

بررسی فراوانی روان‌آشفته‌گی و پیامدهای آن بعد از جراحی‌های ارولوژیک در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه

محمدامین ولی‌زاد حسنلویی^۱، رحیم خلیل‌زاده^۲، توحید کریمی^{۳*}، علی خاکزاد^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۱۱/۱۵ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۳/۲۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: روان‌آشفته‌گی برای بیمار می‌تواند خطرآفرین باشد و پیش‌آگهی بیمار را بدتر کند. این مطالعه باهدف بررسی فراوانی روان‌آشفته‌گی و پیامدهای آن بعد از جراحی‌های ارولوژیک در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام خمینی ارومیه انجام شده است.

مواد و روش کار: در این مطالعه توصیفی - مقطعی، ۶۸۰ نفر از بیماران تحت جراحی‌های ارولوژی که به هر دلیل در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام خمینی ارومیه طی سال‌های ۹۹ - ۱۳۹۸ بستری شده بودند به‌صورت تمام شماری مورد مطالعه قرار گرفتند. مشخصات دموگرافیک، بیماری‌های زمینه‌ای، طول مدت تهویه مکانیکی، طول مدت بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، طول مدت بستری در بیمارستان، مرگ‌ومیر و روان‌آشفته‌گی از پرونده بیماران استخراج و به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: ۱۲ بیمار (۱/۸ درصد) دچار روان‌آشفته‌گی شده بودند. میانگین طول تهویه مکانیکی، طول مدت بستری در بیمارستان و در بخش مراقبت‌های ویژه در بیماران با روان‌آشفته‌گی به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیماران بدون روان‌آشفته‌گی بود ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: روان‌آشفته‌گی شیوع نسبتاً نادری دارد. باین‌حال در جهت کاستن از آن، باید اقدامات لازم جهت کاهش مدت‌زمان بستری صورت پذیرد.

کلیدواژه‌ها: روان‌آشفته‌گی، بخش مراقبت‌های ویژه، جراحی ارولوژی

مجله مطالعات علوم پزشکی، دوره سی و چهارم، شماره دوم، ص ۱۱۵-۱۰۹، اردیبهشت ۱۴۰۲

آدرس مکاتبه: خیابان ارشاد، بیمارستان امام خمینی، گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، تلفن: ۰۴۴۳۳۴۶۳۹۳۱

Email: karami.t@umsu.ac.ir

مقدمه

درصد بیماران غیر وابسته به ونتیلاتور دیده می‌شود (۳،۴). همراهی بین روان‌آشفته‌گی و ناتوانی در بیماران با وضعیت بحرانی نشان داده نشده است اما بعضی‌ها بر این باورند که طول مدت روان‌آشفته‌گی در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)^۵ با ناتوانی‌های بعدی همراه بوده و وضعیت سلامت جسمی به دنبال بیماری بحرانی را بدتر می‌سازد (۵،۶).

با توجه به اینکه احتمال ترخیص بیماران بدحال کم است، احتمال اختلال شناختی آن‌ها در طولانی‌مدت زیاد است. در نتیجه، پیشگیری و همچنین شناسایی سریع و درمان روان‌آشفته‌گی در ICU بسیار مهم است (۹-۷). آژیتاسیون می‌تواند باعث شود که لوله‌های

روان‌آشفته‌گی با اختلال در هوشیاری همراه با تغییر در شناخت مشخص می‌شود. روان‌آشفته‌گی به‌طور معمول به‌صورت مجموعه علائم با شروع حاد و یک دوره نوسانی بروز می‌یابد. روان‌آشفته‌گی در ICU به‌ویژه در بین بیماران با تهویه مکانیکی بسیار شایع است. وجود روان‌آشفته‌گی دارای پیامدهای مهم برای پیش‌آگهی است و در بیماران با تهویه مکانیکی با افزایش ۲/۵ برابر مرگ‌ومیر کوتاه‌مدت و افزایش ۳/۲ برابری در میزان مرگ‌ومیر ۶ ماهه همراه است (۱،۲). روان‌آشفته‌گی یک اختلال پیچیده و شایع در بخش مراقبت‌های ویژه است که تقریباً در ۸۰ درصد بیماران وابسته به ونتیلاتور و ۵۰

