



CERRAHİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN DOKTORLARIN DELİRYUM İLE İLGİLİ BİLGİLERİ

Şermin EMİNOĞLU^{1*}, Şeyda Efsun ÖZGÜNAY¹, Derya KARASU¹, Ümran KARACA¹, Buket ÖZYAPRAK¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, 16290, Bursa, Türkiye

Özet: Deliryum, hastanede tedavi gören hastaları en çok etkileyen nöropsikiyatrik bozukluktur. Bu çalışmadaki amacımız; cerrahi kliniklerde çalışan doktorların deliryum ile ilgili bilgilerini saptamak ve bu konu hakkında farkındalık oluşturmaktır. Hastanemizdeki cerrahi klinik doktorları çalışmaya dahil edildi. Sosyo-demografik özelliklerini ve deliryum konusunda bilgilerini içeren anket formu katılımcılara e-posta ile gönderildi. Katılan 140 kişi istatistiksel değerlendirmeye alındı. Katılımcıların %60,7'si erkek, %61,4'ü araştırma görevlisi, %62,1'si meslekte 1-5. yılında ve %43,6'sı 20-29 yaş aralığındaydı. Cerrahi klinikleri içinde anesteziyoloji ve reanimasyon ile kadın hastalıkları ve doğum klinikleri doktorları %27,9 oranla en fazlaydı. Deliryumu önlemede destekleyici önlemleri doğru bilenler; anesteziyoloji ve reanimasyon kliniği doktorlarında ve öğretim görevlilerinde anlamlı yüksekti (sırasıyla P = 0,017, P = 0,004). Deliryumu önlemede kullanılan farmakolojik tedavileri doğru bilenler; uzman doktorlar ve kardiyovasküler cerrahi kliniğinde anlamlı yüksekti (sırasıyla P = 0,006, P = 0,003). Deliryum tanısını koyanlar, kardiyovasküler cerrahi kliniğinde diğer kliniklere göre anlamlı yüksekti (P = 0,001). Çalışmamızda, deliryum tanısının anesteziyoloji ve reanimasyon, kardiyovasküler cerrahi, üroloji ve kadın hastalıkları ve doğum kliniği; deliryum tedavisinin ise anesteziyoloji ve reanimasyon, kardiyovasküler cerrahi ve genel cerrahi kliniği doktorları tarafından daha fazla bilindiğini saptadık.

Anahtar kelimeler: Deliryum, Davranış, Anestezi, Cerrahi, Yoğun bakım ünitesi


Knowledge of Doctors Working in Surgical Clinics about Delirium


Abstract: Delirium is the neuropsychiatric disorder that most commonly affects patients treated in hospital. Our aim in this study; to determine the knowledge of doctors working in surgical clinics about delirium and to raise awareness on this issue. Surgical clinic doctors in our hospital were included in the study. The questionnaire containing socio-demographic characteristics and information about delirium was sent to the participants by e-mail. 140 participants were statistically evaluated. 60.7% of the participants were male, 61.4% were research assistants, 62.1% were between in the 1-5 years of profession and 43.6% were between the ages of 20-29. Among surgical clinics, doctors of anesthesiology and reanimation, gynecology and obstetrics clinics were the highest with a rate of 27.9%. Those who know the supportive measures correctly in preventing delirium; It was significantly higher in anesthesiology and reanimation clinic specialist and faculty members (respectively, P = 0.017, P = 0.004). Experts and cardiovascular surgery clinic doctors were the group that knew the pharmacological treatments used to prevent delirium most accurately (respectively, P = 0.006, P = 0.003). Those who diagnosed delirium were significantly higher in cardiovascular surgery clinic compared to other clinics (P = 0.001). In our study, we found that the diagnosis of delirium was more known by the doctors of anesthesiology and reanimation, cardiovascular surgery, urology, gynecology and obstetrics clinics; and we found that the treatment of delirium was known by anesthesiology and reanimation, cardiovascular surgery and general surgery clinic doctors.


Keywords: Delirium, Behavior, Anesthesia, Surgery, Intensive care unit


*Sorumlu yazar (Corresponding author): Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, 16290, Yıldırım, Bursa, Türkiye


E mail: sereminoglu1616@gmail.com (Ş. EMİNOĞLU)

Şermin EMİNOĞLU  <https://orcid.org/0000-0001-5741-2960>

Şeyda Efsun ÖZGÜNAY  <https://orcid.org/0000-0003-1501-9292>

Derya KARASU  <https://orcid.org/0000-0003-1867-9018>

Ümran KARACA  <https://orcid.org/0000-0001-5922-2300>

Buket ÖZYAPRAK  <https://orcid.org/0000-0002-6327-4573>

Gönderi: 23 Şubat 2021

Kabul: 15 Mart 2021

Yayınlanma: 01 Eylül 2021

Received: February 23, 2021

Accepted: March 15, 2021

Published: September 01, 2021

Cite as: Eminoğlu Ş, Özgünay ŞE, Karasu D, Karaca Ü, Özyaprak B. 2021. Knowledge of doctors working in surgical clinics about delirium. BSJ Health Sci, 4(3): 234-239.

1. Giriş

Deliryum, hemen her zaman altta yatan tıbbi nedenlerle tetiklenen, sıklıkla anormal uyarılma ve algısal bozuklukların eşlik ettiği, bilinç durumunda değişiklik, artmış ya da azalmış psikomotor aktivite, uyku-uyanıklık döngüsünün düzensizliği ile karakterize akut, dalgahı bir dikkat ve bilişsel işlev bozukluğudur (DSM-V, 2013).

Patofizyolojik mekanizmaları tam olarak anlaşılamamakla birlikte nörotransmitter dengesizliği ve nöroinflamasyonu içeren değişiklikler mevcuttur (Choi ve ark., 2012).

Deliryum oranının çalışmalarda, oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların hastaneye yattıkları anda %13'ünden fazlasının deliryum tanı kriterlerini



karşıladıkları (Cameron ve ark., 1987), 65 yaş ve üzeri hastalarda bu oranın %10-20 arasında olduğu ve hastane yatışı sonrasında ise, bu oranın %25-60 arasında değiştiği belirtilmiştir (Inouye ve ark., 1999; Bair, 2000; McCusker ve ark., 2001). Yine herhangi bir nedenden dolayı hastaneye yatan hastaların %10-30'unda deliryum görülme riski vardır (Leentjens ve ark., 2006). Deliryum sıklığı, oluşturduğu ortama göre değişir.

Postoperatif deliryum (POD), çocuklardan yaşlılara kadar her yaşta hastada ortaya çıkabilecek olumsuz bir postoperatif komplikasyondur (Sharma ve ark., 2005). Deliryum için belirlenen başlıca risk faktörleri; ileri yaş, duyuşsal yoksunluk (görme ve işitme sorunları), uyku bozukluğu, sosyal izolasyon, fiziksel kısıtlama, mesane kateteri, dehidratasyon, malnütrisyon, hareketsizlik, ameliyat, enfeksiyon, elektrolit dengesizliği, aşırı ya da az uyaran stres, ağrı, korku, fazla ilaç ve psikoaktif ilaç kullanma, olabilir. Deliryum belirti ve bulguları, nedenler ortadan kaldırılmadığı sürece kalıcıdır. Eğer altta yatan neden kısa sürede belirlenmiş ve tedavi edilmişse, bu hastalarda kısa sürede düzelmeye olabilmektedir (Packard, 2001; Sharma ve ark., 2005; Leentjens ve ark., 2006). Deliryum, fonksiyonel ve bilişsel kapasiteyi azaltır, hastanede kalış süresini ve uzun dönem bakım gereksinimini artırır ve yaklaşık %30 maliyet artışına neden olur (Bogardus ve ark., 2003; Minden ve ark., 2005; Leentjens, 2006). Deliryumla ilgili çok şey bilinmesine karşın sıklıkla atlanabilir (Lin ve ark., 2010; Clegg ve ark., 2011; Bellelli ve ark., 2015). Bu nedenle, rehber oluşturmanın yanında, doktorların deliryumu tanıma ve önemi konusunda eğitilmeleri de önemlidir. Deliryumu tespit edememe, hastalar için artmış kötü sonuç riski anlamına geldiği için erken tanı ve tedavi çok önemlidir. Bu çalışmada hastanemizde cerrahi kliniklerinde çalışan doktorların deliryum ile ilgili bilgilerini belirlemek ve bu konu hakkında farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır.

2. Materyal ve Yöntem

Bu çalışma 15 Mart-15 Nisan 2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Bu anket çalışmasına katılmayı kabul eden hastanemiz cerrahi klinik doktorları çalışmaya dahil edildi. Sosyodemografik özelliklerini belirleyen tanımlayıcı sorular, doktorların deliryum tanımı, çeşitleri, tanı ölçekleri, deliryum oluşmasını sağlayan risk faktörleri, önleme yöntemleri, tedavileri konusunda bilgilerini değerlendiren sorulardan oluşturulan anket formu 250 doktora e-posta aracılığıyla gönderildi.

2.1. İstatistik Analiz

Tüm istatistiksel değerlendirmeler için SPSS 21 Windows (Statistical Package for the Social Sciences, Armonk, NY, USA) paket programı kullanıldı. Sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma, kategorik yapıdaki veriler için sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, $P < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3. Bulgular

Katılmayı kabul eden ve formu eksiksiz dolduran 140 kişi istatistiksel değerlendirmeye alındı. Katılımcıların demografik verileri Tablo 1'de görülmektedir. Katılımcıların %60,7'si (n=85) erkek, %61,4'ü (n=86) araştırma görevlisi, %62,1'i (n=87) meslekte 1-5. yılında ve %43,6'sı (n=61) 20-29 yaş aralığındaydı. Anketi cevaplayanlar arasında en çok anestezi ve reanimasyon kliniği ile Kadın Hastalıkları ve Doğum (KHD) klinikleri yer almaktaydı (%27,9).

Tablo 1. Demografik veriler

	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	55 (39,3)
Erkek	85 (60,7)
Yaş, yıl	
20-29	61 (43,6)
30-34	24 (17,1)
35-39	14 (10,0)
40-49	27 (19,3)
≥ 50	14 (10,0)
Unvan	
Araştırma görevlisi	86 (61,4)
Uzman doktor	38 (27,1)
Öğretim görevlisi	16 (11,4)
Meslek yılı	
1-5	87 (62,1)
6-10	13 (9,3)
11-20	22 (15,7)
21-29	15 (10,7)
≥ 30	3 (2,1)
Klinikler	
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	39 (27,9)
Kadın Hastalıkları ve Doğum	39 (27,9)
Üroloji	17 (2,1)
Ortopedi ve Travmatoloji	16 (1,4)
Genel Cerrahi	10 (7,1)
Kalp ve Damar Cerrahisi	11 (7,9)
Diğer*	8 (5,7)

*Diğer= kulak burun boğaz, beyin cerrahisi, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, çocuk cerrahisi klinikleri.

Kliniklere göre deliryum tanıma ve tedavi bilgisi Tablo 2'de görülmektedir. Üroloji, KHD, Kalp ve Damar Cerrahisi (KVC) ve genel cerrahi kliniklerinin deliryumu doğru olarak tanımlama oranı %100 iken anesteziyoloji ve reanimasyon kliniği doktorlarında %94,9 ve ortopedi ve travmatoloji kliniği doktorlarında %93,8 idi. Deliryum tanıma ve tedavi bilgisi; yaşlara göre Tablo 3'de, ünvanlara göre Tablo 4'de ve mesleki yılına göre Tablo 5'de görülmektedir.

Anestezi ve reanimasyon kliniği çalışanlarının %89,7'si, deliryumun psikiyatrik bir problem ve psikiyatri uzmanlarının ele alması gereken bir konu olmadığını, diğer kliniklere göre anlamlı olarak yüksek belirtti (P=0,002). Deliryumun; psikiyatrik bir problem ve

psikiyatri uzmanlarının ele alması gereken bir konu olmadığını, diğer kliniklere göre anestezi ve reanimasyon kliniği çalışanlarının %89,7'si anlamlı yüksek olarak belirtti (P=0,002). Deliryumu önlemede destekleyici önlemleri doğru bilenler; anesteziyoloji ve reanimasyon kliniği doktorları (P=0,017), 50 yaş-üstü olanlar (P=0,041), öğretim görevlileri (P=0,004) ve mesleki yılı 30'un üstünde olanlar (P=0,036) istatistiksel olarak anlamlı yüksek idi. Deliryumu önlemede farmakolojik

tedavileri doğru bilenlerin oranı uzman doktorlar (P=0,006) ve KVC kliniği doktorlarında (P=0,003) diğerlerine göre anlamlı daha yüksek idi. Deliryum değerlendirme testlerini bilenler; ortopedi ve travmatoloji kliniği doktorlarında ve mesleki yılı 30'un üstünde olanlarda diğerlerine göre anlamlı yüksek idi (sırasıyla; P=0,026 ve P=0,048). KVC kliniği doktorlarında deliryum tanısı koyma oranı %90,9 ile diğer kliniklerden anlamlı daha yüksek idi (P= 0,001).

Tablo 2. Cerrahi kliniklerde çalışan doktorların kliniklere göre deliryum tanıma ve tedavi bilgisi

Sorular	Klinikler n (%)							P
	Anesteziyoloji ve reanimasyon	Üroloji	Ortopedi ve Travmatoloji	KHD	Genel cerrahi	KVC	Diğer	
S1	37 (94,9)	17(100)	15 (93,8)	39 (100)	10 (100)	11 (100)	7 (87,5)	0,387
S2	32 (82,1)	16 (94,1)	12 (75,0)	37 (94,9)	9 (90,0)	7 (63,6)	7 (87,5)	0,119
S3	24 (61,5)	11 (64,7)	5 (31,3)	18 (46,2)	3 (30,0)	7 (63,6)	5 (62,5)	0,191
S4	10 (25,6)	8 (47,1)	7 (43,8)	14 (35,9)	3 (30,0)	3 (27,3)	5 (62,5)	0,411
S5	19 (48,7)	11 (64,7)	10 (62,5)	20 (51,3)	6 (60,0)	7 (63,6)	3 (37,5)	0,779
S6	22 (56,4)	10 (58,8)	5 (31,3)	21 (53,8)	5 (50,0)	5 (45,5)	6 (75,0)	0,506
S7	35 (89,7)	13 (76,5)	12 (75,0)	29 (74,4)	9 (90,0)	6 (54,5)	5 (62,5)	0,174
S8	33 (84,6)	12 (70,6)	13 (81,3)	29 (74,4)	7 (70,0)	8 (72,7)	8 (100)	0,568
S9	35 (89,7)	9 (52,9)	14 (87,5)	30 (76,9)	5 (50,0)	9 (81,8)	5 (62,5)	0,020
S10	36 (92,3)	12 (70,6)	14 (87,5)	24 (61,5)	9 (90,0)	10(90,9)	5 (62,5)	0,017
S11	22 (56,4)	2 (11,8)	6 (37,5)	10 (25,6)	6 (60,0)	8 (72,7)	4 (50,0)	0,003
S12	5 (12,8)	3 (17,6)	8 (50,0)	5 (12,8)	2 (20,0)	2 (18,2)	0 (0,00)	0,026
S13	30 (76,9)	11 (64,7)	11 (68,8)	11 (28,2)	6 (60,0)	10(90,9)	2 (25,0)	0,001

S1= deliryum tanımını bilen, S2= deliryumun alt tiplerini bilen, S3= deliryumdaki hastayı tanıma, S4= deliryum şiddetini doğru cevaplayan, S5= Deliryumun klinik doğru cevaplayan,S6= deliryumun süresini doğru cevaplayan, S7= deliryum her hastada görülebilir, S8 = bazı hasta gruplarında fazla görülebilir, S9 = deliryum psikiyatrik bir sorundur, S10= deliryum önleme önlemleri neler, S11= deliryumu önlemede hangi ilaçlar, S12= deliryum değerlendirme testlerinin tümünü bilen, S13= deliryum tanısı koyan. KHD= kadın hastalıkları ve doğum, KVC= kalp ve damar cerrahisi.

Tablo 3. Cerrahi kliniklerde çalışan doktorların yaşlara göre deliryum tanıma ve tedavi bilgisi

Sorular	Yaşlar n (%)					P
	20-29	30-34	35-39	40-49	≥50	
S1	60 (98,4)	23 (95,8)	14 (100)	26 (96,3)	13 (92,9)	0,757
S2	56 (91,8)	15 (62,5)	13 (92,9)	23 (85,2)	13 (92,9)	0,009
S3	29 (47,5)	8 (33,3)	6 (42,9)	21 (77,8)	9 (64,3)	0,015
S4	20 (32,8)	7 (29,2)	5 (35,7)	13 (48,1)	5 (35,7)	0,646
S5	28 (45,9)	12 (50,0)	10 (71,4)	14 (51,9)	12 (85,7)	0,056
S6	31 (50,8)	9 (37,5)	10 (71,4)	17 (63,0)	7 (50,0)	0,243
S7	46 (75,4)	21 (87,5)	12 (85,7)	20 (74,1)	10 (71,4)	0,633
S8	47 (77,0)	20 (83,3)	11 (78,6)	20 (74,1)	12 (85,7)	0,885
S9	47 (77,0)	21 (87,5)	10 (71,4)	19 (70,4)	10 (71,4)	0,630
S10	41 (67,2)	19 (79,2)	12 (85,7)	25 (92,6)	13 (92,9)	0,041
S11	18 (29,5)	12 (50,0)	7 (50,0)	13 (48,1)	8 (57,1)	0,156
S12	9 (14,8)	3 (12,5)	1 (7,1)	7 (25,9)	5 (35,7)	0,184
S13	29 (47,5)	15 (62,5)	8 (57,1)	19 (70,4)	10 (71,4)	0,225

S1= deliryum tanımını bilen, S2= deliryumun alt tiplerini bilen, S3= deliryumdaki hastayı tanıma, S4= deliryum şiddetini doğru cevaplayan, S5= Deliryumun klinik doğru cevaplayan,S6= deliryumun süresini doğru cevaplayan, S7= deliryum her hastada görülebilir, S8 = bazı hasta gruplarında fazla görülebilir, S9 = deliryum psikiyatrik bir sorundur, S10= deliryum önleme önlemleri neler, S11= deliryumu önlemede hangi ilaçlar, S12= deliryum değerlendirme testlerinin tümünü bilen, S13= deliryum tanısı koyan.

Tablo 4. Cerrahi kliniklerde çalışan doktorların ünvanlara göre delirium tanıma ve tedavi bilgisi

Sorular	Ünvanlar n(%)			P
	Araştırma görevlisi	Uzman doktor	Öğretim görevlisi	
S1	84 (97,7)	37 (97,4)	15 (93,8)	0,685
S2	72 (83,7)	35 (92,1)	13 (81,3)	0,405
S3	37 (43,0)	24 (63,2)	12 (75,0)	0,018
S4	28 (32,6)	12 (31,6)	10 (62,5)	0,59
S5	41 (47,7)	23 (60,5)	12 (75,0)	0,087
S6	42 (48,8)	22 (57,9)	10 (62,5)	0,463
S7	68 (79,1)	30 (78,9)	11 (68,8)	0,647
S8	65 (75,6)	33 (86,8)	12 (75,0)	0,346
S9	68 (79,1)	28 (73,7)	11 (68,8)	0,602
S10	60 (69,8)	34 (89,5)	16 (100)	0,004
S11	28 (32,6)	24 (63,2)	6 (37,5)	0,006
S12	11 (12,8)	9 (23,7)	5 (31,3)	0,114
S13	44 (51,2)	26 (68,4)	11 (68,8)	0,129

S1= deliryum tanımını bilen, S2= deliryumun alt tiplerini bilen, S3= deliryumdaki hastayı tanıma, S4= deliryum şiddetini doğru cevaplayan, S5= Deliryumun klinik doğru cevaplayan, S6= deliryumun süresini doğru cevaplayan, S7= deliryum her hastada görülebilir, S8 = bazı hasta gruplarında fazla görülebilir, S9 = deliryum psikiyatrik bir sorundur, S10= deliryum önleme önlemleri neler, S11= deliryumu önlemede hangi ilaçlar, S12= deliryum değerlendirme testlerinin tümünü bilen, S13= deliryum tanısı koyan.

Tablo 5. Cerrahi bölümlerde çalışan doktorların mesleki yılına göre deliryum tanıma ve tedavi bilgisi

Sorular	Meslek Yılı n (%)					P
	1-5	6-10	11-20	21-30	>30	
S1	85 (97,7)	12 (92,3)	22 (100)	14 (93,3)	3 (100)	0,607
S2	75 (86,2)	10 (76,9)	18 (81,8)	14 (93,3)	3 (100)	0,677
S3	37 (42,5)	10 (76,9)	14 (63,6)	10 (66,7)	2 (66,7)	0,058
S4	28 (32,2)	8 (61,5)	8 (36,4)	5 (33,3)	1 (33,3)	0,367
S5	41 (47,1)	9 (69,2)	14 (63,6)	10 (66,7)	2 (66,7)	0,303
S6	43 (49,4)	8 (61,5)	14 (63,6)	7 (46,7)	2 (66,7)	0,682
S7	68 (78,2)	12 (92,3)	17 (77,3)	11 (73,3)	1 (33,3)	0,266
S8	67 (77,0)	11(84,6)	16 (72,7)	13 (86,7)	3 (100)	0,689
S9	69 (79,3)	8 (61,5)	17 (77,3)	10 (66,7)	3 (100)	0,444
S10	61(70,1)	12 (92,3)	21 (95,5)	13 (86,7)	3 (100)	0,036
S11	29(33,3)	7 (53,8)	12 (54,5)	9 (60,0)	1 (33,3)	0,139
S12	12(13,8)	1 (7,7)	5 (22,7)	5 (33,3)	2 (66,7)	0,048
S13	46(52,9)	7(53,8)	15 (68,2)	11 (73,3)	3 (66,7)	0,477

S1= deliryum tanımını bilen, S2= deliryumun alt tiplerini bilen, S3= deliryumdaki hastayı tanıma, S4= deliryum şiddetini doğru cevaplayan, S5= Deliryumun klinik doğru cevaplayan, S6= deliryumun süresini doğru cevaplayan, S7= deliryum her hastada görülebilir, S8 = bazı hasta gruplarında fazla görülebilir, S9 = deliryum psikiyatrik bir sorundur, S10= deliryum önleme önlemleri neler, S11= deliryumu önlemede hangi ilaçlar, S12= deliryum değerlendirme testlerinin tümünü bilen, S13= deliryum tanısı koyan.

4. Tartışma

Cerrahi kliniklerde çalışan doktorların deliryumu tanıma ve tedavi bilgilerini araştırdığımız anket çalışmamızda deliryum tanısının anesteziyoloji ve reanimasyon, KVC, üroloji, KHD ve genel cerrahi klinik doktorlarınca oldukça yüksek oranlarda bilindiğini saptadık. Anesteziyoloji ve reanimasyon kliniği doktorlarının çoğunluğu bunun sadece psikiyatrinin ilgilenmesi gereken bir durum olmadığını farkında idi. Tedavi kısmı anesteziyoloji ve reanimasyon, KVC ve genel cerrahi gibi yoğun bakım ünitesinde hasta takibi yapan doktorlar tarafından daha

fazla bilinmekte idi. Literatürde çalışmalarda deliryumun önlenilebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olmasına karşın klinikte çoğunlukla gözden kaçtığı, %37-72'sinde fark edilemediği bildirilmektedir (İskit, 2002). Inouye ve ark. (1993) tarafından yapılan bir araştırmada doktorların %65'inin, hemşirelerin ise %43'ünün hastanede yatan yaşlı hastalarda deliryumu belirlemede başarısız oldukları belirtilmiştir. Çalışmamızda deliryumdaki hastayı tanıma oranı yaşlı hastalara hizmet veren Üroloji, KVC, anesteziyoloji ve reanimasyon ve KHD kliniklerinde, 40-49 yaş, öğretim görevlisi ve mesleki yılı 6-10 yılda olan doktorlarda daha yüksek idi.

Bellelli ve ark. (2014) deliryum teması ve günlük klinik uygulamadaki yönetimi ile ilgili yeterliliklerini değerlendirmek için doktorlar, hemşireler, psikologlar ve fizyoterapistler arasında gerçekleştirdikleri çok merkezli bir anket çalışmasında doktorlar ve psikologların deliryumu doğru tanımladığını, hemşireler ve fizyoterapistlerin tanımlayamadığını belirtmişlerdir. Bizim anket çalışmamızda da deliryum tanımını doğru bilenler; kliniklere göre; üroloji, KHD, KVC, genel cerrahi, anesteziyoloji ve reanimasyon, yaşlara göre; 35-39 yaş, ünvanlara göre; araştırma görevlisi, mesleki yıllara göre; 11-20 yıl fazla idi.

POD genellikle derlenme odasında başlar ve ameliyattan 5 gün sonra ortaya çıkar. Yapılan bir araştırmada kliniklerde POD bulunan birçok hastanın iyileşme odasında da POD olduğunu bulmuşlardır (Sharma ve ark., 2005). Aldecoa ve ark. (2017) yayınladıkları POD önlenmesi ve tedavisi için, kanıta ve fikir birliğine dayalı öneriler sundukları kılavuz; risklerin, risk altındaki hastaların preoperatif tanımlanması ve ele alınması, yeterli intraoperatif bakım, postoperatif deliryum tespiti ve deliryumdaki hastaların tedavisini içermektedir. Bizim çalışmamızda da risk faktörleriyle birlikte, kardiyak ve ortopedik cerrahi girişimler, görme kaybı ve antikolinergik ilaç kullanımı nedeniyle katarakt cerrahisi geçiren yaşlı olgularda, POD insidansının daha yüksek olduğunu bilenler; kliniklere göre anesteziyoloji ve reanimasyon, ortopedi ve travmatoloji ve KHD, yaşlara göre; 50 yaş üstü, ünvanlara göre; uzman doktorlarda, mesleki yıllara göre; 30 yaş üstü idi.

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı ile deliryumun tanımı ve tanı kriterleri belirlenmiştir (DSM-V, 2013). Deliryum çok yaygındır ve klinik olarak önemlidir. Bununla birlikte, diğer ciddi akut koşullarla karşılaştırıldığında, klinik pratikte büyük ölçüde yeterince tanınmamaktadır. Anketimize katılan cerrahi klinik doktorlarının deliryumun öneminin farkında olmaları, ancak tanı ve tedavi kısmının sadece psikiyatri gibi belli bir uzmanlık alanına ait olduğu düşüncesiyle hareket etmeleri, konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları ile açıklanabilir. Çalışmamızda anesteziyoloji ve reanimasyon bölümünce 'deliryum psikiyatrik bir problemdir, psikiyatri uzmanlarının ele alması gereken bir konudur' şeklindeki ifadenin %89,7 oranında yanlış olduğu işaretlenmişti ve bu diğer bölümlere göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Deliryum konusundaki eğitimlerin yaygınlaştırılması gerektiğini düşünmekteyiz. Yapılan bazı çalışmalar, sağlık çalışanlarının eğitimi yoluyla deliryum tanısını ve yönetimini iyileştirmeye çalışmış, deliryum saptama sıklığının arttığını ve deliryum nokta prevalansında bir azalma olduğunu göstermiştir (Tabet ve ark., 2005).

Anketimizde deliryum değerlendirme testleri olarak; Standardize Mini Mental Test (SMMT), Deliryum Derecelendirme Ölçeği (DDÖ), Amerikan Psikiyatri Derneği'nin Hazırladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El kitabı beşinci Baskı (DSM-V), Konfüzyon

Değerlendirme Metodu (CAM), Yoğunbakım konfüzyon değerlendirme metodu (CAM-ICU), Mini Mental Durum Değerlendirmesi (MMSE) ve Yoğun bakım deliryum izlemi kontrol listesi belirtilmiştir. Morandi ve ark. (2013) Avrupa Deliryum Derneği (EDA) üyeleri ve diğer ilgili taraflarla, deliryum tedavisinin çeşitli yönleri üzerine yaptıkları bir anket çalışmasında 200 katılımcıdan %92'sinin bu değerlendirme testlerini kullandıklarını belirtmiştir. Çalışmamızda da ortopedi ve travmatoloji bölümünün ve mesleki yılı 30 yıl üstü olanların deliryum değerlendirme testlerinden tümünü bilmeleri anlamlı yüksek idi.

Deliryumu önlemede farmakolojik tedaviler başlıca; antipsikotik (Haloperidol), atipik antipsikotikler (Risperidon, Olanzapin, Ketiapin), benzodiazepinler ve deksmedetomidindir. Yapılan bir çalışmada katılımcılar deliryumun farmakolojik tedavisinde en sık yaklaşım olarak haloperidol ve risperidon kullanımını belirtmişlerdir (Morandi ve ark., 2013). Çalışmamızda da uzman doktorların ve KVC kliniği doktorlarının, deliryumu önlemedeki farmakolojik tedavileri doğru bilmeleri anlamlı yüksek idi.

5. Sonuç

Çalışmamızda; deliryum tanısının anesteziyoloji ve reanimasyon, KVC, üroloji, genel cerrahi ve KHD klinikleri; deliryum tedavisinin de anesteziyoloji ve reanimasyon, KVC ve genel cerrahi kliniği doktorları tarafından daha fazla bilindiğini saptadık. Cerrahi klinikleri doktorlarının eğitimlerinde deliryum ile ilgili rehberlere de yer verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Deliryum bilgisinin değerlendirildiği çok merkezli ve tüm klinik doktorlarının katılımının olduğu çalışmalara ihtiyaç vardır.

Limitasyonlar

Çalışmamızın tek merkezli olması başlıca kısıtlılığımızdır.

Katkı Oranı Beyanı

Tüm yazarlar aynı oranda katkıya sahip olup, tüm yazarlar makaleyi incelemiş ve onaylamıştır.

Çatışma Beyanı

Yazarlar bu çalışmada hiçbir çıkar ilişkisi olmadığını beyan etmektedirler.

Etik Onay/Hasta Onamı

Yerel etik kurul (2011-KAEK-25 2020/03-17) onayı alındıktan sonra Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

Kaynaklar

- Aldecoa C, Bettelli G, Bilotta F. 2017. European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. *EJA*, 34(4): 192-214.
- Bair BD. 2000. Presentation and recognition of common psychiatric disorders in the elderly. *Clin Geriatr*, 8: 26-48.
- Bellelli G, Morandi B, Zanetti E, Bozzini M, Lucchi E, Terrasi M,

- Trabucchi M. 2014. Recognition and management of delirium among doctors, nurses, physiotherapists, and psychologists: an Italian survey. *Int psychogeriatr*, 26(12): 2093-2102.
- Bellelli G, Nobili A, Annoni G, Morandi A, Djade CD, Meagher DJ, MacLulich AM, Davis D, Mazzone A, Tettamanti M, Mannucci PM. 2015. REPOSI (REgistro POLiterapie SIMI) Investigators. Under-detection of delirium and impact of neurocognitive deficits on in-hospital mortality among acute geriatric and medical wards. *Eur J Intern Med*, 26: 696-704.
- Bogardus ST, Desai MM, Williams CS. 2003. The effects of a targeted multicomponent delirium intervention on postdischarge outcomes for hospitalized older adults. *Am J Med*, 114: 383-390.
- Cameron DJ, Thomas RI, Mulvihill M. 1987. Delirium: a test of the diagnostic and statistical manual III criteria on medical inpatients. *J Am Geriatr Soc*, 35: 1007-1010.
- Choi SH, Lee H, Chung TS, Park KM, Jung YC, Kim SI. 2012. Neural network functional connectivity during and after an episode of delirium. *J Psikiyatriyim*, 169: 498-507.
- Clegg A, Westby M, Young JB. 2011. Under-reporting of delirium in the NHS. *Age Ageing*, 40: 283-286.
- DSM. 2013. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Association, Arlington, USA.
- Inouye S, Schlesinger MJ, Lydon TJ. 1999. Delirium: a symptom of how hospital care is falling older persons and a window to improve quality of hospital care. *Am J Med*, 7: 278-288
- Inouye SK, Viscoli CM, Horwitz RI, Hurst LD, Tinetti ME. 1993. A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. *Ann Intern Med*, 119: 474-481.
- İskit AT. 2002. Yoğun bakımdaki yaşlı hasta. *Geriatri*, 2002: 132-136.
- Leentjens AFG, Diefenbacher A. 2006. A survey of delirium guidelines in Europe: *J Psychosom Res*, 61: 123-128.
- Lin RY, Heacock LC, Bhargava GA, Fogel JF. 2010. Clinical associations of delirium in hospitalized adult patients and the role of on admission presentation. *Int J Geriatr Psychiatry*, 25: 1022-1029.
- McCusker J, Cole MG, Dendukuri N. 2001. Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive and functional status: A prospective study. *CMAJ*, 165: 575-583.
- Minden SL, Carbone LA, Barsky A. 2005. Predictors and outcomes of delirium: *Gen Hosp Psychiatry*, 27: 209-214.
- Morandi A, Davis D, Taylor JK, Bellelli G, Olofsson B, Kreisel S, Teodorczuk A, Kalmhoz B, Hasemann W, Young J, Agar M, de Rooij SE, Meagher D, Trabucchi M, MacLulich AM. 2013. Consensus and variations in opinions on delirium care: a survey of European delirium specialists. *Int Psychogeriatr*, 25(12): 2067-2075.
- Packard RC. 2001. Delirium. *Neurolog*, 7: 327-340.
- Sharma PT, Sieber FE, Zakriya KJ. 2005. Recovery room delirium predicts postoperative delirium after hip-fracture repair. *Anesth Analg*, 101: 1215-1220.
- Tabet N, Hudson S, Sweeney V, Sauer J, Bryant C, Macdonald A. 2005. An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards, *Age Ageing*, 34(2): 152-156.