

KALÇA KIRIĞI OLAN BİR HASTADA AMELİYAT ÖNCESİ

GELİŞEN DELİRYUM: OLGU SUNUMU

PRE-OPERATIVE DELIRIUM IN A PATIENT WITH HIP FRACTURE: A CASE REPORT

Uzm. Hem. Nursemin ÜNAL* Dr. Betül TOSUN Uzm. Dr. Hakan ZEYBEK***

*Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ortopedi ve Travmatoloji AD.

**Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları BD.

*Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ortopedi ve Travmatoloji AD.

Bu çalışma 13-15 Mayıs 2014 tarihleri arasında Ankara'da düzenlenen 7. TSK Hemşirelik Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Giriş ve Amaç: Deliryum bilinç, dikkat ve algıda dalgalı rahatsızlıkların hızla gelişmesi ile karakterize bazal zihinsel fonksiyonlarda değişiklik olarak tanımlanır ve kalça kırığı olan yaşlı hastalarda sıkça görülen bir durumdur. Bu çalışmanın amacı kalça kırığı nedeniyle ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan bir hastada ameliyat öncesi gelişen deliryumun tedavi sürecindeki hemşirelik bakımı ve sonuçlarını açıklamaktır.

Olgu: Doksan yaşında bayan hasta, evinde düşmüş ve yakınları tarafından acil servise getirilmiştir. Yapılan muayene sonucu sağ femur intertrokanterik kırığı tanısı alan hasta ortopedi ve travmatoloji kliniğine yatırılmış, ameliyat öncesi iki kilogram ağırlık ile cilt traksiyonu uygulanmıştır. Ameliyat öncesi ikinci günde; hasta gece yataktan kalkmaya çalışarak üzerine örtülen nevresim takımlarını yere atmış, sağlıklı düşünce süreçlerine uygun olmayan konuşma ve davranışlar sergilemiştir. Hastanın bakımından sorumlu hemşire tarafından deliryum semptomları değerlendirilmiş ve hekimi bilgilendirilmiştir. Psikiyatri konsültasyonu istenen hastaya deliryum tanısı konmuştur. Hastanın hemşiresi tarafından tanımlanan (oluşturulan) hemşirelik tanıları (Akut Konfüzyon, Bilişsel Süreçlerde Bozulma, Öz Bakım Eksikliği Sendromu) ile hastanın bakımı planlanmış, uygulanmış ve değerlendirilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Kalça kırığı cerrahisi sonrası yaşlı hastalarda sıkça görülebilen deliryum tablosu bu olguda hemşiresi tarafından ameliyattan önce fark edilmiştir. "Bu sebeple bakımın aynı hemşire tarafından planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi sağlanmıştır. Hastanın tek başına bir odaya alınarak sessiz sakin bir ortam oluşturulması, güvenlik önlemlerinin artırılması, psikiyatri konsültasyonu alınarak gerekli ilaç tedavisinin başlanması, günlük yaşam aktivitelerine hastanın maksimum düzeyde katılımının sağlanması ve bakım vericilerinin deliryumu olan hasta bakımı konusunda bilgilendirilmesi, vb. uygulanan girişimler arasında

sayılabilir." Deliryum, semptomların tanınması, yorumlanması, fizyolojik desteğin sağlanması, etkili iletişim kurulması, çevresel faktörlerin düzeltilmesi, psikososyal destek sağlanması ve ilaç tedavisi ile kontrol altına alınabilmektedir. Bu sebeple deliryum ve geriyatrik hasta bakımı konusunda hemşirelerin hizmet içi eğitim programları ile bilgilerinin yenilenmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Deliryum, kalça kırığı, tedavi, hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

Objective: *Delirium, defined as changes in baseline mental functions characterized by rapidly developing fluctuations of consciousness, attention and perception, is a common problem in elderly patients with hip fracture. The aim of this paper is to delineate the nursing care and outcomes within the treatment process of a patient having preoperative delirium during hospitalization in orthopedics and traumatology service due to hip fracture.*

Case: *Ninety years old, female patient was proposed to emergency room by her relatives after falling at home. After the examination patient, diagnosed to have right femur intertrochanteric fracture, was admitted to the orthopedics and traumatology service, and skin traction with two kilogram weight was applied prior to surgery. On the preoperative second day of hospitalization, the patient developed unsuitable thinking process behaviours and conversations, tried to get out of the bed and throw the bed linens at night. Responsible practitioner nurse considered the patient to have delirium symptoms and informed the physician. The patient was diagnosed to have delirium after psychiatry consultation. Practitioner nurse planned, implemented and assessed the nursing care of patient with diagnosis of acute confusion, deterioration in mental process, self-care deficit syndrome.*

Discussion and Conclusion: *Delirium, that is especially common in elderly patients after hip fracture surgery, was recognized by the practitioner nurse preoperatively and required measures were taken in place. Therefore nursing care was planned, applied and evaluated by the same practitioner nurse. Interventions include providing quiet and relaxing environment by hospitalization of patient and companion in a separate room instead of ward, enhancing safety measures, initiation of required medication after psychiatric consultation, encouraging patient to participate in daily life activities as much as possible, briefing caregivers on care of patients with delirium. Delirium can be under control by recognizing and interpreting the symptoms, providing physiological and psychosocial support, establishing effective communication, adjusting environmental factors and proper medication, and this period can become acceptable for both patients and relatives. Thus, it is recommended for nurses to enhance their knowledge on delirium and geriatric patient care by in-service training programs.*

Keywords: *Delirium, hip fracture, therapy, nursing care.*

GİRİŞ

Kalça kırığı femurun proksimal kırıklarından olup %90'ı yaşlı hastalarda basit düşme sonrasında meydana gelmektedir. Bu kırıklar; başta osteoporoz, denge bozukluğu, algisal işlevlerde yetersizlik, genel kas zayıflığı ve kas atrofisi gibi olası risk faktörlerinin etkisiyle oluşmaktadır (Mutlu ve ark. 2008). Kalça kırığı cerrahisi sonrası yaşlı yetişkinlerde bilişsel bozukluklardan biri olan deliryum %16 ve %62 arasında

değişen oranlarda görülür (White ve ark. 2011, Bitsch ve ark. 2004). Deliryum bilinç, dikkat ve algıda dalgalı rahatsızlıkların hızla gelişmesi ile karakterize bazal zihinsel fonksiyonlarda değişiklik olarak tanımlanır (APA 2013) ve özellikle yaşlılarda oryantasyon bozukluğu, sersemlik, geceleri huzursuzluk, uykusuzluk ve sık sık uyanmalar ile karakterizedir (Özgür ve Baysan 2005). Krogseth ve ark. (2011) kalça kırığı öncesinde demansı olmayan hastalarda yaptıkları takip çalışmasında akut dönem deliryumun, ilk 6 ay içinde demans gelişmesi riskini arttırdığını saptamıştır. Ayrıca tekrarlayan deliryumu olan kalça kırıklı hastaların deliryum gelişmeyen hastalara göre ilk bir yıl içindeki mortalite riskinin 2.9 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Kiely ve ark. 2009).

Deliryum riski taşıyan ya da deliryumu olan hastalarda optimal sonuçların elde edilmesinde ortopedi hemşireleri önemli bir rol üstlenmektedir. Klinisyenler deliryum risk faktörlerini bilme, bulgularını tarama ve kayıt etme, deliryum insidansını azaltmaya yönelik kanıta dayalı protokolleri uygulama konusunda dikkatli olmalıdır. Hastanın ameliyat bekleme süresinin uzaması, ileri yaş, beslenme bozukluğu, sıvı-elektrolit dengesizliği, ağrı gibi risk faktörlerinin hedef alınmasının deliryumu azaltma konusunda etkili olduğu gösterilmiştir (Mak ve ark. 2010). Hemşirenin, hemşirelik bakım planını hazırlama, uygulama, komplikasyonları önlemeye yönelik gerekli tedbirleri alma ve sonuçları değerlendirme sorumlulukları vardır (Wunderlich 2013, Cuvar 2012). Bu sorumluluklar kapsamında oldukça karmaşık olan kalça kırığı hastalarının bakımının çok yönlü olması gerektiği açıktır. Olgu sunumu olarak planlanan bu çalışmada kalça kırığı nedeniyle ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan bir hastada tedavi ve bakım sürecinde, ameliyat öncesi gelişen deliryumun hemşirelik bakımını açıklanmaktadır.

OLGU

Doksan yaşında kadın hasta, gece evinde tuvalete kalktığında düşmüş ve yakınları tarafından acil servise getirilmiş, radyolojik görüntüleme ve fizik muayene sonucu sağ femur intertrokanterik kırığı tanısı konularak ortopedi ve travmatoloji kliniğine yatırılmıştır. Bilinci açık, zaman, mekan ve kişi oryantasyonu tam olan hastanın sağ bacağına immobilizasyonu sağlamak amacıyla iki kilogram ağırlık ile cilt traksiyonu uygulanmıştır. Hastanın bazı yaşamsal ve laboratuvar bulguları; Arteriyel Kan Basıncı: 120/80 mmHg, Nabız: 80/dk, Ateş: 36.7°C, Lökosit (WBC): 14.800 k/µl, Hemoglobin (Hgb) : 11.6 g/dl, Hematokrit (Hct): 33.5 %, Üre: 50 mg/dl, Sodyum (Na): 137.0 mmol/L, Potasyum (K): 3.93 mmol/L, Kreatinin: 0.88 mg/dl olarak değerlendirilmiştir. İskemik kalp hastalığı olan, Beloc-zok 50 mg 1x1 tb ve Atacand plus 16 mg 1x1/2 tb kullanan hastaya, operasyon öncesi kardiyoloji ve göğüs hastalıkları kliniklerinden konsültasyon istenmiştir. Kardiyoloji klinik değerlendirmesinde; kardiyak açıdan düşük-orta, göğüs hastalıkları klinik değerlendirmesinde; pulmoner komplikasyonlar açısından düşük riskli ve opere edilebileceği değerlendirilmiş olup ameliyat hazırlıkları tamamlanmıştır. Hasta; yatışının ikinci gününde; gece yataktan kalkmaya çalışarak üzerine örtülen nevresim takımlarını yere atmış, oryantasyonu azalmış, sağlıklı düşünce süreçlerine uygun olmayan konuşma ve davranışlar sergilemiştir. Hasta yattığı süre boyunca mesai saatlerinde (08.00-17.00) aynı hemşire tarafından

izlendiğinden, deliryum semptomları gösterdiği şekilde değerlendirilerek sorumlu hekim bilgilendirilmiştir. Hekim tarafından psikiyatri konsültasyonu istenen hastaya deliryum tanısı konmuş ve hekim istemi ile günde Risperidon 1mg tb. 1x1 başlanmıştır.

Hasta yatışının 4. gününde, elektif olarak spinal anestezi altında parsiyel kalça protezi cerrahisi geçirmiştir. İki saat, otuz dakika süren operasyon sırasında hastaya iki ünite eritosit süspanasyonu gönderilmiş ve hasta, 50 dakika anestezi sonrası bakım ünitesinde kaldıktan sonra ortopedi kliniğine geri alınmıştır. Ameliyat sonrası birinci günde ajite davranışlar (damaryolunu ve üriner kataterini çekip çıkarma), dezorganize konuşma ve davranışlar sergileyen hastaya, hekim istemiyle Risperidon tb 1mg /gün yanında Haloperidol 2 x 10 damla (1 mg) gece 4 saat arayla uygulanmıştır. Hastanın bazı yaşamsal ve laboratuvar bulguları; Arteriyel Kan basıncı: 140/85mmHg, Nabız:88/dk, Ateş: 37.2 °C, SpO₂: %94, Kan Üre: 45 mg/dl, Kreatinin: 0.97 mg/dl, AST:28 U/L, ALT: 18 U/L, Sodyum (Na): 130 mmol/L, Potasyum (K): 3.93 mmol/L, Hemoglobin (Hgb): 10.78 g/dl, Hematokrit (Hct) :33.2 %, Lökosit (WBC): 14.8 . 10.e³/mikroL. olarak saptanmıştır. Toplam on bir gün hastanede yatan hastaya bakım veren hemşiresi tarafından Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Derneği (North American Nursing Diagnosis Association) (NANDA) hemşirelik tanılama sistemine göre; Akut Konfüzyon, Düşünce Süreçlerinde Bozulma, Öz Bakım Eksikliği Sendromu hemşirelik tanıları konmuş ve bu tanıları doğrultusunda hastanın hemşirelik bakımı planlanmış, hemşirelik girişimleri uygulanmış ve değerlendirilmiştir.

Ameliyat sonrası 3. günde dezoryante ve ajite davranışları azalan hastanın günlük yaşam aktivitelerine katılımının arttığı ve bilişsel süreçlerinin düzeldiği gözlenmiştir. Kişi, yer ve zaman oryantasyonu tam olduğu saptanan hasta günde iki kez mobilize edilebilmiştir. Tuvalet ihtiyacını bağımsız olarak karşılayabilen hastanın hijyenik gereksinimlerini karşılamada bağımsızlığının arttığı gözlemlenmiştir. Hasta ve ailesine verilen taburculuk eğitimini takiben, ameliyat sonrası yedinci günde hasta şifa ile taburcu edilmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için hasta ve ailesinin yazılı izni alınmıştır.

Hastanın hemşirelik bakım planı doğrultusunda geliştirilen hemşirelik tanıları;

1. Akut Konfüzyon

Tanım: Bilinç, dikkat, algılama, bellek oryantasyon düşünme, uyku uyanıklık döngüsü ve psikomotor davranışta değişken ve global bir bozulmanın aniden başladığı bir durum olarak tanımlanır.

Hastada görülen semptomlar: Hastada bu tanıya uygun olarak dikkat yeteneğinde azalma, oryantasyon bozukluğu, tutarsız/anlamsız davranış ve konuşmalar, anksiyete, huzursuzluk ve aşırı uyanıklılık semptomları hastaneye yatışının ikinci gününde ortaya çıkmıştır.

Hedef: Hastamız için hedefimiz deliryum durumunun ortadan kalkması ya da deliryum nöbetlerinin azalması şeklinde belirlenmiştir.

Göstergeler: Hastanın daha az ajite olması, yere, zamana ve kişilere oryante olması, günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız olması göstergelerimizi oluşturmuştur.

Planlama: Hastanın bütünlük duygusunu destekleyici, anlamlı ve yeterli duyuşsal uyarın sağlayan, hastanın otonomisini kaybetmesini önleyen, konfüzyonunu desteklemekten kaçınan, fiziksel ve çevresel güvenliğini sağlayan hemşirelik girişimleri planlanmıştır (Carpenito-Moyet 2010, Demiralp 2007, Totur ve Korkmaz 2011).

Hemşirelik Girişimleri:

Yanıdaki bakım vericilere durumun tıbbi olarak açıklaması ve yapılması gerekenler hakkında bilgi verilmiştir. Bu kapsamda;

1. Öncelikle yakınlarına hastada gelişen bu bilinç değışikliklerinin kalça kırığı gelişen yaşlı hastalarda zaman zaman görüldüğü ve bunun genellikle geçici bir durum olduğu açıklanmıştır.

2. Sessiz sakin ve huzurlu bir ortam sağlanması gerektiği yakınlarına açıklanmış ve hasta tek kişilik bir odaya alınmıştır.

3. Bakım vericiler; hastanın yaptıklarından dolayı suçlanmaması, hastayı anlamaya çalışarak, saygılı ve sakin davranılması söylenmiştir.

4. Bakım vericilerin gün içinde hastayı ajite etmeden yer ve zamana oryantasyonunu nasıl yapacağı öğretilmiştir.

5. Hastanın aile bireylerini tanıma ve hatırlamada güçlük çekebileceği, aile bireylerinin fotoğraflarının hastaya gösterilmesinin ya da sevdiği ve alışkın olduğu birkaç eşyasının hasta odasına getirilmesinin yararlı olabileceği açıklanmıştır.

- Hasta odasında hastayı rahatsız etmeyen ve halüsinasyonları tetiklemeyen çevresel düzenlemeler yapılmıştır. (örn: rahatsız edici aşırı ışık azaltılmıştır, sakin sessiz bir ortam sağlanması amacıyla televizyon kapatılmıştır, ortamdaki fazla gereksiz eşyalar dolaba kaldırılmıştır, yalnızca bakım verici yakını dışında diğer ziyaretçilerin ve başka hastaların hasta odasına giriş çıkışı kısıtlanmıştır.)
- Yararlı ve anlamlı konuşma konuları (ağrısının olup olmadığı, ailesi, sevdiği yemekler, hoşlandığı şeyler vb.) hakkında bilgi toplanmıştır. Konuşmak için hastanın uyanık olduğu sabah saatleri tercih edilmiştir.
- Yetişkin iletişiminin kuralları doğrultusunda hastaya ismiyle hitap edilerek, göz teması kurularak, yavaş ve bağırmadan, ortalama bir ses tonu ile konuşulmuştur.
- Hastayla içten, samimi ve doğru bilgiler vererek iletişim kurulmuştur.
- Zamana, yere ve kişilere oryantasyonu sağlanmıştır. Hemşiresi, hastanın odasına her girdiğinde kendini tanıtmış, tarihi ve saatin kaç olduğunu hastaya hatırlatmış, hastanın şuan nerede ve ne sebeple bulunduğunu belirtmiş ve yapacağı işlemleri açıklamıştır.
- Aile fotoğraflarına bakması için günün belli saatlerinde oğlunun bilgisayarından fotoğraflara bakması sağlanmıştır. Tanıyamadığı kişiler oğlu tarafından tanıtılmış ve hatırlatılmıştır.
- Hastaya anlatılacak konular bölümlere ayrılıp adım adım küçük parçalar halinde açıklanma yoluna gidilmiştir.

- Özbakım aktivitelerine katılması için cesaretlendirilmiş gün boyunca sınırları dahilinde en az iki kez yatak içinde ROM egzersizleri yaptırılmıştır.
- Hastanın konfüze durumu ve belirsiz ifadeleri hasta ile tartışılmadan ya da kabul edilmeden gerçeğe dönmesi için yönlendirilmiştir. (örn: kendini evinde sandığı ve yemek yapmak istediğini söylediğinde; şu anda hastanede olduğu, düştüğü için kalçasının kırık olduğu ve tedavi olabilmek için hasta yatağında yatması gerektiği, kalkmaya çalışırsa daha fazla ağrı duyacağı ve kendine zarar verebileceği söylenmiştir).
- Fiziksel tespit kullanımından kaçınılmış, yatak kenarları kaldırılmıştır. İki üç saatte bir traksiyona bağlanmış olan bacağı rahatlatmak için ağırlıklar 15-20 dk. kaldırılmıştır. Böylelikle yatağa bağlı olma hissi azaltılmaya çalışılmıştır. Bakım vericilerden birinin mutlaka yanında kalması sağlanmış hastanın yalnız kalmamasına dikkat edilmiştir.
- Bakım veren hemşiresinin tek ve aynı kişi olmasına dikkat edilmiştir. Hemşiresi özellikle odasına girerken selamlayarak girmiş ve çıkarken ne zaman döneceğini belirterek (örn: 15 dk. sonra geri geleceğim ve ilacınızı vereceğim) hasta ile güvene dayalı bir ilişki sağlanmıştır.

Değerlendirme: Hastaneye yatışının üçüncü gününde hastanın daha sakin olduğu, yere, zamana ve kişilere oryantasyonunun tam olmadığı, günlük yaşam aktiviteleri konusunda yarı bağımlı olduğu saptanmıştır. Ameliyat günü ve gecesi deliryum tablosunun derinleştiği, yere zamana ve kişilere oryantasyonun tamamen bozulduğu ve hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduğu değerlendirilmiştir. Hastanın ameliyat sonrası 3. günden itibaren konfüzyon tablosunun gerilediği, günlük yaşam aktivitelerine katılımının arttığı ve yere zamana ve kişilere oryantasyonunun olduğu tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının hastayla olan iletişiminin verilen bilgilendirme eğitimiyle uyumlu olduğu saptanmıştır.

2. Düşünce Süreçlerinde Bozulma

Tanım: Başetme ve/veya mental rahatsızlıklara bağlı olarak bilinçli düşünme, gerçeğe oryantasyon, problem çözme, yargılama, karar verme, anlama/ kavrama gibi mental aktivitelerinde bir bozukluk olan bir bireydeki durumdur. Kavrama ve algılamasında günlük yaşam aktivitelerini engelleyecek/değiştirecek bir şekilde bozulma olan bireyi tanımlar.

Hastada görülen semptomlar: Hastada; uyarıların doğru olmayan şekilde yorumlanması, şüphelenme, delüsyonlar, hallüsinasyonlar, konfüzyon/oryantasyon bozukluğu olarak sıralanabilir.

Hedef: Hastanın yere, zamana ve kişilere (gerçeğe) oryantasyonunu sağlamak ve açık iletişimini sürdürebilmek olarak belirlenmiştir.

Göstergeler: Hastanın normal düşünme sürecinde ve davranışlarında olması, halüsinasyon ve delüsyonlarla baş edebilmesi, daha az sıklıkla halüsinasyon ve delüsyon ifade etmesi, günlük yaşam aktivitelerinde aktif hale gelmesi göstergelerimiz olarak saptanmıştır.

Planlama: Bu tanıya uygun olarak sakin, destekleyici ve iletişimi güçlendirici hemşirelik girişimleri planlanmıştır (Carpenito-Moyet 2010, Totur ve Korkmaz 2011, Birol 2011).

Hemşirelik Girişimleri:

- İşıtsel ve görsel yetersizlikler ile reflekslerin yavaşladığı göz önünde bulundurularak sabırlı, sakin ve destekleyici bir tavırla iletişim sağlanmıştır.
- Sözel ve sözel olmayan halüsinasyonlar gözlenmiş ve ailenin korku ve endişelerinin giderilmesine yönelik bilgi verilmiştir. Halüsinasyonların sıklığı ve zamanı kaydedilmiştir.
- Halüsinasyonların gerçek olmadığına anlaşılması için hasta bu konuda gerçeğe yönlendirilmiştir. (örn: Hasta sesler duyduğunu onu kaçırmak isteyen kişilerin geldiğini söylediğinde; “odada bizden başka kimse yok duyduğunuz sesler sizin kendi düşüncelerinizin içinde, şu an güvendesiniz, hastanedeyiz ve kimse size zarar vermek istemiyor” şeklinde bir yaklaşımda bulunulmuştur.)
- Hastaya bakım veren hemşiresi tarafından hastanın istek ve gereksinimleri ayırt edilmiş ve hastanın bağımsız olarak yapabildiği işler belirlenmiştir (Örn: hasta yemeğini kendi yiyebildiği ve yatak içinde kendini çevirebildiği halde bunları başkasının yaptırmasını istiyordu, böyle bir durumda hasta bu işleri kendisi yapması konusunda cesaretlendirilmiştir.)
- Hastanın gece ve gündüz kavramını karıştırmaması için gün ışığının içeri girebileceği şekilde pencereler açılmıştır.
- Hastaya kendisiyle ilgili sorumluluklar verilmiştir. (örn: sabahtan itibaren yediği ve içtiği şeyleri aklında tutarak hemşireye bildirmek)
- Değerlendirme: Hastanın yatışının yedinci gününe kadar günde en az iki kez sözel ve sözel olmayan halüsinasyonlar gözlenmiştir. Deliryum ile ilgili verilen bilgilendirme eğitimi doğrultusunda hasta yakınlarının hasta ile iletişimlerinin sakin, sabırlı ve hastanın bağımsız olarak yapabileceği faaliyetleri destekleyici olduğu gözlemlenmiştir. Ameliyat sonrası üçüncü günü (yatışının 7. günü) itibarıyla hastanın halüsinasyonlarının ve delüzyonlarının görülmediği, yeri, zamanı ve kişileri doğru bilişsel süreçlerde değerlendirdiği saptanmıştır.

3. Öz Bakım Eksikliği Sendromu:

Tanım: Motor fonksiyonlarında veya bilişsel fonksiyonlarda bir bozulma nedeniyle kendine bakım verme aktivitelerinden beşini de (beslenme, hijyenik faaliyetler, giyinme/soyunma, tuvalet ihtiyacı, enstrümantal bakım) yerine getirme yeterliliği azalan bir bireydeki durumdur.

Hastada Görülen Semptomlar: Besinleri ağzına götürürken dökülmesi, çatal bıçak kullanamama, banyoya ulaşamama, hijyenik önlem gereksinimlerini algılamada yetersizlik, uygun tuvalet hijyeni başaramama olarak saptanmıştır.

Hedef: Hastanın yemek yeme, giyinme, tuvalet, banyo aktivitelerine fiziksel ve/veya sözel olarak katılmasıdır.

Göstergeler: Özbakım aktivitelerindeki tercihlerini (örn. zaman, ürünler, yerleşim) tanımlaması, özenli/ilgili bir destekten sonra optimal hijyen sergilemesi beklenen göstergeler olarak belirlenmiştir.

Planlama: Günlük yaşam aktivitelerini en üst düzeyde yapabileceği bağımsızlığa ulaşana dek hastaya destek olabilecek hemşirelik girişimleri planlanmıştır (Carpenito-Moyet 2010, Totur ve Korkmaz 2011, Birol 2011).

Hemşirelik Girişimleri:

- Hasta kendi kendine yemek yeme, yatak içinde hareket etme, giyime soyunma konusunda cesaretlendirilmiştir. (örn: “şimdi bu elinizle yatağın kenarından tutarak kendinizi sola doğru çevirin, bunu yapabilirsiniz” ya da “çorbanızı kendiniz içebiliyor musunuz bir deneyelim”)
- Yapamadığı aktivitelerine destek verilmiştir. (örn: kalça kırığı nedeniyle yataktan kalkıp banyoya tuvalete gidemediği için sürgü verilmesi ve hijyenik faaliyetlerin yapılması vb.)
- Ağrısı değerlendirilmiş ve gerekiyorsa ağrısı azaltılarak günlük yaşam aktivitelerine katılımı artırılmıştır.
- Sıvı elektrolit dengesi açısından takip edilmiş ve sıvı alımı desteklenmiştir.
- Hasta yapılacak aktivite öncesi yere, zamana ve araçlara oryante edilmiştir.
- Uygulamalar sırasında mutlaka kişinin mahremiyeti sağlanmıştır.
- Konfüzyonu azaltmak üzere yapılandırılan programın bir parçası olarak, hijyenik faaliyetler için her gün aynı saatte olacak şekilde bir zaman verilmiştir.
- Uyku düzeninin sağlanması amacıyla hemşirelik girişimleri genellikle gündüz saatlerinde hastanın uyumadığı dönemlere planlanmıştır.
- Kişi yardımsız olarak ve güvenli bir şekilde görevi yerine getirene kadar aktiviteler gözlenmiştir.

Değerlendirme: Ameliyat öncesi dönemde hastanın beslenme, hijyenik faaliyetler, giyinme/soyunma, tuvalet ihtiyacı gibi ihtiyaçlarında bakım vericisine bağımlı olduğu saptanmıştır. Hasta ameliyat sonrası birinci günde mobilize edilememiş olup yalnızca yatağın kenarında güvenli bir şekilde oturtulmuştur. Ameliyat sonrası ikinci günde yürüteç yardımıyla mobilize edilen hasta ameliyat sonrası üçüncü günden itibaren öz bakımına fiziksel ve sözlü olarak katılmaya başlamıştır.

TARTIŞMA

Yaşlı hastaların organ rezervlerindeki düşüklük ve fonksiyonlarındaki yetersizlik, komplikasyon gelişimine yatkın olmalarına neden olmaktadır (Nakai ve ark. 2013). Deliryumun gelişmesi ağrı, ileri yaş, duyuşal bozukluklar, kronik tıbbi durumlar, enfeksiyon, ilaçlar, yetersiz beslenme, sıvı elektrolit dengesizliği, yeterli uyku/dinlenmenin sağlanması ve ortopedik cerrahi gibi birçok faktöre bağılı olabilir (Kain 2010, Güner ve Geenen 2007). Hastanede yatan yaşlı hastalarda sıklıkla görülen deliryum, artmış morbidite ve mortalite ile ilişkili bulunmuş olup, hastanede kalışların uzamasına, büyük sağlık harcamalarına ve hasta ve bakım sağlayıcılarda distrese yol açabilir (Witlox ve ark. 2010). Yapılan çalışmalarda kalça kırığı olan yaşlı hastalarda erken teşhis edilerek tedavi edilen deliryumun hastanede yatış süresini, üriner sistem

enfeksiyonlarını, basınç ülseri gelişme riskini, konstipasyonu, beslenme problemlerini azaltacağı bildirilmiştir (Lundström 2007, Vidán 2005). Bu olguda sayılan sebeplerden biri ya da birkaçına bağlı olarak geliştiğini düşündüğümüz deliryum hastanın bakım veren hemşiresi tarafından hastaneye yatışın ikinci gününde fark edilip probleme yönelik doğru tedavi ve bakım yaklaşımı uygulanabilmiştir. Erken dönemde saptanan deliryuma yönelik planlanan tedavi ve bakım sayesinde hastanın ameliyat sonrası üçüncü gününden itibaren günlük yaşam aktivitelerine katılımının arttığı, deliryum semptomlarının gerilediği belirlenmiştir.

Her ne kadar deliryumu kesin olarak tespit edecek bir laboratuvar testi bulunmasa da deliryumun tespit edilmesi amacıyla birçok ölçme aracı önerilmekte ve kullanılmaktadır. Örnek olarak hemşirelerin kullandığı geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (CAM), Deliryum Gözlem Ölçeği (DOS) verilebilir (Cole ve ark. 2008). Ayrıca hastaların bakım vericilerinin gözlemleri ve gece vardiyasındaki hemşire notları, deliryum hakkında rehber olabilir. Bu ölçekler dışında alınacak psikiyatri konsültasyonu emin olunmayan deliryumun tespiti açısından önemlidir. Bu olguda deliryum tanısı uzman bir psikiyatrist konsültasyonu ile konmuş olup, klinikte deliryumun tespitine yönelik standart bir ölçüm aracı kullanılmamaktadır. Bununla birlikte gece vardiyasındaki hemşire notları ve bakım vericilerin ifadeleri hastaya deliryum tanısı konmasına, tedavi ve bakım sürecine ışık tutmuştur.

Ortopedi hemşirelerinin yaşlı bakımında bakım verici, eğitici, danışmanlık ve bakım koordinatörü rollerini etkin bir şekilde yürütebilmesi için; yaşlanma, yaşlanmaya bağlı fizyolojik, bilişsel, psikososyal ve ekonomik değişiklikler, yaşlılarda görülen kronik hastalıklar konularında yeterli bilgi ve deneyimlerinin olması gerekmektedir (Biol 2011, Karadakovan 2010, Mamaril 2006). Ayrıca hastanın yakınları ve bakım vericilerin de deliryum önleyici tedbirleri, semptomları ve bakımı hakkında bilgi sahibi olması ve hastanın hemşiresi tarafından ailesiyle bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir. Özellikle; hastanın hastane ortamına uyumunun sağlanması, hastayla doğru bir iletişim kurulması, erken mobilizasyon, ağrı yönetimi, uygun beslenme ve hidrasyonun sağlanması, yeterli uykunun sağlanması deliryumun önlenmesi ve bakımında gerekli girişimlerdir (Kalish ve ark. 2014). Bu olguda tedavi bakımında hastanın yakınları ve bakım vericiler sürece dahil edilmiş olup takibi ve değerlendirmesi hastanın sorumlu hemşiresi tarafından yapılmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ortopedi hemşirelerinin yaşlı hastalara bütüncül yaklaşımları (deliryum semptomların tanınması, yorumlanması, fizyolojik desteğin sağlanması, etkili iletişim kurulması, çevresel faktörlerin düzeltilmesi, psikososyal destek sağlanması vb.) ve ilaç tedavisi ile önemli deliryum komplikasyonlarının önlenmesi sağlanarak, bu dönem hasta ve yakınları için daha kolay hale getirilebilir (Dewan ve ark. 2012, Savcı ve Bilik 2014). Bu sebeple deliryumu tanılama, önleme ve tedaviye yönelik hemşirelere hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, konuyla ilgili olarak hemşirelerin kurum dışındaki diğer kurs, konferans ve eğitim seminerlerine katılımlarının

desteklenmesi, deliryumu değerlendirmek amacıyla geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçekler ve standart bir veri formu kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Bırol L. Hemşirelik Süreci. Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. 10. Baskı. İzmir: Etki Yayınları; 2011. 21-31.
- Bitsch M, Foss N, Kristersen B & et al. Pathogenesis of and Management Strategies for Post Operative Delirium After Hip Fracture. *Acta Orthopedica Scandnavica* 2004; 75(4), s. 378–389.
- Carpenito-Moyet LJ.(2010). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çeviren: Erdemir F. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.
- Cole MG, Ciampi A, Belzile E & et al. Persistent Delirium In Older Hospital Patients: A Systematic Review of Frequency and Prognosis. *Age and Ageing* 2008; 38(1):19-26.
- Cuvar K. Promoting Physiological Health. Activity and Exercise. In: Berman A, Snyder JS, Editors. Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing Concepts, Proces and Practice. 9th ed. New Jersey: Pearson Education; 2012.
- Demiralp M. Deliryum, Demans, Amnestik ve Diğer Bilişsel Bozukluklar ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akbayrak N, Karadakovan A, Editörler. Hemşirelik Bakım Planları. Ankara: Birlik Matbaacılık; 2007. 93-121.
- Güner P, Geenen O. Atlanması Kolay Bir Bozukluk: Deliryum. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;1(1): 39-46.
- Kain HB. Care of the Older Adult Following Hip Fracture. *Holist Nurs Pract* 2000;14(4):24–39.
- Kalish VB, Gillham JE, Unwin BK. Delirium in Older Persons: Evaluation and Management. *Am Fam Physician* 2014; 90(3):150-158.
- Karakovan A. Yaşlılık ve Bakım. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, Editör. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 1.Basım. Adana: Nobel Kitabevi; 2010.113-136.
- Kiely D, Marcantonio E, Inouye S & et al. Persistent Delirium Predicts Greater Mortality. *Journal of American Geriatric Society* 2009; 57(1): 55–61.
- Krogseth M, Wyller TB, Engedal K & et al. Delirium is an Important Predictor of Incident Dementia Among Elderly Hip Fracture Patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2011; 31(1): 63–70.
- Lundström M, Olofsson B, Stenvall M & et al. Postoperative Delirium in Old Patients With Femoral Neck Fracture: A Randomized Intervention Study. *Aging Clinical and Experimental Research* 2007;19(3):178-186.
- Mak JCS, Cameron ID, March LM. Evidence-Based Guidelines for the Management of Hip Fractures in Older Persons: An Update. *MJA* 2010;192(1): 37-41.
- Mamaril ME. Nursing Considerations in the Geriatric Surgical Patient. *The Perioperative Continuum of Care. Nursing Clinics of North America* 2006; 41(2): 313-328.
- Mutlu M, Bilgen MS, Durak K. İntertrokanterik Femur Kırıklarında Kalkarlı Parsiyel Protez İle Dinamik Kalça Vidası Uygulamalarının Karşılaştırmalı Sonuçları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008; 34(2): 31-39.

- Nakai T, Hashimoto K, Onishi A & et al. Analysis of Perioperative Complications of Surgery for Proximal Femur Fracture in Elderly Patients Older Than 75 Years. *Open Journal of Orthopedics* 2013; 3: 90-93.
- Özgür G, Baysan L. Yaşlılarda Uyku Sorunları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005; 21(2) : 97-101. A, Bilik Ö. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde Geriatrik Değerlendirme. *DEUHYO ED* 2014;7(2):156-163.
- Totur B, Korkmaz FD. Geriatrik Cerrahide Hasta Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2011;27 (2) : 61-68.
- Vidán MJA, Serra JA, Moreno C & et al. Efficacy of a Comprehensive Geriatric Intervention in Older Patients Hospitalized for Hip Fracture: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005; 53(9):1476-1482.
- White JJE, Khan WS, Smitham PJ. Perioperative Implications of Surgery in Elderly Patients With Hip Fractures: an Evidence-Based Review. *Clinical Feature* 2011;21(6): 192-197.
- Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF& et al. Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization and Dementia: A Meta-Analysis. *JAMA* 2010; 304: 443–451.
- Wunderlich R. Physiological Basis for Nursing Practice, Activity and Exercise. In: Potter PA, Perry, AG, Stokert PA, Hall AM, Editors. *Fundamentals of Nursing*. 8th Ed. Canada: Elsevier Mosby; 2013.746-768.