مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد
سال دوازدهم ، شماره دوم ، تابستان ۱۳۸۳، ص ۲۲

بررسی اعمال جراحی الکتیو لغوشده در بیمارستانهای آموزشی یزد

دکتر محمد زارع[۱]، محمدامراللهی[۲]

چکیده

مقدمه : لغوشدن اعمال جراحی الکتیو به علت ایجاد استرس در بیمار و همراهان ، صرف وقت ، هزینه‌های زیاد و اشغال تخت‌های بیمارستان از اهمیت ویژه ای برخوردار است و شناخت درست علل مختلف آن باعث می شود بتوانیم بسیاری از آنها را پیش‌بینی و پیشگیری نماییم . هدف از این مطالعه علل لغو اعمال جراحی الکتیو است.

روش بررسی : این مطالعه از نوع توصیفی و به روش مقطعی بر روی ۱۸۰ مورد عمل جراحی الکتیو لغو شده در بیمارستانهای آموزشی یزد صورت گرفته است. پرسشگران طرح با مراجعه به لیست عمل بخشهای مختلف و لیست اعمال انجام شده در اطاق عمل بیمارستانهای مورد مطالعه موارد حذف شده را شناسایی و ضمن مطالعه پرونده و مصاحبه با پزشک معالج علت لغو عمل را جویا شده و آن را در چهار گروه شامل : علل مربوط به جراح, ، علل مربوط به بیهوشی ، علل مربوط به اطاق عمل و علل مربوط به بیمارستان و ۱۵ زیر گروه دسته بندی کرده و اطلاعات حاصله با استفاده از برنامه رایانه ای SPSS 11 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه حاکی از آن است که از کل بیماران جراحی الکتیو بستری، عمل جراحی ۱۲/۵٪ آنها لغو گردیده که در بیمارستانهای مختلف از صفر تا ۱۵/۲٪ متغیر می‌باشد . علت اصلی لغو مربوط به جراحان می باشد (۳۳/۳٪)، تیم بیهوشی و اطاق عمل با ۲۵٪ در رده بعدی هستند . ۱۶/۲٪ لغو اعمال جراحی نیز به بیماران مرتبط بوده وکمترین میزان لغو مربوط به علل بیمارستانی می‌باشد(۰/۵٪). در بین علل فرعی بدون در نظر گرفتن گروه اصلی شایعترین علت لغو مربوط به بیماری زمینه‌ای با ریسک بالای عمل می گردد (۱۷/۲٪). در بین علل مربوط به جراح شایعترین علت لغو مربوط به عدم حضور جراح می‌باشد (۳۶/۷٪). در بین علل مربوط به تیم بیهوشی شایعترین علت مربوط به بیماری زمینه‌ای یا ریسک بالاست (۶۸/۹٪). در بین علل مربوط به اطاق عمل شایعترین علت لغو مربوط به نبود وسیله لازم جهت انجام عمل و اتمام شیفت کاری اطاق عمل است هر کدام (۳۱/۱٪). در بین علل مربوط به بیمار شایعترین علت لغو مربوط به عدم مراجعه بیمار یا ترک بیمارستان می باشد (۳۷/۹٪) و تنها علت لغو در گروه علل بیمارستان مربوط به مشکلات بیمه و حسابداری می باشد(۱۰۰٪). از میان بخشهای بیمارستان، بخش جراحی اعصاب با ۴۳/۳٪ اعمال جراحی الکتیو بیشترین میزان لغو را بخود اختصاص می‌دهد. بر اساس سن نیز بیشترین میزان در گروه سنی ۶۰ به بالا می‌باشد (۱۵/۴٪). بر اساس جنس میزان لغو در گروه خانمها (۰/۱٪) بیشتر از آقایان می باشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصله به نظر می‌رسد با ایجاد و فعال نمودن کلینیک‌های مشاوره قبل از عمل بتوان تا حد زیادی میزان لغو اعمال جراحی الکتیو را کاهش داده و از بار اقتصادی ، روانی و اجتماعی ناشی از آن کاست.

واژه‌های کلیدی : عمل جراحی ، الکتیو ، لغوعمل

مقدمه

عوامل زیادی می‌تواند باعث لغو عمل جراحی الکتیو گردد که بسیاری از آنها قابل پیش‌بینی و پیشگیری می‌باشد برخی از آنها شامل :

- عدم تشخیص آن دسته از بیمارانی که مناسب بیهوشی

۱- استادیار گروه جراحی عمومی
۲- مربی گروه هوشبری
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2025-12-11]

نیستند.

- دلایل غیرقابل پیش‌بینی مثل عفونت دستگاه تنفس فوقانی، تغییرناگهانی در وضعیت بیمار.
- دلایل سازمانی ، کمبود پرسنل ، رزرو بیش از اندازه (چون گاهاً جراح لغو بعضی از اعمال الکتیو را پیش بینی می کند).
- فاکتورهای مربوط به بیمار مثل عدم مراجعه ، تغییر عقیده در مورد انجام عمل جراحی.
- همراه نداشتن فردی که از بیمار محافظت کند و او را تحت نظر بگیرد.
- ترس یا اضطراب در مورد عمل جراحی.
- همکاری نکردن در خصوص دستورالعمل عدم تغذیه.
- همکاری نکردن در مورد دستورالعمل دارویی.
- آگاهی ندادن به واحدهای جراحی در مورد وضعیت‌های طبی حاد.
- عدم اتخاذ زمان مناسب جهت مرخصی از کار یا مواظبت از بچه ها.

بنابراین لغوشدن اعمال جراحی الکتیو نه تنها به روش انتخاب بیماران برای اعمال جراحی بستگی دارد ، بلکه به نوع عمل جراحی ، خود بیمار وغیره نیز مربوط می گردد. امروزه درمان بسیاری از بیماریها در جایی که طب از معالجه باز می‌ماند جراحی است و به همین منظور مراکز درمانی بزرگی برای انجام حجم وسیعی از اعمال جراحی اختصاص یافته است و این مراکز سعی بر بهینه ساختن روشهای عمل و به حداقل رسانیدن خطرات ناشی از جراحی ، استرس و اضطراب بیماران و هزینه‌های آنها دارند. در چنین شرایطی لغو اعمال جراحی الکتیو به علت ایجاد استرس در بیمار و همراهانش و صرف وقت و هزینه‌های زیاد و اشغال تخت‌های بیمارستان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است ، هر چند کاهش توان پرسنل بخش و یا اتلاف وقت جراح و پرسنل اطاق عمل و بلا استفاده ماندن امکانات آماده شده برای بیمار نیز در جای خود حایز اهمیت‌اند. با توجه به مطالب فوق چنین به نظر می رسد که مطالعه و بررسی پیرامون علل لغوشدن اعمال جراحی و سعی دریافتن راهکارهای عملی جهت برطرف نمودن این علل ، باعث بهینه‌سازی و بهبود کیفی و کمی در جراحی و بیهوشی می گردد. در مطالعه‌ای که توسط مهرآقایی و همکارانش در دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۷۸ انجام گرفته مشخص گردید که عمل جراحی الکتیو در ۲۲/۹۲٪ بیماران لغو گردیده است که ۶۳٪ مربوط به زیر گروه علل جراح بود که در ۷۹٪ موارد به علت طولانی‌تر شدن عمل قبلی بود. در بین علل مربوط به بیهوشی شایعترین علت(۷۵٪) وجود بیماری زمینه‌ای غیر از مورد عمل بوده است. در بین علت مربوط به بیمار نیز شایعترین علت(۶۴/۹٪) عدم مراجعه بیمار می‌باشد[۱] . در مطالعه‌ای که توسط Hand و همکارانش در سال ۱۹۹۰ در شیکاگو صورت گرفته ، ۱۳٪ از عملهای جراحی سرپایی ، ۹٪ از عملهای جراحی که بیمار در همان روز بستری می گردید و ۱۷٪ از بیمارانی که از قبل در بخش بستری بودند لغو گردید. در بین بیماران سرپایی اعمال جراحی دندان بیشترین میزان لغو را به خود اختصاص می‌داد و در گروه بیماران بستری شده اعمال جراحی قلب و عروق بیشترین میزان لغو را کسب نمودند. در این مطالعه شایعترین علت لغو مربوط به بیماریهای داخلی بود[۲] . در مطالعه دیگری که توسط Cavalcante و همکارانش در سال ۱۹۹۶ انجام شد میزان لغو شدن اعمال جراحی الکتیو یکی از بیمارستانهای دانشگاهی پرتقال ۳۳٪ بیان نمودند که به ترتیب مربوط به بخشهای جراحی عمومی ، چشم ، جراحی سر و گردن ، تروما و ارتوپدی ، ENT ، نفرولوژی و پیوند کلیه بود[۳] . در مطالعه Mangan و همکارانش مشخص شد که میزان انجام عمل جراحی جایگزینی کامل هیپ در افرادی که از قبل در لیست عمل جراحی قرار گرفته‌اند ۹۷٪ و برای کسانی که به طور روتین در لیست انتظار قرار می گرفتند ۶۲٪ بود که اغلب هزینه عمل باعث لغوشدن عمل جراحی این افراد می گردید و به این نتیجه رسیدند که برای اعمال جراحی بزرگ باید بیماران از قبل در لیست عمل قرار گیرند و قبل از بستری شدن مورد ارزیابی مجدد قرار گیرند تا میزان انجام عمل جراحی این افراد بالاتر رود[۴] . در مطالعه Koppade و همکاران نیز که بررسی علل لغوشدن اعمال جراحی الکتیو ارتوپدی انجام شد علت اصلی لغو عمل علت طبی بود و علت بعدی مربوط به طولانی شدن عمل قبلی می شد[۵] . همچنین در مطالعه DelGuercio و همکاران مشخص شد درصد زیاد ناهنجاریهای فیزیولوژیک در سالمندان سبب تأخیر یا لغو عمل جراحی این افراد می شود[۶] . در مطالعه Zarleng کمبود سیستم متمرکز عاملی برای افزایش میزان لغو عنوان شد[۷] . در مطالعه‌ای

