri takibi ve biyokimyasal ölçümler metabolik patolojilerin ortaya çıkartılmasında ve tedavisinde yol gösterici olmaktadır (Altınışik 2010). Bu nedenle yoğun bakımda kan şekeri takibi deliryum açısından hemşirenin takip etmesi gereken önemli bir göstergedir.

*Gereksiz invaziv işlemlerden kaçınmak:* YBÜ'lerde hastaların tedavi ve takibi için uygulanan invaziv girişimler, uzun süreli hastane yatışı, dirençli mikroorganizmalarla kolonizasyon ve geniş spektrumlu antibiyotiklerin kullanılması gibi sebeplerle gelişenlere "sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar" olarak adlandırılır (De Oliveira vd 2010, Motor vd 2012). YBÜ'lerde sağlık hizmetlerine bağlı enfeksiyonların insidansında, anlamlı bir azalmanın olabilmesi için bu işlemlerin gerekçeleriyle anlatılması, gereksiz invaziv girişimlerden kaçınılması, invaziv hatların çabuk çıkarılması, enfeksiyonu önleyecek tedbirlerin alınması ve etken mikroorganizmaların antibiyotik duyarlılıklarına uygun tedavinin planlanmasıyla mümkündür (Tüfek vd 2012, Piotrowicz vd 2018).

## **2.5.2. Oryantasyonu sağlamak**

*Yer, zaman, kişi yöneliminin ve bilişsel bozukluğu olan hastalarda bilgilendirmenin sağlanması:* Hastanın oryantasyonunda; hastanın görebileceği boyutlarda saat ve takvim bulundurulması, günün ve saatin sık sık hatırlatılması, bakım veren kişi sayısının sınırlandırılması (hemşire ve aile dahil), hastanın ve ailenin bakım sürecine dahil edilmesi önemlidir (Tuncay ve Uçar 2010, Elibol 2015). Hastalara hasta odasının ve klinik çalışanlarının tanıtılması (Tuncay ve Uçar 2010), hasta ve hasta ailelerine yaşanan durumları ile ilgili bilgi verilmesi birtakım endişelerin ortadan kalkmasını sağlar. Ayrıca, ünitelerde yapılan bakım uygulamaları ve tedavi ile ilgili protokollerin oluşturulması, hatta kurum protokolleri oluşturularak, eğitim kitapçıklarının hazırlanması, hastaların yoğun bakıma uyumunu kolaylaştıracak kurumsal çalışmalardır (Tuncay ve Uçar 2010, Sekmen ve Ünsar 2018, Çam ve Şahin 2018).

*Tedavi ve bakım ekibinin kendisini, yaptığı işi nedenleri ile birlikte detaylı ve öz bir şekilde açıklaması, hastanın ismiyle hitap edilmesi:* Pek çok çalışmada, hastaya adı ile hitap edilmesi, hastayla iletişim için zaman ayrılması, göz göze, nazik, samimi, sıcak



bir iletişim kurulması, hastaya acele etmeden yavaş, anlaşılır ve kısa cümleler kurulması sonrasında da hastaya zaman tanınması önerilmektedir (Barr vd 2013, Adsay ve Dedeli 2015, Piotrowicz vd 2018, Sekmen ve Ünsar 2018). Bununla beraber, hastanın davranışlarının gözlemlenmesi, hastanın durumuna göre etkili iletişim kurulması, vücut dilinin kullanılması, dokunmak, işaret etmek, dudak okumak gibi jest ve mimiklerin kullanılması (Barr vd 2013), mevcut bilgilerin de sık sık tekrar edilmesi gibi öneriler yer almaktadır (Adsay ve Dedeli 2015, Piotrowicz vd 2018, Sekmen ve Ünsar 2018).

Arkadaş veya aile ile rutin görüşmelerin teşvik edilmesi: Ölümcül hastalıklar nedeni ile yoğun bakımda takip edilen hastalar, farklı ve yabancı oldukları pek çok kişi, işlem, prosedürle karşılaşmaları, fizyolojik ihtiyaçlarında bağımlı olmaları, aileleri ve sosyal ortamlarından uzak kalmaları, iletişimlerini engelleyen girişimlerin varlığı, ağrı yönetimindeki yetersizlikler, kişi-yer-zaman yöneliminde bozulma olması, bakım ekipmanlarının hareketlerini sınırlaması nedenleriyle korku ve endişe yaşamaktadırlar (Uzar 2013, Uzar ve Hiçdurmaz 2015). Aile üyeleri ve arkadaşların hastayı ziyaret etmeleri desteklenmelidir. Bu ziyaretler, hastanın bulunduğu ortama adapte olmasını sağladığı gibi, yanlış algıların oluşmasını veya çevresel işaretlerin ve uyaranların yanlış yorumlanmasını en aza indirecektir (Tuncay ve Uçar 2010, Adsay ve Dedeli 2015, Piotrowicz vd 2018, Sekmen ve Ünsar 2018).

Görme-işitme sorunları olan hastalarda gerekli alet ve cihazların kullanımının temin edilmesi: Literatürde, işitme engeli olan veya az işiten hastalarda, duyuşal yetmezlik oluşmaması ve hastayla etkili bir iletişim sağlayabilmek için, hastaların işitme cihazlarının temin edilmesi, düzgün çalıştıklarından emin olunması, işitme bozukluğu olan hastalar için belirli bir iletişim şekli belirlenerek iletişim sorunlarının ortadan kaldırılması, tercüman ihtiyacı, varsa duyuşal bozuklukların tespit edilmesi ve tedavisinin sağlanması; gözlük kullanan hastaların gözlüklerini kullanmaları, görme ile ilgili sorun düzelene kadar hastanın büyüteç kullanması şeklinde öneriler bulunmaktadır (Carpenito- Moyet 2012, Barr vd 2013, Piotrowicz vd 2018).

### **2.5.3. Mobilizasyon**

Kronik hastalık nedeni ile uzamış yatak istirahati; hastanın sağlık göstergelerinin bozulmasına, hareketliliğin azalmasıyla da venöz dönüşte bozulma, ödem, hemodinamik ve nörolojik değişikliklere neden olabilmektedir (Karadaş ve Özdemir 2019). Yapılan pek çok çalışmada (Elibol 2015, Karadaş 2015, Piotrowicz vd 2018) erken mobilizasyonun önemi vurgulanmaktadır. Bu çalışmalarda, hastanın yürümeye teşvik edilmesi, her nöbet değişiminde eklem açıklığı egzersizlerinin yaptırılması, postoperatif dönemde erken ayağa kaldırılması ve mobilizasyonun sağlanması gibi öneriler yer almaktadır (Elibol

2015, Karadaş 2015). Ayrıca gerekli olan hastalarda hareketi sağlamak için yürüteç ve benzeri araçların kullanılması (Elibol 2015, Piotrowicz vd 2018), fizyoterapi uygulamalarının desteklenmesi, fiziksel aktivitelerin sağlığa yararlarının hatırlatılması ve hastanın isteksizliği durumunda yüreklendirilmesi, desteklenmesi (Piotrowicz vd 2018) öz bakımına katılımının sağlanması (Barr vd 2013) ve bakım protokolünün oluşturulması da öneriler arasındadır (Karadaş 2015).

#### **2.5.4. Çevre düzenlemesi**

Yoğun bakımlarda çevre düzenlemesi oldukça önemlidir. Yoğun bakım içinde ses, ışık gibi uyarıların fazla olması, yetersiz iletişim ve duyuşal uyarım engellenmelidir. Mümkünse hasta odasına gün ışığının girmesi sağlanmalıdır (Uçar 2010, Barr vd 2013, Özdemir 2014, Tuncay ve Elibol 2015, Çevik vd 2016). Hasta yönelimi sağlanmalı, hastayla iletişim artırılmalıdır (Özdemir 2014). Bunun yanında, mümkünse oda değişiminin yapılmaması (Barr vd 2013), fiziksel tespitten kaçınılması (Çevik vd 2016), hastaların mahremiyetine özen gösterilmesi, YBÜ'nün ortam düzenlemesinde hasta görüşlerinin yer aldığı çalışmaların dikkate alınması, konu ile ilgili kurumsal girişimlerin başlatılması (Tuncay ve Uçar 2010) gibi öneriler yer almaktadır.

#### **2.5.6. Uykunun sürdürülmesi**

Yoğun bakımda tedavi gören hastalarda uyku düzeninde değişkenlik oldukça sık görülebilen bir durumdur. Yoğun bakım şartlarından ve fiziksel özelliklerinden kaynaklanan ses, ışık, tıbbi işlemler, çeşitli cihazların varlığı ve bunların varlığının hastada oluşturduğu rahatsızlık durumları uyku siklusunu ve kalitesini bozmaktadır. Her ne kadar uyku mekanizması anlaşılammış olsa da yukarıda sayılan faktörler ve temelde var olan hastalıklar deliryuma zemin hazırlayıcı olabilmektedir (Uzun ve Yavşan 2014). Yoğun bakım hastalarıyla yapılan bir çalışmada, uyku yoksunluğu nedenlerinin sırasıyla gürültü, ağrı, pozisyon bozukluğu, yüksek ses tonu, girişimsel işlemler ve zaman yöneliminin bozulması olduğu ileri sürülmüştür (Little vd 2012). Literatürde ortamda uygun ışıklandırma ile uyku düzeninin sağlanması, sirkadiyen uyku ritmini sağlayabilmek için çevresel koşulların düzenlenmesi (Barr vd 2013, Elibol 2015, Özdemir 2015, Çevik vd 2016, Tuncay ve Uçar 2010) gece ilaç ve bakım uygulamalarının azaltılması, kesintisiz uyku sürelerine izin verilmesi için tedavilerin düzenlenmesi (Piotrowicz vd 2018) gibi öneriler yer almaktadır.

### 2.5.7. Deliryumdaki hastanın hemşirelik bakımı

Deliryumda öncelikle deliryumun önlenmesi ilk sırada yer alır. Tüm belirti bulguların iyi yorumlanması deliryumun tanılmasında sonraki basamaktır. Tanılama aşamasında bu duruma etken olabileceklerin saptanması ve bunların sebep olduğu olumsuz durumların düzeltilmesi, uygun tedavi sürecinin başlatılması, hastalığa bağlı oluşabilecek yan etkilerin önüne geçilmesi diğer girişimler arasında yer almaktadır (WEB-1 2019). Kapsamlı bir değerlendirme; gözlemlenen semptomların, işaretlerin, davranışların dikkatli bir şekilde ele alınarak, ilk tanı, ilgili eşlik eden durumlar, fonksiyonel durum ve prognoz da dahil olmak üzere hastanın durumunun anlaşılmasını içerir (Irwin vd 2013). Deliryumun yönetiminde temelde farmakolojik olmayan stratejiler bulunmaktadır ve ekibin ortak çabalarıyla yerine getirilmektedir (Bush vd 2017).

Deliryum yönetiminde öncelik tanılama olmalıdır. Deliryumlu hastada tanılama aşamasında veri toplarken önemli olan iki nokta, bireye ve çevresine ait verilerin toplanmasıdır. Bireye ait verileri toplarken deliryum olduğundan şüphe duyulan hastanın son zamanlardaki durumu ile ilgili bilgi almak ve hastanın bilişsel fonksiyonunu değerlendirmek çok önemlidir (Karadaş ve Özdemir 2019). Hastada dikkat ve farkındalığın azalması, bu durumun birkaç gün veya saat içinde gerçekleşmiş olması, ek bir bilişsel bozukluğun veya önceden tespit edilmiş demans ya da benzeri bir durumun olmaması, rahatsızlığın tıbbi bir durumdan, bir maddeden, toksinden veya çoklu faktörlerden kaynaklandığını gösteren klinik değerlendirmeye ait kanıtların varlığı (APA 2013) hastadan kapsamlı öykü alınmasını gerektiren durumlardır. Standart nörolojik muayene, sadece sakinleştirici alan hastalar için değil tüm hastalarda klinik muayenenin bir parçası olmalıdır. Seslenme ile uyarılabilen tüm hastalarda ikinci adım deliryum tarama araçlarıyla bilinç içeriğinin değerlendirilmesidir (Brummel ve Girard 2013). Deliryumun tüm tiplerinde hastaların tamamında algılama değişmiştir. Hastanın yakın belleğinde yitim, uyanıklık ve dikkatinde belirgin tahrip söz konusudur. Hastanın bakımından sorumlu kişilerden veya yakınlarından elde edilen ayrıntılı öykü, hastada deliryum öncesi ve sonrasında ortaya çıkan tabloyu aydınlatacaktır (Balas vd 2012). Deliryumun tanınmasını desteklemek için deliryum değerlendirme araçları da klinik olarak kullanılmalıdır (Hughes vd 2012).

Deliryumun tipik özellikleri dışında hastalar klinik anormallikler açısından da değerlendirilmelidir. Özellikle hemodinamik göstergeler (tansiyon, nabız gibi) solunumsal parametreler, kan gazı anormallikleri (İntepe vd 2015) ve metabolik değişiklikler (Altınışık 2010) kaydedilmeli ve takip edilmelidir. Bunun dışında hastanın klinik seyri dışında gelişebilecek tüm farklı durumlar ve deliryuma etkisi olabilecek ilaç kullanımı (Kırkpınar

2016, Karakuş vd 2017) ve enfeksiyon göstergeleri de hemşire takibinde önem arz eder (Şenoğlu vd 2014).

Deliryum gelişen hastada toplanan verilerden bir diğeri de çevresel verilerdir. Bu kapsamda hemşire hastanın bulunduğu fiziksel ortam özelliklerini değerlendirmelidir. Hastanın bulunduğu ortamın ısı, aydınlatması, ses düzeyi gibi özellikler izlenmeli ve kaydı yapılmalıdır. Ayrıca hastanın fizyolojik göstergelerinden ağrı, sedasyon, beslenme ve boşaltım durumu ve sıvı-elektrolit dengesi de toplanması gereken veriler arasında yer almaktadır (Karadaş ve Özdemir 2019).

Hemşire hastadan elde ettiği veriler ışığında, hasta yanıtlarını göz önünde bulundurarak deliryumdaki hastaya aşağıda yer alan şu hemşirelik tanımlarını koyabilir: duyuşal-algısal değişiklikler, akut bilinç bulanıklığı, sözel iletişimde bozulma, uyku örüntüsünde bozulma, düşme riski, hafızada bozulma, başkalarına ve kendisine yönelik şiddet riski, düşünce sürecinde değişim, çevreyi yorumlamada bozulma gibi. Hemşirelik tanımlarının belirlenmesinden sonraki aşama da planlama ve uygulama aşamasıdır. Deliryumlu hastanın öncelikleri belirlenerek bütüncül bir yaklaşımla hemşirelik girişimleri uygulanır. Tanı koyma ve uygulama sırasında hemşirenin, hastanın kendisine ve başkalarına yansıyabilecek olumsuz durumları ve bunların sonuçlarını hesaplayarak hastasına uygun bakımı yapabilmesi gerekmektedir (Kaya 2017).

Deliryum yönetimde, uygulama basamağında farmakolojik olmayan hemşirelik yaklaşımları uygulanır. Bu hemşirelik yaklaşımları yukarıda da yer alan deliryum gelişmesini önleme girişimlerinde yer alan uygulamalardır. Bu uygulamaların hedefleri aşağıda belirtildiği şekilde gerçekleşmelidir:

Hasta kişinin, yer ve zaman yöneliminde düzelme gösterebilmesi, akut konfüzyon durumunun yatışmış olması, ajite ve saldırgan davranışlar göstermemesi, normal uyku ritminin sağlanması, düşünce ve gereksinimlerini ifade edilebilmesi, beslenme, sıvı alımı ve hareket aktivitesinin yeterli olması ve en son olarak da günlük yaşam aktivitelerini yapabilecek iyilik haline gelmiş olması deliryum yönetiminin değerlendirme aşamasında beklenen hedefler arasında yer almaktadır (Karadaş ve Özdemir 2019).

## **2.6. Kişiliğin Tanımı ve Kişiliği Oluşturan Faktörler**

### **2.6.1. Kişiliğin tanımı**

Genetik, çevresel ve diğeri faktörlerin etkiyle bireylerin farklı kişilik özelliklerine sahip olması ve benzer şartlarda bile farklı davranışlar sergilemesi bilim dünyasında ilgi görmektedir. İnsanlar herhangi bir olay karşısında birbirlerinden farklı tepkiler

verebilmekte ve yöntemler izleyebilmektedirler. Bunun en önemli nedenlerinden birisi insanların farklı kişilik özelliklerine sahip olmasıdır (Ağaçcı 2019). Kişilik kavramı literatürde farklı şekillerde tanımlanmıştır. Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük'te "Bir kimseye özgü belirgin özellik, manevi ve ruhsal niteliklerin bütünü, şahsiyet ve bireyin toplumsal hayatı içinde edindiği alışkanlıkların ve davranışların bütünü" olarak ifade edilmektedir (WEB-2 2019). Kişilik kavramı, bir insanın sosyo-kültürel çevresine uyum biçimini kapsayan, bireylerin ilgi, tutum, davranış ve fiziksel özelliklerini de içine alan çok yönlü bir kavramdır (Akif 2011). Kişilik, içeriden ve dışarıdan gelen uyaranlarla etkileşerek bireylerin biyolojik, psikolojik, kalıtsal-edinsel yeteneklerini, güdülerini, duygularını, isteklerini ve tüm davranışlarını sarmalayan insanın düşünüş, duyuş, davranış biçimlerini etkileyen etmenlerin kendine has yansımasıdır (Özdemir vd 2012, Aykaç ve Tiryaki 2013). Kişilik kelimesi, bazen mizaç, huy ve karakter gibi sözcüklerin yerine kullanılmaktadır. Mizaç, doğumla beraber edinilmiş, kişiliğin biyolojik olan ve değiştirilemeyen yönünü; karakter ise kişiliğin aile, toplum ve çevresel faktörlerin de etkisiyle oluşan, değiştirilebilir ve ahlaki olan yönünü ortaya koyan kısmıdır (Totan vd 2010).

### 2.6.2. Kişiliği oluşturan faktörler

Pek çok etmene bağlı olarak değişen ve gelişen kişilik, genetik faktörler, iç ve dış uyaranlar, aile yaşam koşulları, toplumsal beklentiler ve eğitim gibi faktörlerin etkisi altında yoğrulur. Bu etkenleri 6 başlık altında incelemek mümkündür (Tatlılıoğlu 2014).

Genetik faktörler ve fiziksel yapı faktörleri: Bireyler kendi cinslerine ait kalıtsal özellikleri taşıırken aile ve geçmiş nesillerine ait bir takım kalıtsal özellikleri de birbirlerine aktarmaktadırlar. Kalıtımın kişiliğe olan etkisi belirsizliğini korurken bilim insanları kişiliğin oluşumunda hem kalıtımın hem de çevrenin etkilerini tartışmakta, kalıtımın kişilikle yakından ilgili olduğunu, fakat bu etkinin bireyden bireye farklılaşa bileceğini belirtmektedirler (Özsoy ve Yıldız 2013).

Sosyokültürel faktörler ve sosyal sınıf faktörü: Günlük yaşantımızda kültürel değerler bireyin kişiliğini şekillendiren özelliklerin belirlenmesine katkı sağlarken, kişilik özelliklerinin nasıl ifade edildiğini de ortaya koymaktadır. Sosyal faktörler ise, kişilikte oldukça önemli bir yere sahiptir. Bireylerin doğumundan ölümüne kadar olan süreçte edindiği birtakım deneyimler ve ait olunan sosyal sınıf, (yaşam koşulları, eğitim, geçim kaynakları, kayıplar ve kazanımlar, bireylerin düşünce, eğilim, tüketim alışkanlıkları vb) kişiliğini şekillendirmektedir. Çünkü her birey diğer bireylerden farklı bir çevrede yetişmiştir. Ayrıca çevremizde bulunan diğer bireylerle iletişim ve etkileşim içinde olmamız, bu çevreden edindiğimiz öğretiler ve yaşantılar da kişiliğimizi

şekillendirmektedir. Bu etkileşim karşılıklı bir şekilde devam etmektedir. Belirli bir sosyal grup veya örgüt içinde yer alan bireylerin davranışları o grup içinde belirlenen sosyal norm ve kurallara göre şekillenebilmektedir (Tatlılıoğlu 2013, Uğurlu ve Çelebi 2014).

**Aile faktörü:** Bireyler doğumla birlikte başlayan yaşantılarında sosyo-kültürel değerleri ilk olarak ailesinde öğrenerek edinir. Yaşadığımız kültüre uygun olarak içinde bulunduğumuz toplum tarafından onaylanan veya onaylanmayan tüm davranış ve kuralların öğrenildiği en küçük toplumsal yapı ailedir. İçinde bulunulan toplum aileyi etkilediği gibi aile de içinde bulunulan toplumu etkiler (Özdemir vd 2012, Topçu 2015). Bireylerin kişilik gelişimi doğumla beraber ailede başlar. Ailenin çekirdek ya da geniş aile olması, geçim kaynakları, eğitim düzeyi, sosyokültürel özellikleri gibi pek çok özellikten kişilik yapısı etkilenmektedir (Özsoy ve Yıldız 2013).

**Coğrafi faktörler:** Bireylerin, doğumdan ölüme değin yaşadıkları bölgenin fiziksel koşullarının (iklim, coğrafi özellikler gibi) kişilik yapısında değişikliklere neden olduğu bilinmektedir. Coğrafi faktörler kişiliği doğrudan etkilemese de bireyin içinde bulunduğu toplumun kültürünü ya da bireylerin antropolojik özelliklerini belirlediğinden kişiliği bir şekilde etkilemektedir. Coğrafi olarak daha ılıman, sıcak veya kıyı kesiminde yaşayan bireylerle, daha dağlık, ovalık veya soğuk bölgelerde yaşayan bireylerin kişilik özellikleri değişiklik gösterebilmektedir (Karabacak 2010).

**Diğer faktörler:** Kişiliğin gelişiminde ve oluşumunda etkili olan ve yukarıda ifade edilenlerin yanı sıra; kitle iletişim araçları (Tatlılıoğlu 2013, Topçu 2015) doğum öncesi, sırası ve sonrasında yaşanan olaylar (annenin sağlıklı bir gebelik geçirip geçirmediği, hastalıklar, doğum sürecindeki yaşadıkları, içinde bulunduğu ortam gibi), gelişim dönemlerindeki tecrübeler de kişiliğin şekillenmesine önemli katkılar sağlamaktadır (Tatlılıoğlu 2013).

### **2.6.3. Beş faktör kişilik modeli ve özellikleri**

Tarihten günümüze kişiliğin özelliklerini ve tiplerini ölçen ve çeşitli alt boyutlarıyla inceleyen araştırma olmasına karşın günümüzde psikoloji alanında en fazla benimsenen modellerden birisi "Beş Faktör Kişilik Modeli"dir (Tozkoparan 2013). Bu faktörler gelişime açıklık, sorumluluk, duygusal tutarsızlık/nevrotizm, dışadönüklük, yumuşak başlılık ve gelişime açıklıktır (McAdams ve Olson 2010).