^۱ استاد بیهوشی، گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استاد روانپزشکی، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ استادیار گروه بیهوشی، گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۴ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۵: Intensive Care Units

تراشه یا کاتترهای داخل عروقی که برای مونیتورینگ و تزریق پایدار داروهای حیاتی استفاده می‌شوند، به‌طور تصادفی خارج شوند. در نتیجه، داروهای آرام‌بخش و ضددردها از جمله داروهای متداول در ICU هستند. احساس درد، آرام‌بخشی بیش‌ازحد و روان‌آشفته‌گی از جمله مواردی است که در صورت عدم تشخیص و درمان برای بیماران آزاردهنده بوده و با افزایش عوارض و مرگ‌ومیر همراه است (۱۰-۱۳).

سیستم‌های امتیازدهی مختلفی برای ارزیابی روان‌آشفته‌گی وجود دارد. باین‌حال، رایج‌ترین و معتبرترین آن‌ها، روش ارزیابی کنفوزیون برای واحد مراقبت‌های ویژه (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit یا CAM-ICU) و چک‌لیست غربالگری روان‌آشفته‌گی مراقبت ویژه (Intensive Care Delirium Screening Checklist - ICDSC) هستند (۷). استراتژی‌های اثربخش و اثبات شده مدیریت روان‌آشفته‌گی هنوز به‌طور گسترده وجود ندارد، اگرچه شواهدی وجود دارد که از برخی از مداخلات غیر دارویی حمایت می‌کند (۸). نشان داده شده است که مصرف بنزودیازپین یک عامل خطر در بروز روان‌آشفته‌گی در بزرگسالان در ICU است. آنتی‌سایکوتیک‌های آنتیپیک، مانند کوتیپین، ممکن است مدت‌زمان هذیان را کاهش دهد (۹). با توجه به شیوع روان‌آشفته‌گی در بیماران متعاقب اعمال جراحی ارولوژیک در ICU و تأثیر احتمالی آن بر افزایش ناتوانی و مرگ‌ومیر و عوارض آن، مطالعه حاضر باهدف بررسی فراوانی روان‌آشفته‌گی و پیامدهای آن بعد از جراحی‌های ارولوژیک در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام خمینی ارومیه انجام شد.

مواد و روش کار

در این مطالعه توصیفی - مقطعی، تمام بیماران که تحت عمل‌های جراحی ارولوژی قرار گرفته و در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام خمینی ارومیه طی سال‌های ۹۹ - ۱۳۹۸ بستری شده بودند، به‌صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. پرونده بیماران مورد مطالعه قرار گرفت بیمارانی که داری پرونده کامل بودند و تمام متغیرها برای آن‌ها ثبت شده بود وارد مطالعه گردیدند و بقیه از مطالعه خارج شدند. و بیماران با GCS (مقیاس کمای گلاسکو) کمتر یا مساوی ۳ و مرگ مغزی و طول مدت بستری کمتر از ۲۴ ساعت و پرونده‌های ناقص از مطالعه خارج شدند. مشخصات دموگرافیک (سن، جنس)، بیماری زمینه‌ای که بیمار به علت آن در ICU بستری شده است، طول مدت تهویه مکانیکی، طول مدت

بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، طول مدت بستری در بیمارستان، مرگ‌ومیر و داشتن یا نداشتن روان‌آشفته‌گی بیماران از پرونده بیماران استخراج و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است به‌صورت روتین جهت بیماران مزبور مشاوره روان‌پزشکی ارسال شده که با تأیید متخصص محترم روان‌پزشکی روان‌آشفته‌گی بیماران محرز شده است. پرونده‌های فاقد مشاوره روان‌پزشکی، ناقص محسوب شده و از مطالعه کنار گذاشته شدند. لازم به ذکر است این طرح به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد IR.UMSU.REC.1400.237 رسیده است. و پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات مطالعه با استفاده از آزمون‌های تی تست مستقل و آزمون کای دو به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. و سطح معنی‌داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۸۰ بیمار که تحت اعمال جراحی ارولوژی قرار گرفته و در بخش مراقبت‌های ویژه بستری بودند بررسی شدند، که از این تعداد ۵۱۷ نفر (۷۶ درصد) مذکر و ۱۶۳ نفر (۲۴ درصد) مؤنث بودند. میانگین سن بیماران $۵۴/۳۴ \pm ۱۶/۷۳$ سال بود. ۱۲ نفر (۱/۸ درصد) دچار روان‌آشفته‌گی شده بودند. از ۱۲ بیمار دارای روان‌آشفته‌گی، ۹ نفر (۷۵ درصد) مذکر و ۳ نفر (۲۵) مؤنث بود. از ۶۶۸ بیمار بدون روان‌آشفته‌گی، ۵۰۸ بیمار (۷۶ درصد) مذکر و ۱۶۰ بیمار (۲۴ درصد) مؤنث بود. میانگین سن در بیماران با روان‌آشفته‌گی $۵۳/۸۲ \pm ۱۵/۱۷$ سال و در بیماران بدون لیریوم $۵۳/۸۲ \pm ۱۶/۲۷$ سال بود ($P = ۰/۰۰۱$).

فراوانی اعمال ارولوژیک به ترتیب عبارت‌اند از: ۲۲۳ بیمار (۳۲/۸ درصد) BPH^۱، ۱۰۴ مورد (۱۵/۳ درصد) سنگ کلیه، ۱۰۰ مورد (۱۴/۷ درصد) کیست کلیه، ۸۵ مورد (۱۲/۵ درصد) BT^۲، ۳۵ مورد (۵/۲ درصد) TCC^۳، ۳۴ مورد (۵ درصد) کنسر پروستات، ۲۶ مورد (۳/۸ درصد) کنسر آدرنال، ۲۵ مورد (۳/۷ درصد) RCC^۴، ۲۰ مورد (۲/۹ درصد) هرنی اینگوینال، ۱۴ مورد (۲/۱ درصد) هیدروسل، ۱۰ مورد (۱/۵ درصد) ترومای کلیه و ۴ مورد (۰/۵۹ درصد) واریکوسل بود. در ۱۲ مورد فراوانی روان‌آشفته‌گی در اعمال جراحی ارولوژیک شامل ۴ مورد (۳۳/۳ درصد) کیست کلیه، ۴ مورد (۳۳/۳ درصد) سرطان پروستات و ۴ مورد (۳۳/۳ درصد) در سرطان آدرنال بود.

³ Transitional Cell Carcinoma

⁴ Renal Cell Carcinoma

¹ Benign Prostatic Hyperplasia

² Bladder Tumor

جدول (۱): مقایسه میانگین طول مدت بستری در بیمارستان، بخش مراقبت‌های ویژه و طول مدت تهویه مکانیکی در بیماران با و بدون

روان‌آشفتگی			
نام متغیر	با روان‌آشفتگی	بدون روان‌آشفتگی	P-value
بستری در بیمارستان (روز)	۱۰/۲۵ ± ۲/۷	۶/۵۲ ± ۳/۰۶	۰/۰۰۱
بستری در بخش مراقبت‌های ویژه (روز)	۷/۵۸ ± ۳/۰۲	۴/۲۱ ± ۲/۲۵	<۰/۰۰۰۱
میانگین طول تهویه مکانیکی (روز)	۵/۵ ± ۳/۴	۳/۹۵ ± ۲/۳۵	۰/۰۱

به‌طور کلی، میانگین طول مدت بستری در بیمارستان در بیماران با روان‌آشفتگی (۱۰/۲۵ ± ۲/۷ روز) به‌طور معنی‌داری بالاتر از بیماران بدون روان‌آشفتگی (۶/۵۲ ± ۳/۰۶ روز) بود (P<۰/۰۰۱). میانگین مدت‌زمان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در بیماران با روان‌آشفتگی (۷/۵۸ ± ۳/۰۲ روز) و بدون روان‌آشفتگی (۴/۲۱ ± ۲/۲۵ روز) بود که اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت (P<۰/۰۵).

هم چنین میانگین مدت‌زمان تهویه مکانیکی در بیماران با روان‌آشفتگی (۳/۹۵ ± ۲/۳۵ روز) و بدون روان‌آشفتگی (۶/۵۲ ± ۳/۰۶ روز) اختلاف معنی‌داری بین دو گروه داشت (P<۰/۰۰۱). هم چنین میانگین این پیامدها به تفکیک نوع اعمال جراحی نیز بین بیماران با و بدون روان‌آشفتگی اختلاف معنی‌داری داشت (P<۰/۰۵).