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2025-12-11]

کـه توسـط Jones و همکـاران انجـام شـد (۱۹۹۸) بـه ایـن نتیجـه رسیدند که ثبت کردن اولیه اسامی بیماران و برنامه‌ریـزی از درون درمانگاه برای عمل جراحی بیماران، میزان لغوشدن فصلی اعمـال جراحی را کاهش می‌دهد ولی کـاهش در تعـداد اعمـال جراحـی لغو شده به دلایل طبی ایجاد نمی شود[۸] .

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی و به روش مقطعی انجام شـده و طـی آن ۱۴۳۷ بیمـاری کـه از ۱۳۸۰/۸/۱ لغایـت ۱۳۸۰/۹/۳۰ در بیمارستانهای آموزشی یـزد جهـت انجـام جراحـی الکتیـو بسـتری گردیده بودند وارد مطالعه شدند. پرسشگران طـرح بـا مراجعـه بـه اطاق عمل بیمارسـتانهای آموزشـی شـهر یـزد پرسشـنامه طـرح را تکمیل می‌کردند. پرسشنامه دو قسمت مجـزا داشـت. قسـمت اول مربوط اطلاعات دموگرافیک بیماران بوده که طی لیست عمل بـه منشی اطاق عمل اعلام می شود. اطلاعات این قسمت تعـداد کـل اعمال جراحی الکتیو انجام شده یا لغو شده را با مشخصات کامـل بیماران و نوع عمل جراحی در اختیار ما قـرار مـی‌داد. در قسـمت دوم چنانچه عمل جراحی فردی لغو شده بود علت آن به صـورت کامل و برحسب درجه اهمیت تا ۳ علت ذکـر مـی‌گـردد. پـس از تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه ، اطلاعات مربوطـه مـورد ارزیـابی واقـع گردیـد و بـا توجـه بـه نتـایج حاصـله علـل لغوشـدن اعمـال جراحی به ۵ گروه علت اصلی تقسیم گردیدند که عبارتند از:

الف ـ علل مربوط به جراح شامل:

۱- عدم حضور جراح

۲- طولانی شدن عمل قبلی

۳- تغییر تشخیص یا انتقال به بخش دیگر

۴- لغو توسط پزشک با علت نامشخص

ب ـ علل مربوط به اتاق عمل شامل :

۱- نبودن وسیله لازم جهت عمل

۲- کمبود ظرفیت اتاق عمل

۳- اتمام شیفت کاری اتاق عمل

۴- نبودن روز عمل و اشکالات لیست عمل

ج- علل مربوط به بیهوشی شامل:

۱- بیماری زمینه ای یا ریسک بالا

۲- حاضر نبودن آزمایش، خون یا مشاوره

د- علل مربوط به بیمار شامل:

