



DELİRYUM GELİŞEN HASTANIN BAKIM TALIMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_40	25.06.2012	23.12.2022	RV01	3

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”

“Açıklama”

“Revizyon No”

23.12.2022

Hastane logosu revize edildi.

Madde 6.2.1 Deliryum Etiyolojisi tanılamasına
Postoperatif süreç ve yoğun bakım süreci eklemesi
Yapılmıştır.

Madde 6.3.1 Hasta hemşire deksine yakın tek kişilik
odaya alınır ifadesiyle değiştirildi.

Madde 6.3.3 tanılamasına beden dili eklemesi yapılmıştır.

Madde 6.3.4 Takip ve tedavi amaçlı kullanılan cihazlar ve
fiziksel ortam anlatılmalıdır ifadesi eklendi.

Madde 6.3.12 tanılaması revize edildi.

1

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Başhemşirelik	Kalite Koordinatörü	Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı



DELİRYUM GELİŞEN HASTANIN BAKIM TALIMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_40	25.06.2012	23.12.2022	RV01	3

1. AMAÇ

Bu talimatın amacı delirium tablosu gelişen hastanın bakımında ve izleminde standart bir yöntem belirlemektir.

2. KAPSAM

Bu talimat delirium tablosu gelişen hastanın bakım ve izlem faaliyetlerini kapsar.

3. KISALTMALAR:-

4. TANIMLAR

4.1. Delirium: Herhangi bir nedenle bütün beynin kısa bir sürede yaygın olarak etkilenmesi ve bozulması ile ortaya çıkan, bilinç ve başka bilişsel yetilerin ve davranışların ağır derecede bozulduğu sendromdur. Birkaç saatten bir kaç haftaya kadar sürebilir. Bu süre boyunca ve gün içinde bilinçte açılmalar, kapanmalar olabilir. Başlı başına bir hastalık değildir, başka hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan akut bir beyin yetmezliğidir.

5. SORUMLULAR

Bu talimatın uygulanmasından hemşire ve hekim sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. TEMEL İLKELER

- 6.1.1. Hastaya sessiz, sakin, uyarıların az olduğu bir ortam sağlanmalıdır.
- 6.1.2. Bakım verenlerin sürekliliği sağlanmalıdır.
- 6.1.3. Hasta deliriumdan çıkıncaya kadar kaza ve yaralanmalardan korunmalıdır.
- 6.1.4. Servisten izinsiz ayrılma riskine karşı dikkatli olunmalıdır.

6.2. Tanılama

6.2.1. Delirium Etiyolojisi;

- ✓ Enfeksiyonlar: Menenjit, ensefalit, beyin apseleri, ateş yüksekliği ile giden tüm durumlar.
- ✓ Yoksunluk durumları: Alkol, benzodiazepin, barbitüratlar ve sedatifler.
- ✓ Metabolik bozukluklar
- ✓ İntoksikasyonlar
- ✓ Nörolojik durumlar
- ✓ Vitamin eksiklikleri
- ✓ Endokrin bozukluklar
- ✓ Madde kötüye kullanımı
- ✓ İlaçlar
- ✓ Kanseri vakaları(paraneoplastik sendr.)
- ✓ Bazı postoperatif süreç sonrası
- ✓ Uzamış yoğun bakım süreci.

6.2.2. Deliriumlu Hastada Görülen Belirti ve Bulgular

6.2.2.1. Genel Görünüm, Davranış

-Bilinç bulanıklığı, algı bozukluğu, şaşkınlık, amaçsız yineleyici hareketler, ilgi azalması

6.2.2.2. İletişim Kurma

- İleri derecede dağınık amaçsız ve düzensiz konuşma, sözel iletişimde bozulma, konuşmada bozulma.

6.2.2.3. Duygulanım

DELİRYUM GELİŞEN HASTANIN BAKIM TALIMATI

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
HEM_T_40	25.06.2012	23.12.2022	RV01	3

- Bunaltı, panik, tedirginlik, ağlama, neşe, coşku hali.

6.3. UYGULAMA

- 6.3.1.** Hasta hemşire deksine yakın tek kişilik odaya alınır. Yanında eğitimli deneyimli bir personel bulundurulur.
- 6.3.2.** Hastanın odasındaki uyaranlar en aza indirilir. Hastanın normalde olmayan görüntüleri görmesine, sesleri duymasına neden olabilecek uyaranlar odadan çıkarılır.
- 6.3.3.** Anlayabileceği düzeyde açık, net, beden dilini kullanarak ve anlaşılır bir ses tonuyla konuşulur. Oryante etmek amacıyla hastaya adıyla hitap edilir. Yapılan tüm işlemler hastaya net olarak açıklanır.
- 6.3.4.** Takip ve tedavi amaçlı kullanılan cihazlar ve fiziksel ortam anlatılmalıdır.
- 6.3.5.** Hastanın düşmesini engellemek için yatak kenarları kaldırılır.
- 6.3.6.** Anksiyeteyi arttıracak için zorunlu kalmadıkça hasta kısıtlama altına alınmaz.
- 6.3.7.** Oda parlak olmayan ancak görüşü engellemeyen bir ışıkla aydınlatılır.
- 6.3.8.** Hastayla iletişime geçecek kişiler sınırlı tutulur. Mümkün olduğunca kendi doktoru ve hemşiresi hastayla ilgilenir.
- 6.3.9.** Hastanın vital bulgularına en az 2 saatte bir bakılır ve **“Hemşire İzlem Formu”** na kaydedilir.
- 6.3.10.** Akut deliryumdaki hastanın boşaltım ihtiyacını yatağında karşılaması sağlanır. İlerleyen süreçte belirli aralıklarla tuvalete götürülür, hasta kendi hijyenini karşılayamıyorsa fizik bakımı verilir ya da verilmesi sağlanır.
- 6.3.11.** Hastanın zaman kişi, yer oryantasyonu hastanın durumuna göre her şifte en az bir defa değerlendirilir. Durumdaki değişiklikler hekime iletilir ve **“Hemşire İzlem Formu”** na kaydedilir.
- 6.3.12.** Hastanın uykusuzluğu varsa uyku döngüsünün tamamlanması ve gece mümkün olduğunca uyandırılmaması için , tedavi ve girişimlerin bireye göre ayarlanması sağlanır.
- 6.3.13.** Kendisine ve başkalarına zarar verme riski olan hastaya hekim istemine uygun ilaç verilir.
- 6.3.14.** Hastanın uyanık olduğu dönemlerde yapabileceği uğraşlar bulunur.
- 6.3.15.** Hastanın oryantasyonunu sağlamak için odasının ve kullandığı tuvaletin yanına karmaşık olmayan hastanın aklında tutabileceği işaretler konulur.
- 6.3.16.** Hastanın deliryum tablosu düzeldikten sonra yaşadığı bu olağandışı olayı anlamasına yardımcı olacak açıklamalarda bulunulup, genel bakımına destek olunur.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- 7.1.** Hemşire İzlem Formu