#### **2.6.3.1. Gelişime açıklık**

Bu faktör kavramsal olarak bilim insanlarının farklı görüşlere sahip olması sebebiyle tartışılan bir faktör olmuştur. Gelişime açıklık kavramı, sıradan olmayan

düşünce ve davranış şeklini; farklı, yaratıcı, hayalperest, araştırmacı, sanatsal yaratıcılığına meyilli olma özelliklerini kapsar. Bu özelliklere sahip olan bireyler bilinmeyeni denemekten vazgeçmezler ve bu davranışları kısmen akıl gücü gerektirir. (Ünaldı vd 2013). Gelişime açık kişiler insiyatifli, kreatif, cesur tavırları ve sorgulayıcı fikirleri ile dikkat çekerler (Tekin 2012). Morsünbül (2014) gelişime açık kişilerin bilinmeyene meraklı, farklı ve yeni olanı yapmaya istekli olduğunu söylemektedir. Risk almaktan korkmazlar ve değişimle ilgili olarak diğer kişilerden farklı bir bakış açısına sahiptirler ve değişimi bireysel bir gelişim olarak değerlendirirler. Bu bireyler aynı zamanda yaptıkları işte idealisttir, bilgi becerilerini her defasında bir üst basamağa çıkarmaya odaklıdır (Merdan 2013).

### **2.6.3.2. Sorumluluk**

Bu boyutta bulunan kişilerin en belirgin özellikleri, yaptıkları işte önder, hedefine kilitlenmiş, amaçlarına ulaşmak için sabır gösteren, sonrasında da ortaya bir ürün koyabilen çalışkan kimseler olduğu belirtilmektedir (Çivitçi ve Arıcıoğlu 2012). Bu bireyler etrafındaki kişilerin güven duyduğu, sabırlı ve kimsenin yapmadığı işlerin dahi üstesinden hakkıyla gelebilen kişilerdir (Reisoğlu 2014). Bu bireyler yaptıkları işte sonuçları düşünür ve süreçte yaşanabilecek sorunların önlemlerini öncesinde alır, planlı ve kontrolçüdür. Bu özellikleri yaptıkları işlerde başarılı olmanın kapısını açar. Düzenli, sistematik ve güvenilen kimselerdir (Tozkoparan 2013, Morsünbül 2014). Verilen sorumlulukları önemserler ve bu bilinçle çalışmak isterler (Merdan 2013).

### **2.6.3.3. Duygusal tutarsızlık/nevrotiklik**

Duygusal tutarsızlık/nevrotiklik, karışık tutum, içe kapanma, olumsuz duygulanımın belirgin, düşünsel hassasiyetin de yetersiz olduğu bir boyut olup; kendini emniyette hissetmeme ve gerginlik duyguları ile yaşanan olumsuz tecrübelerle bağlantı gösterir. Bu kişilerde keder, duygusal zorlanma, öfkeli olma ve güvensizlik belirgin özellikleridir (Tozkoparan 2013). Bu boyuttaki bireyler stres altında, şüpheli ve öfkeli olabilmektedirler (Merdan 2013). Ulusoy ve Durmuş (2011) nevrotik kişilerin kendini muhtaç hissetme ve kendine koruyucu arama özelliklerinin öne çıktığını vurgulamaktadır. Bilgin (2017) çalışmasında, bilişsel esneklik (alternatif yolların bilincinde olma, bu yolları seçebilme ve bu yönde yetkinlik kazanma) ile nevrotizm ilişkisini incelemiş, bilişsel esneklik azaldıkça duygusal tutarsızlığın arttığı sonucuna ulaşmıştır. İş yaşamındaki yalnızlığın kişilik özellikleri açısından incelendiği bir çalışmada

ise duygusal tutarsızlığın iş yaşamında yalnızlığa neden olduğu belirtilmektedir (Çetin ve Çakır 2016).

#### **2.6.3.4. Dışadönüklük**

Dışadönük bireyler Goldberg'e göre (1992); dominant ve hareketli bireylerdir ve bu özellikler bu boyutun temel özellikleridir. Girişken, başat, kendine güveni yüksek, aktif, çevresiyle kolay bağ kuran ve liderlik vasıfları olan bireylerdir (Tozkoparan 2013). Merdan'a (2013) göre dışa dönüklük boyutunda yer alan kişiler sosyal çevrelerinde çabuk iletişim kurabilen, yabancıları oldukları bireylerle bile kolaylıkla bağ kurabilen bireylerdir (Tatlıoğlu 2014). Ağacçı'ya (2019) göre, dışadönük bireyler günlük hayatlarında sosyal çevrelerinden uzak kaldıklarında çöşkuları azalmaktadır. Süren'in (2016) çalışmasında, dışadönüklerin nevrotiklere göre daha az tükenmişliğe uğradıkları belirtilmiştir.

#### **2.6.3.5. Geçimlilik/yumuşak başlılık/uyumluluk**

Bu boyutta bulunan kişiler daha çok güvenilen, nazik, ekip iş birliğine yatkın, çevresine adapte olabilen, sempatik, paylaşımcı kişilik özelliklerini gösterirler (Tozkoparan 2013, Morsünbül 2014). Bu kişiler iyi bir insan olma, iyi ilişkiler kurma, kötü duygular beslememe ve çalıştıkları işte arkadaşlarının da işe uyumunu sağlayıcı, kurum iş yükümlülüklerinin ve kaidelerinin önemini bilen ve bu yükümlülükleri uygulayıcı bir yapıları vardır. Yeniliklere uyum konusunda da etrafındaki kişilere rol modeli olurlar. Ekip çalışmalarında başattır ve bu özellikleri onların farkedilmelerini sağlar (Tozkoparan 2013). Ortaklaşa işleri sürdürebilen, özverili, güvene dayalı ilişkiler kurabilen, cana yakın ve uyumlu bireylerdir (Ünaldı vd 2013). Genellikle uyumlu bireyler gergin ortamlarda yatıştırıcıdırlar. Ortama çabuk adapte olur ve olumsuz durumların yönetiminde soğukkanlı ve alttan alıcı davranabilirler. Olumlu özelliklerinden dolayı sosyal ve yakın çevreleri tarafından pozitif geri bildirimle teşvik edilirler (Merdan 2013).

### **2.7. Konu ile İlgili Yapılmış Çalışmalar**

Ciddi hastalığı olan yetişkinlerde sakinleştirici ve analjeziklerin sürekli kullanımı için klinik uygulama rehberi'nin gözden geçirilmesinin amaçlandığı multidisipliner bir grubun çalışmasında; durumu ciddi olan hastalarda ağrı, ajitasyon ve deliryumu önlemek



ve tedavi etmek için entegre, kanıta dayalı, hasta merkezli protokollerin geliştirilmesi için bir yol haritası oluşturulmuştur (Barr vd 2013).

Deliryumun önlenmesi, izlenmesi ve yönetiminde sedasyonla tedaviyi en aza indirmek, mekanik ventilasyonda kalınan gün sayısını azaltmak, uyanma ve nefes alma koordinasyonu, erken mobilizasyon ve hareketi sağlamak için oluşturulan deliryum paketinin sürdürülebilirliğinin değerlendirildiği prospektif bir müdahale çalışmasında, katılımcıların %77'si bu paketin hastaların sonuçlarını olumlu yönde etkilediğini, %68'i uygulanabilir olduğunu ve %67'si de kanıta dayalı olduğunu belirtmiştir (Balas vd 2013).

Skrobik ve diğerleri (2010) üçüncü basamak bir YBÜ'de deliryum hemşirelik yaklaşımı, ağrı ve ajitasyon protokolünün, eğitim öncesi ve sonrası ileriye dönük iki periyotta değerlendirdikleri çalışmalarında; farmakolojik ve farmakolojik olmayan hemşirelik müdahaleleri ile sedasyon ve ağrı yönetiminin, deliryumun sonuçlarını iyileştireceği veya olumsuz sonuçlarını azaltacağını söylemişlerdir. Eğitim sonrası, hastaların tedavi sürecinde kullanılan benzodiazepin miktarının, yoğun bakım kalış süresinin, mekanik ventilasyonla geçen günlerin ve hastada gelişen iyatrojenik koma oranlarının azaldığını saptamışlardır.

Çavuşoğlu'nun (2019) 198 yoğun bakım hastasında yarı deneysel olarak yürüttüğü çalışmasında; fiziksel çevre düzenlemesiyle (ısı, nem ve ses) deliryum riski arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmada deliryum sendromuna etkisi olabilecek fiziksel çevre faktörlerinin düzenlenmesiyle deliryum gelişme olasılığının azaltılabileceği belirlenmiştir.

Karadaş (2015) yaşlı yoğun bakım hastalarında eklem açıklığı hareketlerinin deliryumu önlemedeki etkisini incelemiştir. Çalışmasında; yoğun bakım ünitelerinde eklem açıklığı hareketlerinin deliryumun önlenmesi, süresinin ve sıklığının azaltılması amacıyla uygulanabileceğini söylemiştir.

Koçyiğit (2011) reanimasyon ünitesinde yatan hastalarda deliryum sendromlu olanlarının sağlık ekibi üyeleri tarafından farkedilme durumlarını incelemiştir. Taramada, yoğun bakım deliryum değerlendirme ölçeği kullanıldığında ekip üyelerinin %60,6'sının, deliryum tarama kontrol listesi kullanıldığında ise %60,9'unun deliryumu ayırt edemediği görülmüş ve her iki ölçekte de ayırt edebilenlerle edemeyenler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Elibol (2015) yaşlı hastalarda ortopedik ameliyat sonrasında hemşirelik uygulamalarının deliryumu önleme üzerindeki etkisini araştırmıştır. Çalışma kapsamında hemşirelere altı saat süren bir eğitim verilmiş ardından da deliryuma yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Sonuçta deliryum gelişme oranı; deliryuma yönelik uygulanan bakımla deney grubunda %6,7 iken, standart bakım uygulanan kontrol grubunda %36,7 olarak saptanmıştır.

Yoğun bakımda çalışan hemşirelere verilen nonfarmakolojik hemşirelik yaklaşım eğitiminin (fizyolojik desteğin, oryantasyonun ve mobilizasyonun sağlanması, uykunun desteklenmesi ve çevre düzenlemesi), hemşirelerin deliryumu ayırt edebilme ve değerlendirebilme durumuna etkisi ele alınmıştır. Çalışmada hemşirelerin ağrıyı azaltmaya ya da gidermeye yönelik girişim oranlarının düşük (%32,9) olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrasında fizyolojik desteğin sağlanmasına yönelik yaptıkları uygulamalar karşılaştırılmış ve eğitim sonrasında hemşirelerin bu uygulamaları yapma oranlarında artış gözlemlenmiştir. Hastaların kişi, yer ve zaman yönelimlerinin sağlanma oranları %4,7 iken eğitim sonrası %20,3'e yükselmiştir (Birge 2015).

Topuz ve Doğan (2012) yoğun bakım hemşirelerinin deliryum bilgisi ile ilgili bir araştırma yapmıştır. Araştırmada hemşirelerin deliryum bilgisinin yetersiz olduğunu, deliryum bilgisi yeterli olanların ise deliryumu tanımlamakta zorlandığını bulmuştur. Buna karşın, hemşirelerin deliryum risklerini bildiklerini ve bu risklere yönelik gereken müdahaleleri yaptıkları ifade edilmiştir.

YBÜ'de çalışan hemşirelerin deliryum hakkındaki düşünce ve müdahalelerinin araştırıldığı bir çalışmada, 106 hemşireden %75,5'inin deliryumu rutin olarak izlemediklerini, yarıdan biraz fazlasının deliryumun ilaç dışı yöntemlerle önlenemediğini, yarıdan azının deliryumun gelişmesini önlemek için hemşirelik girişimlerinden etkili iletişim kurmanın etkili olduğunu düşündükleri ileri sürülmüştür (Zeki 2013).

Bir çalışmada, hemşire ve hekimlerin yoğun bakım deliryum yönetimleriyle ilgili bilgi, tutum ve uygulama skorları karşılaştırılmıştır. Her iki ekip üyesinin puanlarına bakıldığında, uygulama ve bilgi puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Bilgi puanının hekimlerde daha fazla, uygulama puanının ise hemşirelerde daha fazla olduğu belirlenmiştir (Sarı 2015).

Çetin (2018) çalışmasında hemşirelere ait deliryum bilgi ve uygulama puanlarının dağılımını incelemiştir. Bu çalışmada hemşirelerin, deliryum yönetimi bilgi puanları yeterli iken, uygulama puanları ise yetersiz bulunmuştur.

Yoğun bakım hemşirelerinin deliryum farkındalıklarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, hemşirelerin yoğun bakım hastalarında görülen deliryumu tehlikeli ve mühim bir sağlık sorunu olarak gördükleri, ancak deliryum yönetimi ve alınması gereken önlemler konusunda yetersiz kaldıkları saptanmıştır (Çevik vd 2016).

Trogrlić ve diğerleri (2015) YBÜ hastalarında deliryum odaklı müdahaleleri içeren uygulama stratejilerinin yer aldığı meta analizlerinde, deliryum taraması ve bilgisinin uyumu etkin bir şekilde değiştirdiğini belirlemişlerdir. Bu programların etkinliğinin artırılabilmesi için, öncelikle sağlık profesyonellerinde davranış değişikliği oluşturulması ve aynı zamanda örgütsel değişimlerin de hedeflenmesi gerektiği söylenmiştir.

## **2.8. Araştırmanın Hipotezleri**

H1: Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin kişilik özellikleri deliryum farkındalıkları ve yönetimini etkiler.

H2: Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri deliryum farkındalıkları ve yönetimini etkiler.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma, yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin kişilik özellikleri açısından deliryum farkındalıklarını ve yönetimini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Bu araştırma Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yapılmıştır. Hastanede toplam 9 adet YBÜ bulunmaktadır. Araştırmanın yapıldığı üniteler, 2. ve 3. düzey yoğun bakım ünitelerinden oluşmakta olup; 2. düzey yoğun bakım üniteleri, temel monitörizasyon ve destek tedavileri ile invaziv monitorizasyon ve tedavilerinin de yapılabilirdiği; 3. düzey yoğun bakım üniteleri ise, çoklu organ işlev bozukluğu gibi tüm komplike hastalıkların kabul edildiği, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi destek tedavilerin sağlanabildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi hizmeti veren yoğun bakım servisleridir (WEB-3. 2019).

Bu yoğun bakımlardan Koroner ve Nöroloji YBÜ, 2. Düzey; Anestezi YBÜ (toplam 4 adet), Kalp Damar Cerrahisi, Beyin Cerrahisi ve Dahiliye YBÜ 3. düzey yoğun bakım olarak hizmet vermektedir. Koroner YBÜ 7 yataklıdır ve 9 hemşire çalışmaktadır. Nöroloji YBÜ 5 yataklı olup 6 hemşire ile hizmet vermektedir. Anestezi YBÜ 1A-1D koridoru 13 yataklıdır ve 21 hemşire çalışmaktadır. Anestezi YBÜ 1B koridorunda 8 yatak ve 10 hemşire bulunurken, Anestezi YBÜ 1C koridorunda da 8 yatakla,13 hemşire hizmet vermektedir. Anestezi YBÜ-2'de ise 6 yatak ve 9 hemşire bulunmaktadır. Kalp Damar Cerrahisi YBÜ 10 yataklıdır ve 14 hemşire çalışmaktadır. Beyin Cerrahisi YBÜ 10 yataklıdır ve bu birimde 11 hemşire çalışmaktadır. Dahiliye YBÜ 5 yataklı olup 7 hemşire ile hizmet vermektedir.

YBÜ'lerin çalışma saatleri 08-16, 16-08 şeklindedir ve çalışma saatlerinde 3. düzey yoğun bakımlarda her 3 veya 4 yatağa 1 hemşire, 2. düzeylerde ise her 5 ya da 6 yatağa 1 hemşire hizmet vermektedir.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi yetişkin yoğun bakımlarda çalışan 100 hemşire araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmada örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında evreni bilinen örnekleme yöntemi uygulanmış ve örneklem aşağıda verilen formülle hesaplanmıştır (Erdoğan ve Nahcivan 2014). Buna göre örneklem sayısı %95 güven aralığında 79 hemşire tespit edilmiştir. Kayıpların olabileceği düşünülerek 84 hemşireye ulaşılmış fakat kayıp olmadığı ve veri toplama araçlarını eksiksiz dolduran 84 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N=Evren büyüklüğü (100), t=Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer ( $\alpha=0,05$  serbestlik derecesindeki  $t=1,96$ ), p=İncelenecek olayın görülüş sıklığı (%41,18) (Demir Korkmaz vd 2015), q=İncelenecek olayın görülme sıklığı (1-p), d=Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma (0,05).

Araştırmanın dahil edilme kriterleri: Yetişkin yoğun bakımlarda çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler alınmıştır.

Araştırmanın dışlama kriterleri: Poliklinikler, yatan hasta servisleri, pediatri ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan ve raporlu hemşireler araştırmanın dışlama kriterlerini oluşturmuştur.

### 3.4. Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay alınmıştır (09.01.2019 tarihli, 60116787-020/1934 sayılı) (Ek-6). Araştırmanın belirlenen hastanede yürütülebilmesi için kurum izni (Ek- 7) alınmıştır. Hemşirelerin Deliryum Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Formu (Ek-5) ile Beş Faktör Kişilik Özellikleri Anketi için (Ek-4) mail yoluyla izin alınmıştır. Araştırmanın

evrenini oluşturan hemşirelere; çalışmanın amacı, kapsamı, süresi ve kendisinden ne beklediği açıklanarak isteklilik ve gönüllülük ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için bilgilendirilmiş sözel izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelere, araştırmaya katılmaya ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, araştırmadan istedikleri zaman çekilebilecekleri konusunda bilgi verilerek, otonomi ilkesine saygı gösterilmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan hemşirelere, kendilerinden alınan bilgilerin araştırmanın dışında farklı amaçlarla kullanılmayacağı ve başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek, sadakat ve gizlilik ilkelerine bağlı kalmıştır.

### 3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Hemşirelerin Deliryum Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Formu puan ortalaması bağımlı değişken olarak alınmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Bağımsız değişkenler; hemşirelerin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, toplam çalışma ve YBÜ'de çalışma yılı, YBÜ'deki görevi, haftalık çalışma saati, ortalama bakım verdiği hasta sayısı, YBÜ'de hemşirelik sürecini kullanma durumu, hemşirelik bakımı için yoğun bakımdaki hastadan hangi alanlarda veri topladığına ilişkin veriler, çalıştığı birimin adı, YBÜ'de deliryuma ilişkin bir risk tanılması kullanma durumu, eğer kullanıyor ise hangi rehberi kullandığı, bu rehberi hangi sıklıkla kullandığı ve Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği puan ortalamalarıdır.

### 3.6. Eğitim Materyali ve Veri Toplama Araçları

Verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan “veri toplama formu”, “Deliryuma İlişkin Bilgi Değerlendirme Formu” ve “Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği” kullanılmıştır.

Veri toplama formu: Veri toplama formu araştırmacı tarafından literatür (Alkan 2006, Ateş 2012, Yaşayacak ve Eker 2012, Özdemir 2014, Topuz ve Doğan 2014, Birge 2015, Demir Korkmaz vd 2015, Karabulut ve Aktaş 2016, Birge ve Aydın 2017, Zamoscik vd 2017, Zhang vd 2017, Collet vd 2018, Çetin 2018, Yamada vd 2018) doğrultusunda hazırlanan, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin (12 soru), çalışma ortamına ait soruların (6 soru) olduğu 2 ayrı bölümden oluşmaktadır.

Hemşirelerin deliryum hakkındaki bilgi düzeyleri formu: Form, Demir Korkmaz ve diğerleri (2015) tarafından hemşirelerin deliryum ile ilgili bilgilerini ortaya çıkarmak amacıyla literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır. Bu form toplam 69 soru ifadesinden

oluşmaktadır. Formun kapsam geçerliliği araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Formda deliryumun tanımına (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9), nedenlerine (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17), risk gruplarına (18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30), belirti bulgularına (31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51) ve hemşirelik yönetimine (52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69) yönelik ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadelerden 19'u (2, 3, 4, 9, 10, 21, 24, 27, 28, 33, 35, 39, 42, 44, 45, 48, 55, 59, 61) ters hazırlanmış ve hemşirelerin "yanlış seçeneğini belirtmeleri" aslında sorunun doğru cevabını oluşturmaktadır. Formdaki her bir ifade için "doğru", "yanlış", "bilmiyorum" şeklinde üç cevap seçeneği bulunmaktadır. Deliryuma ilişkin ifadelerin doğru olarak cevaplanması durumu 1 puan, cevapsız/bilmiyorum ve yanlış cevaplanması durumu ise 0 puan verilerek değerlendirilmektedir. Hemşirelerin bu formdan alabileceği en düşük puan sıfır, en yüksek puan 69'dur. Sorulara verilen doğru yanıt ortalamaları kesme noktası alınarak; 23 puan ve altı düşük, 24-47 puan arası orta, 48 puan ve üstü yüksek bilgi düzeyi olarak kabul edilmektedir.

*Beş faktör kişilik özellikleri anketi (BFKÖA):* John ve diğerleri tarafından 1991 yılında geliştirilen bu ölçek, Alkan tarafından 2006 yılında dilimize uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 44 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar açıklık (5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 41, 44) sorumluluk (3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43), duygusal tutarsızlık (4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39), dışadönüklük (1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36) ve geçimlilik (2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42) maddelerini içermektedir. Bu maddelerden kalın punto ile belirtilenler negatif maddeleri ifade etmektedir. Ölçek 5'li Likert tipi (1-Hiç katılmıyorum, 5-Çok Fazla Katılıyorum,) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde ölçeği oluşturan alt boyutlardan alınan ortalama puanlar esas alınmakta ve en yüksek ortalamaya sahip olan alt boyut bireyin kişilik yapısını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa değerlerinin toplamda 0,87, alt boyutlarda ise 0,67- 0,89 arasında olduğu belirtilmiştir (Alkan 2006), Bu çalışmada ölçeğin toplamda Cronbach Alfa değeri 0,81 bulunurken, alt boyutlarda ise 0,60-0,80 arasında bulunmuştur. Ölçeğin 18 maddesi negatif, 26 maddesi pozitif ifadeli olup, pozitif maddeler "1" hiç katılmıyorum, "2" çok az katılıyorum, "3" biraz katılıyorum, "4" oldukça katılıyorum, "5" çok fazla katılıyorum şeklinde puanlanırken, negatif maddeler tersine çevrilerek puanlanmıştır. Beş faktör kişilik özellikleri ölçeği alt boyutları, madde numaraları ve puanları şu şekildedir:

### 3.7. Ön Uygulamalar

Araştırma için kullanılacak olan veri toplama formu tez danışmanı ve tez öneri jürisi tarafından incelenmiştir. Form öneriler doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir. Veri toplama formu, Deliryum Bilgi Değerlendirme Formu ve Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği araştırmanın uygulandığı hastanede yoğun bakım dışında çalışan kliniklerde (Dahiliye Onkoloji, Kalp Damar Cerrahisi Servisi ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Başhemşire Yardımcısı) çalışan 3 ayrı sorumlu hemşire tarafından uygulanmıştır. Öneriler ve eleştiriler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

### 3.8. Araştırmanın Uygulanması

Öncelikle araştırma için Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi yetişkin yoğun bakımlarda 08-16 ve 16-08 arası çalışan hemşireler tespit edilmiş ve hemşirelerin çalışma saatlerine göre formlar yoğun bakımlara araştırmacı tarafından ulaştırılmıştır. Çalışma hakkında hemşirelere bilgi verilmiş ve bu doğrultuda sözel onamları alınmıştır. Öz bildirim dayalı formlar olduğundan belirtilen hastanede, yetişkin yoğun bakım hemşirelerine verilmiş ve formları hemşireler kendileri doldurmuştur. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

### 3.9. İstatistiksel Analiz

Analiz için SPSS 24.0 paket programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Ölçek puanlarına ilişkin bulguların değerlendirilmesinde ortalama  $\pm$  standart sapma ve medyan değerleri verilmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıklarının karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi "Independent samples t test" (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise iki bağımsız grubun farklılıklarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test ( $\chi^2$ -tablo değeri)



istatistikleri kullanılmıştır. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırma testi uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin iki sayısal ölçüm arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığını tespit etmek için Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır ( $r < 0,2$  çok zayıf ilişki ya da korelasyon yok).  $P < 0,05$  değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmaya Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Denizli Devlet Hastanesi yetişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin alınması planlanmıştır. Fakat Denizli Devlet Hastanesi tarafından kurum izninin alınamaması sebebi ile araştırma sadece üniversite hastanesinde yapılabilmektedir. Bu nedenle çalışmanın küçük bir örneklem grubu üzerinde olması önemli sınırlılıklar arasında yer alır. Ayrıca veriler sadece çalışmanın yapıldığı hastanenin yoğun bakım hemşirelerine genellenebilir. Ek olarak araştırmada kullanılan ölçeklerin özbildirime dayalı ölçekler olması çalışmada sınırlılık yaratmaktadır

## 4.BULGULAR

Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular üç başlık altında sunulmaktadır.