۱- عدم رضایت بیمار

۲- عدم مراجعه بیمار یا ترک بیمارستان

۳- بیمار اورژانس

۴- غذا خوردن بیمار

هـ- علل مربوط به بیمارستان شامل مشکلات بیمه و حسابداری

داده‌هـای تحقیـق بـا اسـتفاده از برنامـه رایانـه ای SPSS ver.11 و آزمونهای آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

از مجموع ۱۴۳۷ مـورد عمـل جراحـی برنامـه ریـزی شـده تعداد ۱۸۰ مورد (۱۲/۵۲٪) لغو گردیـده اسـت کـه در بیمارسـتان شهید رهنمون (۱۵/۶٪)، بیمارستان افشار (۱۲٪)، بیمارستان سوانح سوختگی (۶/۵٪) و بیمارستان راه آهن (۴/۲٪) لغو عمـل جراحـی داشته‌اند و در بیمارستان بهمن نیز از ۲۳ مورد عمل جراحی الکتیو هیچ مورد لغو صورت نگرفته است. بیشترین تعداد بیمار از بخـش ارتوپدی (۲۳/۵٪) و بیشترین میزان لغو از بخش جراحـی اعصـاب بود (۴۳/۳٪) . ۶۵٪ بیماران مرد و بقیه زن بودند و عمـل جراحـی ۱۲٪ مردان و ۱۲/۶٪ زنان لغو گردیده است. متوسط سنی بیمـاران ۲۲/۹۹ ± ۳۸/۸ سال می باشد.

جدول (۱) میزان لغو عمل جراحـی الکتیـو در گـروه‌هـای سنی مختلف را نشان می‌دهـد. بـا توجـه بـه جـدول (۲) شـایعترین علت لغـو مربـوط بـه جـراح مـی‌باشـد (۳۳/۴٪) ، پـس از آن تـیم بیهوشی و اتاق عمـل هـر کـدام بـا (۲۵٪) لغـو در جـای دوم قـرار دارند و علل مربوط به بیمار با (۱۶٪) لغو در جای سـوم قـرار دارد و علل مربوط به بیمارستان نیز کمترین میزان را داراست (۰/۵٪) .

جدول ۱: توزیع فراوانی لغو اعمال جراحی الکتیو در جامعه مورد بررسی بر حسب سن

گروه سنی	درصد بیماران	درصد لغوعمل
۰-۱۹	۲۴/۶	۸/۵
۲۰-۳۴	۲۴/۶	۱۲/۲
۳۵-۵۹	۲۵/۵	۱۳/۹
>۶۰	۲۵/۵	۱۵/۴
جمع	۱۰۰	۱۲/۵۲

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2025-12-11]

جدول ۲ : توزیع فراوانی علل لغو اعمال جراحی الکتیو در جامعه مورد بررسی

علت اصلی	ENT	داخلی	سوختگی	جراحی قلب	جراحی اعصاب	جراحی عمومی	چشم	ارولوژی	ارتوپدی	میانگین
تیم بیهوشی	۲۵	۲۰	۵۰	۶۰	۲۴/۱	۱۳/۹	۷۲	۳۵/۷	۱۲/۱	۲۵
اطاق عمل	۵۰	۰	۰	۲۵	۲۴/۱	۱۷/۲	۳	۱۴/۲	۳۹	۲۵/۱
بیمار	۸/۳	۲۰	۵۰	۱۰	۱۸/۴	۲۴/۷	۰	۱۴/۲	۱۲/۳	۱۶
جراح	۱۶/۷	۶۰	۰	۵	۳۳/۴	۴۴/۲	۳	۳۵/۸	۳۶/۴	۳۳/۴
بیمارستان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۴	۰	۰	۰/۵
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

بحث

در این مطالعه عمل جراحی الکتیو ۱۲/۵۲٪ بیماران لغو شده بود که در مقایسه با مطالعات مشابه در شیراز و شیکاگو کمتر می باشد[۱،۱۱]. در مطالعه مشابهی که توسط مهرآقایی و همکاران در بیمارستان نمازی و چمران شیراز در سال ۱۳۷۸ انجام شده است عمل جراحی در ۲۲/۹۲٪ بیماران لغو شده بود[۱]. در مطالعه مشابهی که توسط Booth و همکاران ، طی بررسی ۴۱۰۰ مورد جراحی در مدت ۶ ماه انجام گرفت میزان لغوعمل برای بیماران سرپایی ۱۳٪ ، برای بیمارانی که در روز عمل بستری می‌شوند ۹٪ و برای بیماران بستری در بیمارستان ۱۷٪ بود[۲]. آنچه مسلم است که میزان لغو اعمال جراحی الکتیو نسبت به اعمال جراحی سرپایی و اورژانس در بیمارستانهای مورد بررسی نظیر دو مطالعه انجام شده بیشتر خواهد بود. توجیه این مسئله که میزان لغوعمل در بیماران بستری در بخشهای بیمارستان بیشترین مقادیر را به خود اختصاص داده این است که انتخاب بیماران برای جراحی سرپایی به گونه‌ای است که این بیماران بیماریهای زمینه‌ای پیچیده‌ای که باعث بستری‌شدن آنها قبل از عمل جراحی بشود و یا احتمال باقی ماندن بیمار در بیمارستان ، پس از عمل را داشته باشد با خود ندارند و از طرف دیگر اعمال جراحی که بر روی این بیماران صورت می گیرد نیز به پیچیدگی اعمال جراحی بیماران بستری نیست ، بیماران بستری در بخشها ، گاهی برای تعدیل بیماریهای زمینه‌ای و گاهی به علت به تعویق افتادن آزمایشات و بررسی‌هایشان ، باعث لغو اعمال جراحی‌شان می گردند. در این مطالعه ، علل مربوط به جراح ، بیشترین علت لغو اعمال جراحی الکتیو می باشد (۳۳/۳٪) و زیر گروه فرعی عدم حضور جراح به تنهایی مسئول ۳۶/۷٪ از موارد لغو در این گروه بود و جراح مربوطه علیرغم ارایه برنامه و لیست عمل به علت داشتن جلسات کاری برنامه عمل را به وقت دیگری موکول کرده که این مورد در گروه جراحی عمومی بیشتر از سایرین بوده است. از طرف دیگر بعد از طولانی‌تر شدن عمل قبلی که ۲۶/۷٪ از موارد را به خود اختصاص می‌دهد لغو توسط پزشک با علت نامشخص نیز ۲۳/۳٪ از موارد علل مربوط به جراح را در برمی گیرد. توجیه این مسئله ممکن است به این خاطر باشد که یک جراح زمانهای مشخص و محدود و تنظیم شده‌ای را جهت عمل در اختیار دارد ، لذا سعی می کند تا هر چه بیشتر به لیست رزرو اتاق عمل بیفزاید تا در صورت لغوشدن یک عمل جراحی جایگزینی توسط بیمار دیگر صورت گیرد ، حال آنکه خود این موضوع بر میزان لغوشدن اعمال جراحی و مشکلات آن می‌افزاید. در مطالعه مشابهی که در شیراز صورت پذیرفت علل مربوط به جراح بیشترین علت لغو اعمال جراحی الکتیو بوده است ولی زیر گروه فرعی طولانی‌تر شدن عمل قبلی به تنهایی مسئول (۵۰/۱٪) از موارد لغو می باشد[۱]. در گروه مربوط به اتاق عمل که به همراه تیم بیهوشی دومین علت اصلی لغو اعمال جراحی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2025-12-11]

الکتیو را شامل می شوند (هر کدام ۲۵٪). زیر گروه نبود وسیله لازم جهت عمل ۳۱/۱٪ موارد لغو در این گروه را تشکیل می‌دهد که به ویژه در بخشهای ارتوپدی شاخص می باشد. عدم تجهیز اتاق عمل به وسایل مورد نیاز و یا در دسترس بودن آنها و احیاناً عدم و پیگیری لازم در خصوص تهیه وسایل مورد نیاز توسط خود بیمار، همگی مسبب افزایش این میزان شده‌اند. اتمام شیفت کاری اتاق عمل نیز ۳۱/۱٪ از موارد لغو در این گروه را شامل می‌شود که بیشتر به صورت تأخیر در زمان شروع عمل جراحی روزانه بوده است. در گروه بیهوشی همانطور که اشاره شد ۲۵٪ از علل اصلی لغو وجود دارند که شایعترین زیر گروه فرعی در کل مربوط به بیماری زمینه ای غیر از مورد عمل بوده (۶۸/۹٪) و بقیه موارد از حاضر نبودن مشاوره ، آزمایشات و یا خون بیمار ناشی می گشت(۳۱/۱٪). در مطالعه ما موضوع افزایش سن به عنوان عامل مسبب حضور بیشتر بیماریهای همراه[۲۴] در گروه سنی ۳۵ سال به بالا صادق می باشد ولی در گروه سنی زیر ۱۹ سال منتفی می باشد. شاید این اختلاف از بررسی متفاوت و کم دقت بیماران در پذیرش اولیه ناشی گردد.

در مطالعه ای که Tait و همکارانش انجام دادند از متخصصین بیهوشی مورد سؤال ۳۴/۵٪ گهگاهی (کمتر از ۲۵٪) معمولاً ۹۹ـ۷۶٪ اعمال جراحی بچه ها را به دلیل عفونت تنفسی فوقانی لغو نموده‌اند[۱۸].

از طرف دیگر در مطالعه Koppade نیز عامل اصلی لغو شدن اعمال جراحی الکتیو ارتوپدی علل داخلی می باشد[۵].

همچنین در مطالعهٔ Guercio و همکاران مشخص شد که ناهنجاری‌های فیزیولوژیک سالمندان سبب تأخیر یا لغوشدن اعمال جراحی افراد می شود[۶] . در مطالعه مشابهی که در شیراز نیز صورت گرفته است ۷۵٪ موارد علل مربوط به بیهوشی ناشی از بیماری زمینه‌ای بوده است[۱] .

آماده نبودن جواب آزمایشات بیمار و خون و یا مشاوره لازم جهت عمل نیز ناشی از علل متضادی است. طبق روال در بیمارستانهای آموزشی یزد به طور معمول عمده بیماران قبل از عمل در بخشها توسط متخصص بیهوشی ویزیت و معاینه نمی‌گردند و چنانچه معاینه‌ای نیز صورت پذیرد در این حال بیمار کاملاً بررسی نمی‌گردد. از این رو ممکن است که آزمایشاتی از قلم بیفتد و در روز عمل در حالی که منتظر جواب آزمایشات هستند ، غافل از عدم درخواست آزمایش باشند و یا ضرورت انجام مشاوره با متخصص ویژه‌ای مد نظر متخصص بیهوشی باشد که از قبل انجام نشده باشد. در اینجا نیاز به یک بررسی کامل در یک فرصت مقتضی و در مکانی مناسب جهت کاهش چنین مشکلاتی احساس می گردد. در گروه علل مربوط به بیمار که ۱۶٪ از علل اصلی لغو عمل را به خود اختصاص می‌دهد شایعترین زیرگروه ، عدم مراجعه بیمار یا ترک بیمارستان می باشد(۳۷/۹٪). چنین یافته‌ای بیشتر حاکی از عدم همکاری بیمار و مهمتر از آن نشانه‌ای از عدم انتخاب صحیح بیماران بویژه در اعمال جراحی سرپایی می‌باشد. گر چه عوامل فرهنگی و اجتماعی در انتخاب این دسته از بیماران بسیار حایز اهمیت است [۱۵] ولی باید به نقش ارتباطی پزشک و بیمار توجه بیشتری مبذول داشت. بسیاری از بیماران بواسطهٔ عدم توانایی در پرداخت هزینه‌های گوناگون از عمل سرباز می‌زنند که در این مورد کاهش هر چه بیشتر هزینه‌ها به طرق مختلف از قبیل اعمال جراحی از حالت بستری به صورت سرپایی [۱۰] ، جلوگیری از لغوشدن اعمال جراحی با از میان برداشتن علل قابل پیشگیری [۱۴] و کاهش مدت زمان بستری از طریق بررسی دقیق بیمار در کلینیک‌های ویژه بررسی پیش از عمل [۹،۷] می‌تواند موجب کاهش هر چه بیشتر میزان لغوشدن اعمال جراحی و نیز افزایش امکان بهره‌گیری هر چه بیشتر بیماران از روشهای جراحی در درمان بیماریهایشان گردد. فواید کلینیک‌های بررسی پیش از عمل از ۵۰ سال پیش شناخته شده است[۱۲] البته این کلینیک‌ها تا سالهای اخیر بطور گسترده‌ای استفاده نشده و در ایران نیز چنین کلینیکهایی رایج نمی‌باشند. رشد جراحی سرپایی به دلیل اثرات و نتایج خوب عمل و بهبود در مراقبت از بیماران، باعث توجه بیشتر به چنین کلینیک‌هایی شده است [۱۹،۱۶] . مخصوصاً مشورت با متخصص بیهوشی قبل از اعمال در ارتباط با کاهش تستهای آزمایشگاهی غیر لازم، نوار قلب و عکسهای رادیوگرافی سینه و کاهش میزان لغوشدن اعمال جراحی بوده است[۲۰،۱۷،۱۳،۱۱] .

کاهش میزان بستری کردن بیماران و انجام اعمال به صورت

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2025-12-11]

سرپایی و نیز کاهش مدت اقامت بیماران در بیمارستان ، که در صورت معاینه و بررسی بیماران در کلینیکهای ویژه بدست می‌آید مهمترین فایده خواهد بود[۱۰]. در مطالعه ای که بر روی دو گروه بیماران (سرپایی– بستری) مورد عمل جراحی صورت گرفته ، نشان داده شده است که هزینه‌ها برای بیمارانی که بصورت سرپایی عمل می شوند، ۳۶۰ دلار کمتر از هزینه‌های یک بیمار بستری می‌باشند[۱۰]. در تحقیقی دیگر نشان داده شد که بررسی‌های پیش ازعمل در بیماران سرپایی باعث کاهش هزینه‌ها به میزان ۳۶۶ دلار برای هر بیمار که ۸۶٪ آن مربوط به هزینه‌های مراقبت پرستاری است ، می گردد. در این مطالعه میزان صرفه‌جویی و کاهش هزینه‌ها بواسطه کاهش آزمایشات و رادیوگرافی‌های غیرلازم، ۳۶ دلار برای هر بیمار بود[۱۶].

در مطالعه‌ای که توسط Frost انجام شد، ۳/۹۱ روز کاهش در مدت بستری بیماران بواسطهٔ بررسی‌های پیش از عمل در کلینیک‌های ویژه، گزارش گردید[۲۰]. در این تحقیق هر چند که عامل مربوط به بیمارستان، کمترین میزان را بخود اختصاص می‌دهد (تنها ۱ مورد لغو عمل جراحی به دلیل اشکالات بیمه) ، با این وجود نمی‌توان هزینه و مخارج و سایر مشکلات جنبی بیمارستان را به عنوان عامل مهمی در لغو اعمال جراحی نادیده گرفت.

نتیجه‌گیری

انجام اعمال جراحی ، غیر از تکنیک جراحی و انجام صرف خود عمل ، جنبه‌های متعدد بسیاری دارد که باید آنها را شناخته ، بررسی و مطالعه کرد و با انجام تحقیقات مکرر سعی در برطرف نمودن عوامل منفی و تقویت عوامل مثبت نمود.

لذا پیشنهاد می‌شود که نکات زیر مدنظر قرار گیرد:

۱- تأسیس کلینیکهای بررسی بیماران پیش از بستری بویژه در مورد بیماران سرپایی با سرپرستی متخصص بیهوشی

۲- ویزیت بیماران توسط متخصصین بیهوشی در زمان مناسب قبل از عمل به منظور ارزیابی نهایی بیمار و اقدامات مورد نیاز و برقراری آرامش و اطمینان خاطر بیمار.

۳- پیگیری انجام آزمایش، مشاوره یا تهیه وسیله مورد نیاز جهت انجام عمل توسط منشی یا مسئول هر بخش

۴- برقراری و هماهنگی لازم به منظور جلوگیری از تداخل میان زمان تشکیل جلسات گروه ، پژوهش ، تدریس و غیره با روز عمل جراح.

۵- بهبود کیفی و کمی وضعیت اتاق عمل از نظر پرسنل، تجهیزات و ظرفیت اطاق عمل.

۶- اجتناب از قرار دادن بیماران بیش از حد ممکن در لیست عمل به منظور جایگزینی ، در صورت لغو عمل جراحی احتمالی.

۷- دقت در تنظیم لیست اتاق عمل و هماهنگی با اطاق عمل و روز عمل جراح توسط منشی بخش.

۸- آگاهی بخشیدن بیماران در زمینه وضعیت فعلی‌شان، خطرات احتمالی جراحی، هزینه‌های مربوطه و غیره در صورت تمایل بیمار به بستری در همان ویزیت اولیه به منظور کاهش میزان عدم رضایت بیمار، عدم مراجعه و یا ترک بیمارستان.

سپاسگزاری

بدینوسیله مراتب تقدیر و تشکر خود را از آقایان : دکتر محمدحسین میرشمسی ، دکتر عباس مدیر ، دکتر جلیل فلاح و دکتر محمدعلی وفایی‌نسب که در انجام پژوهش یاری نموده‌اند اعلام می‌داریم.

منابع

۱- مهرآقایی پدرام ، نمازی سیدنورالدین .:« ***بررسی علل لغو اعمال جراحی الکتیو در بیمارستانهای دکتر چمران و نمازی دانشگاه علوم پزشکی شیراز***، پایان نامه پزشکی ، ۱۳۷۸: ۵۲-۴۴.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2025-12-11]

2- Booth P, Finegan BA. ***Changing the admision process for elective surgery economic analysis.*** Can J Aneasth. 1995 May; 42(5PT1): 391-4.

3- Cavalcante JB, Pagliuca LM, Almedia PC. ***Cancellation of scheduled surgery at a university hospital.*** J Acoust Soc Am 1998 Mar; 103(3) : 1261-71.

4- Conway JB, Goldberg J, Chung F. ***Predmision anesthesia consulation clinic.*** Can J Anasth 1992 Dec: 39(10): 1051-7.

5- DelGuercio LR, Cohn JD. ***Monitoring operative risk in the elderly.*** Int J Nurs Stud. 1969 spp; 6(3): 121-32.

6- Fischer SP. ***Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital.*** Anesthesiology 1996 Jul; 58(1): 196-206.

7- Frost EA. ***Outpatient evaluation: A new role for the anesthesiologist.*** Anesth & Analg. 1976 May-Jun; 55(3): 307-10.

8- Hand R, Levin P, Stanziola A. ***The causes of concelled elective surgery.*** Qual-Assul-Util-Rev. 1990 Feb. 5(1) : 2-6.

9- Janis LL : ***Psychological stress.*** Wiley, New York, 1958 : 22-30.

10- Jones AR , Sandison AJ, Owen WJ. ***The impact of pre-clerking clinnicson surgical operation cancellation prospective audit bermatol clin***. 1998 Jan; 16(1) : 1-15.

11- Koppad B , Pena M , Joshi A. ***Cancellation in elective orthopedic surgery.*** Radiology 1988 Dec; 169 (3): 629-30.

12- Lee JA. ***The anesthetic outpatient clinic*** Anesthesia 1994; 4: 169-74.

13- Mangan JL, Walsh C, Kernohan WG, Murphy JS, Mollan RA, Mcmillen R, EDE. ***Total joint replacement implication of cancelled operations for has costs and waiting list management.*** Intensive care Nurs 1991 Jun; 7(2): 105-13.

14- Millar JM . ***Assessment and preparation of adult day cases in practical anesthesia and analgesia for day surgery. First published.*** BIOS, Scientific publisher limited.1997 : 181-6

15- Millar JM. ***Selection and investigation of adult day cases.in practical anesthesia and analgesia for day surgery.*** First published. BIOS, Scientific publisher limited.1997 : 210-12

16- Pollard J , Zbory A , Mazze R . ***Economic benefits attributed to opening a preoperative evaluation clinicfor outpatients.*** Anesth , Analg . 1990 , 83 : 407-10.

17- Rutten C , Post D , Smelt W. ***Outpationt preoperative evaluation in Anesthesia.*** Fourth edition .Churchill livingstone,1994 :511-16.

18- Tait AR . Reg nolds PI , Gutstein HB . ***Factors thatinfluence an anesthesiologists decision to cancel elective syrgury for the child with an upper respiratory tract infection.*** J Clin Anesth 1995 Sep; 7(6).1992 , 4 : 204-7.

19- Twerskey RS , Lebovits A , Lewis M , et al . ***Early anesthesia evaluation of embulatory surgical pationts,do realy help?*** J. Clin Anesth . 1992 , 4 : 204-7.

20- Zarleng AG. ***Coordinating preoperative outpationt testing.*** J Clin Anesth .1995 Sep 7(6) : 491-9.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2025-12-11]