

Çocuklarda Deliryum Belirleme Ölçeği

		Evet (0)	Biraz (1)	Hayır (2)
1	Çocuk iletişim kurabiliyor mu?			
2	Çocuk anlamlı konuşmalar yapıyor mu?			
3	Çocuk göz teması kurabiliyor mu?			
4	Çocuğun bakışları anlamlı mı?			
5	Çocuk yaptıkları şeylerin farkında mı?			
6	Çocuk gece gündüzün farkında mı?			
7	Çocuğun hareketleri kontrollü mü?			
8	Çocuk sözel ya da ağırlı uyarılara yanıt veriyor mu?			
9	Çocuk nerede olduğunu biliyor mu?			
10	Çocuk çevresine karşı ilgili mi?			
		Evet (2)	Biraz (1)	Hayır (0)
11	Çocukta dikkat bozukluğu (yönlendirme, odaklama, sürdürme) var mı?			
12	Çocukta halüsinasyon (görsel/işitsel halüsinasyonlar) var mı?			
13	Bellekte bozulma var mı?			
14	Çocuğun bilinç bozukluğu ani başlayıp gün içinde dalgalanmayla seyrediyor mu?			
15	Çocuk verilen bakım ve tedaviye karşı direnç gösteriyor mu?			
16	Çocukta korku ve anksiyete var mı?			
17	Çocuğa fiziksel temas olduğunda aşırı tepki veriyor mu?			
18	Çocuğun algılamalarında bozukluk var mı?			
19	Çocuk genelde huzursuz ve avutulması zor mu?			
20	Çocuk hırçın ve saldırgan mı?			
21	Çocuğun gün içinde motor fonksiyonlarında azalma var mı?			
22	Çocuğun gün içinde motor fonksiyonlarında artma var mı?			
23	Çocuğun gün içinde motor fonksiyonlarında değişiklik oluyor mu? Sabahları azalırken öğleden sonra ve gece artma oluyor mu?			
24	Çocuğun kendine ya da başkasına zarar verme eğilimi var mı?			
25	Çocukta taşikardi var mı?			
26	Çocuğun uyku uyanıklık döngüsü bozuk mu?			
27	Çocuğun solunumu hızlı mı?			
28	Çocuk genellikle uyanık ve gürültülü sesler çıkarır durumda mı?			
TOPLAM PUAN				

Çocuklarda Deliryum Belirleme Ölçeği Nasıl uygulanır?

Hemşireler tarafından hızlı ve kolayca uygulanabilmektedir. Formda yer alan soruların her bir maddesi 0'dan (en düşük) 2'e (en yüksek) kadar puanlanır. Toplam puan ≥ 16 ise deliryum varlığını göstermektedir. Hemşireler tarafından yatak başında kolayca uygulanabilir. Ancak Deliryum sendromu, yoğun bakımda yatan çocuklarda herhangi bir zamanda gelişebileceğinden sürekli gözlem şarttır. Kısa süreli gözlemler ile deliryum gözden kaçabilir. Değerlendirme yapmadan önce çocuklar aşağıdaki kriterlere uyması gerekirdi.

- a) Sedasyon düzeyi (RASS skoru -4,-5) yüksek olmayan çocuklar,
- b) Kronik nörobilişsel bozukluğu (serebral palsi, subakut sklerozan panensefalit vb. gibi hastalıklar) olmayan çocuklar,
- c) üç yaş üstü çocuklar;

Richmond ajitasyon-sedasyon skalası (RASS): Özellikle mekanik ventilasyonda ciddi derecede hastalığı olan hastaların sedasyon ve ajitasyon seviyelerini belirlemek amacıyla Cook ve Palma (1989) tarafından geliştirilen, Sessler tarafından (2002) tanıtılan bir ölçektir.

RASS; 4 seviye ile anksiyete ve ajitasyon (1-4 [hırçın]), 1 seviye ile sakin, uyanık durumu belirtmek için (0), uyandırılmayan ile (-5), sedasyon seviyelerini (-1 - -5) gösteren 10 puanlık bir ölçektir. Ölçek, 0 seviyesinde merkezi bir çapa sahiptir ve ajitasyon için pozitif sayısal dereceler ve sedasyon için negatif sayısal dereceler olacak şekilde tasarlanmıştır. RASS puanları +4 ile -5 arasında değişmekte olup, pozitif RASS skorları ajite durumda olan hastayı, negatif RASS skorları sedatize veya komada halindeki hastaları ifade etmektedir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sılay ve Akyol (2018) tarafından yapılmıştır (Sılay ve Akyol, 2018; Sessler ve ark., 2002)

Richmond Ajitasyon-Sedasyon Skalası (RASS)

+4	Boğuşma Halinde	İleri derecede boğuşuyor/şiddet uyguluyor
+3	Çok ajite	Tüpleri veya kateteri çeker/çıkarır. Agresif.
+2	Ajite	Anlamsız Hareket. Ventilator ile senkronize değil
+1	Huzursuz	Endişeli fakat hareketler agresif/şiddetli değil
0	Uyanık ve sakin	
-1	Uykulu	Sese göz teması ile uyanıklık sürdürüyor (>10 sn)
-2	Hafif sedatize	Sese göz teması ile kısa süreli uyanıklık (<10 sn)
-3	Orta sedatize	Sese hareket yanıtı var, fakat göz teması yok.
-4	Derin sedatize	Sese yanıt yok, fiziksel uyarıya hareket
-5	Uyandırılmıyor	Sese veya fiziksel uyarıya yanıt yok.