

Research Paper**Preventive Nursing Interventions for Delirium in ICU****Hadi Hasani^{1*}**, **Fatemeh Ramezani²**

1. Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran
2. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Science, Bushehr, Iran

Article Info.**Received: 24- July- 2024****Accepted: 12- August- 2024****Abstract**

Delirium is a severe neuropsychiatric syndrome characterized by acute deficits in attention and other cognitive aspects, which can significantly impact hospitalized patients, their families, and healthcare systems. This article examines various preventive nursing interventions for delirium, particularly in patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU). The prevalence of delirium among hospitalized patients ranges from 20% to 30%, while in the ICU, it can reach 25% to 87%. Due to the lack of effective pharmacological options, the management of delirium focuses on prevention and early identification. This review study collects and analyzes recent research on nursing interventions. These interventions include visual and auditory methods, environmental modifications, mobility, family involvement, and cognitive strategies. Results indicate that cognitive interventions, family engagement, and improved environmental conditions can effectively prevent delirium in ICU patients; however, some interventions, such as pain reduction, noise reduction during sleep, and environmental light adjustment, did not impact the occurrence rate of delirium in hospitalized patients. Ultimately, given the high prevalence of delirium and its negative consequences, there is a need for further research on nursing interventions and diagnostic tools for better management of this condition in ICU patients.

Keywords: Cognitive Interventions, Delirium, ICU, Nursing Interventions, Preventive Care Visual Interventions

* **Corresponding Author:** Hadi Hasani, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.
Tel: +989195497126. **E-mail:** hasani1376@gmail.com

How to Cite: Hasani H, Ramezani F., Preventive Nursing Interventions for Delirium in ICU. *Journal of Student Research Committee Sabzevar University of Medical Sciences*, 2024;29(3): 356-367.

مقاله پژوهشی

انواع مداخلات پرستاری در پیشگیری از دلریوم در بیماران بستری در ICU

هادی حسنی^{۱*}؛ فاطمه رمضانیان^۲

۱. گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۱۱

چکیده

دلریوم، یک سندرم شدید نورو-روانپزشکی است که با نقص حاد در توجه و سایر جنبه‌های شناختی مشخص می‌شود و می‌تواند به شدت بر بیماران بستری، خانواده‌ها و سامانه‌های بهداشتی تأثیر گذارد. این مقاله به بررسی انواع مداخلات پرستاری پیشگیرانه از دلریوم، به‌ویژه در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) می‌پردازد. شیوع دلریوم در بیماران بستری بین ۲۰ تا ۳۰ درصد و در ICU به ۲۵ تا ۸۷ درصد می‌رسد. مدیریت دلریوم به دلیل عدم وجود گزینه‌های دارویی مؤثر، بر پیشگیری و شناسایی زودهنگام متمرکز است. این مطالعه مروری به جمع‌آوری و تحلیل مطالعات اخیر در زمینه مداخلات پرستاری پرداخته است. این مداخلات شامل روش‌های دیداری و شنیداری، مداخلات محیطی، حرکتی، خانوادگی و شناختی می‌باشند. نتایج نشان می‌دهد که مداخلات شناختی، تعامل با خانواده و بهبود شرایط محیطی می‌توانند به‌طور مؤثری در پیشگیری از دلریوم در بیماران ICU نقش ایفا کنند اما برخی مداخلات از جمله کاهش درد، کاهش سروصدا هنگام خواب و تنظیم نور محیط تأثیری بر نرخ وقوع دلریوم در بیماران بستری در بیمارستان نداشتند. درنهایت، با توجه به شیوع بالای دلریوم و عواقب منفی آن، نیاز به تحقیق بیشتر در زمینه مداخلات پرستاری و ابزارهای تشخیصی برای مدیریت بهتر این وضعیت در بیماران بستری در ICU احساس می‌شود.

کلیدواژگان: دلریوم، مداخلات پرستاری، آی سی یو، مراقبت‌های پیشگیری کننده**نویسنده مسئول:** هادی حسنی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران. شماره تماس:

۰۰۹۱۹۵۴۹۷۱۲۶ ایمیل: hasani1376@gmail.com

استناد به مقاله: هادی حسنی، فاطمه رمضانیان، انواع مداخلات پرستاری در پیشگیری از دلریوم در بیماران بستری در ICU، مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، پاییز ۱۴۰۳، دوره ۲۹، شماره ۳، صفحات: ۳۶۷-۳۵۶.

مقدمه

اصطلاح "دلریوم" از کلمه لاتین "delirare" گرفته شده است که به معنای "خارج شدن از شیار"، یعنی انحراف از خط مستقیم (آشفته بودن) است. دلریوم یک سندرم شدید نورو-روانپزشکی است که با شروع حاد نقص در توجه و سایر جنبه‌های شناختی مشخص می‌شود. بیماران اغلب سطح هوشیاری متغیری، از جمله کاهش هوشیاری در سطح نزدیک به کما تا هوشیاری افراطی و تحریک شدید نیز دارند. آن‌ها ممکن است علائم بسیار ناراحت‌کننده روان‌پریشی از جمله هذیان و توهم و خلق تغییر یافته را نیز تجربه کنند. ویژگی‌های دلریوم شدت‌های تغییر یافته و تغییرات همراه با نوسان در طول شبانه‌روز دارند (Wilson et al, 2020).

دلریوم معمولاً به صورت مجموعه‌ای از علائم ظاهر می‌شود که به طور ناگهانی شروع می‌شود و در طول زمان تغییر می‌کند. این علائم به دو گروه کلی شناختی و رفتاری تقسیم‌بندی شده‌اند (Cavallazzi et al, 2012). علائم شناختی شامل ناآگاهی به محیط و اختلال در توانایی دیداری و شنوایی است. علائم رفتاری نیز معمولاً به صورت اختلال در چرخه خواب و بیداری و تحریک‌پذیری در بیماران مشاهده می‌شود.

دلریوم انواع پیامدهای کوتاه و بلندمدتی دارد که می‌تواند علاوه بر بیمار و خانواده او بار قابل توجهی بر مراقبت‌کنندگان سلامت و خدمات بهداشت و درمانی وارد کند. دلریوم با پیامدهای نامطلوب کوتاه‌مدت، از جمله افزایش سه برابری مرگ و میر و طول مدت اقامت بیمارستانی، همراه است. دلریوم همچنین می‌تواند پیامدهای بلندمدت داشته باشد، به طوری که مطالعات نشان می‌دهند دلریوم با احتمال بیشتر مرگ، ناتوانی عملکردی، اختلال شناختی و زوال عقل پس از

ترخیص مرتبط است. خطر ابتلا به دلریوم به‌ویژه در زیرمجموعه‌های خاصی از بیماران بیمارستانی مانند افراد مسن و کسانی که اختلالات شناختی پیشین دارند، افراد مبتلا به درجات انتهایی بیماری، بیمارانی که تحت جراحی بزرگ قرار می‌گیرند و کسانی که در بخش مراقبت‌های ویژه پذیرش می‌شوند، بالا است (Mart et al, 2021).

دلریوم نوعی اختلال عملکرد مغز است که به طور مکرر در واحد مراقبت ویژه (ICU1) مشاهده می‌شود. مدیریت دلریوم در بیماران با شرایط حاد در طول تاریخ چالش برانگیز بوده است، زیرا گزینه‌های دارویی مؤثری برای درمان آن وجود ندارد. رویکرد غالب در مدیریت بر پیشگیری و شناسایی زود هنگام متمرکز است. این شامل مداخلاتی برای محدود کردن عوامل خطر و شناسایی زود هنگام دلریوم است (Mart et al, 2021).

در بین بیماران بستری، شیوع دلریوم حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد است، اما در بخش‌های مراقبت ویژه (ICU) این رقم به ۲۵ تا ۸۷ درصد می‌رسد. در ترکیه گزارش شده (۲۰۲۲) که دلریوم در ۴۱.۵ درصد بیماران بستری در بخش ICU عمومی، در ۸.۴ درصد بیماران بستری در بخش ICU جراحی و در ۷.۵ درصد بیماران بستری در بخش ICU قلبی مشاهده شده است. همچنین، گزارش شده است که نرخ بروز دلریوم در بیماران تحت تهویه مکانیکی در بخش‌های ویژه بیش از ۷۵٪ است (Ely et al, 2004) در حالی که این نرخ در بیماران پس از انجام جراحی‌های لگن و قلب باز بیش از ۵۰٪ است (Marcantonio, 2012). با توجه به عواقب منفی دلریوم، بسیار مهم است که راهکارهایی برای پیشگیری از آن در

1 Intensive care unit

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر که از نوع narrative review باهدف گردآوری به‌روزترین مطالعات انجام‌شده در خصوص انواع مداخلات پیشگیرانه پرستاری در بخش ICU بود، با استفاده از کلیدواژه‌های Delirium, Nursing Interventions, Nursing Preventions, Visual Interventions, Cognitive Therapy, Delirium, ICU و همچنین از کلیدواژه‌های فارسی دلریوم، مداخلات پرستاری، مداخلات پیشگیرانه، مداخلات دیداری و شنیداری، مداخلات شناختی و دلریوم در ICU در پایگاه‌های داده معتبر از جمله PubMed، Google Scholar و Scopus انجام شد. در این مطالعه از مقالاتی که ارتباط بیشتری با انواع مداخلات پرستاری به‌ویژه در بخش‌های ICU داشت و همچنین طی ۱۰ سال اخیر منتشرشده بودند، استفاده شده است.

بخش‌های ICU ارائه داده شود (E. S. Kasapoğlu & N. Enç, 2022). همچنین، هزینه مربوط به مدت اقامت در بیمارستان برای تمام بیماران با ناتوانی شناختی، از جمله بیماران مبتلا به دلریوم، ۵۱٪ بیشتر از بیماران بدون ناتوانی شناختی است (Tropea et al, 2017). تحقیقات پرستاری برای پیشگیری و درمان دلریوم در سراسر جهان، از جمله در اروپا، آمریکا و آسیا در حال انجام است. به نظر می‌رسد این موضوع نشان‌دهنده علاقه زیاد به شناسایی مداخلات مؤثر پرستاری برای بیماران مبتلا به دلریوم در سطح جهانی است (Faight, 2014).

تاکنون مطالعات زیادی در زمینه دلریوم و عوامل زمینه‌ساز برای آن و همچنین مداخلات انجام‌شده در جهت پیشگیری از آن انجام شده است. با توجه به گستردگی مطالب، هدف از این مطالعه، معرفی انواع مداخلات پرستاری پیشگیری از دلریوم به‌ویژه در بیماران بستری در بخش ICU و همچنین مقایسه انواع مداخلات در محیط‌های بیمارستانی است.

نوع مداخله	زیرمجموعه	توضیحات
مداخلات دارویی	داروهای رایج	- هالوپریدول - دکسمتومتیدین
	اهداف مداخلات غیر دارویی	- متعادل‌سازی انتقال‌دهنده‌های عصبی - پیشگیری از عوارض ناشی از آرام‌بخش‌ها
مداخلات غیر دارویی	مداخلات دیداری و شنیداری	- تشخیص و رفع اختلالات بینایی و شنوایی - فراهم کردن وسایل کمکی (عینک و سمعک) - نزدیک شدن به بیمار از سمت گوش یا چشم سالم - استفاده از گوش‌گیر - استفاده از پیچ چشمی - صحبت با صدای آرام
	مداخلات محیطی	- بهینه‌سازی محیط ICU - فراهم ساختن اتاق تک‌نفره، فراهم کردن ساعت و تلویزیون - فراهم کردن نور طبیعی در اتاق - پخش موسیقی آرام‌بخش - فراهم ساختن پوستر از طبیعت
	مداخلات حرکتی	- خروج زود هنگام از تخت - خروج از تخت حداقل روزی یک‌بار - فعالیت بدنی همراه با مشارکت خانواده

مداخلات خانوادگی	- مراقبت‌های خانواده محور - ملاقات بدون محدودیت بیمار با خانواده
مداخلات شناختی	- تمرینات شناختی مانند پرسیدن سؤالاتی در مورد زمان و مکان و شخص - حل کردن پازل - مطالعه روزنامه یا کتاب

انواع مداخلات

مداخلات جهت درمان دلریوم به‌طورکلی به دودسته تقسیم می‌شوند:

(۱) مداخلات دارویی

(۲) مداخلات غیر دارویی

مداخلات دارویی

چندین دهه است که داروها برای درمان دلریوم در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) استفاده می‌شوند، اما به‌تازگی آزمایش‌هایی درمورد اهمیت آن‌ها انجام‌شده است. اکثر این آزمایش‌ها نشان می‌دهند که داروهایی که معمولاً برای درمان دلریوم استفاده می‌شوند، مؤثر نیستند و باید از استفاده از آن‌ها پرهیز کرد (Prendergast et al, 2022). یکی از داروهایی که به‌ویژه در بخش‌های ICU استفاده می‌شود، هالوپریدول است. تاکنون هیچ مدرکی مبنی بر کاهش میزان و مدت دلریوم در ICU پس از استفاده از هالوپریدول یافت نشده است (Devlin et al, 2012). اما بااین‌وجود، مطالعه اخیر از پیشگیری از دلیریوم با داروهای ضد روان‌پریشی نشان داد که تزریق وریدی هالوپریدول با دوز پایین به مدت ۱۲ ساعت در دوره پس از عمل به ۴۵۷ بیمار مسن بستری در بخش ICU جراحی که تحت عمل جراحی غیرقلبی قرارگرفته بودند، باعث کاهش قابل‌توجه بروز دلیریوم در طول ۷ روز اول پس از عمل در این بیماران شد (Wang et al, 2012). علیرغم عدم وجود مدارک کافی برای

اثبات اثربخشی هالوپریدول، این دارو همچنان به‌عنوان آرام‌بخش در بیماران دچار دلریوم و کاهش علائم آن‌ها در محیط‌های بالینی استفاده می‌شود (Patel et al, 2009; van den Boogaard et al, 2013). در زمان آرام‌بخشی بیماران تحت تهویه مکانیکی، دکسمدتومیدین^۱ می‌تواند یک جایگزین مؤثر برای بنزودیازپین‌ها باشد که به‌طورکلی باید از آن‌ها پرهیز کرد. دکسمدتومیدین ممکن است به‌ویژه زمانی مفید باشد که بی‌قراری و دلریوم مانع از تهویه مکانیکی شود و تنفس بیمار و علائم حیاتی او را دچار خطر کند. بااین‌حال، این دارو در حال حاضر برای استفاده روتین به‌منظور پیشگیری از دلریوم توصیه نمی‌شود و هیچ توصیه خاصی در راهنماهای بالینی فعلی درباره استفاده از دکسمدتومیدین برای درمان دلریوم و یا ایجاد خواب مصنوعی وجود ندارد (Devlin et al, 2018; Prendergast et al, 2022). به‌طورکلی مداخلات دارویی سعی دارند با متعادل‌سازی انتقال‌دهنده‌های عصبی در بیماران دچار دلریوم علائم آن‌ها را کاهش دهند، درحالی‌که مداخلات غیر دارویی بر جلوگیری از عوامل تحریک‌کننده منجر به دلریوم تمرکز دارند. درحالی‌که هیچ عامل دارویی نشان داده نشده است که تأثیر قابل‌توجهی بر دلریوم داشته باشد، انواع مداخلات غیر دارویی تأثیرگذار بوده و بنابراین به یکی از ارکان مراقبت از بیماران دلریومی در ICU تبدیل‌شده است (Stollings et al, 2021).

1 Dexmedetomidine

مداخلات غیر دارویی

مداخلات دیداری و شنیداری

تشخیص و مداخله به موقع در مواردی که بیمار از نظر بینایی و یا شنوایی دچار محدودیت است، می تواند کمک شایانی در پیشگیری از دلریوم داشته باشد. از جمله این مداخلات، شناسایی اختلالات بینایی و یا شنوایی و رفع آن از نظر فراهم نمودن وسایل کمک حمایتی مانند عینک و یا لنز در اختلالات بینایی و یا سمعک در مواردی که بیمار از نظر شنوایی دچار محدودیت است (Faught, 2014). همچنین در زمانی که بیمار محدودیت شنوایی و بینایی دارد نزدیک شدن به بیمار (اگر محدودیت یک طرفه باشد) از سمتی که سالم است مانند گوشی که شنوایی بهتری دارد یا چشم بینا، به بیمار امکان تشخیص جهت ها و تشخیص صداها و همچنین آمادگی جهت برقراری ارتباط با افراد کمک می کند (Rood et al, 2021). گذاشتن گوش گیر در بیمارانی که در بخش مراقبت های ویژه (ICU) بستری شده اند، چه به منظور ایزوله سازی بیمار و چه به عنوان بخشی از مجموعه ای برای بهبود کیفیت خواب، با کاهش قابل توجه خطر بروز دلریوم همراه است (Litton et al, 2016). با توجه به مشاهدات انجام شده در بخش های ویژه، کاهش محدودیت های بینایی و شنوایی بیماران بستری نرخ بروز دلریوم را به ویژه در افراد مسن کاهش می دهد.

الف: مداخلات محیطی: شواهد نشان می دهد که بهینه سازی محیط به عنوان یک روش غیر دارویی می تواند در پیشگیری از دلریوم در بیمارانی که مدت طولانی در ICU بستری می باشند، مؤثر واقع شود. پرستاران بیشتر احتمال

دارد که پیوستگی و روال های مراقبت را انجام دهند زیرا آن ها پایه و اساس مراقبت های ویژه هستند و مهارت های آن ها برای پیشگیری و مدیریت دلریوم بسیار مناسب است (Zamoscik et al, 2017). مداخلات محیطی مشهود شامل ارتقای خواب، اتاق یک نفره، به حداقل رساندن صدا، ارتقای راحتی، جهت گیری تخت بیمار به پنجره، فراهم نمودن ساعت و تلویزیون و برقراری حداقل میزان خواب شبانه است (Johnson et al, 2024). در یک بررسی توسط لوتر^۱ و همکاران (۲۰۱۸)، مطالعات مربوط به درمان با نور طبیعی استفاده از درمان با نور دینامیک (چراغ) به عنوان مداخلات مستقل، تفاوت معناداری در بروز دلریوم نشان ندادند. با این حال، درمان با نور طبیعی تأثیر مثبتی بر بهبود ریتم خواب شبانه روزی بیماران داشت (Luther & McLeod, 2018). در یک بررسی توسط لیانگ^۲ و همکاران (۲۰۲۱)، دو مطالعه تأثیر موسیقی بر بروز دلریوم را تحلیل کردند. نتایج نشان داد که موسیقی تأثیر قابل توجهی در کاهش بروز دلریوم دارد (Liang et al, 2021). این نتایج با بررسی لوشی هاوا^۳ و همکاران (۲۰۱۸) مطابقت دارد که تأیید می کند مداخلات هدفون های محافظ گوش، ماسک های چشم و موسیقی آرام بخش به طور قابل توجهی بروز دلریوم را کاهش می دهد (Locihová et al, 2018). صدا های مبتنی بر طبیعت به طور قابل توجهی اضطراب و تحریک پذیری بیماران را کاهش و متغیرهای فیزیولوژیکی را تعدیل می کنند (Froutan et al, 2020). همچنین صحبت واضح و با صدای آرام با بیمار تأثیر به سزایی در برقراری ارتباط مؤثر با بیماران دچار دلریوم دارد. با توجه به کارایی و کم هزینه بودن استفاده از روش پخش

3 Locihova, H

1 Luther, S

2 Liang, S

مدت زمان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، مدت زمان تنفس مصنوعی یا مرگومیر بیماران نداشت (Qin et al, 2022). یک بررسی توسط جونیور^۲ و همکارانش (۲۰۱۸)، انواع ملاقات با محدودیت و بدون محدودیت قوانین بیمارستانی در واحدهای مراقبت ویژه را مقایسه کرد. دو مطالعه، شیوع دلریوم را در مجموع ۳۵۴ بیمار ارزیابی کردند. افرادی که ملاقات بدون محدودیت و گاه‌به‌گاه با خانواده داشتند شیوع کمتری در بروز دلریوم داشتند (Nassar Junior et al, 2018).

د: مداخلات شناختی: نتایج یک مطالعه متا آنالیز (۲۰۲۲) نشان داد که تمرینات شناختی از جمله پرسیدن سؤالاتی در مورد خانه و اعضای خانواده و آگاهی بیمار از زمان شبانه‌روز می‌توانند وقوع و مدت زمان دلریوم را در بیماران ICU کاهش دهند و مدت بستری شدن بیماران را کوتاه کنند (Chen et al, 2022). بهتر است روزانه ۲ بار و هر بار حداقل ۵ دقیقه تمرین شناختی ارائه شود تا از بدتر و شدیدتر شدن وضعیت دلریوم بیمار پیشگیری شود، هدف مداخلات شناختی تحریک تفکر است نه صرفاً دریافت پاسخ صحیح از سمت بیمار. استیل‌کولین در حفظ توجه و دیگر عملکردهای شناختی نقش دارد. مطالعات نشان داده‌اند که استیل‌کولین در قشر پیش‌پیشانی هنگام پاسخ به کارهای مرتبط با توجه و تمرین‌های مرتبط با مداخلات روان‌شناختی افزایش می‌یابد (Bahar-Fuchs et al, 2013). بنابراین ترشح استیل‌کولین با افزایش تمرکز و پیشگیری از بیماری‌های روان‌شناختی مانند دلریوم همراه است (Howe et al, 2013). با توجه به حساسیت بالای وضعیت ذهنی بیماران دچار دلریوم در بخش‌های ویژه انجام مداخلات شناختی در زمان و مکان مناسب و فراهم نمودن محیط آرام برای این‌گونه بیماران اهمیت ویژه‌ای دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

دلریوم یک تشخیص پزشکی است که گاهی توسط گروه درمان نادیده گرفته می‌شود. ابزارهای مختلفی برای تشخیص

موسیقی برای بیماران بستری در ICU می‌توان از این مداخله جهت پیشگیری از دلریوم در بیمارستان‌های ایران به عنوان یک سیاست‌گذاری کارآمد استفاده کرد.

ب: مداخلات حرکتی: در یک بررسی توسط لیانگ و همکاران (۲۰۲۱)، مطالعاتی را در خصوص خروج از تخت زودهنگام در بیماران بستری در بخش‌های ویژه تحلیل کردند. تحلیل نشان داد که این روش تأثیرات مثبتی در کاهش بروز و کاهش مدت زمان دلریوم دارد (Liang et al, 2021). در مقابل، چن^۱ و همکارانش متوجه شدند که فعالیت بدنی به‌تنهایی نمی‌تواند به‌طور قابل‌توجهی از بروز دلریوم در بخش مراقبت‌های ویژه جلوگیری کند. اما فعالیت بدنی همراه با مشارکت خانواده تأثیر بیشتری در کاهش دلریوم داشت (Chen et al, 2022). همچنین ملاقات با خانواده در بخش‌هایی که ملاقات ممنوع است و مدت زمان بستری بیمار طولانی شده است می‌تواند به حفظ روحیه بیمار، ایجاد انگیزه و تمایل به همکاری بیشتر او جهت بهبودی و باز توانی کمک ویژه‌ای کند. برای بهبود بیشتر باید بیمار را تشویق به خروج از تخت حداقل روزی یک‌بار با یا بدون کمک مراقب سلامت کرد. به حداقل رساندن داروهای بیهوشی قبل از خروج بیمار از تخت کمک شایانی به حفظ تعادل و تشخیص محیط اطراف او می‌کند. همچنین قبل از انجام این کار باید از عدم وجود عوامل استرس‌زاد مانند درد، ترس از سقوط و یا محیط ناآشنا اطمینان حاصل کرد (Rood et al, 2021).

ج: مداخلات خانوادگی: یکی از مداخلات مراقبتی که به بهبود کیفیت ارتباط بین بیمار و پرستار کمک می‌کند، مراقبت خانواده محور است (Mitchell & Chaboyer, 2010). مطالعات نشان دادند که مراقبت‌های خانواده محور از نظر هزینه به‌صرفه و همچنین یکی از روش‌های قابل‌اجرا در بخش‌های بیمارستانی می‌باشند (Nielsen et al, 2020). مطالعه انجام‌شده توسط چن و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که مداخله خانواده با ۲۴٪ کاهش خطر دلریوم و روزهای کمتر مدت زمان دلریوم همراه بود. اما این مداخله تأثیری بر

2 Nasser Junior, A.P

1 Chen, T

کننده و استفاده از پچ‌های چشمی در بیماران بدحال به کاهش بروز هذیان در آن‌ها کمک می‌کند (Elçin Sebahat). با توجه به اهمیت پیشگیری از دلریوم از نقطه نظر جلوگیری از عوارض بلندمدت و کوتاه مدت آن برای بیمار و کادر درمان، مطالعات بر روی ابزارهای تشخیصی، تأثیر داروهای ضد روان‌پریشی بر توهمات، پیشگیری و درمان غیر دارویی دلریوم و ارتباط آن با نتایج بلندمدت، از جمله حوزه‌های اصلی تحقیقاتی هستند که باید در زمینه دلریوم در بیماران بستری در بخش ICU مورد بررسی قرار گیرند. بنابراین، توصیه می‌شود که مطالعات آینده تجربه بیماران بستری و خانواده‌های آن‌ها را بررسی کنند تا مداخلاتی برای برآورده کردن نیازهای آن‌ها شناسایی شود (Oliveira et al, 2019). همچنین تحقیقات بیشتری در مورد دانش و مهارت‌های حرفه‌ای برای پیشگیری، تشخیص زودهنگام و درمان هذیان مورد نیاز است. مطالعات نشان داده‌اند که کمبود دانش و تجربه در این زمینه می‌تواند منجر به عدم تشخیص صحیح پرستاران از خطر بروز هذیان شود و در نتیجه، اقدامات پیشگیرانه لازم به کار گرفته نشود. بنابراین، آموزش مبتنی بر موارد خاص بیماران (کیس متد) می‌تواند برای پرستاران در پیشگیری از هذیان مفید باشد (Fernandes et al, 2024; Liang et al, 2022). با این وجود، پرستاران همچنان کلیدی‌ترین نقش را در به اجرا درآوردن مداخلات پیشگیرانه در دلریوم دارند و گزارش داده‌اند که مداخلات غیر دارویی اساسی‌ترین و مهم‌ترین روش در پیشگیری از دلریوم در بخش‌های ویژه می‌باشند (Collet et al, 2019). همچنین، این بررسی نشان داد که مراقبت و پیشگیری از دلریوم در بیماران بستری در ICU نیازمند مشارکت خانواده بیمار با

آن در بیماران بخش مراقبت‌های ویژه وجود دارد. با توجه به شیوع بالای دلریوم در بیماران بدحال، اعضای گروه درمان باید اهمیت تشخیص به موقع آن را درک کنند تا مراقبت مناسب از بیماران صورت گیرد (Inouye et al, 2014). ارزیابی هذیان باید در کنار تخت بیمار توسط یک گروه چند رشته‌ای شامل پزشکان و پرستاران انجام شود. چندین مطالعه نشان داده‌اند که هم پزشکان متخصص مراقبت‌های ویژه و هم پرستاران ICU زمانی که تنها به قضاوت بالینی تکیه می‌کنند، عملکرد ضعیفی دارند که منجر به از دست رفتن بسیاری از موارد هذیان می‌شود (Brummel et al, 2013; Kallenbach & Amado, 2017). به این منظور، گروه چند رشته‌ای و به ویژه پرستاران باید درک کنند که عمل بالینی ایده‌آل، زمانی صورت می‌گیرد که ارزیابی ریسک، شناسایی زودهنگام و هماهنگی بین دارودرمانی و استراتژی‌های غیر دارویی را تضمین کند (Fernandes et al, 2024). به طور کلی، تاکنون مطالعات دقیق و مستحکم بسیار کمی در مورد مراقبت‌های پیشگیرانه پرستاری و مداخلات محیطی برای جلوگیری از دلریوم بخش مراقبت‌های ویژه انجام شده است. مون و لی^۱، یک پروتکل مراقبت پرستاری پیشگیرانه دلریوم بخش مراقبت‌های ویژه (شامل جهت‌یابی، کمک به نقص‌های بینایی و شنوایی، اولویت دادن به خواب و کاهش درد، و کاهش سروصدا و نورهای روشن) در مقابل مراقبت‌های پرستاری استاندارد را آزمایش کردند و اثر قابل توجهی بر نرخ وقوع دلریوم بخش مراقبت‌های ویژه، مرگومیر یا طول مدت اقامت نیافتند (Moon & Lee, 2015; Palakshappa & Hough, 2021). اگرچه مطالعه دیگری نشان داد که برخی اقدامات غیر دارویی مانند خواندن روزانه روزنامه، گوش دادن به پیام‌های راهنمایی

1 Moon, K.J. and S.M. Lee

گروه درمانی از جمله پزشک و پرستار است. علاوه بر این حمایت کارکنان مشغول به کار در بخش ICU از نقطه نظر فراهم

کردن ابزارهای مورد نیاز آموزشی و حمایتی برای بیماران دچار دلریوم بسیار حائز اهمیت است.



References

- [1]. Bahar-Fuchs, A, Clare, L, & Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013(6), Cd003260. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/14651858.cd003260.pub2>
- [2]. Brummel, N. E, Vasilevskis, E. E, Han, J. H, Boehm, L, Pun, B. T, & Ely, E. W. (2013). Implementing delirium screening in the ICU: secrets to success. *Critical care medicine*, 41(9), 2196-2208.
- [3]. Cavallazzi, R, Saad, M, & Marik, P. E. (2012). Delirium in the ICU: an overview. *Ann Intensive Care*, 2(1), 49. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186%2F2110-5820-2-49>
- [4]. Chen, T-J, Traynor, V, Wang, A-Y, Shih, C-Y, Tu, M-C, Chuang, C-H, Chiu, H-Y, & Chang, H-C. R. (2022). Comparative effectiveness of non-pharmacological interventions for preventing delirium in critically ill adults: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 131, 104239. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104239>
- [5]. Collet, M. O, Thomsen, T, & Egerod, I. (2019). Nurses' and physicians' approaches to delirium management in the intensive care unit: A focus group investigation. *Australian Critical Care*, 32(4), 299-305. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.07.001>
- [6]. Devlin, J. W, Al-Qadhe, N. S, & Skrobik, Y. (2012). Pharmacologic prevention and treatment of delirium in critically ill and non-critically ill hospitalised patients: a review of data from prospective, randomised studies. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 26(3), 289-309. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bpa.2012.07.005>
- [7]. Devlin, J. W, Skrobik, Y, Gélinas, C, Needham, D. M, Slooter, A. J. C, Pandharipande, P. P, Watson, P. L, Weinhouse, G. L, Nunnally, M. E, Rochweg, B, Balas, M. C, van den Boogaard, M, Bosma, K. J, Brummel, N. E, Chanques, G, Denehy, L, Drouot, X, Fraser, G. L, Harris, J. E,... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med*, 46(9), e825-e873. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003299>
- [8]. Ely, E. W, Shintani, A, Truman, B, Speroff, T, Gordon, S. M, Harrell, F. E, Jr, Inouye, S. K, Bernard, G. R, & Dittus, R. S. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Jama*, 291(14), 1753-1762. <https://doi.org/https://doi.org/10.1001/jama.291.14.1753>
- [9]. Faught, D. D. (2014). Delirium: The Nurse's Role in Prevention, Diagnosis, and Treatment. *Medsurg Nurs*, 23(5), 301-305.
- [10]. Fernandes, F, Santos, M, Anacleto, A. M, Jerónimo, C, Ferreira, Ó, & Baixinho, C. L. (2024). Nursing Intervention to Prevent and Manage Delirium in Critically Ill Patients: A Scoping Review. *Healthcare*, 12(11), 1134. <https://www.mdpi.com/2227-9032/12/11/1134>
- [11]. Froutan, R, Eghbali, M, Hoseini, S. H, Mazloom, S. R, Yekaninejad, M. S, & Boostani, R. (2020). The effect of music therapy on physiological parameters of patients with traumatic brain injury: A triple-blind randomized controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 40, 101216. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101216>
- [12]. Howe, W. M, Berry, A. S, Francois, J, Gilmour, G, Carp, J. M, Tricklebank, M, Lustig, C, & Sarter, M. (2013). Prefrontal cholinergic mechanisms instigating shifts from monitoring for cues to cue-guided performance: converging electrochemical and fMRI evidence from rats and humans. *J Neurosci*, 33(20), 8742-8752. <https://doi.org/https://doi.org/10.1523/jneurosci.5809-12.2013>
- [13]. Inouye, S. K, Westendorp, R. G, & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920), 911-922. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60688-1)

- [14].Johnson, G. U, Towell-Barnard, A, McLean, C, & Ewens, B. (2024). Delirium prevention and management in an adult intensive care unit through evidence-based nonpharmacological interventions: A scoping review. *Collegian*, 31(4), 232-251. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.colegn.2024.05.001>
- [15].Kallenbach, T, & Amado, L. (2017). Assessment of delirium in the intensive care unit. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 23(3), 4-10.
- [16].Kasapoğlu, E. S, & Enç, N. (2022). Role of multicomponent non-pharmacological nursing interventions on delirium prevention: A randomized controlled study. *Geriatr Nurs*, 44, 207-214. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.02.015>
- [17].Kasapoğlu, E. S, & Enç, N. (2022). Role of multicomponent non-pharmacological nursing interventions on delirium prevention: A randomized controlled study. *Geriatric Nursing*, 44, 207-214. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.02.015>
- [18].Liang, S, Chau, J. P. C, Lo, S. H. S, Zhao, J, & Choi, K. C. (2021). Effects of nonpharmacological delirium-prevention interventions on critically ill patients' clinical, psychological, and family outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Australian Critical Care*, 34(4), 378-387. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.10.004>
- [19].Liang, S, Chau, J. P. C, Lo, S. H. S, Zhao, J, & Liu, W. (2022). Non-pharmacological delirium prevention practices among critical care nurses: a qualitative study. *BMC nursing*, 21(1), 235.
- [20].Litton, E, Carnegie, V, Elliott, R, & Webb, S. A. R. (2016). The Efficacy of Earplugs as a Sleep Hygiene Strategy for Reducing Delirium in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Critical Care Medicine*, 44(5), 992-999. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000001557>
- [21].Locihová, H, Axmann, K, Padyšáková, H, & Fejfar, J. (2018). Effect of the use of earplugs and eye mask on the quality of sleep in intensive care patients: a systematic review. *J Sleep Res*, 27(3), e12607. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jsr.12607>
- [22].Luther, R, & McLeod, A. (2018). The effect of chronotherapy on delirium in critical care - a systematic review. *Nurs Crit Care*, 23(6), 283-290. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nicc.12300>
- [23].Marcantonio, E. R. (2012). Postoperative delirium: a 76-year-old woman with delirium following surgery. *Jama*, 308(1), 73-81. <https://doi.org/https://doi.org/10.1001/jama.2012.6857>
- [24].Mart, M. F, Williams Roberson, S, Salas, B, Pandharipande, P. P, & Ely, E. W. (2021). Prevention and Management of Delirium in the Intensive Care Unit. *Semin Respir Crit Care Med*, 42(1), 112-126. <https://doi.org/https://doi.org/10.1055/s-0040-1710572>
- [25].Mitchell, M. L, & Chaboyer, W. (2010). Family Centred Care—A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(3), 154-160. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.03.003>
- [26].Moon, K. J, & Lee, S. M. (2015). The effects of a tailored intensive care unit delirium prevention protocol: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 52(9), 1423-1432. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.021>
- [27].Nassar Junior, A. P, Besen, B, Robinson, C. C, Falavigna, M, Teixeira, C, & Rosa, R. G. (2018). Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med*, 46(7), 1175-1180. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003155>
- [28].Nielsen, A. H, Angel, S, Egerod, I, Lund, T. H, Renberg, M, & Hansen, T. B. (2020). The effect of family-authored diaries on posttraumatic stress disorder in intensive care unit patients and their relatives: A randomised controlled trial (DRIP-study). *Australian Critical Care*, 33(2), 123-129. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.01.004>

- [29].Oliveira, E. S. F. d, Baixinho, C. L, & Presado, M. H. C. V. (2019). Qualitative research in health: a reflective approach. In (Vol. 72, pp. 830-831): SciELO Brasil.
- [30].Palakshappa, J. A, & Hough, C. L. (2021). How We Prevent and Treat Delirium in the ICU. *Chest*, 160(4), 1326-1334. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.06.002>
- [31].Patel, R. P, Gambrell, M, Speroff, T, Scott, T. A, Pun, B. T, Okahashi, J, Strength, C, Pandharipande, P, Girard, T. D, Burgess, H, Dittus, R. S, Bernard, G. R, & Ely, E. W. (2009). Delirium and sedation in the intensive care unit: survey of behaviors and attitudes of 1384 healthcare professionals. *Crit Care Med*, 37(3), 825-832. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e31819b8608>
- [32].Prendergast, N. T, Tiberio, P. J, & Girard, T. D. (2022). Treatment of Delirium During Critical Illness. *Annu Rev Med*, 73, 407-421. <https://doi.org/https://doi.org/10.1146%2Fannurev-med-042220-013015>
- [33].Qin, M, Gao, Y, Guo, S, Lu, X, Zhu, H, & Li, Y. (2022). Family intervention for delirium for patients in the intensive care unit: A systematic meta-analysis. *Journal of Clinical Neuroscience*, 96, 114-119. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jocn.2021.11.011>
- [34].Rood, P. J. T, Zegers, M, Ramnarain, D, Koopmans, M, Klarenbeek, T, Ewalds, E, van der Steen, M. S, Oldenbeuving, A. W, Kuiper, M. A, Teerenstra, S, Adang, E, van Loon, L. M, Wassenaar, A, Vermeulen, H, Pickkers, P, & van den Boogaard, M. (2021). The Impact of Nursing Delirium Preventive Interventions in the ICU: A Multicenter Cluster-randomized Controlled Clinical Trial. *Am J Respir Crit Care Med*, 204(6), 682-691. <https://doi.org/https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm.202101-0082OC>
- [35].Stollings, J. L, Kotfis, K, Chanques, G, Pun, B. T, Pandharipande, P. P, & Ely, E. W. (2021). Delirium in critical illness: clinical manifestations, outcomes, and management. *Intensive Care Med*, 47(10), 1089-1103. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007%2Fs00134-021-06503-1>
- [36].Tropea, J, LoGiudice, D, Liew, D, Gorelik, A, & Brand, C. (2017). Poorer outcomes and greater healthcare costs for hospitalised older people with dementia and delirium: a retrospective cohort study. *International journal of geriatric psychiatry*, 32(5), 539-547. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/gps.4491>
- [37].van den Boogaard, M, Schoonhoven, L, van Achterberg, T, van der Hoeven, J. G, & Pickkers, P. (2013). Haloperidol prophylaxis in critically ill patients with a high risk for delirium. *Crit Care*, 17(1), R9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/cc11933>
- [38].Wang, W, Li, H. L, Wang, D. X, Zhu, X, Li, S. L, Yao, G. Q, Chen, K. S, Gu, X. E, & Zhu, S. N. (2012). Haloperidol prophylaxis decreases delirium incidence in elderly patients after noncardiac surgery: a randomized controlled trial*. *Crit Care Med*, 40(3), 731-739. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e3182376e4f>
- [39].Wilson, J. E, Mart, M. F, Cunningham, C, Shehabi, Y, Girard, T. D, MacLulich, A. M. J, Slooter, A. J. C, & Ely, E. W. (2020). Delirium. *Nat Rev Dis Primers*, 6(1), 90. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>
- [40].Zamoscik, K, Godbold, R, & Freeman, P. (2017). Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 40, 94-100. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.003>