4.1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve çalışma ortamına ait özellikleri içeren bulgular

4.2. Hemşirelerin deliryum tanımı, nedenleri, risk grupları, belirti ve bulguları, deliryum yönetimi, deliryum hakkındaki genel bilgi düzeyleri ve kişilik özellikleri ile ilgili bulgular

4.3. Hemşirelerin tanıtıcı, çalışma ortamına ve kişilik özelliklerine göre deliryum hakkındaki bilgi düzeylerine ait bulgular.

#### 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Çalışma Ortamına Ait Özellikleri İçeren Bulgular

**Tablo 4.1.1** Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=84)

Değişken	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	75	89,3
Erkek	9	10,7
<b>Yaş [ <math>\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 28,06 \pm 5,80</math> (yıl) ]</b>		
32 ve altı	71	84,5
33 üzeri	13	15,5
<b>Eğitim durumu</b>		
SML – Ön lisans	32	38,1
Lisans veya üzeri	52	61,9
<b>Hemşire olarak çalışma süreleri</b>		
5 yıl ve altı	44	52,3
6-15 yıl	36	42,9
16 yıl ve üzeri	4	4,8
<b>Yoğun bakımda çalışma süreleri</b>		
5 yıl ve altı	56	66,7
6-15 yıl	25	29,7
16 yıl ve üzeri	3	3,6
<b>Yoğun bakımdaki görev durumları</b>		
Sorumlu hemşire	11	13,1
Yoğun bakım hemşiresi	73	86,9
<b>Haftalık Çalışma saati</b>		
48 saat ve altı	56	66,7
48 saat üzeri	28	33,3
<b>Ortalama bakım verdiği hasta sayısı</b>		
1-2 hasta	5	6,0
3 ve üzeri	79	94,0
<b>Yoğun bakımda hemşirelik sürecini kullanma</b>		
Evet	80	95,2
Hayır	4	4,8
<b>Hemşirelik bakımı için yoğun bakım hastasından veri toplanan alanlar*</b>		
Fizyolojik	78	32,1
Sosyokültürel	44	18,1
Psikolojik	72	29,6
Ekonomik	11	4,6
Çevresel	38	15,6

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.1.1'de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin %89,3'ünün kadın olduğu, %84,5'inin 32 yaş ve altında olduğu ve hemşirelerin yaş ortalamasının  $28,06 \pm 5,80$  olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin eğitim düzeylerinin yarısından biraz fazlası (%61,9) lisans düzeyi veya üzerindedir. Hemşire olarak %52,3'ünün ve yoğun bakımda çalışma süresine göre %66,7'sinin 5 yıldan daha az süredir çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin, %86,9'u yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %66,7'sinin haftada 48 saat ve altında çalıştığı, büyük bir çoğunluğunun (%94,0) günde ortalama 3 ve üzerinde hastaya bakım verdiği saptanmıştır. Hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun (%95,2) YBÜ'de hemşirelik sürecini kullandığı; hemşirelik bakımı için %32,1'inin fizyolojik alan, ardından %29,6'sının psikolojik alana ait veri topladığı bulunmuştur.

**Tablo 4.1.2** Hemşirelerin çalışma ortamına ait özelliklerinin dağılımı (n=84)

<b>Değişken</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Çalışılan birimin adı</b>		
Anestezi yoğun bakım	48	57,2
Kalp damar cerrahisi yoğun bakım	10	11,9
Koroner yoğun bakım	8	9,5
Beyin cerrahisi yoğun bakım	8	9,5
Nöroloji yoğun bakım	2	2,4
Dahiliye yoğun bakım	8	9,5
<b>Yoğun bakımda deliryuma ilişkin risk tanılama rehberi kullanma durumu</b>		
Evet	27	32,1
Hayır	57	67,9
<b>Risk tanılama rehberleri kullanılan rehberler</b>		
Risk tanılama rehberi kullanılmıyor	57	67,9
Psikiyatri konsültasyonu	27	32,1
<b>Okul döneminde veya çalışma süresince deliryum ile ilgili bilgi almaları</b>		
Evet	73	86,9
Hayır	11	13,1
<b>Çalışılan birimde fiziksel kısıtlama protokolünün varlığı</b>		
Evet	81	96,4
Hayır	3	3,6

Hemşirelerin çalışma ortamına ait özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.2'de verilmiştir. Hemşirelerin %57,2'sinin anestezi yoğun bakım ünitesinde çalıştığı; %67,9'u yoğun bakımda deliryuma ilişkin risk tanılama rehberi kullanmazken, %32,1'inin kullandığı ve bu hemşirelerin risk tanılmasını psikiyatri konsültasyonu yardımı ile yaptıkları görülmektedir. Hemşirelerin %86,9'unun okul döneminde veya çalışma süresince deliryum ile ilgili bilgi aldığı ve tamamına yakınının ise (%96,4), çalıştıkları birimde fiziksel kısıtlama protokolünün var olduğu tespit edilmiştir.

#### 4.2. Hemşirelerin Deliryum Tanımı, Nedenleri, Risk Grupları, Belirti ve Bulguları, Deliryum Yönetimi, Deliryum Hakkındaki Genel Bilgi Düzeyleri ve Kişilik Özellikleri ile İlgili Bulgular

**Tablo 4.2.1** Hemşirelerin deliryumun tanımına ilişkin bilgi düzeylerinin dağılımı (n=84)

Deliryumun Tanımına Yönelik Bilgi İfadeleri	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Deliryum geçici organik mental bir sendromdur	77	91,6	4	4,8	3	3,6
Deliryumda bellek muayene edilebilir	40	47,6	31	36,9	13	15,5
Deliryumda psikomotor aktivite sürekli yüksektir	57	67,9	17	20,2	10	11,9
Deliryumdaki hastanın uyku uyanıklık düzeni normaldir	3	3,6	77	91,6	4	4,8
Deliryumun patofizyolojisi tam olarak aydınlatılmış değildir	46	54,8	5	6,0	33	39,2
Deliryumun belirtileri bazen depresyon belirtileri ile uyuşabilmektedir	48	57,1	27	32,2	9	10,7
Deliryumun teşhisi için en iyi yollardan biri de mini mental muayenedir	48	57,1	4	4,8	32	38,1
Deliryum hastalarında ölüm oranı yüksektir	16	19,0	42	50,0	26	31,0
Deliryum birkaç saatten fazla sürmez	10	11,9	62	73,8	12	14,3

Tablo 4.2.1'de hemşirelerin deliryumun tanımına ilişkin bilgi düzeylerinin dağılımı sunulmuştur. Hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun (%91,6) "*Deliryum geçici organik mental bir sendromdur*", yarıdan biraz azının (%47,6) "*Deliryumda bellek muayene edilebilir*", yarıdan biraz fazlasının (%67,9) "*Deliryumda psikomotor aktivite sürekli yüksektir*" ifadesine doğru yanıt verdiği belirlenmiştir. Hemşirelerin %54,8 'inin "*Deliryumun patofizyolojisi tam olarak aydınlatılmış değildir*", %57,1'inin "*Deliryumun*

belirtileri bazen depresyon belirtileri ile uyuşabilmektedir” ile “Deliryumun teşhisi için en iyi yollardan biri de mini mental muayenedir” ifadesine doğru yanıt verdiği saptanmıştır.

Çalışma kapsamındakilerin büyük bir kısmının (%91,6) “Deliryumdaki hastanın uyku uyanıklık düzeni normaldir”, yarısının (%50) “Deliryum hastalarında ölüm oranı yüksektir”, %73,8’inin “Deliryum birkaç saatten fazla sürmez” ifadesine yanlış yanıt verdiği belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.2** Hemşirelerin deliryum nedenlerine ilişkin bilgi düzeylerinin dağılımı (n=84)

Deliryumun Nedenlerine Yönelik Bilgi İfadeleri	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Fiziksel hastalıklar deliryuma neden olmaz	16	19,0	58	69,1	10	11,9
Nörolojik hastalıklar deliryuma neden olabilir	71	84,5	8	9,5	5	6,0
Akut stres deliryuma neden olabilir	82	97,6	-	-	2	2,4
Alkol bağımlılarında ani alkol bırakımı deliryuma neden olabilir	72	85,7	3	3,6	9	10,7
Kafa travması deliryuma neden olabilir	70	83,3	3	3,6	11	13,1
Hipoksi deliryuma neden olabilir	67	79,8	10	11,9	7	8,3
Uzun süre anestezi altında kalma deliryuma neden olabilir	71	84,5	1	1,2	12	14,3
Nitrik oksit düzeyinin artması deliryuma neden olabilir	40	47,6	6	7,1	38	45,3

Hemşirelerin deliryum nedenlerine ilişkin bilgi düzeylerinin dağılımı Tablo 4.2.2’de verilmiştir. “Fiziksel hastalıklar deliryuma neden olmaz” ifadesine %69,1’i yanlış cevap verirken, doğru cevap verenlerin oranı %19’dur. Hemşirelerin büyük bir kısmının (%84,5) “Nörolojik hastalıklar deliryuma neden olabilir”, %97,6 ’sının “Akut stres deliryuma neden olabilir”, %85,7 ’sinin “Alkol bağımlılarında ani alkol bırakımı deliryuma neden olabilir” ve %83,3’ünün “Kafa travması deliryuma neden olabilir” ifadelerine doğru yanıt verdiği belirlenmiştir. Hemşirelerin %79,8’inin “Hipoksi deliryuma neden olabilir”, %84,5’inin “Uzun süre anestezi altında kalma deliryuma neden olabilir” ve %47,6’sının “Nitrik oksit düzeyinin artması deliryuma neden olabilir” ifadesine doğru yanıt verdiği belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.3** Hemşirelerin deliryum risk gruplarına ait bilgi düzeylerinin dağılımı (n=84)

Deliryumun Risk Gruplarına Yönelik Bilgi İfadeleri	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Yaşla birlikte deliryum riski artmaktadır	57	67,8	14	16,7	13	15,5
Görme bozukluğu olan hastanın deliryum riski artmaktadır	38	45,2	13	15,5	33	39,3
Hastanın aldığı ilaç sayısı arttıkça deliryum görülme riski de artar	50	59,5	12	14,3	22	26,2
İnvaziv girişimler (üriner kateter vb) deliryum riskini azaltabilir	16	19,0	55	65,5	13	15,5
B12 vitamin eksikliği deliryum riskini artırır	47	56,0	16	19,0	21	25,0
Erkeklerde, kadınlara göre deliryum riski daha fazladır	24	28,6	18	21,4	42	50,0
Diabet deliryum için yüksek risk faktörüdür	38	45,2	13	15,5	33	39,3
Dehidrasyon deliryum için risk faktörü olabilir	55	65,5	4	4,7	25	29,8
İşitme kaybı deliryum riskini artırır	49	58,3	15	17,9	20	23,8
Obezite deliryum için bir risk faktörüdür	37	44,1	19	22,6	28	33,3
Aile öyküsünde demans olanların deliryum riski yüksektir	57	67,8	5	6,0	22	26,2
Fiziksel tespit hastada deliryum riskini arttırabilir	72	85,7	4	4,8	8	9,5
Herhangi bir nedenle bilişsel yıkımın (bilinç, bellek, yönelim ve algılamada bozulma) olması deliryum riskini arttırabilir	78	92,9	4	4,8	2	2,3

Tablo 4.2.3' te deliryum risk gruplarına yönelik bilgi düzeylerinin dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin deliryum risk gruplarına yönelik %67,8'inin "Yaşla birlikte deliryum riski artmaktadır", %45,2'sinin "Görme bozukluğu olan hastanın deliryum riski artmaktadır", yarıdan fazlasının (%59,5) "Hastanın aldığı ilaç sayısı arttıkça deliryum görülme riski de artar" ve %56'sının "B12 vitamin eksikliği deliryum riskini artırır" ifadelerine doğru yanıt verdiği belirlenmiştir. Katılımcıların %45,2'sinin "Diyabet deliryum için yüksek risk faktörüdür", %65,5'inin "Dehidrasyon deliryum için risk faktörü olabilir", %58,3'ünün "İşitme kaybı deliryum riskini artırır" ve %44,1'inin "Obezite deliryum için bir risk faktörüdür" ifadelerine doğru yanıt verdiği belirlenmiştir. Hemşirelerin %67,8'inin

*“Aile öyküsünde demans olanların deliryum riski yüksektir”, çoğunluğunun (%85,7) “Fiziksel tespit hastada deliryum riskini arttırabilir”, büyük bir çoğunluğunun (%92,9) “Herhangi bir nedenle bilişsel yıkımın olması deliryum riskini arttırabilir” ifadelerine doğru yanıt verdiği saptanmıştır. Çalışmaya alınanların %65,5’i “İnvaziv girişimler (üriner kateter vb) deliryum riskini azaltabilir” ifadesine yanlış yanıt verirken, %50’si “Erkeklerde, kadınlara göre deliryum riski daha fazladır” ifadesine bilmiyorum cevabını vermiştir.*



**Tablo 4.2.4** Hemşirelerin deliryumun belirti bulgularına ilişkin bilgi düzeylerinin dağılımı (n=84)

Deliryumun Belirti Bulgularına İlişkin Bilgi İfadeleri	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Deliryumda gün boyunca bilinçte dalgalanmalar görülür	81	96,4	2	2,4	1	1,2
Deliryumda düşünce soyutlaşır	67	79,8	10	11,9	7	8,3
Deliryum, demans ve depresyon bulguları arasında genel olarak fark yoktur	32	38,1	42	50,0	10	11,9
Deliryum bulguları aniden gelişir	68	81,0	12	14,2	4	4,8
Deliryumdaki hasta enerjiktir	66	78,6	10	11,9	8	9,5
Deliryumdaki hastada utanma, ayıp ve yasak kavramları geçici bir süre ortadan kalkmaktadır	69	82,1	6	7,2	9	10,7
Deliryumdaki hastanın kişi zaman ve yer oryantasyonu sürekli bozuktur	59	70,2	20	23,8	5	6,0
Deliryum tanısı almış hasta ile iletişim kurmak zorlaşır	75	89,3	6	7,1	3	3,6
Deliryumdaki hastanın her zaman görsel ve duyuşal hallisünasyonları vardır	55	65,5	22	26,2	7	8,3
Deliryum genellikle düzeltilebilir	61	72,6	11	13,1	12	14,3
Deliryumlu hastanın gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuştur	79	94,0	1	1,2	4	4,8
Deliryumda hemen hemen hiç konsantrasyon kaybı yoktur	6	7,1	68	81,0	10	11,9
Deliryum uyku düzensizliklerine neden olur	76	90,5	4	4,7	4	4,8
Deliryum bireyin kişilik özelliklerini değiştirmez	19	22,6	51	60,7	14	16,7
Antikolinergic aktivite deliryumun şiddetini azaltır	24	28,6	23	27,4	37	44,0
Noradrenalin aktivasyonu deliryum seviyesini artırır	42	50,0	10	11,9	32	38,1
Deliryum esnasında korku ve anksiyete yaşanır	76	90,5	4	4,7	4	4,8
Deliryumlu hastalar her zaman agresiftirler	47	56,0	29	34,5	8	9,5
Gün içerisinde davranış değişikliklerinin olması deliryumun tipik bulgusudur	70	83,3	5	6,0	9	10,7
Deliryumlu hastanın dikkati kolay dağılır ve hasta konuşmayı devam ettirmekte zorlanır	70	83,3	9	10,7	5	6,0
Deliryumlu hastaların genellikle algısal bozuklukları vardır	76	90,5	2	2,4	6	7,1

Hemşirelerin deliryumun belirti bulgularına ilişkin bilgi düzeylerinin dağılımı Tablo 4.2.4'de verilmiştir. Hemşirelerin neredeyse tamamının (%96,4) *“Deliryumda gün boyunca bilinçte dalgalanmalar görülür”*, %79,8'inin *“Deliryumda düşünce soyutlaşır”*, %81'inin *“Deliryum bulguları aniden gelişir”*, %78,6'sının *“Deliryumdaki hasta enerjiktir”* ifadelerine doğru yanıt verdiği belirlenmiştir. Çalışma kapsamındakilerin %82,1'inin *“Deliryumdaki hastada utanma, ayıp ve yasak kavramları geçici bir süre ortadan kalkmaktadır”*, %70,2' sinin *“Deliryumdaki hastanın kişi zaman ve yer oryantasyonu sürekli bozuktur”*, %89,3'ünün *“Deliryum tanısı almış hasta ile iletişim kurmak zorlaşır”* ve %65,5'inin *“Deliryumdaki hastanın her zaman görsel ve duyuşal halüsinasyonları vardır”* ifadelerine doğru yanıt verdiği saptanmıştır. Hemşirelerin %72,6'sı *“Deliryum genellikle düzeltilebilir”*, %94'ü *“Deliryumlu hastanın gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuştur”*, %90,5'i *“Deliryum uyku düzensizliklerine neden olur”* ve yarısının (%50) *“Noradrenalin aktivasyonu deliryum seviyesini artırır”* ifadelerine doğru yanıt vermiştir. Hemşirelerin %90,5'inin *“Deliryum esnasında korku ve anksiyete yaşanır”*, %56'sının *“Deliryumlu hastalar her zaman agresiftirler”*, %83,3'ünün *“Gün içerisinde davranış değişikliklerinin olması deliryumun tipik bulgusudur”*, %83,3'ünün *“Deliryumlu hastanın dikkati kolay dağılır ve hasta konuşmayı devam ettirmekte zorlanır”* ve %90,5'inin *“Deliryumlu hastaların genellikle algısal bozuklukları vardır”* ifadelerine doğru yanıt vermiştir. Çalışmadakilerin yarısının (%50) *“Deliryum, demans ve depresyon bulguları arasında genel olarak fark yoktur”*, %81,0'inin *“Deliryumda hemen hemen hiç konsantrasyon kaybı yoktur”*, %60,7'sinin *“Deliryum bireyin kişilik özelliklerini değiştirmez”* ifadelerini yanlış cevapladığı saptanmıştır. Hemşirelerin %44,0'ü *“Antikolinergik aktivite deliryumun şiddetini azaltır”* ifadesine bilmiyorum yanıtını verdikleri belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.5** Hemşirelerin deliryumun hemşirelik yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin dağılımı (n=84)

Deliryum Hemşirelik Yönetimine İlişkin Bilgi İfadeleri	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Deliryum gelişme riski olan hastalara yaklaşımda temel amaç deliryumun ortaya çıkmasını önlemektir	70	83,3	6	7,12	8	9,5
Deliryum tanısı almış hastanın sessiz sakin ortamda tutulması semptomların kontrol altında tutulmasında yardımcı olur	71	84,5	2	2,4	11	13,1
Deliryumun tedavisinde genellikle ilaç kullanılır	50	59,5	21	25,0	13	15,5
Sedatif ve sakinleştirici tüm ilaçlar deliryumda faydalıdır	44	52,4	23	27,4	17	20,2
Tedavide en önemli olan sedasyonun ve uykunun sağlanmasıdır	65	77,4	9	10,7	10	11,9
Deliryumda tedavi önceliği hastanın güvenliğinin sağlanması ve desteklenmesidir	75	89,2	5	6,0	4	4,8
Yeterli sıvı alımı deliryumu önleyebilir	34	40,5	21	25,0	29	34,5
İşitme cihazı kullanmak deliryumun şiddetini artırır	18	21,4	34	40,5	32	38,1
Görme engelli yaşlılar için gözlük kullanmak deliryumu azaltabilir	56	66,7	10	11,9	18	21,4
Hastanın adı, bulunduğu yer, zaman ve yaşının aralıklarla hatırlatılması semptomların artmasına neden olur	35	41,7	35	41,7	14	16,6
Diğer insanlarla gereğinden fazla etkileşim deliryumun kötüleşmesine neden olabilir	56	66,8	14	16,6	14	16,6
Ağrının yeterli kontrol edilmemesi deliryumun kötüleşmesine neden olabilir	72	85,7	4	4,8	8	9,5
Deliryumdaki hastanın yanlış anladığı bir şey varsa o doğru anlayana kadar düzeltilmesi gerekir	55	65,5	17	20,2	12	14,3
Deliryum semptomlarının kontrol altına alınmasında gerektiğinde yatak istirahati önerilebilir	64	76,2	9	10,7	11	13,1
Mevsim, tarih, gün ve saat hakkında bilgilendirme özellikle buldukları ortamda saat olması hastaların deliryuma girmesini önleyebilir	58	69,0	13	15,5	13	15,5
Ameliyat sonrası dönemde hasta en kısa sürede ayağa kaldırılıp yürütülmelidir	64	76,2	3	3,6	17	20,2
Hastalar uzun süre uyaransız (yer zaman bildirimi, işlem hakkında bilgi verilmesi vb) bırakılmamalıdır	73	86,9	5	6,0	6	7,1
Deliryum tanısı almış hasta ajite ise travmalardan korumak için tespit edilmelidir	75	89,2	5	6,0	4	4,8

Tablo 4.2.5'de hemşirelerin deliryumun hemşirelik yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin dağılımına yer verilmiştir. Hemşirelerin %83,3'ünün "*Deliryum gelişme riski*

olan hastalara yaklaşımda temel amaç deliryumun ortaya çıkmasını önlemektir”, %84,5’inin “Deliryum tanısı almış hastanın sessiz sakin ortamda tutulması semptomların kontrol altında tutulmasında yardımcı olur”, %59,5’inin “Deliryumun tedavisinde genellikle ilaç kullanılır”, %52,4’ünün “Sedatif ve sakinleştirici tüm ilaçlar deliryumda faydalıdır” ve %77,4’ünün “Tedavide en önemli olan sedasyonun ve uykunun sağlanmasıdır” ifadelerine doğru yanıt verdiği belirlenmiştir. Çalışmadakilerin %89,2’sinin “Deliryumda tedavi önceliği hastanın güvenliğinin sağlanması ve desteklenmesidir”, %40,5’inin “Yeterli sıvı alımı deliryumu önleyebilir”, %66,7’sinin “Görme engelli yaşlılar için gözlük kullanmak deliryumu azaltabilir”, %41,7’sinin “Hastanın adı, bulunduğu yer, zaman ve yaşının aralıklarla hatırlatılması semptomların artmasına neden olur” ve %66,8’inin “Diğer insanlarla gereğinden fazla etkileşim deliryumun kötüleşmesine neden olabilir” ifadelerine doğru yanıt verdiği saptanmıştır. Hemşirelerin %85,7’sinin “Ağrının yeterli kontrol edilmemesi deliryumun kötüleşmesine neden olabilir”, %65,5’inin “Deliryumdaki hastanın yanlış anladığı bir şey varsa o doğru anlayana kadar düzeltilmesi gerekir”, %76,2’sinin “Deliryum semptomlarının kontrol altına alınmasında gerektiğinde yatak istirahati önerilebilir” ve %69’unun “Mevsim, tarih, gün ve saat hakkında bilgilendirme özellikle buldukları ortamda saat olması hastaların deliryuma girmesini önleyebilir” ifadelerine doğru yanıt verdiği belirlenmiştir. Katılımcıların %76,2’sinin “Ameliyat sonrası dönemde hasta en kısa sürede ayağa kaldırılıp yürütülmelidir”, %86,9’unun “Hastalar uzun süre uyaransız bırakılmamalıdır” ve %89,2’sinin “Deliryum tanısı almış hasta ajite ise travmalardan korumak için tespit edilmelidir” ifadelerine doğru yanıt verdiği belirlenmiştir. Hemşirelerin %40,5’inin “İşitme cihazı kullanmak deliryumun şiddetini artırır” ve %41,7’sinin “Hastanın adı, bulunduğu yer, zaman ve yaşının aralıklarla hatırlatılması semptomların artmasına neden olur” ifadelerine yanlıı cevapladıkları saptanmıştır.

**Tablo 4.2.6** Hemşirelerin deliryum hakkındaki bilgi düzeyleri ve kişilik özellikleri ölçek puanlarına ilişkin bulguların dağılımı (n=84)

Ölçekler	Ortalama	Standart sapma	Medyan	Min.	Max.
<b>BFKÖA</b>					
Açıklık	35,79	4,72	35,0	27,0	47,0
Sorumluluk	34,93	4,17	35,0	26,0	44,0
Duygusal tutarsızlık	24,54	4,38	25,0	14,0	32,0
Dışadönüklük	28,23	5,17	28,0	12,0	39,0
Geçimlilik	35,90	3,98	36,0	23,0	44,0
Toplam	159,38	14,32	159,0	121,0	194,0
<b>Deliryum hakkındaki bilgi düzeyleri</b>					
Deliryum tanımı	5,01	1,44	5,0	0,0	8,0
Deliryum nedenleri	6,29	1,56	7,0	0,0	8,0
Risk grupları	6,74	2,27	7,0	0,0	11,0
Belirti/bulgu	14,44	3,70	15,0	0,0	21,0
Deliryum yönetimi	12,29	3,46	13,0	0,0	17,0
Toplam	44,77	9,83	47,0	0,0	58,0

Hemşirelerin deliryum hakkındaki bilgi düzeyleri ve BFKÖA alt ölçek puanlarına ilişkin bulguların dağılımı Tablo 4.2.6.'dadır. Hemşirelerin kişilik alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; Geçimlilik  $35,90 \pm 3,98$ , Açıklık  $35,79 \pm 4,72$ , Sorumluluk  $34,93 \pm 4,17$ , Dışadönüklük  $28,23 \pm 5,17$  ve Duygusal Tutarsızlık  $24,54 \pm 4,38$ 'dir. Katılımcıların BFKÖA toplam puan ortalamaları  $158,38 \pm 14,32$  olarak saptanmıştır.

Çalışmadakilerin deliryum hakkındaki toplam bilgi düzeyleri puan ortalamaları  $44,77 \pm 9,83$ 'tür. Hemşirelerin deliryum hakkındaki belirti/bulgu puanı  $14,44 \pm 3,70$ , deliryum yönetimi puanı  $12,29 \pm 3,46$ , risk grupları puanı  $6,74 \pm 2,27$ , deliryum nedenleri puanı  $6,29 \pm 1,56$  ve deliryum tanımı puanı  $5,01 \pm 1,44$  olarak belirlenmiştir.

### 4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı, Çalışma Ortamına ve Kişilik Özelliklerine Göre Deliryum Hakkındaki Bilgi Düzeylerine Ait Bulgular.

**Tablo 4.3.1** Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre deliryum hakkındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Değişken (N=84)	n	Deliryum tanımı		Deliryum nedenleri		Deliryum Risk grupları		Belirti/bulgu		Deliryum yönetimi		Toplam puan	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]
<b>Cinsiyet</b>													
Kadın	75	5,03±1,49	5,0[2,0]	6,32±1,54	7,0[1,0]	6,80±2,30	7,0[4,0]	14,53±3,82	16,0[4,0]	12,33±3,46	13,0[4,0]	45,01±9,85	47,0[10,0]
Erkek	9	4,88±1,05	5,0[2,0]	6,11±1,76	7,0[3,0]	6,22±2,05	6,0[3,5]	13,67±2,55	14,0[4,0]	11,89±3,66	12,0[6,0]	42,78±10,05	43,0[18,0]
<b>Analiz*</b>		Z=-0,322		Z=-0,275		Z=-0,826		Z=-1,349		Z=-0,430		Z=-0,717	
<b>Olasılık</b>		p=0,747		p=0,784		p=0,409		p=0,177		p=0,667		p=0,473	
<b>Yaş</b>													
32 ve altı	71	5,01±1,44	5,0[2,0]	6,30±1,53	7,0[2,0]	6,65±2,35	7,0[4,0]	14,52±3,89	16,0[4,0]	12,08±3,66	13,0[4,0]	44,56±10,40	47,0[10,0]
32 üzeri	13	5,00±1,53	5,0[1,0]	6,31±1,75	7,0[2,5]	7,23±1,74	7,0[3,5]	14,00±2,52	14,0[4,0]	13,38±1,80	14,0[2,0]	45,92±5,99	47,0[11,5]
<b>Analiz</b>		Z=-0,186		Z=-0,203		Z=-0,731		Z=-1,291		Z=-0,992		Z=-0,068	
<b>Olasılık</b>		p=0,852		p=0,839		p=0,465		p=0,197		p=0,321		p=0,946	
<b>Eğitim</b>													
Ön lisans ve altı	32	5,44±1,16	5,0[1,0]	6,50±1,27	7,0[1,8]	6,81±2,21	7,0[4,0]	15,19±3,05	16,0[3,0]	12,53±3,04	13,0[3,0]	46,47±6,77	47,5 [6,0]
Lisans ve üzeri	52	4,75±1,55	4,0[2,0]	6,17±1,71	7,0[2,0]	6,69±2,33	7,0[3,8]	13,98±4,01	15,0[5,0]	12,13±3,72	13,5[4,0]	43,73±11,25	46,5[11,0]
<b>Analiz</b>		Z=-1,992		Z=-0,596		Z=-0,047		Z=-1,356		Z=-0,014		Z=-0,683	
<b>Olasılık</b>		<b>p=0,046</b>		p=0,551		p=0,963		p=0,175		p=0,989		p=0,495	

Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test istatistikleri kullanılmıştır (Devamı arka sayfadadır)

**Tablo 4.3.1** Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre deliryum hakkındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Değişken (N=84)	n	Deliryum tanımı		Deliryum nedenleri		Risk grupları		Belirti/bulgu		Deliryum yönetimi		Toplam puan	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Median [IQR]
<b>Hasta sayı</b>	5	4,40±1,52	5,0[2,5]	6,80±1,79	8,0[3,0]	7,60±2,07	8,0[3,0]	15,60±2,51	17,0[4,5]	13,40±2,07	14,0[3,5]	48,80±6,38	49,0[12,0]
1-2 hasta	79	5,05±1,44	5,0[2,0]	6,27±1,55	7,0[2,0]	6,68±2,28	7,0[4,0]	14,37±3,77	15,0[4,0]	12,22±3,53	13,0[4,0]	44,58±10,01	47,0[10,0]
3 ve üzeri													
<b>Analiz* Olasılık</b>		Z=-0,882 p=0,378		Z=-0,971 p=0,332		Z=-0,889 p=0,374		Z=-0,724 p=0,469		Z=-0,686 p=0,492		Z=-0,615 p=0,538	
<b>YB Hem. süreci</b>	80	5,03±1,47	5,0[2,0]	6,30±1,56	7,0[1,8]	6,84±2,26	7,0[4,0]	14,51±3,66	15,5[4,0]	12,33±3,52	13,0[4,0]	45,00±9,28	47,5[10,0]
Evet	4	4,75±0,50	5,0[0,8]	6,25±1,71	6,5[3,3]	4,75±1,71	4,5[3,3]	13,00±4,83	14,5[8,5]	11,50±1,91	11,0[3,5]	40,25±7,04	41,0[13,3]
Hayır													
<b>Analiz Olasılık</b>		Z=-0,675 p=0,499		Z=-0,097 p=0,923		Z=-1,932 p=0,053		Z=-0,646 p=0,518		Z=-1,133 p=0,257		Z=-1,493 p=0,135	
<b>Fizyolojik Alan</b>	6	5,33±0,82	5,5[1,3]	6,33±1,51	7,0[2,5]	7,67±2,42	9,0[3,0]	16,00±3,46	17,0[3,0]	12,17±3,31	12,5[4,5]	47,50±10,98	50,0[12,8]
Hayır	78	4,99±1,48	5,0[2,0]	6,29±1,57	7,0[1,5]	6,67±2,26	7,0[3,3]	14,32±3,72	15,0[4,0]	12,29±3,49	13,0[4,0]	44,56±9,78	46,5[10,3]
Evet													
<b>Analiz Olasılık</b>		Z=-0,721 p=0,471		Z=-0,018 p=0,986		Z=-1,264 p=0,206		Z=-1,708 p=0,088		Z=-0,088 p=0,930		Z=-1,218 p=0,223	

Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test istatistikleri kullanılmıştır (Devamı arka sayfadadır)

**Tablo 4.3.1.** Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre deliryum hakkındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Değişken(N=84)	n	Deliryum tanımı		Deliryum nedenleri		Risk grupları		Belirti/bulgu		Deliryum yönetimi		Toplam puan	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]
<b>Sosyokültürel</b>													
<b>Alan</b>													
Hayır	40	4,80±1,17	5,0[2,0]	6,17±1,59	7,0[2,0]	6,66±2,40	7,0[4,0]	14,76±3,73	16,0[3,5]	12,51±3,23	13,0[4,0]		47,0[10,0]
Evet	44	5,21±1,67	5,0[2,0]	6,42±1,53	7,0[2,0]	6,81±2,16	7,0[4,0]	14,14±3,69	14,0[5,0]	12,07±3,69	13,0[3,0]		47,0[11,0]
<b>Analiz</b>		Z=-1,188		Z=-0,827		Z=-0,172		Z=-1,381		Z=-0,641		Z=-0,435	
<b>Olasılık</b>		p=0,235		p=0,408		p=0,864		p=0,167		p=0,522		p=0,664	
<b>Psikolojik Alan</b>													
Hayır	12	4,84±1,28	5,0[2,0]	6,27±1,51	7,0[1,0]	6,76±2,40	7,0[4,0]	14,43±4,00	16,0[4,0]	12,16±3,58	13,0[4,0]	44,45±10,29	47,0[10,0]
Evet	72	5,26±1,63	5,0[2,0]	6,34±1,64	7,0[3,0]	6,71±2,11	7,0[4,0]	14,46±3,30	14,0[4,0]	12,46±3,33	14,0[3,0]	45,23±9,28	48,0[11,0]
<b>Analiz</b>		Z=-1,393		Z=-0,512		Z=-0,142		Z=-0,810		Z=-0,073		Z=-0,032	
<b>Olasılık</b>		p=0,164		p=0,608		p=0,887		p=0,418		p=0,942		p=0,975	
<b>Ekonomik Alan</b>													
Hayır	73	4,92±1,45	5,0[2,0]	6,16±1,54	6,0[2,0]	6,66±2,33	7,0[3,5]	14,44±3,87	16,0[4,0]	12,22±3,55	13,0[4,0]	44,39±10,07	46,0[10,5]
Evet	11	5,64±1,29	5,0[2,0]	7,18±1,47	8,0[1,0]	7,27±1,85	7,0[3,0]	14,45±2,46	14,0[5,0]	12,73±2,90	14,0[4,0]	47,27±7,96	49,0[12,0]
<b>Analiz</b>		Z=-1,348		Z=-2,594		Z=-0,851		Z=-0,722		Z=-0,214		Z=-0,856	
<b>Olasılık</b>		p=0,178		<b>p=0,009</b>		p=0,395		p=0,470		p=0,831		p=0,392	
<b>Çevresel Alan</b>													
Hayır	46	4,91±1,43	5,0[2,0]	6,20±1,53	6,0[2,0]	6,69±2,31	7,0[4,0]	14,45±3,82	16,0[4,0]	12,25±3,51	13,0[4,0]	44,51±9,96	47,0[10,0]
Evet	38	5,89±1,27	6,0[2,0]	7,11±1,62	8,0[1,0]	7,11±1,96	7,0[3,5]	14,33±2,69	14,0[5,0]	12,56±3,21	14,0[5,0]	47,00±8,87	49,0[14,0]
<b>Analiz</b>		Z=-1,875		Z=-2,213		Z=-0,534		Z=-0,729		Z=-0,080		Z=-0,753	
<b>Olasılık</b>		p=0,061		<b>p=0,027</b>		p=0,594		p=0,466		p=0,936		p=0,451	

Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test istatistikleri kullanılmıştır.



Tablo 4.3.1’de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre deliryum hakkındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması bulunmaktadır. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre; eğitimi ön lisans ve altında olanların deliryum tanımı bilgi düzeyi puanları, lisans ve üzerinde olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $Z=-1,992$ ;  $p=0,046$ ). Çalışmadakilerin toplam hizmet süresine göre; toplam çalışma süresi 6 yıl ve üzerinde olanların deliryum nedenleri bilgi düzeyi puanları, 5 yılın altındakilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $Z=-2,359$ ;  $p=0,018$ ). Katılımcıların hemşirelik toplam hizmet süresine göre; toplam çalışma süresi 6 yıl ve üzerinde olanların deliryum risk grupları bilgi düzeyi puanları, 5 yılın altındakilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ( $Z=-2,041$ ;  $p=0,041$ ). Hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süresine göre; yoğun bakımdaki çalışma süresi 6 yıl ve üzerinde olanların deliryum nedenleri bilgi düzeyi puanları, 5 yılın altındakilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süresine göre risk grupları bilgi düzeyi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlılık olduğu saptanmıştır ( $Z=-2,249$ ;  $p=0,024$ ). 6 yıl ve üzerinde yoğun bakımda çalışma süresi olanların risk grupları bilgi düzeyi puanları, 5 yıl ve altında olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların haftalık çalışma saatlerine göre deliryumun risk grupları bilgi düzeyi puanları ( $Z=-2,489$ ;  $p=0,013$ ), belirti/bulgu bilgi düzeyi puanları ( $Z=-2,009$ ;  $p=0,044$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Haftalık çalışma saati 48 saatin altında olanların risk grupları bilgi düzeyi puanları, belirti/bulgu bilgi düzeyi puanları, 48 saat üzeri olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hemşirelik bakımı için yoğun bakımdaki hastanın ekonomik alanlarına ( $Z=-2,594$ ;  $p=0,009$ ) ve çevresel alanına ( $Z=-2,213$ ;  $p=0,027$ ) yönelik veri toplama durumlarına göre deliryum nedenleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hemşirelerin hemşirelik bakımı için yoğun bakımdaki hastanın veri toplama alanlarından ekonomik ve çevresel özelliklerine yönelik veri toplayanların deliryum nedenleri puanı, bu alanlarda veri toplamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin cinsiyetine, yaşına, yoğun bakımdaki görevlerine, bakım verdiği hasta sayısına ve hemşirelik bakımı için yoğun bakımdaki hastanın fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel alanlarına yönelik veri toplama durumlarına göre deliryumun tanımı, deliryum nedenleri, risk grupları, belirti/bulguları, deliryum yönetimi ve deliryum toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ )

**Tablo 4.3.2.** Hemşirelerin çalışma ortamına ait özelliklerine göre deliryum hakkındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Değişken (N=84)	n	Deliryum tanımı		Deliryum nedenleri		Risk grupları		Belirti/bulgu		Deliryum yönetimi		Toplam puan	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]
<b>Birim</b>													
AR YB <sup>(1)</sup>	48	5,13±1,42	5,0[1,8]	6,44±1,50	7,0[1,0]	6,92±2,34	7,0[4,0]	14,85±4,14	16,0[3,0]	12,40±3,59	13,0[3,8]	45,73±10,62	48,5[7,0]
KVC YB <sup>(2)</sup> Koroner. YB <sup>(3)</sup>	10	6,00±1,05	6,0[2,0]	7,20±1,40	8,0[2,0]	7,20±2,20	8,5[4,3]	15,90±2,13	16,5[3,3]	13,50±1,51	14,0[1,5]	49,80±5,79	50,0[9,5]
NRS YB <sup>(4)</sup>	8	4,38±2,26	4,5[4,0]	4,75±1,49	4,5[2,8]	6,88±1,55	7,0[2,8]	13,63±1,30	14,0[1,8]	12,88±2,47	12,5[3,8]	42,50±4,38	42,0[4,5]
Dahiliye YB <sup>(5)</sup>	8	4,00±0,76	4,0[1,5]	6,13±1,64	6,5[3,5]	4,37±1,85	3,5[2,8]	10,88±3,76	11,0[5,0]	9,63±4,56	8,5 [8,5]	35,00±9,32	37,5[16,8]
	10	4,80±0,79	4,5[0,3]	6,10±1,29	6,5[1,3]	7,20±1,99	7,5[2,8]	14,50±2,23	14,5[5,0]	12,20±3,43	12,0[6,3]	44,80±7,97	42,5[12,8]
<b>Analiz*</b>		$\chi^2=13,732$		$\chi^2=13,598$		$\chi^2=9,908$		$\chi^2=14,619$		$\chi^2=3,807$		$\chi^2=16,315$	
<b>Olasılık</b>		p=0,008		p=0,009		p=0,042		p=0,006		p=0,433		p=0,003	
<b>Fark</b>		[1,2-4]		[1,2-3]		[1,2,3,5-4]		[1,2-4]				[1,2-4]	
<b>Okul döneminde veya çalışma süresince deliryum ile ilgili bilgi alma</b>													
Evet	73	4,88±1,42	5,0[2,0]	6,32±1,55	7,0[1,0]	6,70±2,33	7,0[4,0]	14,34±3,91	15,0[4,5]	12,11±3,60	13,0[3,5]	44,34±10,31	47,0[11,0]
Hayır	11	5,90±1,30	6,0[2,0]	6,18±1,66	7,0[4,0]	7,00±1,89	7,0[4,0]	15,09±1,81	15,0[3,0]	13,45±2,16	13,0[3,0]	47,64±5,16	48,0 [9,0]
<b>Analiz</b>		Z=-1,863		Z=-1,916		Z=-0,356		Z=-0,385		Z=-0,814		Z=-1,208	
<b>Olasılık</b>		p=0,063		p=0,055		p=0,722		p=0,700		p=0,416		p=0,227	

Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test ( $\chi^2$ -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.3.2.'de Hemşirelerin çalışma ortamına ait özelliklerine göre deliryum hakkındaki bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır. Tabloda çalışılan birime göre deliryum tanımı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $\chi^2=13,732$ ;  $p=0,008$ ). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; Anestezi ve Reanimasyon (AR) YB ve KVC (Kalp Damar Cerrahisi) YB de çalışanlar ile NRŞ (Nöroşirurji) YB de çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. AR YB ve KVC YB de çalışanların deliryum tanımı puanları, NRŞ YB de çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Birimlere göre deliryum nedenleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=13,598$ ;  $p=0,009$ ). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; AR YB ve KVC YB de çalışanlar ile Koroner YB de çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. AR YB ve KVC YB de çalışanların deliryum nedenleri puanları, Koroner YB de çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Birimlere göre deliryum risk grupları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=9,908$ ;  $p=0,042$ ). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; AR YB, KVC YB, Koroner YB ve Dahiliye YB de çalışanlar ile NRŞ YB de çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

AR YB, KVC YB, Koroner YB ve Dahiliye YB de çalışanların risk grupları puanları, NRŞ YB de çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Birimlere göre belirti/bulgu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=14,619$ ;  $p=0,006$ ). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; AR YB ve KVC YB de çalışanlar ile NRŞ YB de çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. AR YB ve KVC YB de çalışanların belirti/bulgu puanları, NRŞ YB de çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Birimlere göre deliryum bilgi düzeyi toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=16,315$ ;  $p=0,003$ ). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; AR YB ve KVC YB de çalışanlar ile NRŞ YB de çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. AR YB ve KVC YB de çalışanların deliryum bilgi düzeyi toplam puanları, NRŞ YB de çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hemşirelerin okul döneminde veya çalışma süresince deliryum ile ilgili bilgi alma durumlarına göre deliryum tanımı, nedenleri, risk grupları, belirti/bulguları ve deliryum

yönetiminde istatistiksel olarak anlamlılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3.2.).

**Tablo 4.3.3.** Hemşirelerin çalışma ortamına ait özelliklerine göre beş faktör kişilik özellikleri alt boyutlarının karşılaştırılması

Değişken (N=84)	n	Açıklık		Sorumluluk		Duygusal tutarsızlık		Dışa dönüklük		Geçimlilik		Beş Faktör Toplam	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Median [IQR]
<b>Birim</b>													
Anestezi.YB	48	35,73±4,95	35,5[8,8]	34,77±4,73	35,5[6,0]	25,02±4,68	25,0[7,0]	28,10±4,93	28,0[7,8]	35,69±4,42	36,0[6,0]	159,32±15,95	159,0[23,5]
KVC YB	10	38,20±3,46	37,5[5,5]	35,20±3,12	36,5[3,3]	22,70±3,71	23,5[5,0]	29,90±4,25	29,5[6,8]	36,90±3,45	37,0[4,3]	162,90±9,50	165,0[19,3]
Koroner YB	8	36,38±5,52	35,0[9,5]	36,38±3,11	36,5[4,8]	24,25±3,37	24,0[5,5]	27,88±8,41	29,0[9,8]	38,38±2,88	38,5[4,3]	163,25±13,13	161,0[26,8]
NRŞ YB	8	36,13±4,19	34,0[4,8]	34,00±4,75	33,5[9,0]	23,63±5,53	23,0[9,0]	29,38±5,50	30,5[5,8]	36,00±2,20	35,5[3,8]	159,13±17,13	158,0[30,3]
Dahiliye YB	10	32,90±3,48	33,0[3,0]	35,00±2,49	34,0[4,5]	25,00±3,23	26,0[4,5]	26,50±3,95	27,0[5,5]	33,90±3,28	32,5[6,3]	153,30±6,29	152,0[11,3]
<b>Analiz*</b>		$\chi^2=7,380$		$\chi^2=1,647$		F=0,698		$\chi^2=4,417$		F=1,647		F=0,740	
<b>Olasılık</b>		p=0,117		p=0,800		p=0,596		p=0,353		p=0,171		p=0,568	
<b>Okul dönemi veya çalışma süresince deliryum ile ilgili bilgi alma durumu</b>													
Evet	73	36,05±4,56	35,0[7,5]	34,88±4,28	35,0[6,0]	24,42±4,48	25,0[5,5]	28,56±5,36	29,0[6,5]	35,99±3,95	37,0[5,5]	159,90±14,58	159,0[21,0]
Hayır	11	34,00±5,60	32,0[8,0]	35,27±3,50	36,0[3,0]	25,27±3,74	26,0[7,0]	26,00±2,93	25,0[3,0]	35,36±4,34	35,0[6,0]	155,91±12,46	154,0[19,0]
<b>Analiz</b>		t=1,352		Z=-0,652		t=-0,596		Z=-1,311		Z=-0,444		Z=0,670	
<b>Olasılık</b>		p=0,180		p=0,514		p=0,553		p=0,190		p=0,657		p=0,503	

Normal dağılıma sahip verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test ( $\chi^2$ -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin çalışma ortamına ait özelliklerine göre beş faktör kişilik özellikleri alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 4.3.3. te verilmiştir. Çalışılan birimlere göre beş faktör kişilik özellikleri tüm alt boyutları için anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Okul dönemi veya çalışma süresince deliryum ile ilgili bilgi alma durumunun beş faktör kişilik özellikleri alt boyutlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

**Tablo 4.3.4.** BFKÖA ölçek puanları ile deliryum bilgi düzeyi ölçek puanlarının birbiriyle ilişkilerinin incelenmesi (n=84)

Kişilik Özellikleri		Deliryum tanımı	Deliryum nedenleri	Risk grupları	Belirti/bulgu	Deliryum yönetimi	Toplam Bilgi
Açıklık	r*	-0,125	-0,052	-0,014	0,180	0,086	0,051
	p	0,256	0,640	0,902	0,101	0,434	0,644
Sorumluluk	r	0,141	0,027	0,181	<b>0,274</b>	<b>0,251</b>	<b>0,218</b>
	p	0,202	0,807	0,100	<b>0,012</b>	<b>0,039</b>	<b>0,047</b>
Duygusal tutarsızlık	r	-0,126	0,149	0,201	0,116	<b>0,258</b>	0,174
	p	0,254	0,177	0,067	0,291	<b>0,018</b>	0,113
Dışadönük	r	<b>-0,264</b>	-0,187	-0,134	0,005	-0,005	-0,127
	p	<b>0,015</b>	0,088	0,224	0,961	0,966	0,251
Geçimlilik	r	-0,052	-0,176	0,096	<b>0,262</b>	0,205	0,169
	p	0,638	0,110	0,384	<b>0,016</b>	0,062	0,124
<b>Beş Faktör Kişilik</b>	r	-0,118	-0,027	0,072	<b>0,250</b>	<b>0,260</b>	0,153
	p	0,283	0,804	0,514	<b>0,028</b>	<b>0,017</b>	0,164
<b>Toplam</b>							

\*Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 4.3.4.'de BFKÖA ölçek puanları ile deliryum bilgi düzeyi ölçek puanlarının birbiriyle ilişkileri incelenmiştir. Hemşirelerin deliryum tanımı bilgi puanları ile Dışadönük kişilik özelliği arasında negatif yönde ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $r=-0,264$ ;  $p=0,015$ ). Buna göre katılımcıların Dışadönük puanı arttıkça, deliryum tanımı bilgi puanı azalmaktadır. Hemşirelerin deliryum belirti/bulgu bilgi puanları ile Sorumluluk, Geçimlilik kişilik özellikleri ve beş faktör kişilik toplam puanları arasında pozitif yönde, anlamlı ilişki belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Yani katılımcıların Sorumluluk ve Geçimlilik kişilik özellikleri ile beş faktör kişilik toplam puanları arttıkça, deliryum belirti/bulgu bilgi puanı artmaktadır. Hemşirelerin deliryum yönetimi bilgi puanları ile Sorumluluk, Duygusal Tutarsızlık kişilik özellikleri ve beş faktör kişilik toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlılık olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Katılımcıların Sorumluluk, Duygusal Tutarsızlık kişilik özellikleri

ve beş faktör kişilik toplam puanları arttıkça deliryum yönetimi bilgi puanı artmaktadır. Hemşirelerin deliryum toplam bilgi puanları ile Sorumluluk kişilik özellikleri arasında pozitif yönde anlamlılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Katılımcıların Sorumluluk puanı arttıkça deliryum toplam bilgi puanı artmaktadır.

## 5.TARTIŞMA

Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin kişilik özellikleri açısından deliryum farkındalıkları ve yönetimini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda 3 ana başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve çalışma ortamına ait özellikleri içeren bulguların tartışılması.

5.2. Hemşirelerin deliryum tanımı, nedenleri, risk grupları, belirti ve bulguları, deliryum yönetimi, deliryum hakkındaki genel bilgi düzeyleri ve kişilik özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması.

5.3. Hemşirelerin tanıtıcı, çalışma ortamına ve kişilik özelliklerine göre deliryum hakkındaki bilgi düzeylerine ait bulguların tartışılması.

### 5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Çalışma Ortamına Ait Özellikleri İçeren Bulguların Tartışılması

Araştırma bulgularına göre çalışmaya katılan hemşirelerin büyük bir kısmının kadın, 32 yaş ve altında, yarıdan fazlasının lisans veya lisansüstü mezuniyetinin olduğu saptanmıştır. Katılımcıların cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyleri açısından çıkan sonuç yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Flagg vd 2010, Kahraman vd 2011, Yılmaz 2014, Şahin 2019).

Araştırmada hemşirelerin yarıdan fazlasının haftalık çalışma saatinin 48 saat ve altı, büyük bir kısmının ortalama bakım verdiği hasta sayısının 3 ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı yataklı sağlık tesisleri yoğun bakım hizmetleri uygulanma usul ve esasları hakkındaki tebliğde değişiklik yapılmasına dair tebliğe göre, üçüncü basamak yoğun bakım ünitelerinde en fazla iki hastaya bir hemşire bakması gerektiği ile ilgili madde yer almaktadır (WEB\_4 2019). Bozkurt ve diğerleri (2017) yaptığı bir çalışmada üçüncü düzey yoğun bakım ünitelerinde üst düzey bağımlı bir hastaya bir hemşirenin ya da orta düzey bağımlı bir hasta ile alt düzey bağımlı 2 hastaya bir



hemşirenin bakması önerilmiştir. Bu araştırmada hemşire başına düşen hasta sayısının 3 ve üzerinde olması personel yetersizliği ile açıklanabilir.

Araştırmada tanılama aşamasında hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun YBÜ' de hemşirelik sürecini kullandığı, hemşirelik bakımı için en çok fizyolojik alana ardından psikolojik alana ait veri topladığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada; deliryum tanılmasında hemşirelerin çoğunun bireyin biyofizyolojik boyutunu tanıladığı, bunu psikolojik ve sosyokültürel boyutlara ilişkin tanılamamanın izlediği belirlenmiştir (Ateş 2012). Bu çalışmadaki bulguları, Ateş'in (2012) çalışma bulguları desteklemektedir. Yaşlı erişkinlerin yoğun bakım ünitesine kabulünde sıklıkla ortaya çıkan veya var olan fizyolojik durum, çoğu zaman bir hemşirenin en büyük önceliğidir. Hastayı güvende tutmak ve sekonder fizyolojik yaralanmayı önlemek deliryumun etkin tedavisinde birinci sırada yer almaktadır (Balas vd 2012). Yoğun bakımda tedavi gören hastanın fiziksel sağlık durumunun ciddiyetinin bu durumu etkileyebileceği ve hemşirenin de buna bağlı olarak hastanın psikososyal sorunlarını tanılamayı sonraki aşamada değerlendirdiği düşünülmektedir (Korhan vd 2015). Ayrıca bu sonuç, hastada görülebilecek fiziksel alana özgü hemşirelik tanılarının daha somut verilerden oluştuğu ve psikolojik alana özgü sorunlara ait verilerin farkındalığı için ise daha fazla psikolojik bilgi birikimine ve tecrübeye gereksinimin olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmanın yapıldığı birimlerin çoğunda hemşirelerin tanılama araçlarından herhangi birini kullanmadığı, az bir kısmının ise klinik değerlendirmeye psikiyatri konsültasyonuna başvurdukları belirlenmiştir. Bir çalışmada hemşirelerin az bir kısmının deliryumu rutin izlediğini ve son bir yıl içinde hemşirelerin çok az bir kısmının deliryum düşündüğü hasta için konsültan hekim ile görüştüğünü, hastaların yarısının genel klinik değerlendirmeyle tanılmasının yapıldığı belirtilmektedir (Zeki 2013). Literatürde yer alan diğer çalışmalarda katılımcıların büyük çoğunluğunun deliryum risk değerlendirmesi yapmadığı saptanmıştır (Yılmaz 2014, Sarı 2015). Bazı çalışmalarda deliryum risk değerlendirmesi yapmama nedenleri arasında; hemşirelerin deliryum riskini tanılamaya ilişkin bilgi eksikliklerinin olması, tanılama araçlarının nasıl kullanılması gerektiğini bilmemeleri, deliryumu tanılamada yeterli olmadıklarını düşünmeleri gibi nedenler yer almaktadır (Barr vd 2013, Sarı 2015). Ayrıca dengeli iş yükü ve meslekler arası iş birliğinin olmaması, politika ve personel protokollerinin eksikliği gibi sorunlar da belirtilmektedir (Oosterhous 2016). Bu çalışmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin sayıca yeterli olmaması, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, yoğun iş temposu içinde hastaya ait kayıtların zaman alıcı olması, bu nedenle daha çok iş odaklı çalışılması ve en önemlisi bu konu hakkında farkındalığın olmaması gibi nedenler, deliryum risk tanılama rehberi kullanmama nedenlerinden bazıları olabilir.

Çalışmada hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun okul döneminde veya çalışma süresince deliryum ile ilgili bilgi aldığı görülmektedir. Bu çalışma bulgusuna paralel olarak Çevik ve diğerleri (2016) araştırmalarında hemşirelerden %84'ünün deliryum eğitimi aldığını, eğitim alanların %79,9'unun bu eğitimi lisans eğitimi esnasında aldığını belirtmiştir. Bu çalışma bulgusunun aksine yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin yarıdan azının deliryum ile ilgili hiç eğitim almadığı saptanmıştır (Ateş 2012, Elliot 2014, Yılmaz 2014).

## **5.2. Hemşirelerin Deliryum Tanımı, Nedenleri, Risk Grupları, Belirti ve Bulguları, Deliryum Yönetimi, Deliryum Hakkındaki Genel Bilgi Düzeyleri ve Kişilik Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması**

Çalışmada deliryum tanımına yönelik beş bilgi ifadesine doğru cevap verme oranı yarı veya yarıdan biraz fazla olarak belirlenmiştir. Bu ifadelerden *“Deliryumdaki hastanın uyku uyanıklık düzeni normaldir”*, *“Deliryum hastalarında ölüm oranı yüksektir”* ve *“Deliryum birkaç saatten fazla sürmez”* ifadelerine hemşireler tarafından yanlış yanıt verilmesi ya da bilinmemesi oldukça ilgi çekicidir. Deliryumun tanımı literatürde pek çok çalışmada hemşireler tarafından doğru yapılmıştır (Sarı 2015, Çevik vd 2016, Şahin 2019). Bazı çalışmalarda ise hemşirelerin deliryumu tanımlayabildikleri, fakat deliryum değerlendirmesini yapamadıkları ifade edilmiştir (Dewlin vd 2012, Wells 2012). Bu çalışmadaki sonuçlar, yoğun bakım hastasının çoklu işlem veya mekanik ventilasyon nedeni ile uzun süreli sedasyona maruz kalmasından, bu durumda deliryumun yeterince tanımlanamamasından kaynaklanabilir. Ayrıca deliryum gelişen hastalardaki ölüm oranı konusunda bilgi yetersizliğinin olması da hastanın ölüm nedeninin primer hastalık veya multifaktöriyel hastalıklara bağlı olabileceğini düşündürülebilir.

Bu çalışmada deliryum nedenlerine yönelik bilgilerin yer aldığı ifadelere verilen cevapların çoğunluğu 2 madde dışında genele bakıldığında doğru yanıtlanmıştır. Ancak *“Fiziksel hastalıklar deliryuma neden olmaz”* ifadesine hemşirelerin yarıdan fazlası yanlış, az bir kısmı da bilmiyorum yanıtını vermiştir. *“Nitrik oksit düzeyinin artması deliryuma neden olabilir”* ifadesine ise hemşirelerin yarıya yakını “bilmiyorum” cevabını vermiştir. Deliryumun çok faktörlü olması ve çoğunlukla yoğun bakım hastalarında deliryuma eşlik eden komorbid hastalıkların olması hemşirelerin bu maddelerde bulunan bilginin ayrımını yapamamış olabileceğini düşündürmüştür.

Hemşirelerin deliryum risk gruplarına ait bilgi düzeylerinin dağılımına bakıldığında çalışmaya katılan hemşirelerin 8 maddeye ait cevaplarının yarı ya da yarıdan fazlası doğru yanıt vermiştir. Fakat bu ifadelerden *“İnvaziv girişimler (üriner kateter vb) deliryum*

*riskini azaltabilir*” ifadesine katılımcılar yanlış yanıt verirken, katılımcıların yarıdan biraz fazlası *“Erkeklerde, kadınlara göre deliryum riski daha fazladır”* ifadesine bilmiyorum yanıtını vermiştir. Bu ifadelere verilen cevapların yanlış olması veya bilinmemesi; hemşirelerin deliryum bilgisinin sadece pratikte edinilen tecrübe ve okulda aldıkları eğitimle sınırlı kaldığını bu konu hakkında güncel literatürü takip etmedikleri kanısını oluşturmuştur.

Hemşirelerin deliryumun belirti bulgularına ilişkin bilgi düzeyleri ile ilgili ifadelerden 17 maddeye ait doğru cevap verme oranı yarıdan fazla veya oldukça yüksek olarak saptanmıştır. Bunlardan *“Deliryum, demans ve depresyon bulguları arasında genel olarak fark yoktur”*, *“Deliryumda hemen hemen hiç konsantrasyon kaybı yoktur”* ve *“Deliryum bireyin kişilik özelliklerini değiştirmez”* ifadelerine yarı ve yarıdan fazlası yanlış yanıt vermiştir. *“Antikolinergik aktivite deliryumun şiddetini azaltır”* ifadesine ise bilmiyorum cevabını verenlerin oranı yarıyı biraz geçmiştir. Deliryum, demans ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıkların bazı belirtileri benzerlik göstermektedir. Bunun için hemşire olarak hastayı çok iyi gözlemlemek ve hasta hakkında bilgi edinmek gerekmektedir. YBÜ'de hemşirelerin deliryumu teşhis etmek için kullandığı geçerli ve güvenilir tarama araçlarına aşına olmaması, dikkatli gözlem yapmaması ve iyi bir anamnez bilgisine sahip olmaması hemşirelerde deliryumun belirti bulgularına yönelik eksik bilgiye neden olabilmektedir.

Hemşirelerin deliryumun hemşirelik yönetimine ilişkin bilgi ifadelerinden 15 maddesine yarı ya da yarıdan fazla oranında doğru cevap verdikleri saptanmıştır. *“İşitme cihazı kullanmak deliryumun şiddetini artırır”*, *“Hastanın adı, bulunduğu yer, zaman ve yaşının aralıklarla hatırlatılması semptomların artmasına neden olur”* ifadelerini yanlış cevapladıkları saptanmıştır. Bu ifadelere katılımcıların verdiği cevapların yanlış olması deliryum konusunda bilgi eksiklerinin olmasına bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde deliryum konusunda hemşirelerin bilgi eksikliklerinin olması birden çok nedene bağlanmıştır. Hemşirelerin deliryum bilgi düzeylerinin düşük çıktığı bazı çalışmalarda bu durumun hemşirelerin yoğun bir tempoda çalışmaları ile ilgili olabileceği belirtilmiştir (Agar vd 2012, Christensen 2014). Bir çalışmada hemşirelerin çoğunun deliryum konusunda yeterli bilgi sahibi olmadığı (Demir Korkmaz vd 2015), bildiğini ifade eden hemşirelerin ise tam olarak deliryumu tanımlayamadığı belirlenmiştir (Topuz ve Doğan 2012). Bir çalışmada web tabanlı deliryum müdahalesinin yoğun bakım hemşirelerinin deliryumu tanıma becerisi üzerindeki olumlu etkileri araştırılmıştır. Bu web tabanlı eğitim müdahalesinin ardından müdahale grubu deliryum bilgisi ve tanılması açısından kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha iyi performans göstermiştir. Çalışmada hemşirelerin deliryum bilgi düzeyi ve deliryumu tanımada istatistiksel olarak anlamlı artışlar tespit edilmiştir (McCrow vd 2014). Hollanda'da bir hastanedeki lisans ve

yüksek lisans düzeyindeki hemşirelere web tabanlı bir kursla deliryum eğitimi verilmiştir. Kurs öncesi hemşirelerin, deliryumun tanımı, belirtileri, seyri, sonuçları ve risk altındaki hasta grubu ile ilgili soruları cevaplamakta zorlandıkları gözlemlenmiştir. Bu müdahale çalışması sonrasında e-öğrenmeyle edinilen deliryum bilgisinin, hemşirelerin bilgi seviyesi üzerinde olumlu yönde bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Van de Steeg vd 2015). Hemşirelerin deliryum hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, rollerini yerine getirmede eksikliğe yol açabilir ve verilen bakımın kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir (Demir Korkmaz vd 2015). Mc Donnell ve diğerleri (2012) hemşirelerin deliryumu yönetirken yüksek düzeyde stres yaşadığı ve bakım yükü ağırlığının deliryum gelişen hastada fazla olduğunu ortaya koymuştur. Deliryumdaki kişilerin ve onlara bakım veren hemşirelerin yaşadıkları deneyimler hakkında çok az şey bilinmektedir (Bélanger ve Ducharme 2011). Deliryum hasta, hasta aileleri ve hastaya bakan kişilerde stres düzeyinin artışına sebep olabilir. Bu hastalarla baş etmek zor ve moral gerektiren bir iştir (Agar vd 2011, Elfeky ve Ali 2013, Christensen 2014). Genellikle deliryumun hiperaktif formundaki hastalar yapılan işlemleri reddedebilir, üzerlerinde bulunan hasta bakım ekipmanlarını çıkartmaya çalışabilir. Bazen kendisine ve etrafına zarar veren davranışlar içinde olan hastalar yoğun bakımda tedavi ve bakımın sürekliliğini etkileyebilirler (Agar vd 2011, Christensen 2014).

Çalışmada hemşirelerin deliryum hakkındaki genel toplam bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin deliryum tanımı, nedenleri, risk grupları, belirti/bulguları ve deliryum yönetimleri puan ortalamasına bakıldığında hemşirelerin orta düzeyde bilgiye sahip olduğu söylenebilir. Bu açıdan literatürde Demir Korkmaz ve diğerleri (2016) ve Çetin'in (2018) yaptığı çalışmayla, bu çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Kişilik özelliklerinin hemşirelik mesleğine olan etkilerini bilmek her meslekte olduğu gibi, hemşirelik mesleği için de hastalara bakım hizmeti verilirken sergilenen performansı ve uygulanan bakım kalitesini arttırmak açısından önemli olmaktadır (Doğanlı 2014, Gözel vd 2017). Bir kişinin başkalarından ayırt edici özelliklerinden bahsederken kişilik kavramı akla gelmektedir. Farklı kişilik özellikleri ve tanımları bulunmaktadır. Bunlardan biri de beş faktör kişilik kavramıdır. Bu faktörlerden biri olan sorumluluk, davranışların sonuçlarını kabul edebilmektir. Bu özellikteki kişiler güvenilir, azimli, planlı, başarma duygusu yüksek ve işini mükemmel şekilde yapma davranışı gösterirler. Geçimlilik özelliğindeki kişiler karşı tarafa uyma eğiliminde yani işbirlikçidirler. Bu özellikteki kişiler buldukları kurumlarda görev ve sorumluluklarda uyumlu olma becerileri gösterirler ve içinde buldukları grupların ve takımların başarısında önemli roller üstlenirler. Diğer bir kişilik özelliği açıklıktır. Bu kişiler yeniliklere açık, yaratıcılığı gelişmiş, hayal gücü olan, yeni tecrübeler edinen ve fikirler ortaya koyanlardır. Ayrıca bu

bireyler çalışma yaşamındaki değişimlere karşı uyum gösterebilmektedirler. Duygusal tutarsızlık gösteren bireyler ise çoğunlukla endişeli diğerlerine karşı sinirli davranışlar gösterirler, sık mutsuzluk yaşarlar ve stresle başa çıkmada oldukça zorlanırlar (Çetin ve Varoğlu 2009, Doğan 2013). Bu çalışmada hemşirelerin kişilik alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, geçimlik, açıklık ve sorumluluk alt boyutları puan ortalamalarının oldukça yüksek; dışadönüklük ve duygusal tutarsızlık puanlarının, ortalamanın biraz üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgu literatürle uyumluluk göstermektedir (Çakıroğlu 2015, Alan ve Baykal 2018). Hemşirelik mesleğinin insan sağlığı gibi oldukça önemli bir görevi yerine getiriyor olması bireylerin sorumluluk sahibi olmalarına, tedavi yaklaşımlarının sürekli değişmesi bireylerin açıklık içinde olmasına, ayrıca birçok sebepten dolayı farklı özellikteki insanlarla etkileşimde olmalarının da geçimlilik kişilik özelliklerinin gelişmesine neden olduğu düşünülmektedir. Ek olarak sorumluluk sahibi, açık ve geçimlilik özelliğindeki bireylerin bu mesleği seçtiği de söylenebilir.

### **5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı, Çalışma Ortamına ve Kişilik Özelliklerine Göre Deliryum Hakkındaki Bilgi Düzeylerine Ait Bulguların Tartışılması**

Çalışmada hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinden eğitim düzeyine göre deliryum tanımı bilgi düzeyi puanları anlamlı bulunmuştur. Eğitimi ön lisans ve altında olan hemşirelerin deliryum tanımı bilgi düzeyi puanları, lisans ve üzerinde olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bazı çalışmalarda eğitim düzeyi ile deliryum bilgisi arasında anlamlı ilişki bulunurken (Christensen 2014, Sarı 2015, Van de Steeg vd 2015) bazılarında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Topuz ve Doğan 2012, Şahin 2019). Hemşirelerde eğitim düzeyi arttıkça deliryum bilgi düzeyinin artması beklenen bir sonuç olmasına rağmen çalışmamızda tersi bir sonuç çıkmıştır. Bilgi düzeyi puanlarında bu şekilde bir fark oluşması, eğitimi ön lisans ve altında olan hemşirelerin klinik deneyimlerinin diğer gruba göre daha fazla olabileceğini düşündürmüştür.

Katılımcıların deliryum nedenleri ve risk grupları bilgi düzeyi puanları; toplam çalışma süresi 6 yıl ve üzerinde olanların 5 yılın altındakilere göre; yoğun bakımda çalışma süresi 6 yıl ve üzerinde olanların 5 yıl ve altında olanlara göre anlamlı olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin deliryum risk grupları ve belirti/bulgu puanları; haftalık çalışma saati 48 saat altında olanların 48 saat ve üzerinde olanlara göre anlamlılık olduğu tespit edilmiştir. Deliryum ile ilgili yapılan bir çalışmada; hemşirelerin YBÜ'de tedavi edilen hastalarda deliryumu değerlendirmek ve yönetmek için örgün eğitim ve/veya hizmet içi eğitime ihtiyacı olduğu ortaya çıkarılmıştır (Hamdan-Mansour vd 2010). Yapılan bir başka çalışmada ise hemşirelerin deliryum bilgisi ve yönetiminde

yüksek düzeyde uyumu sürdürebilmek için sürekli eğitim ve olumlu geri bildirimler yapılması tavsiye edilmiştir (Scott vd 2013). Bu çalışmada toplam çalışma süresinin ve yoğun bakımda çalışma süresinin daha fazla olduğu hemşirelerde deliryum nedenleri ve risk grupları ile ilgili bilgi puanlarının yüksek olmasının, klinik tecrübe ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların deliryum açısından hemşirelik bakımı için biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve ekonomik faktörleri tanılanmalıdır (Ateş 2012). Bütüncül bir bakış açısı, hastaların fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve ekonomik tüm boyutlarını kapsayacak şekilde sağlıklı olmasını hedefler (Demirsoy 2014, Bayındır ve Biçer 2019). Bu çalışmada hemşirelik bakımı için yoğun bakımdaki hastanın ekonomik alanlarına yönelik veri toplayanların deliryum nedenlerini bilme puanı, ekonomik alanda veri toplamayanlara göre anlamlı bulunmuştur. Yine katılımcıların hemşirelik bakımı için yoğun bakımda hastanın çevresel alanına göre veri toplayanların deliryum nedenlerini bilme puanları, çevresel alanına göre veri toplamayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Elde edilen bu bulguya göre deliryuma neden olan risk faktörleri dikkate alındığında çevresel faktörlerin etkisi önemli bir yere sahiptir. Literatürde çevre düzenlemesinin, deliryum ile ilişkili olumsuz sonuçların bir kısmını azaltabileceği ifade edilmektedir (Flaherty ve Milta 2011, Zaal vd 2015). Hastaya bütüncül bakım verebilmek için bakım verilen hastanın klinik tanısını da çok iyi bilmek gerekmektedir. Hemşire klinik tanıyı iyi bilirse hasta için hemşirelik yaklaşımını da o doğrultuda bütüncül olarak planlayabilecektir. Yapılan bu çalışmada ekonomik ve çevresel alan ile ilgili veri toplayan hemşirelerde deliryum nedenlerini bilme puanlarındaki anlamlılığın bu sebepten kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin cinsiyetine, yaşına, yoğun bakımdaki görevlerine, bakım verdiği hasta sayısına ve hemşirelik bakımı için yoğun bakımdaki hastanın fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel alanlarına yönelik veri toplama durumlarına göre deliryumun tanımı, deliryum nedenleri, risk grupları, belirti/bulguları, deliryum yönetimi ve deliryum toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmadan elde edilen bu bulgularımızı Ateş'in (2012) bulguları desteklemektedir.

Hemşirelerin çalışma ortamına ait özelliklerine göre deliryum hakkında bilgi düzeylerine bakıldığında AR YB ve KVC YB de çalışanların deliryum tanımı puanları, NRŞR YB de çalışanlara göre; AR YB ve KVC YB de çalışanların deliryum nedenleri puanları, Koroner YB de çalışanlara göre; AR YB, KVC YB, Koroner YB ve Dahiliye YB de çalışanların deliryum risk grupları puanları, NRŞ YB de çalışanlara göre; AR YB ve KVC YB de çalışanların belirti/bulgu puanları, NRŞ YB de çalışanlara göre; AR YB ve

KVC YB de çalışanların deliryum bilgi düzeyi toplam puanları, NRŞ YB de çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Çetin'in (2018) yaptığı çalışma bizim bulgumuzu desteklemektedir. Bu farkın oluşması, AR YB ve KVC YB'de çalışan hemşirelerin bakım verdikleri hastaların diğer yoğun bakım ünitelerine göre 3. düzey bakım gerektiren hastalar olmasının deliryum konusunda daha tecrübeli olabileceklerini düşündürmektedir. Ayrıca bu birimlerde bakım veren hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarından daha fazla geçmiş olabileceklerini düşündürmüştür.

Hemşirelerin okul döneminde veya çalışma süresince deliryum ile ilgili bilgi alma durumlarına göre deliryum tanımı, nedenleri, risk grupları, belirti/bulguları, deliryum yönetiminde ve beş faktör kişilik özellikleri alt boyutlarında istatistiksel anlamlılık olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin çalıştığı birimlere göre beş faktör kişilik özellikleri tüm alt boyutlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Hemşirelerin BFKÖA ölçek puanları ile deliryum bilgi düzeyi ölçek puanlarının birbiriyle ilişkisinde; deliryum tanımı bilgi puanları ile dışadönüklük kişilik özelliği arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Yani hemşirelerin dışadönüklük puanı arttıkça, deliryum tanımı bilgi puanı azalmaktadır. Katılımcıların deliryum belirti/bulgu bilgi puanları ile sorumluluk, geçimlilik kişilik özellikleri ve beş faktör kişilik toplam puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Böylece sorumluluk, geçimlilik kişilik özellikleri ve beş faktör kişilik toplam puanları arttıkça, deliryum belirti/bulgu bilgi puanı artmaktadır. Çalışmaya katılanların deliryum yönetimi bilgi puanları ile sorumluluk, duygusal tutarsızlık kişilik özellikleri ve beş faktör kişilik toplam puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Sorumluluk, duygusal tutarsızlık kişilik özellikleri ve beş faktör kişilik toplam puanları arttıkça, deliryum yönetimi bilgi puanı artmaktadır. Hemşirelerin deliryum toplam bilgi puanları ile sorumluluk kişilik özellikleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Buna göre kişilerin sorumluluk kişilik özellikleri arttıkça deliryum toplam bilgi puanı artmaktadır. Dışadönük özellikler sergileyenler kişisel ve mesleki yaşantılarında yeniliklere daha kolay uyum sağlayabilmekte ve hatta içinde oldukları değişim sürecine yön verebilmektedirler (Çakıroğlu 2015). Sorumluluk puanı yüksek alan bireylerin, çevrelerini düzenli tutma, titiz olma, başarı için çabalama, güvenilir olma özelliklerini taşıdığı belirtilmektedir (Robbins ve Judge 2013). Yapılan bu çalışmada hemşirelerin çok fazla sayıda disiplinle birlikte çalışması, insan sağlığı gibi önemli bir konu alanında çalışıyor olması ve yaş ortalamalarının düşük olması dışadönüklük, sorumluluk ve geçimlilik kişilik özelliklerinin nedeni olabilir.

## 4. SONUÇ

### 6.1 Sonuçlar

Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin kişilik özellikleri açısından deliryum farkındalıklarının ve yönetiminin belirlendiği bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin sırasıyla geçimlilik, açıklık, sorumluluk, dışadönüklük ve duygusal tutarsızlık kişilik özelliklerine sahip olduğu; deliryum farkındalıklarının ve yönetimlerinin ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.6).

Çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyine göre deliryum tanımı bilgi düzeyi puanlarında; toplam çalışma süresine göre deliryum nedenleri ve risk grupları bilgi düzeyi puanlarında; yoğun bakımda çalışma süresine göre deliryum nedenleri ve risk grupları bilgi düzeyi puanlarında; haftalık çalışma saatlerine göre deliryum risk grupları ve deliryum belirti/bulgu bilgi düzeyi puanlarında anlamlılık olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1).

Hemşirelerin hemşirelik bakımı için hastanın veri toplama alanlarından ekonomik ve çevresel özelliklerine yönelik veri toplama durumlarına göre deliryum nedenleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 4.3.1).

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin cinsiyetine, yaşına, yoğun bakımdaki görevlerine, bakım verdiği hasta sayısına ve hemşirelik bakımı için yoğun bakımdaki hastanın fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel alanlarına yönelik veri toplama durumlarına göre deliryumun tanımı, deliryum nedenleri, risk grupları, belirti/bulguları, deliryum yönetimi ve deliryum toplam puanlarında istatistiksel anlamlılık belirlenmemiştir (Tablo 4.3.1).

Araştırmada hemşirelerin çalıştığı yoğun bakım birimlerine göre deliryum tanımı, deliryum nedenleri, risk grupları, belirti/bulguları ve deliryum bilgi düzeyi toplam puanlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Tablo 4.3.2).

Hemşirelerin okul döneminde veya çalışma süresince deliryum ile ilgili bilgi alma durumlarına göre deliryum tanımı, nedenleri, risk grupları, belirti/bulguları ve deliryum yönetiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.3.2).



Katılımcıların çalıştığı yoğun bakım birimlerine, okul dönemi veya çalışma süresince deliryum ile ilgili bilgi alma durumlarına göre beş faktör kişilik özellikleri alt boyutlarında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir (Tablo 4.3.3).

Hemşirelerin deliryum tanımı bilgi puanları ile dışadönüklük kişilik özelliği arasında negatif yönde; deliryum belirti/bulgu puanları ile sorumluluk, geçimlilik ve beş faktör kişilik toplam puanları arasında pozitif yönde; deliryum yönetimi puanları ile sorumluluk, duygusal tutarsızlık ve beş faktör kişilik toplam puanları arasında pozitif yönde; deliryum toplam bilgi puanları ile sorumluluk kişilik özellikleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.3.4).

## 6.2. Öneriler

Bu araştırmanın bulguları çerçevesinde aşağıdakiler önerilmektedir:

Araştırma bulguları hemşirelerin deliryum farkındalıklarını ve yönetimlerini orta düzeyde tespit etmiş olsa da bu konunun çalışılan birimde anlatılması, farkındalığın oluşturulması ve hizmet içi eğitimlerinin sürekli olmasının sağlanması,

Lisans eğitimi müfredatı içinde deliryum sendromu literatür bilgisine ve deliryum sendromlu hastanın hemşirelik bakımına daha geniş kapsamda yer verilmesi ve klinik uygulamayla pratiğin desteklenmesi,

Araştırmanın yapıldığı hastanede deliryum tanılması için ölçek kullanımının sağlanması,

Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin deliryum tanılmasında en az bir tane ölçek kullanması,

Hemşirelerin deliryum gibi zor ve bakım yükü fazla olan hastalıkları tanımlayabilmesi, yönetebilmesi ve farkındalıklarının oluşabilmesi için gerekli personel desteği, fiziksel düzenleme ve donanımın kurum içi çalışmalarla desteklenmesi,

Özellikle bakım kalitesi açısından hemşirelerin kişilik özelliklerini geliştirecek, onları destekleyecek iletişim becerileri konusunda sürekli hizmet içi eğitimlerin artırılması,

Araştırmanın daha geniş bir gruba, deneysel yöntemler kullanılarak yapılması önerilmektedir.

## 7.KAYNAKLAR

Adsay E, Dedeli Ö. Yoğun bakım ünitesinden taburcu olan hastaların yoğun bakım deneyimlerinin değerlendirilmesi. **Yoğun Bakım Dergisi** 2015; 1 (6): 90-97.

Agar M, Draper B, Phillips PA, Phillips J, Collier A, Harlum J, Currow D. Making decisions about delirium: a qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. **Palliat Med** 2012; 26 (7): 887-896.

Ağaçcı O. Kişilik tipleri envanterinin geliştirilmesi ve üniversite bölümlerinin kişilik kodlarının belirlenmesi. Yüksek lisans Tezi, **Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 2019, s.4,5.

Akif A. Kişilik oluşumunda dinin rolü. **Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi** 2011; 52 (2): 191-217.

Aksu C, Kuş A, Gürkan Y, Solak M ve Toker K. Kocaeli Üniversitesi ameliyathanesi postoperatif hipotermi insidansı araştırması. **TJAR** 2014; 42 (2): 66-70.

Aktaş Y. Yoğun bakım hemşirelerinin hastaların psikolojik bakım gereksinimlerini belirlemeye ve uygulamaya yönelik görüşlerinin incelenmesi. Yüksek lisans Tezi, **Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2016, s.96.

Alan H, Baykal Ü. Yönetici hemşirelerin kişilik özellikleri ve etkileyen kişisel ve mesleki özellikler. **J Psychiatric Nurs** 2018; 9 (2): 119-128.

Ali S, Patel M, Jabeen S, Bailey RK, Patel T, Shahid M, Riley W and Arain A. Insight into delirium. **Innovations in Clinical Neuroscience** 2011; 8 (10): 25.

Alkan N. Reliability and validity of the Turkish version of the big five inventory. Unpublished manuscript, **Atılım Üniversitesi**, Ankara, Turkey, 2006

Altınışik M. Karbonhidrat metabolizması bozukluklarına biyokimyasal yaklaşım. **ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi** 2010; 11 (1): 51-59.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. **Am J Psychiatry** 1999; 156 (5): 1-20.

Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskı (Dsm-5) Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, Çev. Köroğlu E. **Hekimler Yayın Birliği**, Ankara, 2013, 291-311.

Arumugam S, El-Menyar A, Al-Hassani A, Strandvik G, Asim M, Mekkodithal A, Mudali I and Al-Thani H. Delirium in the intensive care unit. **JETS** 2017; 10 (1): 37.

Atalan N, Sevim ME. Postoperative delirium associated with prolonged decline in cognitive function and sleep disturbances after cardiac surgery. *Tgkdc Dergisi* 2013; 21 (2): 358-363.

Ateş A. Yoğun bakım ünitesinde hemşirelik tanılması ile deliryum riskinin belirlenmesi. Yüksek lisans Tezi, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, 2012, s. 12,59.

Ayık B, Erdoğan A. Çocuk ve ergenlerde görülen psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan atipik antipsikotikler. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics* 2015; 1 (3): 39-53.

Aykaç M, Tiryaki F. Farklı kişilik tiplerinin incelenmesinde yaratıcı drama yönteminin kullanımına ilişkin katılımcı görüşleri. *TOD* 2013; 16 (6): 605-626.

Balas MC, Burke WJ, Gannon D, Cohen MZ, Colburn L, Bevil C, Franz D, Olsen KM, Ely EW, and Vasilevskis EE. Implementing the awakening and breathing coordination, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility bundle into everyday care: opportunities, challenges, and lessons learned for implementing the ICU pain, agitation, and delirium guidelines. *Critical Care Medicine* 2013; 41 (9-1): 116-27.

Balas MC, Rice M, Chaperon C, Smith H, Disbot M, and Fuchs B. Management of delirium in critically ill older adults. *Critical Care Nurse* 2012; 32 (4): 15-26.

Balcı N. Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum ve risk faktörleri. Yüksek lisans Tezi, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, 2013, s. 4,5

Baran S. Açık kalp cerrahisi sonrası yaşlılarda deliryum. Yüksek lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, 2013, s. 4,5

Barr J, Fraser GL, Puntillo K; Ely E, Gélinas C, Dasta JF; Davidson JE, Devlin JW, Kress JP, Joffe AM, Coursin DB, Herr DL; Tung A, Robinson B; Fontaine DK, Ramsay MA, Riker RR, Sessler CN, Pun B, Skrobik Y, Jaeschke R. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation and delirium in adult patients in the intensive care unit. *CCM* 2013; 41 (1): 263-306.

Bayındır SK, Biçer S. Holistik hemşirelik bakımı. *İKÇÜSBFD* 2019; 4 (1): 25-29

Bélanger L, Ducharme F. Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies. *BACCN* 2011; 16 (6): 303-315.

Bilge EÜ, Kaya M, Şenel GÖ, Ünver S. Erişkin hastalarda postoperatif yoğun bakım ünitesinde deliryum insidansı. *Türk J Anaesth Reanim* 2015; 43 (4): 234-239.

Bilgin M. Ergenlerin beş faktör kişilik özelliği ile bilişsel esneklik ilişkisi. *JSSP* 2017; 16 (62): 945-954.

Birge AÖ and Tel Aydın H. The effect of nonpharmacological training on delirium identification and intervention strategies of intensive care nurses. *J ICCN* 2017; 41: 33-42.

Birge ÖA. Non-farmakolojik yaklaşım eğitiminin yoğun bakım hemşirelerinin deliryumu tanıma ve ele alma durumuna etkisi. Doktora Tezi, **Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, 2015, Sivas, s. 62-63.

Brummel NE, Girard TD. Preventing delirium in the intensive care unit. **Critical Care Clinics** 2013; 29 (1): 51-65.

Bush SH, Tierney S, Lawlor PG. Clinical assessment and management of delirium in the palliative care setting. **Drugs** 2017; 77 (15): 1623-1643.

Carpenito-Moyet Lj. Hemşirelik Tanıları El Kitabı Lippincot Williams & Wilkins 2010. Çev. Erdemir F, **Nobel Tıp Kitapevleri**, İstanbul, 2012, s. 270, 670, 671.

Chen S, Shi L, Liang F, Xu L, Desislava D, Wu Q, Zhang J. Exogenous melatonin for delirium prevention: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Molecular neurobiology** 2016; 53 (6): 4046-4053.

Christensen M. An exploratory study of staff nurses' knowledge of delirium in the medical ICU: an Asian perspective. **Intensive Crit Care** 2014; 30 (1): 54-60.

Clegg A, Young JB. Which medications to avoid in people at risk of delirium: a systematic review. **Age and Ageing** 2010; 40 (1): 23-29.

Collet MO, Thomsen T, Egerod I. Nurses' and physicians' approaches to delirium management in the intensive care unit: a focus group investigation. **Australian Critical Care** 2018; 32 (4): 299-305.

Çakıroğlu ÇO. Kamu hastaneler birliğine bağlı hastanelerde çalışan hemşirelerin kişilik özellikleri ile değişime yönelik tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek lisans Tezi, **İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2015, s. 46-48

Çam MO, Küliğ D. Yoğun bakımda tedavi gören yaşlı bireylerin psikososyal gereksinimleri. **Türkiye Klinikleri J Health Sci** 2018; 3 (3): 284-290.

Çam O, Büyükbayram A. Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık ve etkileyen faktörler. **Psikiyatri Hemşireliği Dergisi**, 2017; 8(2): 118-126.

Çam R, Şahin B. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların deneyimleri ve anksiyete-depresyon durumları. **HBD** 2018; 1 (1): 14-10.

Çelik S, Olgun N. Yoğun bakımda hipoglisemi ve hiperglisemi. **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi** 2016; 20 (1): 57-64.

Çetin HB. Hemşirelerin deliryum yönetimine yönelik bilgi, uygulamaları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek lisans Tezi, **Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2018, s. 5, 40.

Çevik B, Akyüz E, Uğurlu Z, Ersayın A, Doğan N. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryum yönetimi konusunda farkındalıklarının belirlenmesi. **BÜSBİD** 2016; 1 (1): 33-45.

Çivitci N, Arıcıoğlu A. Psikolojik danışman adaylarının yardım etme stilleri ve beş faktör kuramına dayalı kişilik özellikleri. **Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi** 2012; 1 (23): 78-96.

De Oliveira AC, Kovner CT, Da Silva RS. Nosocomial infection in an intensive care unit in a Brazilian university hospital. **Rev Lat Am Enfermagem** 2010; 18 (2): 233-9.

Demir KF, Gök F, Karamanoğlu YA. Cardiovascular surgery nurses' level of knowledge regarding delirium. **BACCN** 2015; 21 (5): 279-286.

Demir KF, Karamanoğlu A, Gök F Kalp cerrahisi hastalarında deliryum ve hemşirelik bakımı. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi** 2015; 31 (2): 113-129.

Demirsoy N. Eski uygarlıklardan günümüze yansıyan holistik tıp uygulamaları. **Türkiye Klinikleri J Med Ethics** 2014; 22 (3):106-119.

Dewlin WJ, Brummel EN, & Al-Qadheeb SN. Optimising the recognition of delirium in the intensive care unit. **Best Pract Res Clin Anaesthesiol** 2012; 26 (3): 385-93.

Dinçkal Ç. Geriatrik hastalarda deliryum etiyolojisinde metabolik sorunların incelenmesi. Tıpta uzmanlık Tezi, **Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı**, İzmir, 2018, s. 9-38

Doğan T. Beş faktör kişilik özellikleri ve öznel iyi oluş. **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, 2013; 14 (1): 57.

Doğanlı B, Demirci Ç. Sağlık kuruluşu çalışanlarının (hemşire) motivasyonlarını belirleyici faktörler üzerine bir araştırma. **Yönetim ve Ekonomi Dergisi** 2014; 21 (1): 47-60.

Eeles EM, White SV, O'Mahony SM, Bayer AJ, Hubbard RE. The impact of frailty and delirium on mortality in older inpatients. **Age and Ageing** 2012; 41 (3): 412-416.

Elfeky HA, and Ali FS. "Nurses' practices and perception of delirium in the intensive care units of a selected university hospitals in Egypt. **JEP** 2013; 4 (19): 61-70.

Elibol N. Ortopedik cerrahi girişim uygulanan yaşlı hastalarda postoperatif deliryumu önlenmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin etkisi. Doktora Tezi, **Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Kocaeli, 2015, s.4, 15,18, 31, 51

Elliott SR. ICU delirium: a survey into nursing and medical staff knowledge of current practices and perceived barriers towards ICU delirium in the intensive care units. **Intensive Crit Care Nurs** 2014; 30 (6): 333-338.

Erdoğan S, Nahcivan N. Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik, Örneklem, Edt. Esin MN, **Nobel Tıp Kitabevleri**, İstanbul, 2014, s.167-192.

Flagg B, Cox L, McDowell S, Mwose JM, Buelow JM. Nursing identification of delirium. **Clin Nurse Spec** 2010; 24 (5): 260-266.

Flaherty JH, Milta OL. Matching the environment to patients with delirium: lessons learned from the delirium room, a restraint-free environment for older hospitalized adults with delirium. **JAGS** 2011; 59: 295-300.

Gagnon DJ, Fontaine GV, Smith KE, Riker RR, Miller RR, Lerwick PA, Lucas FL, Dziodzio JT, Sihler KC, Fraser GL. Valproate for agitation in critically ill patients: a retrospective study. **J Crit Care** 2017; 37: 119-125.

Girgin NK, Işçimen R, Aydoğmuş I, Bora S, Kocaeli AA, Kahveci F. Postoperatif deliryum etiyojisinde tiroid fırtınası: olgu sunumu. **J Turk Soc Intens Care** 2016; 14 (2): 63-67.

Goldberg LR. The development of markers for the Big-Five factor structure. **Psychological Assessment** 1992; 4 (1): 26-42.

Gözel G, Atmaca G, Durat G. Hemşirelerin kişilik özellikleri ve iş performansları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. **KOU Sag Bil Derg** 2017; 3 (1): 11-16.

Guthrie PF, Rayborn S, Butcher H. Evidence-based practice guideline: delirium. **J Gerontol Nurs** 2018; 44 (2): 14-24.

Hamdan-Mansour AM, Othman EH, Yacoub MI. Knowledge and nursing practice of critical care nurses caring for patients with delirium in intensive care units in Jordan. **JCEN** 2010; 41 (12): 571-576.

Han JH, Vasilevskis EE, Chandrasekhar R, Liu X, Schnelle JF, Dittus RS, & Ely EW. Delirium in the emergency department and its extension in to hospitalization (delineate) study: effect on 6-month function and cognition. **J Am Geriatr Soc** 2017; 65 (6): 1333-1338.

Hipp DM, Ely EW. Pharmacological and nonpharmacological management of delirium in critically ill patients. **Neurotherapeutics** 2012; 9 (1): 158-175.

Holt R, Young J, & Heseltine D. "Effectiveness of a multi-component intervention to reduce delirium incidence in elderly care wards." **Age and Ageing** 2013, (42)6: 721-727.

Hughes CG, Brummel NE, Vasilevskis EE, Girard TD, & Pandharipande PP. Future directions of delirium research and management. **Best Pract Res Clin Anaesthesiol** 2012; 26 (3): 395-405.

Ijkema R, Langelaan M, Van de Steeg L, & Wagner C. Do patient characteristics influence nursing adherence to a guideline for preventing delirium?. **JNS** 2014; 46 (3): 147-156.

Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. **Lancet** 2014; 383 (9920): 911-922.

Irwin SA, Pirrello RD, Hirst JM, Buckholz GT, Ferris FD. Clarifying delirium management: practical, evidenced-based, expert recommendations for clinical practice. **J Palliat Med** 2013; 16 (4): 423-435.

İntepe YS, Balcı M, Göçmen AY, Erkoç F, Erkan B. Göğüs hastalıkları kliniğine enfeksiyon bulgularıyla başvuran hastaların C-reaktif protein, sedimentasyon, fibrinojen, lökosit düzeylerinin, muayene bulgularının ve radyolojinin hastaneye yatırmada korelasyonu. **Bozok Tıp Dergisi** 2015; 5 (1): 25-31.

John O, Donahue E, Kentle R. The big five inventory-Versions 4a and 54. **Berkeley, CA: University of California. Institute of Personality and Social Research.** Berkeley, 1991.

Kahraman G, Engin E, Dülgerler Ş, Öztürk E. Yoğun bakım hemşirelerinin iş doyumları ve etkileyen faktörler. **DEUHYO ED** 2011; 4 (1): 12-18.

Kallenbach TF, Amado LA. Assessment of delirium in the intensive care unit. **SAJAA** 2017; 23 (3): 4-10.

Karabacak G. İşgören kişilik özelliklerinin iş stresi üzerine etkisi. Yüksek lisans Tezi, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2010, s. 31-32.

Karabulut N, Aktaş YY Nursing management of delirium in the postanesthesia care unit and intensive care unit. **J Perianesth Nurs** 2016; 31 (5): 397-405.

Karadaş C, Özdemir L. Deliryumun yönetiminde farmakolojik olmayan yaklaşımlar ve hemşirenin sorumlulukları. **J Psychiatric Nurs** 2019; 10 (2): 137-142.

Karadaş C. Yoğun bakımda yatan 65 yaş ve üstü bireylerde eklem açıklığı hareketlerinin deliryumu önlemedeki etkisi. Yüksek lisans tezi, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 2015, s. 5.

Karakuş A, Parlar T, Bucak A. Deliryum ayırıcı tanısı: datura stramonium zehirlenmesi. **Genel Tıp Derg** 2017; 27 (3): 112-114.

Karcı OA. Yoğun bakım ünitesinde konfüzyon değerlendirme ölçeği (cam-ıcu) ile neelonchampagne (neecham) konfüzyon ölçeklerinin karşılaştırılması. Tıpta uzmanlık Tezi, **Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı**, Denizli, 2013, s.5.

Kavasoğlu T, Vural Ç, Turan S, Acar HV, Kavasoğlu K, Erdemli MÖ. Delirium after open heart surgery. **Türk Gogus Kalp Damar** 2015; 23 (4): 658-664.

Kavlak E. Yoğun bakım ünitesinde deliryum taraması için kullanılan üç farklı testin karşılaştırılması. Tıpta uzmanlık Tezi. **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı**, Samsun, 2010, s. 5, 38.

Kaya E, Sönmez S, Barlas F. Deliryum. **Okmeydanı Tıp Dergisi** 2013; 29 (2): 70-74.

Kaya N, Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı, 1. Cilt, Edt: Aşti Atabek T, Karadağ A, **Akademi İstanbul**, 2017, 137-177.

Kazmierski J, Banys A, Latek J, Bourke J, Jaszewski R. Cortisol levels and neuropsychiatric diagnosis as markers of postoperative delirium: a prospective cohort study. **Crit Care** 2013; 17 (2): R38.

Keating GM. Dexmedetomidine: a review of its use for sedation in the intensive care setting. **Drugs** 2015; 75 (10): 1119-1130.

Kırpınar İ. Dahili ve cerrahi tıpta deliryumun değerlendirilmesi ve yönetimi: bir gözden geçirme. **Bezmialem Science** 2016; 3: 113-22.

Koçyiğit K. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Reanimasyon Ünitesinde deliryum insidansı ve ekip farkındalığı. Tıpta uzmanlık Tezi, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı**, Ankara, 2011, s. 35, 58.

Korhan AE, Yönt HG, Demiray A, Akça A. ve Eker A. Yoğun bakım ünitesinde hemşirelik tanılarının belirlenmesi ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi. **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 2015; 5(1): 16-21.

Köknel Ö. Kaygıdan Mutluluğa Kişilik, (15. Bs.), **Altın Kitaplar Yayınları**, İstanbul, 1999, s. 19.

Küçük L, Kaya H. Koroner yoğun bakım sürecinde yaşanan psikiyatrik bir durum: deliryum ne kadar tanıyoruz. **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi** 2011; 4 (1): 161-166.

Laske RA, Stephens BA. Confusion states: sorting out delirium, dementia, and depression. **NMIE** 2018; 16 (6): 13-16.

Latronico N Haloperidol and delirium in the ICU: the finger pointing to the moon. **Intensive Care Med** 2018; 44 (8): 1346-1348.

Little A, Ethier C, Turgari S, Jiang D, & Mehta SA Patient survey of sleep quality in the intensive care unit. a patient survey of sleep quality in the intensive care unit. **Minerva Anestesiol** 2010; 78 (4): 406-414.

Lorenzi S, Füsgen I, Noachtar S Acute confusional states in the elderly--diagnosis and treatment. **Dtsch Arztebl Int** 2012;109 (21): 391-399.

Maldonado JR. Acute brain failure: pathophysiology, diagnosis, management, and sequelae of delirium. **Crit Care Clin** 2017; 33 (3): 461-519.

Maldonado JR. Delirium pathophysiology: an updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. **Int J Geriatr Psychiatry** 2018; 33 (11): 1428-1457.

Maldonado JR. Neuropathogenesis of delirium: review of current etiologic theories and common pathways. **Am J Geriatr Psychiatry** 2013; 21 (12): 1190-222.

Marshall K, Hale D. Delirium, dementia, and depression. **Home Healthc Now** 2017; 35 (9): 515-516.

Mc Donnell S, Timmins FA Quantitative exploration of the subjective burden experienced by nurses when caring for patients with delirium. **J Clin Nurs** 2012; 21 (17-18): 2488-2498.

McAdams DP, Olson BD. Personality development: continuity and change over the life course. **Annu Rev Psychol** 2010; 61: 517-542.

McCrow J, Sullivan KA, Beattie ER. Delirium knowledge and recognition: a randomized controlled trial of a web-based educational intervention for acute care nurses. **Nurse Educ Today** 2014; 34 (6): 912-917.

Mcperson JA, Wagner CE, Boehm LM, Hall JD, Johnson DC, Miller LR, Burns KM, Thompson JL, Shintani AK, Ely EW, & Pandharipande PS. Delirium in the cardiovascular intensive care unit: exploring modifiable risk factors. **Crit Care Med** 2013; 41 (2): 405-413.

Merdan E. Beş faktör kişilik kuramı ile iş değerleri ilişkisinin incelenmesi: bankacılık sektöründe bir araştırma. **GÜSBED** 2013; 4 (7): 140-159.



Morandi A, Piva S, Ely EW, Myatra SN, Salluh JI, Amare D, Azoulay E, Bellelli G, Csomos A, Fan E, Fagoni N, Girard TD, La Calle GH, Inoue S, Lim C-M, Kaps R, Kotfis K, Koh Y, Misango D, Pandharipande P, Permpikul C, Tan CC, Wang D-X, Sharshar T, Shehabi Y, Skrobik Y, Singh JM, Slooter A, Smith M, Tsuruta R, & Latronico N. Worldwide ABCDEF (assessing pain, both spontaneous awakening and breathing trials, choice of drugs, delirium monitoring/management, early exercise/mobility, and family empowerment) survey, **Critical Care Medicine** 2017; 45 (11): e11111.

Morsünbül Ü. Hızlı büyük beşli kişilik testi Türkçe versiyonu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. **The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences** 2014; 27 (4): 316-322.

Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. **IJHPM** 2014; 3 (2): 77.

Motor VK, Evirgen Ö, Yula E, Erden EŞ, Ocak S, Önlen Y. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitesi'nde 2011 yılında sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonların değerlendirilmesi. **Ankem Derg** 2012; 26 (3):137-142.

Muslu L, Ardahan M. Importance of nursing care in blood sugar regulation. **ACU Sağlık Bil Derg** 2018; 9 (4): 344-348.

Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, & Inouye SK. Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. **JAMA** 2017; 318 (12): 1161-1174.

Olson T. Delirium in the intensive care unit: role of the critical care nurse in early detection and treatment. **Dynamics** 2012; 23 (4):32-36.

Oosterhouse KJ, Vincent C, Foreman MD, Gruss VA, Corte C, & Berger B. Intensive care unit nurses' beliefs about delirium assessment and management. **AACN Adv Crit Care** 2016; 27 (4):379-393.

Orhun G, Ali A, Alay G, Tuna V, Çeliksoy E, Esen F. Yoğun bakım ünitesine girişte enflamasyon biyobelirteçlerinin düzeyi ile sepsis hastalarında akut beyin disfonksiyonunun süresi arasındaki ilişki. **Turk J Intensive Care** 2019; 17 (3): 138-145.

Ospina JP, Franklin King IV, Madva E, Celano CM. Epidemiology, mechanisms, diagnosis, and treatment of delirium: a narrative review. **Clinical Medicine and Therapeutics** 2018; 1 (1): 3.

Overshott R, Vernon M, Morris J, Burns A. Rivastigmine in the treatment of delirium in older people: a pilot study. **Int Psychogeriatr** 2010; 22 (5): 812-818.

Özcan ME, Koçer A. Metabolik-toksik önlenabilir acil nörolojik durumlar. **Türkiye Klinikleri Neurology-Special Topics** 2016; 9 (2): 52-58.

Özçelik F, Erdem M, Bolu A, Gülsün M. Melatonin: genel özellikleri ve psikiyatrik bozukluklardaki rolü. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar** 2013; 5 (2): 179-203.

Özdemir L. Yoğun bakım hastasında deliryumun yönetimi ve hemşirenin sorumlulukları. **HUHEMFAD** 2014; 1 (1): 90-98.

Özdemir O, Özdemir PG, Kadak MT, Nasıroğlu S. Kişilik gelişimi. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar** 2012; 4 (4): 566-589.

Özdemir ÖS. Hemşirelerin kişilik özellikleri, benlik kavramı ve mesleğe ilişkin algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans Tezi, **İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2018, s. 88.

Özsoy E, Yıldız G. Kişilik kavramının örgütler açısından önemi: bir literatür taraması. **İşletme Bilimi Dergisi** 2013; 1 (2): 1-12.

Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 14. Baskı, **Nobel Tıp Kitap Evleri Ltd.Şti**, Ankara, 2016, s.485-510.

Özveren H, Faydalı S, Özdemir S. Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. **Turk J Clin Lab** 2016; 7 (4): 99-105.

Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan kurallar. **HUHEMFAD** 2011; 18 (1): 83-92.

Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, Brummel NE, Hughes CG, Vasilevskis EE, Shintani AK, Geevarghese SK, Moons KG, Geevarghese KG, Canonico A, Hopkins RO, Bernard GR, Dittus RS, & Ely EW. Long-term cognitive impairment after critical illness. **N Engl J Med** 2013; 369 (14): 1306-1316.

Partridge JS, Martin FC, Harari D, Dhese JK. The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this?. **Int J Geriatr Psychiatry** 2013; 28 (8): 804-812.

Piotrowicz K, Rewiuk K, Górski S, Kałwak W, Wizner B, Pac A, Nowakowski M, & Grodzicki T. The "wholesome contact" non-pharmacological, volunteer-delivered multidisciplinary programme to prevent hospital delirium in elderly patients: study protocol for a randomised controlled trial. **Trials** 2018; 19 (1): 439-450.

Pour HA, Yavuz M. Vücut sıcaklığındaki yükselmenin (ateşin) hemodinamik parametrelere etkisi. **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi** 2010; 3 (3): 73-79.

Reade MC, Finfer S. Sedation and delirium in intensive care. **N Engl J Med** 2014; 370 (16): 1566-1567.

Reisoğlu S. Üniversite öğrencilerinin öznel iyi oluşlarını yordamada beş faktör kişilik özellikleri, mizah tarzları ve duygusal zekânın rolü. Doktora Tezi, **Karadeniz Teknik Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü**, Trabzon, 2014, s. 36.

Robbins SP, Judge TA. Organizational behavior, edt. Erdem İ, Çolak Erdost HE, Türetgen İÖ, Başbuğ G, Tüz M, Ordun G, Ayanoğlu ŞF, Yalçın A. (14. Basımdan çeviri), **Nobel Basım**, Ankara, 2014, s. 134-140.

Ryan DJ, O'Regan NA, Caoimh RÓ, Timmons S, Clare J, O'Connor M, Leonard M, McFarland J, Tighe S, O'Sullivan K, Trzepacz PT, & Meagher D. Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. **BMJ Open** 2013; 3 (1): e001772.

Salluh JI, Soares M, Teles JM, Ceraso D, Raimondi N, Nava VS, Blasquez P, Ugarte S, Ibanez-Guzman C, Centeno JV, Laca M, Grecco G, Jimenez E, Árias-Rivera S, Duenas C& Rocha MG. Delirium epidemiology in critical care (DECCA): an international study. **Critical Care** 2010; 14(6): R210.

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

Samuel M. Postoperative delirium in older adults: best practice statement from the American Geriatrics Society. **JMAGSEP** 2015; 220: 136-149.

Sarı N. Sağlık çalışanlarının yoğun bakımlarda deliryum yönetimlerinin incelenmesi. Yüksek lisans Tezi, **Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2015, s. 4, 68.

Schiemann A, Hadzidiakos D, Spies C. Managing ICU delirium. **Curr Opin Crit Care** 2011; 17 (2): 131-140.

Scott P, McIlveney F, Mallice M. Implementation of a validated delirium assessment tool in critically ill adults. **Intensive Crit Care Nurs** 2013; 29 (2): 96-102.

Sekmen ID, Ünsar S. Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların deneyimlerinin belirlenmesi. **Türk J Cardiovasc Nurs** 2018; 9 (20): 113-119.

Sher Y, Cramer ACM, Ament A, Lolak S, Maldonado JR. Valproic acid for treatment of hyperactive or mixed delirium: rationale and literature review. **Psychosomatics** 2015; 56 (6): 615-625.

Skrobik Y, Ahern S, Leblanc M, Marquis F, Awissi DK, Kavanagh BP. Protocolized intensive care unit management of analgesia, sedation, and delirium improves analgesia and subsyndromal delirium rates. **Anesth Analg** 2010; 111 (2): 451-463.

Smulter N, Lingehall HC, Gustafson Y, Olofsson B, Engström KG. Delirium after cardiac surgery: incidence and risk factors. **Interact Cardiovasc Thorac Surg** 2013; 17 (5): 790-796.

Steiner LA. Postoperative delirium. Part 1: pathophysiology and risk factors. **EJA** 2011; 28 (9): 628-636.

Su X, Meng ZT, Wu XH, Cui Fan, Li HL, Wang DX, Zhu X, Zhu SN, Maze M, & Ma D. Dexmedetomidine for prevention of delirium in elderly patients after non-cardiac surgery: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. **Lancet** 2016; 388 (10054):1893-1902.

Şahin G, Buzlu S. Yoğun bakım ünitelerinde anksiyeteye yönelik hemşirelik bakımı. **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, 2016; 20(1): 65-69.

Şahin H. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin deliryum hakkındaki bilgi ve tutumlarının araştırılması. Yüksek lisans Tezi, **Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Trabzon, 2019, s. 23-24.

Şenoğlu N, Köse I, Zincircioğlu Ç, Erbay RH. Yoğun bakımla hızlı kucaklaşma. **Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi** 2014; 12 (3): 72-81.

Taştemur B. Beş faktör kişilik özelliklerinin algılanan iş performansı üzerindeki etkisinde psikolojik sermayenin aracı rolü: özel sektör çalışanları üzerine bir araştırma. Yüksek lisans Tezi, **Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, İstanbul, 2018, s. 3.

Tatlılıoğlu K. Beş faktör kişilik kuramı bağlamında kişilik kavramına genel bir bakış. **BUSBED** 2013; 3 (6): 128-146.

Tekin ÖA. Yabancılaşma ve beş faktör kişilik özellikleri arasındaki ilişkiler: Antalya Kemer'deki beş yıldızlı otel işletmeleri çalışanları üzerinde bir uygulama. Doktora Tezi, **Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Antalya, 2012, s.127-128.

Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. **Yoğun Bakım Dergisi** 2011; 1: 21-25.

Topçu MK. Çalışanların kişilik özelliklerinin örgütsel özdeşleşme ve işten ayrılma niyeti üzerine etkisinde psikolojik sözleşme algısının rolü. Doktora Tezi, **Karaharp Okulu**, Ankara, 2015, s. 39-67.

Topuz Ş, Doğan N. Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin deliryum konusuna ilişkin bilgi düzeyleri. **Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 2012; 14 (3): 21-26.

Totan T, Aysan F, Bektaş M. Prospective teachers' temperament, character, and personality traits. **INUJFE** 2010; 11 (2): 19-43.

Tozkoparan G. Beş faktör kişilik özelliklerinin çatışma yönetim tarzlarına etkisi: yöneticiler üzerinde bir araştırma. **Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi** 2013; 9 (2): 189-231.

Trogrić Z, Vander Jagt M, Bakker J, Balas MC, Ely EW, Vander Voort PH, & Ista E. A systematic review of implementation strategies for assessment, prevention, and management of ICU delirium and their effect on clinical outcomes. **Critical Care** 2015; 19 (1): 157-174.

Tuncay GY, Uçar H. Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşleri. **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi**; 2010; 17 (2): 33-46.

Tüfek A, Tekin R, Dal T, Tokgöz O, Doğan E, Kavak G, Hoşoğlu S. Reanimasyon ünitesinde on yıllık sürede gelişen hastane enfeksiyonlarının değerlendirilmesi ve literatürün gözden geçirilmesi. **Diclemedj** 2012; 39(4): 492-498.

Uğurlu B, Çelebi N. Resmi liselerde çalışan öğretmenlerin kişilik özelliklerinin demografik değişkenlere göre incelenmesi. **Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 2014; 18: 537-569.

Uludüz D, Duman T, Nörolojik yoğun bakımda kan basıncı kontrolü. **Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics** 2015; 8 (3): 78-85.

Ulusoy Y, Durmuş E. Kişilerarası bağımlılık eğiliminin beş faktör kişilik özellikleri açısından incelenmesi. **İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi** 2011; 12(2), 1-21.

Uzar ÖY, Hiçdurmaz D. İhmal edilen bir gerçek: duyuşsal problemlerin yoğun bakım hastalarına etkileri. **HUHEMFAD** 2015; 2 (2): 75-81.

Uzar ÖYS. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hastaların duyuşsal gereksinimlerine yönelik yaklaşımları. Yüksek lisans Tezi, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 2013, s. 5-6.

Uzelli D, Korhan EA. Yoğun bakım hastalarında duyuşsal girdi sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. **FNJN** 2014; 22 (2): 120-128.

Uzun K, Yavşan DM. Yoğun bakımda uyku. **Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi** 2014; 2 (2): 230-236.

Ünaldı I, Bardakçı M, Dolas F. ve Arpacı D. Türk EFL öğretmenlerinin mesleki tükenmişlik ile kişilik özellikleri arasındaki ilişki. **Eğitim ve Uygulama Dergisi** 2013; 4 (13): 86-98.

Van de Steeg L, IJkema R, Wagner C, Langelaan M. The effect of an e-learning course on nursing staff's knowledge of delirium: a before-and-after study. **BMC Medical Education** 2015; 15 (1): 12.

Van den Boogaard M, Schoonhoven L, Van Achterberg T, Van der Hoeven JG, Pickkers P. Haloperidol prophylaxis in critically ill patients with a high risk for delirium. **Crit Care** 2013; 17 (1): R9.

Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG, Ely EW. Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. **Best Pract Res Clin Anaesthesiol** 2012; 26 (3): 277-287.

Vilela VR, De Castro RMA, Schamber CR, Bazotte RB. Hypoglycemia induced by insulin as a triggering factor of cognitive deficit in diabetic children. **The Scientific World Journal eCollection** 2014; 2014: 616534-616534.

WEB\_1. Delirium: Prevention, Diagnosis And Management | Guidance... – Nice 2010 internet sitesi. <http://www.Nice.Org.Uk/Guidance/Cg103>, (son güncelleme tarihi:15.07.2019, alındığı tarih: 17.07.2019).

WEB\_2. Türk Tabipler Birliği internet sitesi: <http://www.ttb.org.tr> > [mevzuat > catid=3:tebligengelge](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/catid=3:tebligengelge), (son güncelleme tarihi: 14.05.2019, alındığı tarih: 02.10.2019).

WEB\_3. Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük internet sitesi. <http://www.Tdkterim.Gov.Tr/Bts/>,(alındığı tarih: 08.04.2019).

WEB\_4. Bakanlığı S. Yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğde değişiklik yapılmasına dair tebliğ. 2013 internet sitesi. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/05/20130529-25>, (alındığı tarih: 25.10.19).

Wells LG. Why don't intensive care nurses perform routine delirium assessment? A discussion of the literature. **Aust Crit Care** 2012; 25 (3): 157-161.

Williams ST. Pathophysiology of encephalopathy and delirium. **Clin Neurophysiol** 2013; 30 (5): 435-437.

Yamada C, Iwawaki Y, Harada K, Fukui M, Morimoto M, & Yamanaka R. Frequency and risk factors for subsyndromal delirium in an intensive care unit. **Intensive Crit Care Nurs** 2018; 47:15-22.

Yaşayacak A, Eker F. Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryum ve risk faktörlerinin belirlenmesi. **TGKDC Dergisi** 2012; 20 (2): 265-274.

Yıldız H. Yoğun bakımda hipertansiyon. **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi** 2014; 18 (2): 62-67.

Yılmaz A. Yoğun bakım ünitesi hastalarında yoğun bakım sendromu (deliryum) görülme durumu ve hemşirelerin görüşleri. Yüksek lisans bitirme Projesi, **İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Malatya, 2014, s. 11-14.

Yorulmaz H. Hiperglisemi ve beyin. **MMJ** 2013; 26 (3): 118-121.

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

Zaal IJ, Devlin JW, Hazelbag M, Klouwenberg PMC, Van der Kooi AW, Ong DSY, Cremer OL, Groenwold RH, Slooter AJC, & Slooter, AJ. Benzodiazepine-associated delirium in critically ill adults. **Intensive Care Medicine** 2015; 41(12): 2130-2137.

Zaal IJ. Epidemiology of delirium in the intensive care unit. Doctoral dissertation, **Utrecht University**, 2014, s. 19.

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

Zeki Ö. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryum yönetimi konusunda düşünceleri ve uygulamaları. Yüksek lisans Tezi, **İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2013, s.12, 51.

Zhang Y, Li HJ, Wang DX, Jia HQ, Sun XD, Pan LH, Ye QS, Ouyang W, Jia Z, Zhang FX, Ai YQ, Zhao BJ, Yang XD, Zhang QG, Yin N, Tan HY, Liu ZH, Yu JB, Ma D, & Guo YQ. Impact of inhalational versus intravenous anaesthesia on early delirium and long-term survival in elderly patients after cancer surgery: study protocol of a multicentre, open-label, and randomised controlled trial. **BMJ Open** 2017; 7 (11): e018607.

## 8. ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında Denizli'de doğdu. İlköğrenimini Denizli'de, orta öğrenimini Aydın-Söke'de, lise eğitimini Antalya'da tamamladı. 2003 yılında İstanbul Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Meslek hayatına 2000 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde başladı. Görevine 2005 yılında Pamukkale Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nde devam etti. Bu kurumda çeşitli birimlerde hemşire olarak çalıştı. 2016-2019 tarihleri arasında aynı kurumda yönetici hemşirelik yaptı. 2017 yılında Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda yüksek öğrenimine başladı. Pamukkale Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesi'nde Çocuk Psikiyatri Kliniğinde hemşire olarak çalışmaktadır. Evli ve 3 çocuk annesidir.

## 9. EKLER

### ***Ek-1. Veri Toplama Formu***

Bu veri toplama formu “***Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Kişilik Özellikleri Açısından Deliryum Farkındalıkları ve Yönetimi***” ni belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen tüm soruları yanıtlayınız. ***Bu veri toplama formuna verilecek yanıtlar ve bilgiler, bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır. Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederiz... Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi***

***Yüksek Lisans Öğrencisi Nursel EREN Dr. Öğr. Üyesi Gülay YİĞİTOĞLU***

### **1. HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ**

**ANKET NO:**

**1. Cinsiyetiniz:**

**2. Yaşınız:**

**3. Eğitim Durumunuz:**

1. Sağlık Meslek Lisesi      2. Önlisans,    3. Lisans  
4. Yüksek lisans      5. Doktora    6. Diğer

**4. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?**

1. 0-1 yıl    2. 2-5 yıl    3. 6-10 yıl    4. 11-15 yıl    5. 16 yıl ve üzeri

**5. Kaç yıldır yoğun bakım hemşiresi olarak çalışıyorsunuz?**

1. 0-1 yıl    2. 2-5 yıl    3. 6-10 yıl    4. 11-15 yıl    5. 16 yıl ve üzeri

**6. Yoğun bakım ünitesindeki göreviniz?**

1. Sorumlu hemşire    2. Servis hemşiresi    3. diğer

**7. Haftalık çalışma saatiniz:**

1. 48 saat altı      2. 48 saat üzeri

**8. Bir hemşirenin ortalama bakım verdiği hasta sayısı?**

1. 1-2 hasta                      2. 3 ve üzeri





## Ek-2. Hemşirelerin Deliryum Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Formu

Aşağıda deliryum ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyup size doğru geliyorsa 'Doğru', yanlış geliyorsa 'Yanlış' ya da bilmiyorum iseniz 'Bilmiyorum' seçeneklerinden birini (X) ile işaretleyiniz. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Teşekkür ederim.

	<b>Deliryumun Tanımına İlişkin Bilgi Düzeyi</b>	<b>Doğru</b>	<b>Yanlış</b>	<b>Bilmiyorum</b>
1	Deliryum geçici organik mental bir sendromdur <b>(Dogru)</b>			
2	Deliryumda bellek muayene edilebilir <b>(Yanlış)</b>			
3	Deliryumda psikomotor aktivite sürekli yüksektir <b>(Yanlış)</b>			
4	Deliryumdaki hastanın uyku uyanıklık düzeni normaldir <b>(Yanlış)</b>			
5	Deliryumun patafizyolojisi tam olarak aydınlatılmış değildir <b>(Dogru)</b>			
6	Deliryumun belirtileri bazen depresyon belirtileri ile uyuşabilmektedir <b>(Dogru)</b>			
7	Deliryumun teşhisi için en iyi yollardan biri de mini mental muayenedir <b>(Dogru)</b>			
8	Deliryum hastalarında ölüm oranı yüksektir <b>(Dogru)</b>			
9	Deliryum birkaç saatten fazla sürmez <b>(Yanlış)</b>			
	<b>Deliryumun Nedenlerine İlişkin Bilgi Düzeyi</b>			
10	Fiziksel Hastalıklar deliryuma neden olmaz <b>(Yanlış)</b>			
11	Nörolojik hastalıklar deliryuma neden olabilir <b>(Dogru)</b>			
12	Akut stres deliryuma neden olabilir <b>(Dogru)</b>			
13	Alkol bağımlılarında ani alkol bırakımı deliryuma neden olabilir <b>(Dogru)</b>			
14	Kafa travması deliryuma neden olabilir <b>(Dogru)</b>			
15	Hipoksi deliryuma neden olabilir <b>(Dogru)</b>			
16	Uzun süre anestezi altında kalma deliryuma neden olabilir <b>(Dogru)</b>			
17	Nitrik Oksit düzeyinin artması deliryuma neden olabilir <b>(Dogru)</b>			

	<b>Deliryumun Risk Gruplarına İlişkin Bilgi Düzeyi</b>			
18	Yaşla birlikte deliryum riski artmaktadır <b>(Dogru)</b>			
19	Görme bozukluğu olan hastanın deliryum riski artmaktadır <b>(Dogru)</b>			
20	Hastanın aldığı ilaç sayısı arttıkça deliryum görülme riski de artar <b>(Dogru)</b>			
21	İnvaziv girişimler (üriner kateter vb) deliryum riskini azaltabilir <b>(Yanlış)</b>			
22	B12 Vit. Eksikliği deliryum riskini artırır <b>(Dogru)</b>			
23	Erkeklerde, kadınlara göre deliryum riskini daha fazladır <b>(Dogru)</b>			
24	Diabet deliryum için yüksek risk faktörüdür <b>(Dogru)</b>			
25	Dehidrasyon deliryum için risk faktörü olabilir <b>(Dogru)</b>			
26	İşitme kaybı deliryum riskini artırır <b>(Dogru)</b>			
27	Obezite deliryum için bir risk faktörüdür <b>(Yanlış)</b>			
28	Aile öyküsünde demans olanların deliryum riski yüksektir <b>(Yanlış)</b>			
29	Fiziksel tespit hastada deliryum riskini artırabilir <b>(Dogru)</b>			
30	Herhangi bir nedenle bilişsel yıkımın (bilinç, bellek, yönelim ve algılamada bozulma) olması deliryum riskini artırabilir <b>(Dogru)</b>			
	<b>Deliryumun Belirti Bulgularına İlişkin Bilgi Düzeyi</b>			
31	Deliryumda gün boyunca bilinçte dalgalanmalar görülür <b>(Dogru)</b>			
32	Deliryumda düşünce soyutlaşır <b>(Dogru)</b>			
33	Deliryum, demans ve depresyon bulguları arasında genel olarak fark yoktur <b>(Yanlış)</b>			
34	Deliryum bulguları aniden gelişir <b>(Dogru)</b>			
35	Deliryumdaki hasta enerjiktir <b>(Yanlış)</b>			
36	Deliryumdaki hastada utanma, ayıp ve yasak kavramları geçici bir süre ortadan kalkmaktadır <b>(Dogru)</b>			
37	Deliryumdaki hastanın kişi zaman ve yer oryantasyonu sürekli bozuktur <b>(Dogru)</b>			
38	Deliryum tanısı almış hasta ile iletişim kurmak zorlaşır <b>(Dogru)</b>			
39	Deliryumdaki hastanın her zaman görsel ve duyuşal hallisünasyonları vardır <b>(Yanlış)</b>			
40	Deliryum genellikle düzeltilebilir <b>(Dogru)</b>			

41	Deliryumlu hastanın gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuştur <b>(Dogru)</b>			
42	Deliryumda hemen hemen hiç konsantrasyon kaybı yoktur <b>(Yanlış)</b>			
43	Deliryum uyku düzensizliklerine neden olur <b>(Dogru)</b>			
44	Deliryum bireyin kişilik özelliklerini değiştirmez <b>(Yanlış)</b>			
45	Antikolinergik aktivite deliryumun şiddetini azaltır <b>(Yanlış)</b>			
46	Noradrenalin aktivasyonu deliryum seviyesini artırır <b>(Dogru)</b>			
47	Deliryum esnasında korku ve anksiyete yaşanır <b>(Dogru)</b>			
48	Deliryumlu hastalar her zaman agresiftirler <b>(Yanlış)</b>			
49	Gün içerisinde davranış değişikliklerinin olması deliryumun tipik bulgusudur <b>(Dogru)</b>			
50	Deliryumlu hastanın dikkati kolay dağılır ve hasta konuşmayı devam ettirmekte zorlanır <b>(Dogru)</b>			
51	Deliryumlu hastaların genellikle algısal bozuklukları olur <b>(Dogru)</b>			
	<b>Deliryumun Hemşirelik Yönetimine İlişkin Sorular</b>			
52	Deliryum gelişme riski olan hastalar yaklaşımda temel amaç deliryumun ortaya çıkmasını önlemektir <b>(Dogru)</b>			
53	Deliryum tanısı almış hastanın sessiz sakin ortamda tutulması semptomların kontrol altında tutulmasında yardımcı olur <b>(Dogru)</b>			
54	Deliryumun tedavisinde genellikle ilaç kullanılır <b>(Dogru)</b>			
55	Sedatif ve sakinleştirici tüm ilaçlar deliryumda faydalıdır <b>(Yanlış)</b>			
56	Tedavide en önemli olan sedasyonun ve uykunun sağlanmasıdır <b>(Dogru)</b>			
57	Deliryumda tedavi önceliği hastanın güvenliğinin sağlanması ve desteklenmesidir <b>(Dogru)</b>			
58	Yeterli sıvı alımı deliryumu önleyebilir <b>(Dogru)</b>			
59	İşitme cihazı kullanmak deliryumun şiddetini artırır <b>(Yanlış)</b>			
60	Görme engelli yaşlılar için gözlük kullanmak deliryumu azaltabilir <b>(Dogru)</b>			
61	Hastanın adı, bulunduğu yer, zaman ve yaşının aralıklarla hatırlatılması semptomların artmasına neden olur <b>(Yanlış)</b>			

62	Diğer insanlarla gereğinden fazla etkileşim deliryumun kötüleşmesine neden olabilir <b>(Dogru)</b>			
63	Ağrının yeterli kontrol edilmemesi deliryumun kötüleşmesine neden olabilir <b>(Dogru)</b>			
64	Deliryumdaki hastanın yanlış anladığı bir şey varsa o doğru anlayana kadar düzeltilmesi gerekir <b>(Dogru)</b>			
65	Deliryum semptomlarının kontrol altına alınmasında gerektiğinde yatak istirahati önerilebilir <b>(Dogru)</b>			
66	Mevsim, tarih, gün ve saat hakkında bilgilendirme özellikle buldukları ortamda saat olması hastaların deliryuma girmesini önleyebilir <b>(Dogru)</b>			
67	Ameliyat sonrası dönemde hasta en kısa sürede ayağa kaldırılıp yürütülmelidir <b>(Dogru)</b>			
68	Hastalar uzun süre uyaransız (yer zaman bildirimi, işlem hakkında bilgi verilmesi vb) bırakılmamalıdır <b>(Dogru)</b>			
69	Deliryum tanısı almış hasta ajite ise travmalardan korumak için tespit edilmelidir <b>(Dogru)</b>			

### Ek-3. Beş Faktör Kişilik Özellikleri Anketi

Aşağıda, insanların kendilerine ve kişilik özelliklerini anlatmak için kullandıkları bazı ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi okuyarak, size ne kadar uyduğunu, uygun rakamın üzerini çarpı (X) ile işaretleyerek belirtiniz. Örneğin “Yardımsever biriyim” ifadesi, kendi özelliklerinizi düşündüğünüzde, size bütünüyle uyuyorsa 5’i, oldukça yardımseverim diyorsanız 4’ü, biraz yardımseverim diyorsanız 3’ü, pek yardımsever biri değilim diyorsanız 2’yi, hiç yardımsever birisi değilim diyorsanız 1’i işaretlemeniz gerekmektedir	Hiç Katılmıyorum	Çok Az Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Çok Fazla Katılıyorum
1.Konuşkan biriyim					
2.Başkalarının hatasını bulmaya yatkınım					
3.Bir işi tam yaparım					
4.Karamsar, huzunlu biriyim					
5.Orjinal biriyim yeni fikirler üretirim					
6.İçine kapanık biriyim					
7. Yardımseverim					
8.Bazen dikkatsiz davranabiliyorum					
9.Rahatım, strese girmem					
10.Pek çok şeyi merak ederim					
11.Enerji doluyum					
12.Başkaları ile ağız dalaşı (sözlü kavga) başlatırım					
13.Bir görevin (çalışma, ödev, iş) verilmesi için güvenilir biriyim					
14.Gergin olabilirim					
15.Zeki, derin düşünebilen biriyim					
16.Diğer insanları heveslendiririm					
17.Bağışayıcıyım					
18.Dağınık biriyim, çok derli toplu biri değilim					
19.Endişeli biriyim					
20.Hayal gücüm kuvvetlidir					
21.Sessizim					
22.Başka insanların güvendiği biriyim					
23.Tembel olmaya eğilimliyim					

24.Duygusal olarak dengeliyim, kolay kolay mutsuz olmam					
25.Yaratıcıyım					
26.Çekingen değilim, girişkenim					
27.Başka insanlara karşı soğuk ve ilgisizim					
28. Bir işi bitirmeden yarım bırakmam					
29.Duygu durumum değişkendir					
30.Sanatsal ve estetik şeyler benim için önemlidir					
31.Bazen utangac ve çekingenim					
32.Herkese karşı düşünceli ve saygılıyım					
33.Yaptığım şeyleri etkin, hakkını vererek, iyi yaparım					
34.Gergin durumlarda, ortamlarda sakin kalabilirim					
35.Rutin, tek düze şeyleri yapmayı tercih ederim					
36.Dışa dönük sosyal biriyim					
37.Bazen diğer insanlara kaba davranırım					
38.Plan yapar ve bu planları uygulurum					
39.Çabuk heyecanlanırım					
40.Fikirlerle oynamayı, benim için ne anlama geldikleri üzerinde düşünmeyi severim					
41.Sanata karşı pek ilgili değilim					
42.Başkaları ile yardımlaşmayı severim					
43.Dikkatim çabuk dağılır					
44.Sanat, müzik edebiyatla ilgiliyimdir					

## Ek-4. Beş Faktör Kişilik Özellikleri Anketi İzin Formu

14.01.2019

PAÜ E-posta : Re: 5 faktör Ölçeği

Konu: **Re: 5 faktör Ölçeği**  
Gönderen: Neşe Alkan <nese.alkan@atilim.edu.tr>  
Alınan: NURSEL EREN <ncren@pau.edu.tr>  
Yerinde: <nese.alkan@atilim.edu.tr>  
Tarih: 2018-12-26 11:22



PAÜ E-Posta Servisi

merhaba,

ölçeği kullanabilirsiniz

kolaylıklar dilerim

On 25/12/2018 20:25, NURSEL EREN wrote:

|



## **Ek-5. Hemşirelerin Deliryum Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Formu Kullanım İzni**

**Konu:**Re: Hemşirelerin deliryum bilgi düzeylerini değerlendiren veri toplama formu hakkında  
**Tarih:**09.01.2019 16:34  
**Gönderen:**Fatma Demir <fatma.demir@ege.edu.tr>  
**Alıcı:**GÖLAY YIĞITOĞLU <gyigitoglu@pau.edu.tr>

Slm  
Elbette kullanabilirsiniz  
İyi çalışmalar

---

**Kimden:** "GÖLAY YIĞITOĞLU" <gyigitoglu@pau.edu.tr>  
**Kime:** "Fatma Demir" <fatma.demir@ege.edu.tr>  
**Gönderilenler:** 9 Ocak Çarşamba 2019 16:20:42  
**Konu:** Hemşirelerin deliryum bilgi düzeylerini değerlendiren veri toplama formu hakkında

## Ek-6. Etik Kurul İzin Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 09/01/2019-E.1934



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik  
Kurulu

Sayı :60116787-020/1934  
Konu :Başvurumuz hk.

09/01/2019

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülay YİĞİTOĞLU

İlgi :03.01.2019 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğumuz "Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Kişilik Özellikleri Açısından Deliryum Farkındalıkları ve Yönetimi" konulu çalışmamız 08.01.2019 tarih ve 01 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN  
Başkan

## Ek- 7. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 14/03/2019-E.19251

\*BEA95VCVN\*



T.C.

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



Sayı :76351742-399/

Konu :Anket Çalışması

### HEMŞİRELİK ANABİLİM DALINA

Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünün 12/03/2019 tarih ve 18765 sayılı yazısında verilen, Yüksek lisans öğrenciniz Nursel EREN'in anket çalışma izni ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

**e-İmzalıdır**

Prof. Dr. Hakan AKÇA  
Enstitü Müdürü

EK :

Yazı Örne

13/03/2019 Şef  
13/03/2019 Ens.Sek. Vekili

: A.YILMAZ  
: Y.MOLLAOĞLU

---

Pamukkale Üniversitesi Rektörlük Binası Kat: 1      Ayrıntılı bilgi için irtibat : Aşen YILMAZ  
Kınıklı/DENİZLİ  
Tel: 0 (258) 296 20 08      Faks: 0 (258) 296 23 48  
E-Posta: saglikbe@pau.edu.tr      Elektronik Ağ: <http://pau.edu.tr/saglikbilimleri>

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı :65124556-300/

Konu :Anket Çalışmaları

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNE

İlgi :12/03/2019 tarihli, 18456 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazı ile belirtmiş olduğunuz Enstitünüz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Nursel EREN'in "Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Kişilik Özellikleri Açısından Deliryum Farkındalıkları ve Yönetimleri" konulu tez çalışmasının araştırmalarını Şubat 2019-Kasım 2019 tarihleri arasında hastanemizde yapması Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğümüz tarafından uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

**e-imzalıdır**

Prof. Dr. İbrahim TÜRKÇÜER  
Merkez Müdürü



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



GÜNLÜ EVRAK

Sayı :65124556-010.99/  
Konu :Anket İzni

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :12/03/2019 tarihli, 18456 sayılı yazı

Enstitünüz Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Nursel EREN'in "Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Kişilik Özellikleri Açısından Deliryum Farkındalıkları ve Yönetimleri" konulu tez çalışmasının araştırmalarını Şubat 2019-Kasım 2019 tarihleri arasında hastanemizde yapması Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğümüzce uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**e-İmzalıdır**

Nazlı MUMCUOĞLU  
Başhemşire Vekili

HİZMETE ÖZEL

Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri  
20070 Kınıklı, DENİZLİ  
Tel: 0 (258) 296 60 00  
E-Posta: infohastane@pau.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Filiz ÇETİN

Faks: 0 (258) 296 60 01  
Elektronik Ağ: <http://pau.edu.tr/hastane>

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## **Ek-8. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi**

### **PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

#### **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ**

“Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Kişilik Özellikleri Açısından Deliryum Farkındalıkları Ve Yönetimi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- **Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

Bu çalışma “Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Kişilik Özellikleri Açısından Deliryum Farkındalıkları ve Yönetimi”ni” belirlemek için yapılacaktır.

- **Bu çalışmaya katılmamalı mıyım?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalaranız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

- **Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?**

Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından hazırlanan “Veri Toplama Formu”, “Deliryuma İlişkin Bilgi Değerlendirme Formu” ve “Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği” kullanılmıştır. Veri toplama formu hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin (12 soru), çalışma ortamına ait soruların (6 soru) olduğu 2 ayrı bölümden oluşmaktadır. “Deliryuma İlişkin Bilgi Değerlendirme Formu” toplam 69 soru ifadesinden oluşan ve hemşirelerin deliryum ile ilgili bilgilerini ortaya çıkarmak amacıyla literatür doğrultusunda hazırlanmış bir formdur. “Beş Faktör Kişilik Özellikleri Ölçeği” ise 44 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Verilerin toplanması amacıyla hazırlanan formların ve ölçeğin uygulaması yaklaşık 10 dk sürmektedir.

Soru formlarında verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak, kimliğiniz açığa çıkaracak herhangi bir bilgi açıklanmayacak ve bilgiler gerekli istatistiksel yöntemler ile değerlendirilmesinin ardından bilimsel yayın organlarında yayınlanacaktır.

- **Çalışmada yer almanın yararları nelerdir?**

Bu çalışmada yer almanın size kişiye özel bir yarar sağlaması söz konusu değildir. Çalışmadaki sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacaktır. Çalışma sonucu elde edilen veriler ve bilgiler, bilimsel yayın organlarında paylaşılarak ilgili literatüre katkı sağlanacaktır.

- **Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?**

Araştırmacınız kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacınız tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın

sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

• **Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Nursel EREN  
GÖREVİ : Yüksek Lisans Öğrencisi  
TELEFON :0532 386 1889

**(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)**

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programında yüksek lisans öğrencisi olan Nursel EREN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili **yukarıdaki bilgiler** bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağına bilincindeyim).*
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
- Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
- Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
- Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Madde I. Görüşme tanığı**

**Bilgilendiren Araştırmacı**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih: