Comparison between prevalence of delirium after hip surgery and general surgery in hospitalized female elderly

Beiranvand A[1], Fallahi khoshkneb M[*2], Ashayeri H[3], Rahgozar M[4]

Abstract

Introduction and purpose: Postoperative delirium develops in 30% of hospitalized patients in surgery units as well as coronary care units. However, delirium affects 40 to 50% of patients during recovery of hip surgery. Delirium after hip surgery can lead to several consequences, poor prognosis, high rate of morbidity and mortality among elderly. The aim of this study was to compare incidence of postoperative delirium in elderly after general surgery and orthopedic surgery.

Material and methods: The present study is a descriptive cross-sectional research. Population of this study was the entire hospitalized patient with general surgery and hip surgery in Shohada Hospital of Khoram Abad city who aged over 65 years old. After considering inclusion criteria, 100 female elderly with hip surgery and 100 patients with orthopedic surgery were collected using convenience sampling in a period of seven months. Data were collected by demographic questionnaire, type of operation, medical history and MMSE test. Cognitive psychology was assessed by MMSE at baseline (before surgery) and 2 to 5 day after surgery twice daily. Then, mean score of cognitive psychology was compared between the baseline and follow-up. Data analysis was conducted by Independent t-test, variance analysis and wilcoxon signed-ranked test.

Findings: The findings of this study showed that mean scores of cognitive psychology in orthopedic surgery was 21.78 and in general surgery was 23.94. Furthermore, the difference between the two mentioned mean scores was significant ($p<0.001$).

Conclusion: According to the findings of this study, it seems that postoperative delirium in orthopedic surgery is higher than general surgery. Attention should be paid to old patients undergoing prolonged major operations.

***Keyword*:** Delirium**,** Hip Surgery, Elderly**,** General Surgery

Received: 14 August 2013 **Accepted:** 7 December 2013

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 - MSc in Psychiatric Nursing, University of social Welfare and Rehabilitation Sciences ,Tehran, Iran

2 -Associate Professor, Department of Nursing, University of social Welfare and Rehabilitation Sciences ,Tehran, Iran. **(Corresponding Author). E-mail:** msflir@yahoo.com

3 - Professor, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 - Associate Professor, Department of Biostatistics, University of social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

بررسی مقایسه ای فراوانی دلیریوم بعد از جراحی مفصل ران و جراحی عمومی و برخی عوامل موثر بر آن در زنان سالمند بستری

افسانه بیرانوند[۱]، مسعود فلاحی خشکناب*[۲]، حسن عشایری[۳]، مهدی رهگذر[۴]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۵/۲۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۹/۱۶

چکیده

مقدمه و هدف: حدود ۳۰٪ بیماران بستری در واحدهای جراحی و مراقبت ویژه قلبی و ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران در مرحله به هوش آمدن پس از جراحی مفصل ران دچار یک دوره دلیریوم می شوند. دلیریوم بعد از جراحی مفصل ران در سالمندان باعث عوارض متعدد،پیش آگهی بد و حتی مرگ و میر می شود. هدف این مطالعه مقایسه دلیریوم بعد از جراحی در سالمندان تحت جراحی ارتوپدی و جراحی عمومی بوده است.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی می باشد، جامعه پژوهش در این تحقیق شامل کلیه سالمندان بالای ۶۵ سال تحت جراحی عمومی و جراحی مفصل ران بستری در بیمارستان شهداء خرم آباد بود. نمونه های این پژوهش را۱۰۰نفر از زنان سالمند (بالای ۶۵ سال) با جراحی مفصل ران و۱۰۰ نفر تحت جراحی عمومی تشکیل می دادند که با استفاده از نمونه گیری آسان انتخاب شده و در مدت ۷ ماه مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه دموگرافیک، نوع عمل، شرح حال و آزمون مختصر وضعیت روانی بود. یکبار قبل از عمل و روزهای دوم تا پنجم بعد از عمل هنگام صبح و غروب با آزمون مختصر روانی، معاینه وضعیت روانی توسط پژوهشگر انجام شد و وضعیت شناختی هر دو گروه به وسیله این آزمون سنجیده و میانگین نمرات شناختی هر دو گروه با هم مقایسه شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون t مستقل وآنالیز واریانس وآزمون ویلکاکسون انجام گردید.

یافته ها: یافته ها نشان داد که میانگین نمره کل شناختی در گروه جراحی ارتوپدی ۲۱/۷۸و گروه جراحی عمومی ۲۳/۹۴ بود. مقایسه میانگین نمره کل شناختی بعد از جراحی در دو گروه نشان داد که بین میانگین نمره کل شناختی در دوگروه اختلاف معنی داری وجود دارد($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش می توان گفت بروز دلیریوم در گروه ارتوپدی بیشتر و میانگین نمرات شناختی در این گروه کمتر از گروه جراحی عمومی است.

کلید واژه ها: دلیریوم، جراحی مفصل ران، سالمندی، جراحی عمومی

۱- کارشناس ارشد روانپرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
(نویسنده مسؤول). پست الکترونیکی: msflir@yahoo.com
۳- استاد، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴- دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

مقدمه

تقریباً ۷۵٪ مرگ ومیرهای بعد از جراحی را افراد ۶۵ سال و بالاتر تشکیل می دهند، باید توجه داشت که از این سن به بالاتر، مرگ و میر به طور فزاینده ای زیاد می شود. ازدیاد اعمال جراحی در سالمندان منجر به مراقبت دقیق در مقابل خطرات ناشی از جراحی و آماده نمودن بیمار برای جراحی شده است(۲و۱). تمام اعمال جراحی سالمندان باعث استرس روانی و فیزیولوژیک در سالمندان شده و این استرس برای به هم زدن تعادل فیزیولوژیک و سایکولوژیک سالمندان کافی خواهد بود(۴و۳). شکستگی های مفصل ران در افراد مسن به خصوص زنان که به دلیل پوکی استخوان[1]، استخوانهای شکننده دارند و افرادی که در معرض سقوط مکرر قرار دارند، از بروز بالایی برخوردار است(۶ و ۵). این نوع شکستگی شایعترین علت مرگ ناشی از ضربه بعد از ۷۵ سالگی است که اغلب در زنان مشاهده می شود(۸ و ۷).

از جمله مسائل مهم حیاتی و روان شناختی بعد از عمل جراحی اختلالات شناختی می باشد(۹). در مقایسه با بیماران سایر بخشهای بیمارستانی، در سالمندان دارای شکستگی مفصل ران میزان بالاتری از اختلالات روانی گزارش شده است. دلیریوم[2]، افسردگی و دمانس[3] شایعترین اختلال روانی هستند که در سالمندان دارای شکستگی مفصل ران بروز می کند. از بین این اختلالات دلیریوم از اهمیت بالاتری برخوردار است. دلیریوم با یک شروع حاد و دوره نوسانی در همه بخشهای بیمارستانی شایع بوده و در ۱۵ تا ۲۰٪ بیماران بستری در بیمارستان رخ می دهد. این سندرم در افراد سالمند و بیمارانی که سابقه اختلال شناختی دارند شایعتر است. شیوع و بروز دلیریوم در بیماران بخشهای جراحی به ویژه در بیماران تحت اعمال قفسه سینه و قلب[4]، ارتوپدی، کاتاراکت[5] و در بخشهای مراقبت ویژه و واحدهای مراقبت ویژه قلبی بالاست. حدود ۳۰٪ بیماران بستری در واحدهای جراحی و واحدهای مراقبت ویژه قلبی و ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران در مرحله به هوش آمدن پس از جراحی ناحیه مفصل ران دچار یک دوره دلیریوم می شوند. بیماران با جراحی مفصل ران اغلب اختلال عملکرد شناختی بعد از عمل را تجربه می کنند. میزان بروز دلیریوم دراین بیماران از ۲۰ تا ۶۲٪ متغیر است. بیمارانی که شکستگی گردن ران داشته اند ۳ برابر بیشتر از سایر بیماران دارای جراحی های غیر ارتوپدی دلیریوم را تجربه می کنند. بیماران با اختلالات روانی قبلی و ضایعات ارگانیک مغزی میزان بروز دلیریوم بعد از عمل بالاتری دارند،(۱۰ و ۸).

تئوری های مختلفی در رابطه با پاتوفیزیولوژی دلیریوم وجود دارد که شامل: انسفالوپاتی متابولیک، مسمومیت های دارویی (به ویژه آنتی کولینرژیک ها)، هایپوگلیسمی[6]، استرس جراحی و افزایش کورتیکو استروئیدهای ناشی از آن، هایپوکسمی[7] قبل از عمل، هایپوتانسیون[8]، نوع بیهوشی، محرومیت از خواب و درد، عدم تعادل الکترولیتی، سن بالا، ضایعات شنوایی و بینایی می شوند،(۱۰ و ۹).

1 -Osteoporosis
2 -Delirium
3 -Dementia

4 -Cardiothoracic
5 -Cataract
6- Hypoglycemia
7- Hypoxemia
8- Hypotension

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

این بیماری به علت پیش آگهی خطرناک از اورژانس های واقعی طب سالمندان بشمار می رود. (مرگ و میر در سالمندان بستری در بیمارستان که دچار دلیریوم میشوند ، بین ۲۲ تا ۷۶ درصد است). این اختلال با کمی تعلل در ارزیابی دقیق بیمار، به سادگی می تواند با بسیاری از اختلالات اولیه روانپزشکی اشتباه گردد، زیرا بسیاری از شکایات وعلایم این بیماری با اختلالاتی نظیر دمانس، سایکوز و افسردگی وجه اشتراک دارند. میزان مرگ و میر ۳ ماهه در بیمارانی که یک حمله دلیریوم داشته اند حدود ۲۳ تا ۳۳٪ است که ممکن است به ۵۰ درصد برسد. در بیمارانی که حین بستری در بیمارستان دچار دلیریوم می شوند میزان مرگ و میر در همان زمان بستری ۳۰ تا ۷۵ درصد است، پس از ترخیص، ۱۵ درصد این بیماران ظرف یکماه و ۲۵ درصد ظرف ۶ ماه فوت می کنند. سن بالا یک عامل خطر عمده در بروز دلیریوم است، حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد بیماران بستری که سن آنها بالای ۶۵ سال است یک دوره دلیریوم پیدا می کنند و ۱۰ تا ۱۵ درصد دیگر از افراد ۶۵ سال به بالا در حین پذیرش در بیمارستان دچار دلیریوم می شوند(۸).

دلیریوم سیر سریعی داشته ممکن است خود بخود برطرف شود و یا در صورت عدم درمان سریعاً به سمت مرگ و یا دمانس پیشرفت کند. در پاره ای موارد نقص دائمی پایدار می ماند. برخی از محققان معتقدند که پیشرفت دلیریوم به طرف دمانس را مشاهده کرده اند(۱۶). این سندرم بالینی عمدتاً روی طول مدت بستری، توانایی عملکردی، عملکرد شناختی و میزان مرگ و میر موثر است(۷). این سندرم، سالیانه مدت زمان بستری حدود ۲/۳ میلیون بیمار را با هزینه ای حدود ۴ بیلیون دلار طولانی تر می کند. .

میزان مرگ ومیر این بیماران بین ۱۰ تا ۶۵٪ است که خطر آن را مساوی با خطر انفارکتوس میوکارد[1] حاد و سپسیس[2] قرار داده است(۱۷،۱۸). هدف این پژوهش بررسی مقایسه ای دلیریوم بعد از جراحی مفصل ران و جراحی عمومی در زنان سالمند بستری در بیمارستان شهدا خرم آباد بوده است.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است. جامعه پژوهش دراین تحقیق شامل کلیه سالمندان بالای ۶۵ سال تحت جراحی عمومی و جراحی مفصل ران بستری در بیمارستان شهداء خرم آباد می باشد. نمونه های این پژوهش از ۱۰۰نفر زن سالمند (بالای ۶۵ سال) تحت جراحی مفصل ران و۱۰۰ نفر زن سالمند تحت جراحی عمومی تشکیل شده بود که با استفاده از روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل دارا بودن ۶۵ سال سن یا بیشتر،عدم وابستگی به مواد مخدر و الکل، نداشتن سابقه اختلال شناختی، نداشتن سابقه صرع، عدم مصرف داروهای روانگردان، نداشتن سابقه اختلالات روانی بودند.

ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه غربالگری و آزمون مختصر وضعیت روانی[3] بود، این آزمون بررسی کننده وضعیت شناختی فرد می باشد وارزش آن در غربالگری و تشخیص به موقع دلیریوم به اثبات رسیده است.

1- Acute Myocardial Infarction (AMI)
2-Sepsis
3- mini-mental state examination

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

آزمون MMSE دارای خرده آزمون های جهت یابی زمانی، جهت یابی مکانی، ثبت، توجه، یادآوری و زبان می باشد. در پرسشنامه مزبور سؤالات بر اساس نمره ۳۰ – ۱ تقسیم شده است. بدین ترتیب که افراد با نمره بالای ۲۵ بدون اختلال و افراد با نمره ۲۵ – ۲۰ با احتمال تخریب شناختی و نمره کمتر از ۲۰ با تخریب شناختی قطعی مطابق پرسشنامه استاندارد شده در نظر گرفته می شوند.

در تحقیقی که توسط بحیرایی (۱۳۷۹) بر روی ۴۰ نفر از سالمندان مبتلا به دمانس و ۳۶ نفر از سالمندان بهنجار صورت گرفت، نتایج نشان داد که این آزمون با توجه به نمره برش کل می تواند با حساسیت ۹۵٪ و ویژگی ۹۷٪ بیماران مبتلا به دمانس را از افراد بهنجار افتراق دهد. هم چنین پایایی این ابزار با روش بازآزمایی به فاصله ۱۰ روز بعد از آزمون اول ۷۳٪ می باشد (۶). یک روز قبل از جراحی و روزهای دوم تا پنجم بعد از جراحی هنگام صبح و غروب با آزمون مختصر روانی و همچنین مصاحبه بر اساس معیارهای DSM-IV، وضعیت شناختی بیمار توسط پژوهشگر بررسی شد. میانگین نمرات شناختی هر دو گروه با هم مقایسه شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون t مستقل، آنالیز واریانس و آزمون رتبه علامت دار ویلکاکسون انجام گردید. بیماران قبل از مصاحبه در جریان انجام طرح قرار می گرفتند و در صورت تشخیص دلیریوم اقدامات درمانی لازم انجام گرفت. بی سوادی درصد زیادی از جمعیت مورد مطالعه که کار با آزمون MMSE را مشکل می ساخت و طول مدت بستری کوتاه برخی بیماران از محدودیت های اصلی این مطالعه بود.

یافته ها

یافته ها نشان داد که میانگین سن در گروه جراحی مفصل ران ۷۲/۱۲ سال و در گروه جراحی عمومی ۷۳/۶ می باشد. اکثر سالمندان دو گروه متاهل بودند(۶۹درصد). این مقدار برای گروه جراحی مفصل ران ۷۰درصد و برای گروه جراحی عمومی ۶۸ درصد بوده است. اکثر سالمندان در دو گروه بی سواد بودند(۸۵درصد)، در گروه جراحی مفصل ران ۸۴ درصد و در گروه جراحی عمومی ۸۶ درصد بی سواد بوده، هر دو گروه از نظر متغیرهای زمینه ای تفاوت معناداری نداشتند(جدول۱).

مقایسه میانگین نمره کل شناختی در دو گروه نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره کل شناختی در گروه جراحی عمومی(۳/۹۹±۲۳/۹۴) و در گروه جراحی مفصل ران (۵/۰۳±۲۱/۷۸)بوده وآزمون t این اختلاف را معنی دار نشان داد. بدین مفهوم که شدت اختلالات شناختی در گروه جراحی مفصل ران بیش از گروه جراحی عمومی است ($p < ۰/۰۰۱$) (جدول۲). بر اساس نتایج، فراوانی دلیریوم در جراحی عمومی۱۶٪ (گردن۳٪، قفسه سینه۳٪، شکم ۶٪، لگن ۴٪) و جراحی مفصل ران ۳۲/۵٪ بود (جدول شماره ۳).

مقایسه میانگین رتبه اختلاف زیر شاخص های MMSE شامل جهت یابی زمانی، جهت یابی مکانی، ثبت، توجه، یادآوری و زبان در دو گروه (مفصل ران و جراحی عمومی) نشان داد بین میانگین رتبه اختلاف نمره متغیرهای فوق در دو گروه اختلاف معنی دار مشاهده می شود($p < ۰/۰۵$)(جدول۴).

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

جدول ۱: مقایسه زنان سالمند بستری در در دو گروه جراحی مفصل ران و جراحی عمومی از نظر متغیر های زمینه ای

متغییر		گروه جراحی مفصل ران n=۱۰۰		گروه جراحی عمومی n=۱۰۰		آماره	درجه آزادی	مقدار احتمال (p)
		تعداد	درصد	تعداد	درصد			
وضعیت تاهل	متاهل	۷۰	۷۰	۶۸	۶۸	۰/۰۴۹	۲	۰/۹۷۶
	بیوه	۲۸	۲۸	۳۰	۳۰			
	مطلقه	۲	۲	۲	۲			
محل سکونت	شهر	۷۶	۷۶	۸۶	۸۶	۰/۰۰۰	۱	۱/۰۰۰
	روستا	۲۴	۲۴	۳۲	۳۲			
تحصیلات	بی سواد	۸۴	۸۴	۸۶	۸۶	۰/۲۱۲	۲	۰/۹۰۰
	ابتدائی	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰			
	دیپلم	۶	۶	۴	۴			
سن	میانگین	۷۲/۱۲		۷۳/۶		t=۱/۱۲۴	۹۸	۰/۲۶۴
	انحراف معیار	۷/۰۶		۶/۲۵				

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره کل شناختی زنان سالمند بستری در بیمارستان شهدا شهرستان خرم آباد در دو گروه جراحی مفصل ران و جراحی عمومی

گروه جراحی مفصل ران		گروه جراحی عمومی		مقایسه دو گروه		
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آمارهt	درجه آزادی	مقدار احتمال
۲۱/۷۸	۴/۸۸	۲۳/۹۹	۳/۹۹	-۲/۳۹	۹۸	۰/۰۰۰
		دو گروه با تی مستقل مقایسه شده اند.				

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

جدول ۳: توزیع فراوانی دلیریوم در بیماران مورد مطالعه بعد از عمل جراحی بر حسب نوع عمل

وجود اختلال / نوع جراحی	دارای اختلال شناختی(دلیریوم) قطعی	
	توزیع فراوانی	درصد
گردن	۳	٪۳
قفسه سینه	۳	٪۳
شکم	۶	٪۶
لگن	۴	٪۴
مفصل ران	۳۲	٪۳۲

جدول ٤: مقایسه میانگین رتبه اختلاف نمره متغیرهای جهت یابی زمانی**ر** جهت یابی مکانی**،** ثبت**،** توجه**،** یادآوری و زبان دربیماران مورد مطالعه در دو گروه جراحی عمومی و جراحی مفصل ران

شاخص / متغییر		میانگین رتبه	میانگین[G]	انحراف معیارG	آماره ویلکاکسون	مقدار احتمال
جهت یابی زمانی	جراحی عمومی	۱۴/۷۵	۳/۴۲	۱/۰۷	-۳/۷۷	۰/۰۰۰
	جراحی مفصل ران	۱۳	۳/۹	۰/۹۳		
جهت یابی مکانی	جراحی عمومی	۱۰/۶۱	۳/۷۶	۰/۹۱	-۳/۸۴	۰/۰۰۰
	جراحی مفصل ران	۸/۵	۴/۲	۰/۷۵		
ثبت	جراحی عمومی	۹/۵	۲/۵۶	۰/۵۷	-۴/۰۶	۰/۰۰۰
	جراحی مفصل ران	۰/۰۰	۲/۹۶	۰/۱۹		
توجه	جراحی عمومی	۶	۲/۷۲	۱/۲۱	-۳/۳۱	۰/۰۰۰
	جراحی مفصل ران	۰/۰۰	۲/۹۴	۱/۳۱		
یادآوری	جراحی عمومی	۱۰/۰۹	۲/۳۸	۰/۶۳	-۲/۹۸	۰/۰۰۳
	جراحی مفصل ران	۹/۵	۲/۶۶	۰/۵۵		
زبان	جراحی عمومی	۸/۷۹	۶/۹۴	۱/۵۴	-۲/۹۹	۰/۰۰۳
	جراحی مفصل ران	۶/۵	۷/۲۸	۱/۲۲		

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

بحث و نتیجه گیری

دلیریوم یک سندرم شایع بعد از اعمال جراحی ارتوپدی در سالمندان است. همانطور که نتایج این پژوهش نشان می دهد. میانگین نمرات شناختی در گروه جراحی مفصل ران به طور معناداری پایین تر از میانگین نمرات شناختی گروه جراحی عمومی است. میزان بروز دلیریوم بعد از جراحی ارتوپدی دراین مطالعه ۳۲٪ و بعد از جراحی عمومی ۱۶٪ بود که در منابع ۱۰ تا ۳۰ درصد برای جراحی عمومی, و ۴۰ تا ۵۰ درصد برای جراحی مفصل ران ذکر شده است.

در مطالعه ای که به بررسی شیوع اختلال شناختی در اعمال جراحی مختلف پرداخته است از ۳۶۱ مورد تحت مطالعه، در اعمال جراحی عروقی محیطی، دلیریوم ۲۲/۲٪ گزارش شده است که بیشترین میزان شیوع را داشته است(۲۲). در مطالعات دیگری میزان شیوع اختلالات شناختی در جراحی های قفسه صدری و قلب قابل ملاحظه بوده است(۲۳). در حالی که در برخی مطالعات در اعمال جراحی شکستگی گردن استخوان ران و یا شکستگی های هیپ آمار بالایی از دلیریوم مشاهده شده است(۲۰ و ۱۹). این مطالعه با مطالعات فوق همخوانی دارد.

کافیان(۱۳۷۹) پژوهشی به منظور بررسی میزان شیوع دلیریوم در بیماران بستری در بخش ارتوپدی انجام داد. نتایج تحقیق که با استفاده از MMSE انجام شده بود نشان داد که شیوع دلیریوم دراین بیماران ۹/۵٪ است. شاید بتوان میزان بروز کمتر را ناشی از این دانست که در گروههای سنی نمونه های پژوهش بیشترین فراوانی مربوط به گروه کودکان و نوجوانان و کمترین فراوانی در گروه بالای ۵۰ سال بوده است،

شیوع دلیریوم در زنان دو برابر میزان شیوع آن در مردان بود. بیشترین محل تروما اندام تحتانی (۵۳/۶٪) وکمترین آن مولتیپل تروما (۱۴/۲٪) بود که البته میزان شیوع دلیریوم در بیماران با مولتیپل تروما بیشتر بود(۵).

بقائی و همکاران(۱۳۷۸) پژوهشی تحت عنوان بررسی میزان بروز دلیریوم در بیماران جراحی شده انجام دادند. در این تحقیق ۲۵۰ نفر از بیماران بستری در بخش جراحی مورد بررسی قرار گرفتند. پرسشنامه معاینه مختصر وضعیت روانی جهت غربالگری استفاده شد. بیماران بیش از چهل سال سن داشتند و تحت جراحی انتخابی[1] قرار می گرفتند. نتایج نشان داد که ۶/۷ درصد از جمعیت مورد مطالعه دچار دلیریوم شدند و بروز دلیریوم در افراد غیر متاهل و بیکار به طور معناداری بیش از سایرین بود و با افزایش سن و مدت عمل جراحی بیشتر می شود(۱).

همانطور که نتایج تحقیق ما نشان داد سن بالا یک عامل خطر عمده در بروز دلیریوم است، حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد بیماران بستری که سن آنها بالای ۶۵ سال است یک دوره دلیریوم را تجربه می کنند. در مطالعه ای جهت تعیین عوامل خطر برای دلیریوم بعد از عمل جراحی بر روی ۵۰۰ بیمار با جراحی الکتیو، ۵۷ مورد دلیریوم (۱۱/۴٪) گزارش شده که سن بالاتر از ۶۵، محدودیت عملکرد بیشتر قبل از عمل جراحی، سابقه دلیریوم، مصرف الکل، مصرف مخدر ضد درد قبل از پذیرش نیز بعنوان عوامل مؤثر گزارش شده است(۲۳).

1- Elective

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

البته، استرس، درد، بیخوابی، اختلال آب و الکترولیت، از دست دادن خون و عفونت و تب را هم باید مدنظر داشت.با توجه به موارد فوق ارزیابی مسائل روانشناختی بعد از عمل جراحی در سالمندان از اهم اقداماتی است که تیم درمانی بایستی مورد توجه قرار دهد. نوع بیهوشی، استفاده از مخدرها، محرومیت از خواب و درد نیزممکن است در بروز دلیریوم بعد از عمل نقش داشته باشند.

بیماری و تروما که عوامل خطر اصلی برای دلیریوم هستند باعث یک پاسخ فیزیکی به استرس می شوند. افزایش سن یکی از اصلی ترین عوامل خطر دلیریوم می باشد، تغییرات وابسته به سن در انتقال عصبی، کنترل استرس، تنظیم عصبی و پاسخ ایمنی ممکن است سبب آسیب پذیری افراد سالمند نسبت به دلیریوم شود(۱۰). هدف اولیه در درمان دلیریوم، درمان علت زمینه ای است. هدف مهم دیگر، تدارک حمایتی فیزیکی، حسی و محیطی است.

به نظر می رسد با توجه به شیوع دلیریوم بعد از جراحی ارتوپدی، ارزیابی روانشناختی بیماران سالمند بعد از اعمال جراحی و همچنین ذکر وضعیت شناختی بیمار در گزارشهای پرستاری در هر شیفت، از مهم ترین اقداماتی است که تیم درمانی بایستی مورد توجه قرار دهد.

تشکر و قدردانی

از مسئولین محترم و پرسنل زحمتکش بخشهای ارتوپدی و جراحی زنان بیمارستان شهدا شهرستان خرم آباد و همچنین کلیه مسئولین محترم دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند تشکر و سپاسگزاری می شود.

References

1- Askari N, Fadaei F. Investigation of aging issues in Iran and the World. Aging Congress. Press Ashena - Tehran. 2002; 120.(Persian)

2- Townsend MC. Sabiston's textbook of surgery. 16th ed. W B Saunders. Philadelphia; 2001

3- Askari far GH. Diseases of old age. Publication of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Tehran .2001; 74.(Persian)

4- Majidi A. Issues of aging and geriatrics. Vahid Publication. Tehran.2001; 120. (Persian)

5- Kafiyan A. Evaluation of delirium syndrome in trauma patients. PhD Thesis. Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd .2001;25.(Persian)

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

6- Hesamzadeh A. Comparing the quality of life of elderly in nursing home comparition with elderly families,Master Thesis. University of Welfare and Rehabilitation.2004; 32. (Persian)
7- Behzad M. Miracle of Music.Mohammad Publication.2005; 42. (Persian)
8- Clayer M, Bruckner J. Occult hypoxia after femoral neck fracture and elective hip surgery. Clin Orthop. 2000;(370):265-271.
9- Brunner LS, suddarth PS (2012). Text book of medical- surgical nursing، Philadelphia، j، b. lippincottco. Pg412.
10- chr ziridis (2006).Post operative delirium after hip fracture treatment . GMS.vol3.pg35.
11- vander mast، rose (1999). Post operative delirium. Dementia and geriatric congnitive disorder. Vol 20، iss5. pg22.
12- Clark M. (1998). Use of music to decrease aggressive behaviours in people with dementia. Journal of gerontological nursing، vol 24. pg45
13- Rigney، teds (2006). Delirium in the hospitalized elders and recommendations for practice. Geriatric nursing، vol 27(3).pg15.
14- Ruth، MC caffrey (2004). The effect of music listening on acute confusion and delirium in elders undergoing elective hip fracture surgery. Journal of clinical nursing، vol13.pg 25.
15- kneafsey، kosaleen (1998). The therapeutic use of music in a care of elderly setting. Journal of clinical nursing. Vol 6، pg 341-6.
16- Kaplan HI sadok Bj (2012). Comprehensive text book of psychiatry. Baltimore: wiliams & wilkims.pg 625 .
17- Hays, terrence (2005). Well- being in later life through music. Australasian journal of ageing, vol 24. Pg 54.
18- Sung Huei، chuan (2005). Use of preferred music to decrease agitated behaviors in older people with dementia. Journal of clinical nursing.Vol 24(9).pg 38.
19- Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, et al. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. J Am Geriatr Soc. 2001; 49(5):516-522.
20- Clayer M, Bruckner J. Occult hypoxia after femoral neck fracture and elective hip surgery. Clin Orthop. 2000 ;(370):265-271.
21- Townsend MC. Sabiston's textbook of surgery. 16th ed. W B Saunders. Philadelphia; 2001.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]

22- Eriksson M, Samuels Son E, Gustafson Y, et al. Delirium after coronary bypass surgery evaluated by the organic brain syndrome protocol. Scand Cardiovasc J. 2002; 36(4):250-255.

23- Litaker D, Locala J, Franco K, et al. Preoperative risk factors for postoperative delirium. Gen Hosp Psychiatry. 2001;23(2):84-89.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-15]