جدول (۲): مقایسه فراوانی بیماری زمینهای و مرگ در بیماران با و بدون روان‌آشفتگی

نام متغیر	روان‌آشفتگی		P-value
	دارد	ندارد	
بیماری زمینهای	۷ (۵۸٪/۳)	۵۳ (۷۹٪)	۰/۰۰۱
	۵ (۴۱٪/۷)	۶۱۵ (۹۲٪)	
مرگ	۱۲ (۱۰۰٪)	۶۶۶ (۹۹٪)	۰/۸۴
	۰	۲ (۰٪/۳)	

از ۱۲ بیمار دچار روان‌آشفتگی متعاقب اعمال جراحی ارولوژیک، ۷ نفر (۵۸/۳ درصد) دارای بیماری‌های زمینهای بودند و ۵ نفر (۴۱/۷ درصد) بیماری زمینهای نداشتند. و از ۶۶۸ بیمار بدون روان‌آشفتگی، ۵۳ نفر (۷/۹ درصد) بیماری زمینهای داشتند و ۶۱۵ نفر (۹۲/۱ درصد) بیماری زمینهای نداشتند (P=۰/۰۰۱). از ۱۲ بیمار مبتلا به روان‌آشفتگی هیچ‌کدام از بیماران فوت نکردند و از ۶۶۸ بیمار بدون روان‌آشفتگی ۲ بیمار (۰/۳ درصد) فوت کرده بودند (P=۰/۸۴).

مراقبت‌های ویژه در بیمارستان و در بیماران تحت جراحی ارولوژیک شد. روان‌آشفتگی یک اختلال حاد در عملکرد مغزی است که به‌صورت یک سری نوسانات در وضعیت روحی روانی فرد، همراه با عدم توجه و اختلال در هوشیاری ظاهر می‌شود (۱۴). روان‌آشفتگی در بخش مراقبت‌های ویژه غیر اختصاصی و بالقوه قابل‌پیشگیری بوده و اغلب یک اختلال قابل برگشت شناختی است (۱۵). که می‌تواند با توجه به ویژگی‌های بیمار و عواملی مانند اقدامات درمانی متفاوت باشد ولی می‌توان از طریق مراقبت‌های ارائه شده توسط پرستاران و کارکنان، آن را کاهش داد.

در مطالعه حاضر طول مدت بستری در بیمارستان، بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و طول مدت تهویه مکانیکی به تفکیک نوع اعمال جراحی تفاوت معناداری در بین بیماران با و بدون دلیرم مشاهده شد. به‌طوری که در مطالعه حاضر بیمارانی که تحت جراحی کیست کلیه قرار گرفتند و مبتلا به روان‌آشفتگی بودند ۲/۶ ± ۱۰/۵ روز و بیماران با همین جراحی و بدون روان‌آشفتگی ۲/۶۹ ± ۶/۱۸ روز در بیمارستان بستری شده بودند. این بیماران به‌طور معناداری

بحث
مطالعه حاضر باهدف بررسی فراوانی و پیامد روان‌آشفتگی متعاقب اعمال جراحی ارولوژیک در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان امام خمینی (ره) ارومیه طی سال‌های ۹۹ - ۱۳۹۸ انجام شد و طی این مطالعه فراوانی روان‌آشفتگی در ۱۲ نفر معادل ۱/۸ درصد به دست آمد که روان‌آشفتگی باعث افزایش طول مدت تهویه مکانیکی، طول مدت بستری در بخش

در بخش مراقبت‌های ویژه نسبت به بیماران بدون روان‌آشفتگی به مدت طولانی‌تری بستری شده بودند. نتایج به دست آمده نشان داد از نظر تهویه مکانیکی بیماران تحت جراحی کیست کلیه مبتلا به روان‌آشفتگی به‌طور معناداری بیشتر از تهویه مکانیکی استفاده نمودند ($0/5 \pm 5/5$ روز در مقابل $3/73 \pm 1/6$ روز).

در مطالعه بیرانوند و همکارانش بروز روان‌آشفتگی در اعمال جراحی ارتوپدی $21/78$ درصد و در اعمال جراحی عمومی $23/94$ درصد بود (۱۱). در مطالعه رجب پور و همکارانش بروز روان‌آشفتگی $27/2$ درصد مشاهده شد (۱۲). در مطالعه انجام شده توسط ضیغمی و همکارانش در بخش ICU جراحی قلب میزان بروز روان‌آشفتگی (خفیف تا شدید) در گروه مداخله $2/4$ درصد و در گروه شاهد $4/10$ درصد بود (۱۳). در مطالعه حیدری و همکارانش $44/5$ درصد از بیماران روان‌آشفتگی را تجربه کردند، در مطالعه انوشه و همکارانش $18/94$ درصد از بیماران روان‌آشفتگی را تجربه کرده بودند (۱۶). در مطالعه Mori و همکاران میزان بروز هذیان در یک بخش مراقبت‌های ویژه در برزیل از 149 بیمار مورد مطالعه در 69 بیمار بستری گزارش شده بود. که این یافته‌ها نسبت به مطالعه ما از بروز بالای روان‌آشفتگی برخوردار بودند (۱۷).

در مطالعه ذوالفقاری و همکاران بروز روان‌آشفتگی $35/6$ درصد بود (۱۸). در مطالعه سرافیم و همکاران این میزان $9/2$ درصد گزارش شده بود که این تفاوت در نوع بیماران، محیط، تعداد نمونه‌ها و استفاده از ابزارهای مختلف سنجش روان‌آشفتگی بیان شده بود (۱۹). همچنین ضیغمی و همکاران در نتایج مطالعه خود نشان دادند که مداخله چند عاملی شامل آموزش پرسنل در مورد شناسایی روان‌آشفتگی، نصب پوستر آموزشی، تعدیل محیط از جمله استفاده از چراغ خواب‌های با نور قاب تنظیم شده، افزایش تعداد دفعات ملاقات بستگان و در اختیار قرار دادن امکانات رفاهی با توجه به شرایط بیماران برای آن‌ها می‌تواند بروز روان‌آشفتگی را کاهش دهد. به‌طوری که بروز روان‌آشفتگی از 25 درصد در گروه مطالعه به $6/2$ درصد کاهش داشت و در گروه شاهد از $10/4$ درصد به $4/2$ درصد کاهش یافته بود (۱۳). بنابراین پایین بودن بروز روان‌آشفتگی در مطالعه ما می‌تواند بالا بودن سطح آموزش پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه، امکانات رفاهی بیشتر بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه نیز باشد.

اگرچه بروز روان‌آشفتگی در این واحدها قابل توجه است، اما می‌توان از طریق مراقبت‌های ارائه شده توسط پرستاران و کارکنان، آن را کاهش داد. در یک ICU که در آن بیماران را با نام‌های کوچک صدا می‌کردند و بیماران از محل بستری و پیشرفت وضعیت بالینی خود مطلع می‌شدند، این موضوع به‌عنوان عاملی محافظتی در برابر وقوع روان‌آشفتگی در نظر گرفته شد (۲۰). شایان ذکر است

که اینها عوامل ساده‌ای هستند که به پیشگیری از روان‌آشفتگی کمک می‌کنند و پرستاران باید این مداخلات را در مراقبت پرستاری ارزیابی و از آن‌ها استفاده کنند و کارکنان را به انجام آن تشویق کنند.

در میان داده‌های مربوط به ویژگی‌های بیماران، مشاهده شد که سن بالاتر با هذیان همراه بود، این واقعیت در مطالعات دیگر نیز مشاهده شد (۲۱، ۲۲) در نتایج مطالعه ما نیز مشاهده شد بیماران مبتلا به روان‌آشفتگی به‌طور معناداری سن بالاتری نسبت به بیماران بدون روان‌آشفتگی داشتند در بیماران با روان‌آشفتگی میانگین سن $84/25$ سال و بدون روان‌آشفتگی $53/82$ سال بود.

یک بررسی سیستماتیک انجام شده برای شناسایی عوامل خطر با ارتباط قوی با ایجاد هذیان در بیماران ICU نشان داد که، علاوه بر سن و شدت بالاتر بیماری که از طریق امتیاز فیزیولوژی حاد و ارزیابی سلامت مزمن II مورد ارزیابی قرار گرفت، شرایط بالینی دیگری نیز خطرناک در نظر گرفته شدند که شامل زوال عقل، فشار خون بالا، جراحی‌های اورژانسی یا تروماهای قبل از بستری در ICU، اسیدوز متابولیک و کما بودند (۲۳).

در مطالعه ما ارتباط معناداری بین نوع جراحی و روان‌آشفتگی وجود دارد به‌طوری که در بیمارانی که تحت عمل کنسر آدرنال قرار گرفته‌اند و دچار روان‌آشفتگی شدند، ارتباط معناداری وجود داشت. در مورد فراوانی روان‌آشفتگی آمار متفاوتی در مطالعات متعدد گزارش شده است و می‌تواند به علت بستری در بخش مراقبت‌های ویژه با بیماران با تشخیص‌های پزشکی متنوع باشد در صورتی که ما در این مطالعه فقط بیمارانی که به علت اعمال ارولوژیک دچار روان‌آشفتگی شدند بررسی نمودیم.

در مطالعه ما تفاوت معناداری با توجه به عمل ارولوژیک در بیماران مبتلا به روان‌آشفتگی و بدون روان‌آشفتگی از نظر طول مدت بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، طول مدت تهویه مکانیکی و طول مدت بستری در بیمارستان وجود دارد. از سوی دیگر در یافته‌های مطالعه ما تفاوت معناداری در بیماران با و بدون روان‌آشفتگی از نظر وجود بیماری زمینه‌ای وجود دارد.

هم راستا با نتایج مطالعه ما مطالعه رجب پور و همکارانش می‌باشد که $64/2$ از بیماران مرد بودند و در نتایج مطالعه خود نشان داد که جنس بیماران ارتباطی با بروز روان‌آشفتگی ندارد ولی سن بیماران با بروز روان‌آشفتگی ارتباط معناداری دارد. در مطالعه‌ی انجام شده توسط حیدری و همکارانش نشان دادند که طول مدت اتصال به ونتیلاتور، طول مدت بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و طول مدت بستری در بیمارستان به‌طور معناداری در بیماران روان‌آشفتگی ی به شتر از بیماران بدون روان‌آشفتگی می‌باشد (۱۲).

مطالعه اینهاوس و همکارانش (۲۶) نشان دادند ارتباط معناداری بین پیامد بیماران و بروز روان‌آشفته‌گی وجود دارد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد. طول مدت بستری در بیمارستان تحت تأثیر بروز روان‌آشفته‌گی بوده است. با توجه به نتایج این مطالعه و مطالعات قبلی روان‌آشفته‌گی یکی از مسائل و مشکلات مطرح شده در بخش مراقبت‌های ویژه است که بر روی پیامدهای کوتاه‌مدت و بلند مدت بیماران تأثیرات اثبات شده است داشته و پزشکان و پرسنل شاعل در بخش مراقبت‌های ویژه بایستی در این مورد هوشیار باشند. لذا توصیه می‌شود بیماران با وضعیت بحرانی و جراحی شده بستری در بخش مراقبت‌های ویژه به‌صورت مرسوم برای روان‌آشفته‌گی به وسیله ابزارهای معتبر پایش شوند تا اقدام لازم در جهت کاهش عوارض منفی روان‌آشفته‌گی صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

از مشاوره‌های کارشناس پژوهشی واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان امام خمینی ارومیه تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

از سویی دیگر در مطالعه‌ای که انوشه و همکارانش انجام دادند نشان دادند ارتباط معناداری بین بیماری زمینه‌ای، طول مدت تهویه مکانیکی، طول مدت بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و بستری در بیمارستان با بروز روان‌آشفته‌گی وجود دارد. بیماران مبتلا به روان‌آشفته‌گی به‌طور معناداری طول مدت بستری بیشتری نسبت به بیماران بدون روان‌آشفته‌گی دارند. آن‌ها نتیجه‌گیری کردند که بروز روان‌آشفته‌گی مانند سایر مطالعات بر روی طول مدت تهویه مکانیکی، طول مدت بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در مطالعه آن‌ها نیز تأثیر گذار بوده است (۲۴) که این یافته‌ها با نتایج مطالعه ما نیز هم راستا می‌باشد.

در مطالعه حاضر فراوانی مرگ در بیماران با و بدون روان‌آشفته‌گی اختلاف معنی‌داری نداشت. این نتایج هم راستا با مطالعه انوشه و همکاران می‌باشد که فراوانی مرگ‌ومیر در گروه روان‌آشفته‌گی ۱۸ بیمار معادل ۲۹/۵۰ درصد و در گروه بدون روان‌آشفته‌گی ۹۱ بیمار معادل ۳۴/۸۶ درصد بود که از نظر آماری تفاوت معناداری در مرگ بیماران با و بدون روان‌آشفته‌گی وجود نداشت (۲۴). در حالیکه مطالعه مروری لوتز و همکاران (۲۵) و

References:

- 1-Khalil I, Cian P, Killian J, Charles H, Dale M, Needham, et al. Delirium in the Cardiac Intensive Care Unit. *J Am Heart Assoc* 2018;7
- 2-Michael C, Reade M. Sedation and Delirium in the Intensive Care Unit. *N Engl J Med* 2014; 370:444-54. <https://doi.org/10.1056/nejmra1208705>
- 3-Darby JM, Anupam A. sudden deterioration in neurologic status. In: Vincent JL, Abraham E, Morre FA, Kochanek PM, Fink MP editors. Text book of critical care. 6th ed. Elsevier Saunders. 2011; P.3-6. <https://doi.org/10.1016/b978-1-4377-1367-1.00001-x>
- 4-Banerjee A, Ely E, Pandharipande P. Agitation and deliium. In: Vincent JL, Abraham E, Morre F, Kochanek P, Fink M editors. Text book of critical care. 6 th ed. Elsevier Saunders. 2011; P.7-10.
- 5-Lutez A, Wiess B, Held H, Spies CD. Delirium in the intensive care unit: Overview for nurses and physicians. *Med Klin Intensive Notfmed* 2012;107(4):289- 97.
- 6-Cavallazzi R, Saad M, Marik PE. Delirium in the ICU: an overview. *Ann Intensive Care* 2012;2(1):49. <https://doi.org/10.1186/2110-5820-2-49>
- 7-Kallenbach T, Amado L. Assessment of delirium in the intensive care unit. *South Afr J of Anesth and Analg* 2017;23: 57-63.
- 8-Michael E. Reznik, MD, Arjen J C, Slooter, MD. Delirium Management in the ICU. *Cur Treat Options Neurol* 2019;21:59. <https://doi.org/10.1007/s11940-019-0599-5>
- 9-Rebecca T, Brandon H, Amanda G, Alison T. Pharmacologic Delirium Management in The ICU. *Surg Crit Care EBM Guide Comm* 2011;37:74-86.
- 10-Emami M, Heiadri MR, Naseri M, ALijaniha F, Kazemnekad A. Comparison between St Mary's Hospital Sleep and Richards-Campbell Sleep Questionnaires on Sleep Quality in Patients with Acute Coronary Syndrome. *Qom Univ Med Sci J* 2019;12(12):53-62. <https://doi.org/10.29252/qums.12.12.53>
- 11-Beiranvanf A, Fallahi M, Ashayei H, Rahoza M.

- Comparison between prevalence of delirium after hip surgery and general surgery in hospitalized female elderly. *J Geriatric Nurs* 2014;1(1):83-93.
- 12 -Rajabpour Nikfam M, Ghanbar Khanghah A, Khaleghdoost Mohammadi T, Kazemnezhad Leli E, Ashraf A. Study of Prefictors of Delirium Incidence in Hospitalized Patients in Intensive Care Units. *J Holistic Nurs Midwifery* 2016;25(81):25-35.
https://doi.org/10.4103/jnms.jnms_18_18
- 13 -Zeyghami R, Alipour Heydar M, Babae R. Effect of a Multifactorial Intervention on the Incidence of Delirium in Cardiac Surgery Unit Iran *J Psychiatry* 2016;3(4):48-57.
- 14 -Trabols B, Mettrein T. Postoperative delirium: risk factors, preventon, and treatment. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2014; 28:1352-60.
- 15 -Arumugam S, El-Menyar A, Al-Hassani A, Straadvil G, Asim M, Mekkodithal A, et al. Delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *Br Med J* 2015;1-10.
<https://doi.org/10.4103/0974-2700.199520>
- 16 -Heidari A, Dianati M, Mousavi SGA. Prevalence of delirium, its related factors and short- term outcomes in ICU wards of kashan shahid – Beheshti and Ishfahan kashani hospitals during 2012-2013. *Feyz* 2014;18(1):76-84.
- 17 -Mori S, Takeda J, Carrara F, Cohrs C, Zanei S, Whitaker I. Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP* 2016;50: 587-93.
<https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000500007>
- 18 -Zolfaghari M, Arbabi M, Peditam Razi S, Bitak B, Bavi A. Effectiveness of a Multifactor Educational Intervention on Delirium Incidence and Length Stay in Patients with Cardiac Sugery. *Hayat* 2012;18(1):67-78.
- 19 -Serafim R, Dutra M, Saddy F, Tura B, De Castro J, Villarinho L, et al. Delirium in postoperative nonventilated intensive care patients: risk factors and outcomes. *Ann Int Care* 2012;2(1):51-6.
<https://doi.org/10.1186/2110-5820-2-51>
- 20 -Colombo R, Corona A, Praga F, Minari C, Giannotti C, Castelli A, et al. A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an international study. *Minerva Anesthesiol* 2012;78(9):1026-33.
- 21 -Tsuruta R, Oda Y, Shintani A, Nunomiya S, Hashimoto S, Nakagawa T, et al. Delirium and coma evaluated in mechanically ventilated patients in the intensive care unit in Japan: A multi-institutional prospective observational study. *J Crit Care* 2014;29(3):472-75.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.01.021>
- 22 -Lee J, Jung J, Noh JS, Yoo S, Hong YS. Perioperative psycho-educational intervention can reduce postoperative delirium in patients after cardiac surgery: a pilot study. *Int J Psychiatry Med* 2013;45(2):143-58.
<https://doi.org/10.2190/pm.45.2.d>
- 23 -Zaal JJ, Devlin JW, Peelen LM, Slooter AJ. A systematic review of risk factors for delirium in the ICU. *Crit Care Med* 2015;43(1):40-7.
<https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000000625>
- 24 -Anousheh MR, Valizad Hadanloei MA, Anousheh S. The effect of Delirium on short term outcomes in patients admitted to Intensive Care Unit. *J Iran Sci Anesth Intens Care* 2018;40,2(120):31-40.
- 25 -Lutez A, Wiess B, Held H, Spies CD. Delirium in the intensive care unit: Overview for nurses and physicians. *Medk Klin Intensive Notfmed* 2012;107(4):289-97.
- 26 -Weinhouse GL. Delirium and sleep disturbances in the intensive care unit: can we do better? *Curr Opin Anaesthesiol* 2014;27(4):403-8.
<https://doi.org/10.1097/aco.0000000000000093>

ASSESSMENT OF THE DELIRIUM FREQUENCY AND ITS OUTCOMES AFTER UROLOGIC SURGERIES ADMITTED TO INTENSIVE CARE UNIT

Mohammad Amin Valizade Hasanloei¹, Rahim Khalilzadeh², Tohid Karami^{3*}, Ali Khakzad⁴

Received: 04 February, 2023; Accepted: 17 June, 2023

Abstract

Background & Aim: Delirium can be dangerous for the patient and worsen the patient's prognosis. This study aimed to investigate the delirium frequency and its outcomes after urologic surgeries admitted to Intensive Care Unit of Urmia Imam Khomeini Hospital.

Materials & Methods: In this Descriptive-cross-sectional study, whole 680 patients undergoing urology surgery who were admitted to the special care department of Imam Khomeini Hospital in Urmia during 2018-2019 were included. Demographic characteristics, underlying diseases, duration of mechanical ventilation, duration of hospitalization in the intensive care unit, duration of hospitalization, mortality and delirium were extracted from patient files and analyzed using SPSS version 23 software. The significance level in this study was considered 0.05.

Results: 12 patients (1.8%) had delirium. The average length of mechanical ventilation, length of stay in the hospital and in the intensive care unit was significantly higher in patients with delirium than in patients without delirium ($p < 0.05$).

Conclusion: Psychosis has a relatively rare prevalence. However, in order to reduce it, the length of hospitalization should be reduced.

Keywords: Delirium, Intensive Care Unit, Urology Surgery

Address: Department of Anesthesiology and Special Care, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +984433463931

Email: karami.t@umsu.ac.ir

SOURCE: STUD MED SCI 2023; 34(2): 115 ISSN: 2717-008X

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Professor of Anesthesiology, Department of Anesthesiology and Special Care, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Assistant Professor of Anesthesiology, Department of Anesthesiology and Special Care, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

⁴ General Physician, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran