

Experiences of Nurses Caring for Patients with Delirium: A Qualitative Study

Alizadeh-Khoei M¹, Ghorbanzadeh K², Kojaei Bidgoli A*³

1. Department of Clinical Gerontology and Geriatric, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Department of Nursing, Khalkhal University of Medical Sciences, Khalkhal, Iran

3. Shahid Beheshti Hospital, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989132603890, E-mail: kojaiibidgoli@yahoo.com

Received: Oct 08, 2022 Accepted: Jan 05, 2023

ABSTRACT

Background & aim: Delirium is a prevalent disorder that frequently appears in inpatients and is followed by undesirable consequences and complications. Considering the role of nurses in determining and preventing delirium, investigating nurses' understanding of the care of patients with delirium is crucial. The present study was conducted in order to explain the experiences of nurses caring for patients with delirium.

Methods: The research population consisted of nurses who work in Shahid Beheshti hospital. Eleven nurses were selected by purposive sampling method. The selection criteria of participants included consent to participate in the study, having at least a Bachelor's degree, and working experience of more than 5 years. For data collection, a semi-structured focus group discussion method was used. The time, place, and duration of the sessions were coordinated based on the participants' preferences. Every Focus Group Discussion session lasted about 60 minutes. Data were analyzed by conventional content analysis method with an inductive approach.

Results: The result of the study showed that nurses differently understood delirium, considering their experiences and based on this, they stated variable factors in its occurrence. According to this study, individual factors, family neglect, ineffective communication, fear of the unknown and unstable environment were identified as the roots of delirium. The three main categories of the findings of the present study were 'lost in time and space', 'unbridled behaviors', and 'the underlying cause of delirium'.

Conclusion: As reported by nurses, delirium is characterized by some features including loss of time and space and unbridled behaviors. Also, they listed other factors such as individual underlying factors, fear of the uncertainty, ineffective communication, and unstable environment as effective roots in the occurrence of delirium. Based on the results of the present study and considering the role of nurses in the prevention and control of delirium, compiling delirium prevention guidelines and programs in accordance with international guidelines is recommended to be used by nurses.

Keywords: Delirium, Qualitative Research, Nurse, Patient, Experience

تجربه پرستاران از مراقبت بیماران مبتلا به دلیریوم: یک مطالعه کیفی

مهتاب علیزاده خوئی^۱، کبری قربانزاده^۲، افسانه کجائی بیدگلی^۳*

۱. گروه سالمندی و طب سالمندان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی خلخال، خلخال، ایران

۳. بیمارستان شهید بهشتی کاشان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۳۲۶۰۳۸۹۰ ایمیل: kojaiibidgoli@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: دلیریوم یکی از اختلالات شایع است که به کرات در بیماران بستری در بیمارستان بروز می‌کند و با پیامدها و عوارض نامطلوبی همراه است. با توجه به نقش پرستاران در تعیین و پیشگیری از بروز دلیریوم، بررسی درک پرستاران در مراقبت از بیماران دلیریوم حائز اهمیت بسزایی است. مطالعه حاضر با هدف تبیین تجربه پرستاران از مراقبت از بیماران مبتلا به دلیریوم انجام شد.

روش کار: در این پژوهش از روش تحقیق کیفی با رویکرد تحلیل محتوی استفاده شد. پرستاران شاغل در بیمارستان شهید بهشتی کاشان، جامعه پژوهش را تشکیل می‌دادند. ۱۱ نفر از پرستاران به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. رضایت به شرکت در مطالعه، حداقل مدرک کارشناسی و سابقه کار بیشتر از ۵ سال از معیارهای انتخاب شرکت‌کنندگان برای مطالعه حاضر بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از روش بحث گروهی متمرکز استفاده شد. زمان، مکان برگزاری و طول مدت زمان جلسات با نظرات مدعوین در جلسات هماهنگ شد. مدت زمان هر یک از جلسات بحث گروهی متمرکز، ۶۰ دقیقه بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی یا مرسوم مطابق با روش گرانپایم و لاندمن (۲۰۰۴) انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که پرستاران با توجه به تجارب خود، درک متفاوتی از دلیریوم داشته و عوامل متغیری را در بروز آن موثر دانستند. سه طبقه کلی حاصل از یافته‌های مطالعه حاضر شامل گم شدن در زمان و مکان، رفتار لجام گسیخته و ریشه‌های ظهور دلیریوم بودند. در این پژوهش زمینه‌سازهای فردی، غفلت خانواده، ارتباط ناکارآمد، ترس از ناشناخته‌ها و محیط بی‌ثبات از ریشه‌های ظهور دلیریوم شناخته شدند.

نتیجه‌گیری: مطابق تجارب پرستاران، دلیریوم با گم شدن بیمار در زمان و مکان و رفتارهای لجام گسیخته در وی مشخص می‌شود. همچنین آنها عواملی مانند زمینه‌سازهای فردی، ترس از ناشناخته‌ها، ارتباط ناکارآمد و محیط بی‌ثبات را بعنوان ریشه‌های موثر در ظهور دلیریوم برشمردند. بر اساس نتایج مطالعه حاضر و با توجه به نقش پرستاران در پیشگیری و کنترل دلیریوم، ضروری است گایدلاین‌ها و برنامه‌های پیشگیرانه از دلیریوم مطابق با گایدلاین‌های بین‌المللی تدوین و مورد استفاده پرستاران قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: دلیریوم، مطالعه کیفی، پرستار، بیمار، تجربه

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۱۵

دریافت: ۱۴۰۱/۷/۱۶

می‌گردد. علائم آن در مدت زمان کوتاهی بروز کرده و معمولاً با نوسان علائم در طول شبانه روز همراه است (۱). این اختلال از جمله دلایل اصلی ایجاد

مقدمه

دلیریوم یک سندرم روانی-عصبی شناخته شده است که با اختلال در سطح هوشیاری و توجه بیمار مشخص

گیجی در بیماران بستری در بیمارستان می‌باشد که می‌تواند بصورت حالتی از کم‌حرکی، بیش‌فعالی و یا ترکیبی از هر دو، در بیماران دیده شود. نوع کم‌حرکی آن همراه با حالت رخوت و خواب‌آلودگی است، اما در نوع بیش‌فعالی، بیقراری در بیمار دیده می‌شود. در حالت ترکیبی نیز علائم هر دو حالت با هم دیده می‌شوند (۲).

در مطالعات انجام شده، دلیریوم بعنوان یک اختلال شایع در مراکز درمانی با شیوع تقریبی ۴ درصد گزارش شده است (۳). میزان بروز دلیریوم در بیماران بستری در بخش‌های جراحی و مراقبت ویژه^۱ (ICU) از ۳۸-۸۷ درصد متغیر بوده و این میزان در بخش‌های سوختگی، ۷۷ درصد گزارش شده است (۴، ۵). همچنین دلیریوم در ۶۰-۸۰ درصد از بیماران متصل به دستگاه تهویه مصنوعی دیده می‌شود (۶). بر اساس مطالعات انجام شده، دلیریوم با کاهش توانایی‌های عملکردی در بیماران، کاهش تبعیت از درمان، تاخیر در بهبودی آنان، افزایش هزینه‌های درمانی، افزایش طول مدت زمان بستری و بالا رفتن میزان مرگ و میر همراه است (۷-۱۰). همچنین دلیریوم بعنوان تجربه‌ای ترسناک و پرتنش در بیماران و همراهان آنها یاد می‌شود (۱۱).

تشخیص سریع و کنترل دلیریوم در بیماران می‌تواند از بروز پیامدهای نامطلوب آن مانند نقص در توانایی‌های عملکردی (از دست دادن استقلال)، زمین‌خوردن، و خطر مرگ و میر در آنان پیشگیری کند (۱۲). با این وجود، این اختلال بندرت در بیمار تعیین و تشخیص داده می‌شود (۱۳). ماهیت متغیر دلیریوم، هم‌پوشانی علائم آن با علائم بیماری فراموشی، کمبود پروتکل‌های ارزیابی و تشخیصی در بیمارستان‌ها و ضعف کارکنان تیم درمان در نحوه استفاده از ابزارهای شناسایی دلیریوم، از جمله دلایل نقص در تعیین این اختلال محسوب می‌شود (۱۴). پرستاران در تعیین و کنترل دلیریوم در جایگاه مهمی

قرار دارند. با توجه به اینکه آنها از مراقبین اصلی بیماران به‌شمار می‌آیند، مشاهدات منظم و به موقع آنان باعث تشخیص سریع علائم اصلی دلیریوم از جمله عدم توجه و نوسانات سطح هوشیاری در بیماران می‌شود. همچنین از آنجا که مدت زمان ارتباط میان بیمار و پزشک کوتاه است، پزشکان برای تشخیص دلیریوم به مشاهدات پرستاران تکیه می‌کنند. لذا پرستاران از مراقبین حرفه‌ای بشمار می‌آیند که می‌توانند با پزشکان مسئول بیمار، ارتباط مستقیم برقرار کرده و تغییرات شناختی در بیمار را به اطلاع آنان برسانند. تعامل میان پرستاران با اعضای خانواده بیمار نیز نقش آنها را در برنامه پیشگیری و کنترل دلیریوم برجسته تر می‌نماید (۱۵). با این وجود دلیریوم اغلب اوقات به دلیل کمبود دانش و سطح آگاهی پرستاران تشخیص داده نشده و یا نادیده گرفته می‌شود (۱۶). بر اساس نتایج مطالعات، پرستاران تنها قادر به شناسایی دلیریوم در ۱۹ درصد از مشاهدات خود بوده‌اند (۱۷). همچنین مطابق نتایج مطالعات، تعاملات میان پرستار و بیمار به تنهایی از پایایی قابل ملاحظه‌ای برای تعیین دلیریوم برخوردار نیست (۱۸). از سوی دیگر با وجود دستورالعمل‌های علمی تدوین شده در مراقبت از بیماران مبتلا به دلیریوم، آمار گزارش شده از سوی وزارت بهداشت و درمان هلند^۲ (۲۰۱۰) نشان داده که ارزیابی بیماران سالمند از نظر عوامل خطرزای بروز دلیریوم تنها در ۵۶ درصد از بیمارستان‌های این کشور انجام شده است (۱۹). بعلاوه، مطابق نتایج مطالعه جمرت^۳ و همکاران تنها ۵۰ درصد از بیماران مستعد از نظر بروز دلیریوم با استفاده از یک ابزار استاندارد مانند داس^۴ (DOSS) توسط پرستاران کنترل شده‌اند (۲۰). لذا علیرغم آگاهی پرستاران از وجود دستورالعمل‌های تدوین شده برای کنترل دلیریوم، آنها از اصول

² Dutch Health Care Inspectorate

³ Gemert

⁴ Delirium Observation Screening Scale

¹ Intensive Care Unit

مراقبتی دستورالعمل‌ها بصورت کامل تبعیت نمی‌کردند (۲۱).
مراقبت پرستاران از بیماران مبتلا به دلیریوم تحت تاثیر ساختار آموزش پرستاران و فرهنگ مراقبت در سیستم درمانی آن کشور انجام می‌شود. لذا ضعف پرستاران در تشخیص دلیریوم می‌تواند ریشه در نقص پیشینه سیستم آموزش در دانشکده‌های پزشکی و پرستاری داشته باشد (۱۳). پیامدهای نامطلوب بروز دلیریوم در بیماران بستری در بیمارستان و نقش مهم پرستاران در تعیین و کنترل دلیریوم از یک سو و تاثیر تفاوت‌های فرهنگی بر عملکرد پرستاران در جوامع متفاوت در امر تشخیص و ارایه مراقبت از سوی دیگر، محققین مطالعه مذکور را بر آن داشت تا مطالعه حاضر را با هدف تبیین تجربه پرستاران از مراقبت از بیماران مبتلا به دلیریوم تبیین نمایند.

روش کار

زمانی که پژوهشگران قصد دارند تا ساختار و عوامل اجتماعی که باعث شکل‌گیری و تاثیر بر رفتارها می‌شود را تعیین کنند، استفاده از مطالعات کیفی روش مناسبی خواهد بود (۲۲). در این مطالعه از روش تحقیق کیفی با رویکرد تحلیل محتوی قراردادی یا مرسوم استفاده شد. در این رویکرد، طبقات به صورت استقرایی و با استفاده از تفسیر متنی و یا کلامی داده‌ها توسعه می‌یابند (۲۳). اندازه یا سایز گروه در بحث گروهی متمرکز باید مناسب باشد (۲۴). در مورد اندازه گروه نظرات گوناگونی مانند ۴ تا ۱۲ نفر با متوسط ۵ نفر را توصیه کرده‌اند (۲۵). لذا در این مطالعه از میان پرستاران و سرپرستاران شاغل در بیمارستان شهید بهشتی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ۱۱ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند جهت شرکت در مطالعه حاضر انتخاب شدند. رضایت به شرکت در مطالعه، داشتن حداقل مدرک کارشناسی و سابقه کاری بیشتر از ۵ سال از معیارهای انتخاب شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر بود.

بعد از انجام هماهنگی‌های لازم با مدیریت پرستاری، شرکت‌کنندگان جهت انجام بحث گروهی متمرکز^۱ (FGD) دعوت شدند. بحث گروهی بصورت نیمه‌ساختار در سه جلسه برگزار گردید. مدت زمان انجام هر جلسه یک ساعت بود تمام گفته‌های پرستاران طی بحث گروهی ضبط شد. راهنمایی مصاحبه با کمک دو نفر از اعضای هیئت علمی تهیه و تائید گردید. اولین جلسه بحث گروهی با سوالات مقدماتی که شامل معرفی هر یک از شرکت‌کنندگان و بیان تجربه آنان در مورد مواجهه با بیمار مبتلا به دلیریوم بود، آغاز گردید. سپس سوالات باز توسط مصاحبه‌گر پرسیده شد؛ به این صورت که «تجربه خود را از رویارویی و مراقبت از بیمار مبتلا به دلیریوم بیان کنید؟» و «در مورد تشخیص دلیریوم توضیح دهید؟» و «برای این بیماران چه اقداماتی انجام می‌دهید؟» همچنین از دو محقق دیگر بعنوان هماهنگ‌کننده استفاده شد. معیارهای ورود افراد هماهنگ‌کننده برای شرکت در جلسات بحث گروهی شامل داشتن تجربه کافی در انجام مطالعات کیفی و توانایی هدایت و رهبری گروه بود. همچنین آنها باید از نظر گروه قابل پذیرش و احترام می‌بودند. آنها بطور مستقیم با شرکت‌کنندگان بحث کرده و به گفتگو جهت می‌دادند، تا پویایی گروه حفظ شود. حین بحث، چون برخی افراد فعال‌تر بودند؛ هماهنگ‌کننده‌ها با طرح سؤالات از افرادی که فعالیت کمتری داشتند سعی می‌کردند که این افراد را نیز وارد بحث کنند. معیار اتمام بحث گروهی در هر جلسه، عدم ارائه داده‌های جدید بود و معیار خاتمه نهایی جلسات، اشباع اطلاعات بود.

بلافاصله بعد از بحث گروهی، تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام شد. با تکرار پخش و شنیدن آن، تمام گفته‌های مشارکت‌کنندگان روی کاغذ پیاده سازی شد. در این پژوهش، تحلیل داده‌های کیفی با رویکرد استقرایی به صورت تحلیل محتوی قراردادی یا مرسوم و مطابق

^۱ Focus Group Discussion

با روش گرانهایم و لاندمن^۱ (۲۰۰۴) به شرح ذیل انجام شد: مکتوب کردن مصاحبه‌ها، انتخاب واحد تحلیل، به دست آوردن یک دیدگاه کلی از کل مصاحبه با خواندن واحدهای تحلیل، به دست آوردن کدهای اولیه (عقاید و مفاهیم مرتبط)، جمع‌آوری کدهای مشابه در یک زیرطبقه با مقایسه کدها و نامگذاری آنها و جمع‌آوری زیرطبقات مشابه در یک گروه و نامگذاری آنها (۲۶).

مطالعه حاضر پس از اخذ مجوز اخلاق از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران انجام شد. ضبط گفتگوهای مشارکت‌کنندگان قبل از شروع جلسه به همه آنها توضیح داده شد و رضایت کلامی از آنان گرفته شد. در مورد محرمانه‌بودن اطلاعات، بی‌نام‌بودن (استفاده از کد بجای نام)، اهداف مطالعه و اختیاری بودن شرکت در مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیحات لازم ارائه شد.

اعتبار، تناسب، قابلیت اعتماد و قابلیت تأیید بعنوان معیارهای دقت علمی در تحقیق کیفی مطرح شده‌اند (۲۷). یکی از بهترین روش‌ها برای ایجاد اعتبار، درگیری طولانی مدت با موضوع است که در این مطالعه محقق بمدت ۱ سال با موضوع تحقیق درگیر بود. همچنین، روش‌های دیگری نظیر برقراری ارتباط مناسب با شرکت‌کنندگان^۲، چک کردن یافته‌ها با شرکت‌کنندگان^۳ و بازنگری ناظرین^۴ مورد استفاده قرار گرفت. برای مورد اخیر گزیده‌هایی از متن مصاحبه‌ها به همراه کدها و طبقات پدیدار شده به همکاران (چندین ناظر تحقیق و چند تن از اساتید خارجی) ارائه شد تا جریان تجزیه و تحلیل داده‌ها را بررسی و در مورد صحت آن اعلام نظر کنند.

تناسب یا قابلیت انتقال نیز به معنی‌دار بودن یافته‌های مطالعه برای دیگران در موقعیت‌های مشابه اطلاق

می‌شود. معمولاً تعیین قابلیت انتقال توسط محقق انجام نمی‌شود بلکه بیشتر توسط افرادی صورت می‌گیرد که می‌خواهند از یافته‌ها استفاده کنند. برای تأمین این معیار، محققین کیفی فعالیت‌شان را در طول زمان ثبت می‌کنند تا دیگران بتوانند روند تحقیق را از طریق مطالعه این نوشته‌ها پیگیری کنند. لذا سعی پژوهشگر در این مطالعه بر آن بود که مراحل تحقیق و تصمیمات اخذ شده در طول آن را به طور دقیق ثبت و گزارش نماید تا در صورت نیاز امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم آید.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه را ۱۱ پرستار زن شامل ۴ نفر پرستار بالینی، ۵ نفر سرپرستار، ۱ نفر سوپروایزر بالینی و ۱ نفر سوپروایزر آموزشی، تشکیل می‌دادند. مدرک تحصیلی تمامی آنان کارشناسی و یک نفر کارشناسی ارشد پرستاری ویژه بود. سن شرکت‌کنندگان بین ۵۰-۲۵ سال با میانگین سنی ۳۸ سال بود. همچنین، میانگین سابقه کاری شرکت‌کنندگان، ۱۵ سال بود (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه

مشارکت‌کننده	سن (سال)	سطح تحصیلات	پست سازمانی	سابقه کاری (سال)
۱	۳۸	کارشناسی	سرپرستار	۱۶
۲	۴۱	کارشناسی	سرپرستار	۱۷
۳	۳۳	کارشناسی	سرپرستار	۱۰
۴	۳۲	کارشناسی	پرستار	۱۲
۵	۴۲	کارشناسی	سرپرستار	۲۰
۶	۳۷	کارشناسی	سرپرستار	۱۶
۷	۲۵	کارشناسی	پرستار	۵
۸	۳۹	کارشناسی	پرستار	۱۶
۹	۳۷	کارشناسی	سرپرستار	۱۴
۱۰	۳۶	کارشناسی ارشد	سوپروایزر آموزشی	۱۴
۱۱	۵۰	کارشناسی بالینی	سوپروایزر بالینی	۲۵

¹ Graneheim & Lundman

² Heartfelt Communication

³ Member Checks

⁴ External Checks

مریض داشتیم که از خواب بیدار شد و به دستشویی رفت. از دستشویی که برگشت اصلاً ارینته نبود، فکر می‌کرد مرده و وارد بهشت شده» (مشارکت کننده ۶، سرپرستار).

۱-۲. رفتارهای وابسته به زمان

علاوه بر تغییرات شناختی در دلیریوم، پرستاران آن را بعنوان بیماری درک می‌کردند که بصورت ناگهانی و بیشتر در هنگام غروب آفتاب و یا عصر و شب در بیمار دیده می‌شد، آنها زمان را در بروز بیماری مهم می‌دانستند.

یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد که «من در بخش اورژانس مخصوصاً در شیفت‌های شب بیمارانی را دیده‌ام که بصورت ناگهانی دچار بیقراری و دلیریوم می‌شوند» (مشارکت‌کننده ۵، سرپرستار). مشارکت‌کننده دیگری در این مورد گفت که «بیمار بیقراره، اکثر همراهان کلافه می‌شن. شب تا صبح می‌خواد راه بره، بعضی‌هاشون نسبت به زمان و مکان هم ارینته نیستن. شب‌ها بیدارن، صبح خوابند» (مشارکت‌کننده ۸، پرستار).

۲. رفتار لجام گسیخته

مطابق درک پرستاران علاوه بر اینکه بیماران نوعی از گم‌شدن در زمان و مکان را حین ابتلا به دلیریوم تجربه می‌کنند، همچنین بیقرار شده و به رفتارهای پرخاشگرانه نیز اقدام می‌کنند. همچنین پرستاران دلیریوم را همراه با رفتارهایی که منجر به آسیب بیماران به خودشان می‌شود، درک می‌کردند.

۲-۱. رفتار پرخاشگرانه

پرستاران دلیریوم در بیمار را با رفتارهای پرخاشگرانه مانند داد و بیداد کردن، شکستن وسایل، پرت کردن صندلی و کتک‌زدن پرسنل همراه می‌دانستند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این مورد اظهار داشت:

«بیماری داشتیم که نصف شب بلند می‌شد توی بخش راه می‌رفت. حالت پارانوئید داشت می‌خواست بچه‌ها (پرسنل) را کتک بزند، دائم می‌خواست سوند و

یافته‌های مطالعه نشان داد که پرستاران، دلیریوم را با توجه به تجارب خود به بطور متفاوتی درک می‌کردند و عوامل مختلفی را در بروز آن بیان می‌نمودند. درک آنان از مراقبت بیماران مبتلا به دلیریوم سبب شکل‌گیری یک طبقه اصلی با عنوان «بیماری پیدای پنهان» و سه طبقه میانی شامل «گم‌شدن در زمان و مکان»، «رفتار لجام گسیخته» و «ریشه‌های ظهور دلیریوم» گردید (جدول ۲).

جدول ۲. طبقات اصلی، میانی و زیرطبقات حاصل از تحلیل داده‌ها

طبقه اصلی	طبقات میانی	زیرطبقات
	گم شدن در زمان و مکان	افول شناخت
	رفتار	رفتارهای وابسته به زمان
	لجام گسیخته	رفتار پرخاشگرانه بیقراری
بیماری پیدای پنهان	زمینه سازهای فردی	خطر صدمه زنی
	ریشه‌های ظهور دلیریوم	غفلت خانواده ترس از ناشناخته‌ها ارتباط ناکارآمد محیط بی‌ثبات

۱. گم شدن در زمان و مکان

مطابق با درک پرستاران، دلیریوم با کاهش توانایی‌های شناختی در بیمار همراه است. همچنین آنها زمان را در شکل‌گیری علائم موثر می‌دانستند. با توجه به این موارد برای این طبقه میانی، دو زیر طبقه بنام‌های افول شناخت و رفتارهای وابسته به زمان در نظر گرفته شد.

۱-۱. افول شناخت

مطابق با درک پرستاران، افول شناخت در بیمار با عدم شناسایی اطرافیان، عدم آگاهی بیمار از ابتلای خود به دلیریوم، اختلال در حافظه، اختلال حواس، منگی بیمار و عدم آگاهی به زمان و مکان در وی تعیین می‌شود. گفته‌های ذیل از جمله اظهارات یکی از مشارکت‌کنندگان بود:

«مریض‌ها آگاهی به زمان و مکان نداشتند. یک موردی که از شیفت شب برای خودم پیش آمد، یک

iv لاینش را بکشه. مجبور شدیم فیکسش کنیم» (مشارکت کننده ۷، پرستار).

شرکت کننده دیگری بیان کرد:

«ما در بخشمون زیاد دلیریوم داریم، بیمار بیقراره، اتصالاتش را می کشه، داد و بیداد می کنه» (مشارکت کننده ۱، سرپرستار).

۲-۲. بیقراری

مطابق با درک پرستاران، بیقراری در بیمار مبتلا به دلیریوم با رفتارهایی مانند بیرون آوردن لباس، بیداری و بی تابی در شب و خوابیدن در روز، عدم تبعیت از دستورات پرسنل، خروج از تخت در هنگام شب، اصرار به ترک بیمارستان، راه افتادن در بخش، یافتن درب خروجی بخش و تمایل به رفتن به حیات بیمارستان نشان داده می شود. یکی از مشارکت کنندگان در مورد بیقراری در بیمار مبتلا به دلیریوم گفت:

«مریض راه می افتاد. ناخود آگاه مریض می رفت بالا سر یه مریض دیگه. بعضی وقتها مریضها می خواهند در خروجی بخش را پیدا کنند، یا می خواهند به حیاط بیمارستان بروند» (مشارکت کننده ۳، سرپرستار).

یکی دیگر از مشارکت کنندگان در این زمینه بیان کرد: «بیمار دلیریوم خیلی بیقراره، نمی تونه روی تخت بمونه، بلند می شه و لباس هاش را در می آره» (مشارکت کننده ۲، سرپرستار).

۲-۳. خطر صدمه زنی

به اعتقاد پرستاران، حین بروز رفتارهای پر خاشگرانه در بیمار مبتلا به دلیریوم، احتمال صدمه و آسیب به بیمار از طرف خودش بیشتر می شود. مطابق با تجارب پرستاران شرکت کننده در این مطالعه، خطر صدمه زنی بعلت افتادن بیمار از روی تخت و یا زمان راه رفتن و بروز صدمات جسمی مانند شکستگی لگن، پارگی و... در وی ایجاد می شود. نمونه های ذیل از جمله اظهارات شرکت کنندگان در این زمینه است:

«بیمار نصف شب زمانی که همراهش کنارش نبود، بیقرار شد. سوندش را کشید. پارگی بیضه پیدا کرده بود» (مشارکت کننده ۴، پرستار).

«بیماری داشتیم که همراه کنارش نبود اینقدر بیقرار شد که بدسایدش را باز کرده و از روی تخت افتاد و فمورش شکست» (مشارکت کننده ۱، سرپرستار).

۳. ریشه های ظهور دلیریوم

از بیانات شرکت کنندگان مشخص گردید که دلیریوم در نتیجه زمینه سازهای فردی، غفلت خانواده، ارتباط ناکارآمد، ترس از ناشناخته ها و محیط بی ثبات بروز می کند.

۳-۱. زمینه سازهای فردی

طبق درک پرستاران، داشتن بعضی از ویژگی ها باعث بروز بیشتر دلیریوم در بیماران می شود. آنها به نحوی علائم متفاوت دلیریوم را نیز با این ویژگی ها در بیماران مرتبط می دانستند. مطابق تجارب پرستاران این ویژگی ها شامل سن بالا، جنسیت مرد، اعتیاد بیمار و شغل بیمار بودند. یکی از پرستاران بشکل زیر این ویژگی ها را بیان نمود:

«یک مورد بیمار آقای داشتیم، چوپان بود، از روستا آمده بود. خودش دامدار بود. ساعت سه نصف شب از خواب بیدار شد، گوسفندانش را راهنمایی می کرد تا از در بخش بیرون بروند» (مشارکت کننده ۶، سرپرستار).

شرکت کننده دیگری در بیان این ویژگی ها بیان کرد: «در بخش، آقای سالمندی داریم که ادیکت هم هست. چند شبه بی قرار شده و حرف های نامربوط می زنه» (مشارکت کننده ۸، پرستار).

۳-۲. غفلت خانواده

علاوه بر ویژگی های فردی، رفتار بد اعضای خانواده با بیمار سالمند، خستگی همراهان بیمار، نبودن همراه آشنا نزد بیمار، تنهایی بیمار و وجود مراقبین رسمی در کنار بیمار نیز از عواملی بودند که بعنوان غفلت خانواده بیمار تقسیم بندی شدند. یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

۳-۴. ترس از ناشناخته‌ها

پرستاران علاوه بر زمینه‌سازهای فردی، غفلت خانواده و ارتباط ناکارآمد، به نقش ترس در بروز دلیریوم نیز اشاره کردند. مطابق با درک پرستاران، محیط ناآشنای بیمارستان، فرایندهای درمانی و تشخیصی، سرم و سایر اتصالات به بیمار باعث بروز ترس و نگرانی در بیمار و در نتیجه ابتلا به دلیریوم در وی می‌شود.

یکی از مشارکنندگان، ترس در بیمار را به شکل زیر بیان نمود:

«بعضی مریض‌ها که در شب سرم می‌گیرند، استرس جداشتن سرم را دارند. مریض‌ها استرس جداشتن رگ و اینکه خون از دستشون جاری شود را دارند. خود مریض هم می‌گوید: کاری کنید اینها دیگه به من وصل نباشد تا من یک خواب درست و حسابی بکنم» (مشارکت‌کننده ۹، سرپرستار).

شرکت‌کننده دیگری ترس را اینگونه بیان نمود: «سالمندی داشتیم که برای جراحی پروستات بستری شده بود. موقع پذیرش خیلی نسبت به همه چی آگاهی داشت و ارتباط خوبی برقرار می‌کرد. اما، شب قبل از عمل تا صبح توی بخش راه می‌رفت و با همراهش بحث می‌کرد. من هر چی می‌خواستم باهاش صحبت کنم با من هم دعوا می‌کرد» (مشارکت‌کننده ۲، سرپرستار).

۳-۵. محیط بی‌ثبات

همچنین در این مطالعه پرستاران عدم ثبات و پایداری محیط را در بروز دلیریوم موثر می‌دانستند. مطابق درک پرستاران، محیط بی‌ثبات با بسته‌بودن فضای بخش‌های ICU و CCU، نبود نور کافی در بخش، محرومیت حسی در بیماران، شلوغی بخش، سر و صدای زیاد، رفت و آمد زیاد در بخش و وجود افراد ملاقات‌کننده در اکثر ساعات روز تعیین می‌شود. یکی از پرستاران در مورد بروز دلیریوم در محیط CCU بیان کرد: «به مشکلی که ما در بخش CCU داشتیم توی فضای فیزیکی بخش که زیاد نور نبود و همیشه

«همراهی داشتیم که خیلی سر مریضش داد می‌زد که این خودش مریض را بیقرارتر می‌کرد. بیمار بلند می‌شد خودش را به تخت می‌زد، همراه هم داریم سر بیمار داد می‌زد. تازه پسر مریض هم بود. ولی خیلی بد برخورد می‌کرد. وضعیت بیمار بدتر می‌شد» (مشارکت‌کننده ۸، پرستار).

یکی از پرستاران می‌گفت: «بیماران سالمندی که تنها هستند، شب‌ها حواس پرتی پیدا می‌کنند. شب‌ها که بهشون سر می‌زنیم ما پرستاران را به اسم بچه‌هاشون صدا می‌کنند» (مشارکت‌کننده ۱، پرستار).

۳-۳. ارتباط ناکارآمد

همچنین در مطالعه حاضر پرستاران گاهی بروز دلیریوم را به مشکلات ارتباطی بین تیم درمان و بیماران که مانع از بیان نیازهای واقعی در بیمار می‌شود، نسبت می‌دادند. عدم برقراری ارتباط مناسب با بیمار از سوی پرستار، احساس شرم و خجالت در بیمار جهت بیان مشکلات خود و عدم بیان احساس تشنگی در بیمار سالمند از کدهای معنایی بودند که برای توصیف این زیرطبقه استفاده شدند. یکی از شرکت‌کنندگان در این رابطه بیان داشت:

«بعضی وقتها مریض‌ها مشکلاتشون را نمی‌گویند. مثلاً خیلی وقتها مریض عطش دارد ولی نمی‌گوید. اگر راحت این موضوع را با پرستار در میان بگذارد پرستار می‌تواند سرمش را بیشتر کند. یا ممکن است مریض بعلت اسهال دهیدراته است ولی چون خجالت می‌کشد این موضوع را با پرستارش در میان بگذارد، بخاطر کم‌آبی مشکل‌دار می‌شود» (مشارکت‌کننده ۷، پرستار).

مشارکت‌کننده دیگری گفت: «پرستار باید از همان ابتدا که بیمار در بخش پذیرش می‌شه باهاش ارتباط خوبی برقرار کنه و نیازهایش را شناسایی کنه. اگه این کار انجام نشه نیازهای بیمار بخوبی برطرف نمیشه و بیمار بخصوص اگه سالمند باشه بیقرار میشه» (مشارکت‌کننده ۶، سرپرستار).

روزها چراغ روشن بود یک جواری بین شب و روز قاطی می‌شد. برای همین مریض‌ها دلیریوم پیدا می‌کردند» (مشارکت‌کننده ۱۱، سوپروایزر). یکی دیگر از پرستاران در این مورد گفت: «پیرمردی توی بخشمون بستری بود. نصف شب بیمار کنار تختی‌اش بدحال شد و نیاز به احیا پیدا کرد، رفت و آمد و سر و صدای زیاد توی اتاق باعث شد پیرمرد حواس پرتی پیدا کنه» (مشارکت‌کننده ۷، پرستار).

بحث

مطالعه حاضر با هدف تبیین درک پرستاران از دلیریوم در بیماران بستری در بیمارستان انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که طبق درک پرستاران دلیریوم اختلالی است با علائم و رفتارهایی پیدا در بیمار که می‌تواند سرعت توسط پرستاران تشخیص داده شود. آنها دلیریوم را بعنوان اختلالی توصیف می‌کردند که سبب گم‌شدن بیمار در زمان و مکان، افول شناختی و بروز رفتار لجام گسیخته در وی می‌شود.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که طبق درک پرستاران، دلیریوم با گم‌شدن بیمار در زمان و مکان مشخص می‌گردد. در واقع از نظر آنها افول توانایی‌های شناختی بیمار مبتلا به دلیریوم سبب می‌شود تا بیمار آگاهی خود نسبت به زمان و مکان را از دست بدهد. همچنین آنچه به پرستاران کمک کرده بود تا دلیریوم را بهتر تشخیص دهند، زمان بروز مشکلات شناختی بیمار بود. طبق تجربه، آنها بروز دلیریوم در بیمار را در عصر و شب مشاهده کرده بودند. در این مطالعه تجارب پرستاران مبنی بر بروز رفتار لجام گسیخته در بیمار مبتلا به دلیریوم بود. آنها دلیریوم را بعنوان اختلالی شناخته بودند که باعث بیقراری در بیمار شده و به دلیل بروز رفتارهای پرخاشگرانه احتمال صدمه و آسیب به وی بیشتر می‌گردد. در این مطالعه طبق درک پرستاران، گم‌شدن در زمان و مکان و رفتار لجام گسیخته در

بیمار مبتلا به دلیریوم با علائم نوع بیش‌فعالی دلیریوم مطابقت داشت (۲۸). بر این اساس نوع کم‌حرکی دلیریوم از منظر آنها پنهان مانده و آنها در گفته‌های خود خاموشی و آرام بودن بیمار مبتلا به دلیریوم را که از علائم نوع هایپواکتیو است، بیان نکردند. عدم تشخیص دلیریوم هایپواکتیو به نحوی بیانگر کمبود آگاهی و دانش پرستاران در این پژوهش بود. در مطالعه هوسی^۱ و همکاران نیز کمبود دانش پرستاران نسبت به تشخیص کامل و انواع دلیریوم گزارش شده است (۲۹).

در این مطالعه طبق درک پرستاران، پنج دسته از عوامل با عناوین زمینه‌سازهای فردی، غفلت خانواده، ارتباط ناکارآمد، ترس از ناشناخته‌ها و محیط بی‌ثبات از ریشه‌های ظهور دلیریوم شناخته شدند. مطابق تجربه پرستاران شرکت‌کننده، دلیریوم در بیماران مرد و سالمند و یا افرادی که اعتیاد داشتند، بیشتر مشاهده می‌شود. همچنین تجربه آنها حاکی از این مطلب بود که بیماران مبتلا به دلیریوم به دلیل عدم آگاهی به زمان دست به انجام اقداماتی می‌زنند که در واقع جزئی از شغل روتین آنها در طول شبانه‌روز بوده است. درک پرستاران در مورد ریشه‌های بروز دلیریوم با گزارش مطالعه فاوت^۲ در مورد دلایل بروز این اختلال، همخوانی داشت. فاوت در مطالعه خود به تعیین عوامل خطرزای بروز دلیریوم پرداخته و آنها را بعنوان عواملی از قبیل سن بالا، سطح تحصیلی پایین، مرد بودن، اختلال عملکرد بینایی / شنوایی، کاهش توانایی عملکردی، استفاده از آنژیوکت، سونداژ و یا محدودکننده حرکتی تعریف می‌کند (۳۰). همچنین در مطالعه حاضر، تجربه پرستاران مبنی بر نقش غفلت اعضای خانواده بیمار در بروز و یا تشدید دلیریوم محرز بود. مطابق تجربه پرستاران، تغییر ناگهانی شرایط جسمی و روحی بیمار مبتلا به دلیریوم

¹ Hosie

² Faught

ظهور دلیریوم شناخته شدند. در منابع علمی موجود همسو با نتایج مطالعه حاضر بر ضرورت استفاده از استراتژی‌های آگاه‌سازی (معرفی محیط درمانی و پرسنل، آگاهی بیماران بخصوص بیماران سالمند به زمان و مکان و...) و اطمینان بخشی به بیماران برای کنترل و پیشگیری از دلیریوم در بیماران بستری در بیمارستان تاکید می‌شود (۲۹،۳۵).

پرستاران در مطالعه حاضر به بی‌ثباتی محیط در بروز دلیریوم نیز اشاره کردند. تجربه پرستاران مبنی بر آن بود که دلیریوم در محیط آرام و بی‌سر و صدا مانند بخش CCU بیشتر بروز می‌کند، آنها همچنین بروز دلیریوم در بیماران بستری در بخش‌های پر سر و صدا، شلوغ و پر رفت و آمد را نیز تجربه کرده بودند. در گایدلاین علمی کشور انگلیس^۳ علاوه بر تاثیر ویژگی‌های بیمار (سن، جنس، دمانس، اختلال حسی، شدت بیماری، افسردگی، شکستگی، مصرف داروهای متعدد، کم‌آبی، اختلال الکترولیتی، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع، بیوسست، هایپوکسی، سوء تغذیه، محرومیت از خواب، بی‌حرکتی و عفونت) و عوامل فرایندی (بیپوشی، جراحی قلب، شکستگی لگن، تعبیه کاتتر ادراری، مداخلات درمانی نامرتب، ترک سیگار و کاربرد محدودکننده‌های جسمی) بر دلیریوم به نقش عوامل محیطی مانند محیط، نور، آگاهی و افزایش تحریکات حسی نیز اشاره شده است (۳۶).

مطابق با نتایج این مطالعه، زال^۴ نیز در مطالعه خود گزارش کرد که تغییر عوامل محیطی می‌تواند بر تعداد روزهایی که بیماران بستری در ICU به دلیریوم مبتلا می‌شوند، تاثیر بگذارد (۳۷).

استفاده از جلسات بحث گروهی متمرکز در این مطالعه، امکان گفتگو و بحث در مورد تجارب پرستاران از دلیریوم و کنترل آن را فراهم کرد، اما محدودیت‌های متعددی هم داشت. انجام مصاحبه‌های فردی در کنار جلسات بحث گروهی می‌توانست

و همچنین نمایش رفتارهای غیرمعمول در بیمار باعث می‌شود تا اعضای خانواده بیمار نتوانند شیوه صحیحی را برای ایجاد آرامش در بیمار خود انتخاب نمایند. تجربه آنها بر این بود که ارتباط نادرست اعضای خانواده بیمار سبب تشدید دلیریوم در بیماران می‌شود. پرستاران همچنین بیان کردند عدم آگاهی اعضای خانواده در مورد ارایه مراقبت‌هایی مطلوب و رفع نیازهای پایه مانند غذا دادن، اجابت مزاج و ... عاملی برای بروز دلیریوم می‌باشد. همچنین نتایج این مطالعه مبنی بر تجربه پرستاران نشانگر آن بود که تنهایی بیمار در بیمارستان و یا همراهی افراد غیر آشنا در کنار بیمار می‌تواند زمینه بروز دلیریوم را بیشتر کند. مک کوسکر^۱ و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش دادند که عدم همراهی اعضای خانواده در کنار بیمار یکی از عوامل خطر بروز دلیریوم می‌باشد (۳۱). توماس^۲ و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش دادند که اعضای خانواده در زمان بروز دلیریوم نقش مهمی در آرام کردن بیمار و ارائه مراقبت ایمن و موثر به بیمار دارند (۳۲). اقبالی نیز در مطالعه خود گزارش کرد ارتباط موثر بین بیمار و خانواده بعنوان یک شیوه غیردرمانی می‌تواند بروز دلیریوم در بیماران تحت عمل جراحی قلب را کاهش دهد (۳۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ارتباط ناکارآمد نیز می‌تواند سبب بروز دلیریوم شود. پرستاران بیان کردند در صورت برقراری ارتباط درست با بیماران می‌توانند نیازهای بیماران خود را ارزیابی کنند و عوامل مسبب دلیریوم را برطرف کنند. بر اساس منابع علمی، یکی از مهمترین عوامل مربوط به کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار، مهارت‌های ارتباطی بین پرستاران و بیمارانشان می‌باشد (۳۴).

همچنین در این مطالعه مطابق تجارب پرستاران، ترس از ناشناخته‌ها در قالب ترس بیمار از محیط درمانی، پرسنل و فرایندهای درمانی بعنوان ریشه‌های

³ National Clinical Guideline Centre (UK)

⁴ Zaal

¹ McCusker

² Tomas

تجارب پرستاران را با دقت بیشتری در زمینه دلیریوم بررسی نماید. یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه آن بود که شرکت کنندگان مطالعه فقط پرستاران زن بودند، لذا استفاده از تجارب پرستاران مرد در این زمینه شاید بتواند اطلاعات بیشتری را در این زمینه در اختیار محققین قرار دهد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که پرستاران، دلیریوم را بعنوان اختلالی با علائم و رفتارهای پیدا و آشکار توصیف می‌کردند که از روی علائم می‌توانستند بروز دلیریوم را در بیمار تشخیص دهند. اما آنچه پرستاران می‌توانستند بعنوان دلیریوم تشخیص دهند با نوع دلیریوم بیش فعال (هایپراکتیو) تطابق داشت و نوع دلیریوم کم‌تحرک (هایپواکتیو) از منظر پرستاران پنهان بود. همچنین یافته‌ها نشان داد که تشخیص دلیریوم توسط پرستاران تنها بر اساس تجارب بالینی آنان صورت می‌گرفت و نه بر اساس منابع علمی. در مطالعه حاضر زمینه‌سازهای فردی، غفلت خانواده، ارتباط ناکارآمد، ترس از ناشناخته‌ها و محیط بی‌ثبات بعنوان ریشه‌های ظهور دلیریوم معرفی شدند. لازم است بر اساس

نتایج مطالعه حاضر دوره‌های آموزشی ویژه‌ای برای پرستاران در مورد دلیریوم، ابزارهای تشخیصی آن و روش‌های کنترل و پیشگیری آن برگزار گردد. از سوی دیگر با توجه به نقش پرستاران در پیشگیری و کنترل دلیریوم، ضروری است گایدلاین‌ها و برنامه‌های پیشگیرانه از دلیریوم مطابق با گایدلاین‌های بین‌المللی تدوین و مورد استفاده پرستاران قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه دکتری است که پس از اخذ مجوز اخلاق از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران (IR.USWR.REC.1396,304) انجام شد. نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از پرستارانی که در انجام این مطالعه شرکت نمودند، ابراز می‌دارند.

تعارض منافع

نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچگونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

- 1- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. American Psychiatric Association. Washington DC; 2013.
- 2- Hagerling FL. Nurse attitudes toward caring for older patients with delirium. For the Degree of Master of Science. Colorado State University: Department of Human Development and Family Studies; 2015.
- 3- Jackson P, Khan A. Delirium in critically ill patients. *Critical Care Clinics*. 2015;31(3):589-603.
- 4- Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girad TD, Maclullich AMJ, et al. Delirium. *Nature Reviews Disease Primers*. 2020;6(90):1-26.
- 5- Vasilevskis EE, Han JH, Hughes CG, Ely EW. Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2012;26(3):277-87.
- 6- Agarwal V, O'Neill PJ, Cotton BA, Pun BT, Haney S, Thompson J, et al. Prevalence and risk factors for development of delirium in burn intensive care unit patients. *Journal of Burn Care & Research*. 2010;31(5):706-15.
- 7- Leslie DL, Inouye SK. The importance of delirium: economic and societal costs. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011;59(s2):S241-S243.
- 8- Gomes MM. Decreasing the incidence of postoperative delirium in the high risk elderly population: a plan for translating best practices guidelines into anesthesia practice. The University of Southern Mississippi; 2015.

- 9- Beiranvand A, fallahi khoshkneb M, Ashayeri H, Rahgozar M. Comparison between prevalence of delirium after hip surgery and general surgery in hospitalized female elderly. *Journal of Geriatric Nursing*. 2014;1(1):83-93.
- 10- Javanmardifard S, Heidari S, Sanjari M, Yazdanmehr M, Shirazi F. The relationship between spiritual well-being and hope, and adherence to treatment regimen in patients with diabetes. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2020;19(2):941-50.
- 11- Sörensen Duppils G, Wikblad K. Patients' experiences of being delirious. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(5):810-18.
- 12- Yevchak A, Steis M, Diehl T, Hill N, Kolanowski A, Fick D. Managing delirium in the acute care setting: a pilot focus group study. *International Journal of Older People Nursing*. 2012;7(2):152-62.
- 13- Tabet N, Hudson S, Sweeney V, Sauer J, Bryant C, Macdonald A, et al. An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. *Age and Ageing*. 2005;34(2):152-56.
- 14- Inouye SK, Baker DI, Fugal P, Bradley EH, Project HD. Dissemination of the hospital elder life program: implementation, adaptation ,and successes. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006;54(10):1492-99.
- 15- Fick DM, Hodo DM, Lawrence F, Inouye SK. Recognizing delirium superimposed on dementia: assessing nurses' knowledge using case vignettes. *Journal of Gerontological Nursing*. 2007;33(2):9-40.
- 16- Schuurmans MJ, Duursma SA, Shortridge-Baggett LM. Early recognition of delirium: review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2001;10(6):721-29.
- 17- Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, Katz KH, Cooney Jr LM. Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. *Archives of Internal Medicine*. 2001;161(20):2467-73.
- 18- Mistarz R, Elliott S, Whitfield A, Ernest D. Bedside nurse- patient interactions do not reliably detect delirium: an observational study. *Australian Critical Care*. 2011;24(2):126-32.
- 19- Westert GP, Berg MJ, Zwakhals SLN, Jong JD, Verkleii H. Dutch health care performance report 2010. National Institute for Public Health and the Environment, In: Inspectorate DH. Editor; 2012.
- 20- Schuurmans MJ. The neecham confusion scale and the delirium observation screening scale: capacity to discriminate and ease of use in clinical practice. *BMC Nursing*. 2007;6(1):3.
- 21- Van De Steeg L, Langelaan M, Ijkema R, Nugus P, Wagner C. Improving delirium care for hospitalized older patients: a qualitative study identifying barriers to guideline adherence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2014;20(6):813-19.
- 22- Kim M, Park S-Y. Factors affecting the self-directed learning of students at clinical practice course for advanced practice nurse. *Asian Nursing Research*. 2011;5(1):48-59.
- 23- Cho JY, Lee E-H. Reducing confusion about grounded theory and qualitative content analysis: similarities and differences. *The Qualitative Report*. 2014;19(32):1-20.
- 24- Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- 25- AdibhagBagheri M, Parvizi S, Salsali M. *Qualitative Research*. Tehran: Boshra; 2007
- 26- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
- 27- Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*; 1999.
- 28- Siddiqi N, House A. Delirium: an update on diagnosis, treatment and prevention. *Clinical Medicine*. 2006;6(6):540-43.
- 29- Hosie A, Lobb E, Agar M, Davidson PM, Phillips J. Identifying the barriers and enablers to palliative care nurses' recognition and assessment of delirium symptoms: a qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014;48(5):815-30.
- 30- Faught DD. Delirium: the nurse's role in prevention, diagnosis, and treatment. *Medsurge Nursing Journal*. 2014;23(5):301-305.
- 31- McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Han L, Podoba JE, Ramman-Haddad L. Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001;49(10):1327-34.

- 32- Thomas N, Coleman M, Terry D. Nurses' experience of caring for patients with delirium: systematic review and qualitative evidence synthesis. *Nursing Reports*. 2021;11(1):164-74.
- 33- Eghbali-Babadi M, Shokrollahi N, Mehrabi T. Effect of family-patient communication on the incidence of delirium in hospitalized patients in cardiovascular surgery ICU. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2017;22(4):327.
- 34- Hoonakker P, Carayon P, Douglas S, Schultz K, Walker J, Wetterneck TB. Communication in the ICU and the relation with quality of care and patient safety from a nurse perspective. *International Journal of Healthcare Information Systems* 2011;1(6):1.
- 35- Tropea J, Slee JA, Brand CA, Gray L, Snell T. Clinical practice guidelines for the management of delirium in older people in Australia. *Australasian Journal on Ageing*. 2008;27(3):150-56.
- 36- Delirium: diagnosis, prevention and management. London: National Clinical Guideline Centre - Acute and Chronic Conditions; 2010.
- 37- Zaal IJ, Spruyt CF, Peelen LM, van Eijk MM, Wientjes R, Schneider MM, et al. Intensive care unit environment may affect the course of delirium. *Intensive Care Medicine*. 2013;39(3):481-88.