



Ortopedik cerrahi girişimlerin ertelenme nedenleri ve erteleme hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi

The reasons for postponement of scheduled orthopedic surgical operations and its effect on the patients' anxiety and pain levels

Sevgi DADAŞ ELDAŞ,¹ Fatma ETİ ASLAN²

¹Akdeniz Üniversitesi Hastanesi B-Blok Ameliyathanesi, Uzm. Hmş.;
²Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Öğrt. Üyesi

Amaç: Hastaneye yatırılarak ortopedik cerrahi girişim uygulanması planlanan hastalarda cerrahi girişimlerin ertelenme nedenleri araştırıldı; bu durumun hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi değerlendirildi.

Çalışma planı: Ortopedi ve Travmatoloji kliniğinde yatırılarak alt ekstemitede cerrahi girişim uygulanan 100 hasta (yaş aralığı 21-56) çalışmaya alındı. Planlanan günde cerrahi işlemin ertelendiği olgulardan (50 hasta) çalışma grubu, ertelenmediği olgulardan (50 hasta) kontrol grubu oluşturuldu. Veriler, bireysel özellikler formu, Spielberger Durumluluk-Süreklilik Anksiyete Ölçeği ve ağrı değerlendirme ölçeği ile toplandı. Her iki grupta da, cerrahi girişimden sonraki ilk 48 saat içinde sekiz saat ara ile altı kez ağrı değerlendirmesi yapıldı. Çalışma ve kontrol gruplarından elde edilen bilgiler karşılaştırıldı.

Sonuçlar: En fazla erteleme nedeni (%28) tıbbi hastalıklar idi. En fazla erteleme kararı (%42) anesteziist tarafından verildi. Cerrahi girişimin ertelendiği grupta, erteleme kararı açıklandıktan sonra durumluluk anksiyete puan ortalamasının cerrahi öncesine göre anlamlı derecede yükseldiği görüldü (p=0.001). Ağrı değerlendirmesinde "rahatsız edici ağrı" bildiren hasta sayısı, girişimin ertelendiği grupta her zaman yüksek bulundu. İkinci, üçüncü ve altıncı değerlendirmelerde "rahatsız edici ağrı" tarifleyen hasta sayıları erteleme grubunda anlamlı derecede yüksek idi.

Çıkarımlar: Planlanan cerrahi girişimin ertelenmesi, hastaların daha fazla duygusal travma ve ağrı yaşamalarına neden olmaktadır.

Anahtar sözcükler: Anksiyete, ameliyathane/kullanım; ortopedi/istatistiksel veriler; ağrı; doktor-hasta ilişkileri; anket ve ölçek; elektif cerrahi işlemler.

Objectives: This comparative-descriptive study was planned to evaluate the reasons for postponement of scheduled orthopedic surgical operations and its effect on anxiety and pain levels of patients.

Methods: The study included 100 patients (age range 21 to 56 years) who were admitted to the orthopedics department for a scheduled surgical operation in the lower extremity. Fifty patients who were subject to postponement of the operation on the scheduled day comprised the study group, and 50 patients who underwent surgery on the intended day comprised the controls. Data were collected by means of a patient questionnaire, the Spielberger State and Trait Anxiety scale, and a pain assessment scale. Evaluation of pain was made six times at regular intervals within 48 hours postoperatively. The results were compared.

Results: The most common reason (28%) for postponement was the presence of medical diseases on the part of the patient. Most frequently, the decision for postponement came from anesthesiologists (42%). Compared to the preoperative level, the mean state anxiety score showed a significant increase following the notification of the patients concerning the postponement (p=0.001). The number of patients who reported "disturbing pain" was at all times high in the study group, being significantly more in the second, third, and sixth evaluations.

Conclusion: Postponed surgical operations result in an increased degree of emotional trauma and pain in patients assigned to have orthopedic surgical interventions.

Key words: Anxiety; operating rooms/utilization; orthopedics/statistics & numerical data; pain; physician-patient relations; questionnaires; surgical procedures, elective.

Cerrahi girişim, organizmanın fizyolojik akışını mümkün olduğunca koruyarak hastalıklarda, yaralanmalarda ve deformitelere bozulan vücut fonksiyonlarının normal fizyolojiye en yakın duruma getirilmesinde ya da dayanılabilir sınırlar içinde yaşamın sürdürülmesinde uygulanan tedavi yöntemidir.^[1]

Cerrahi uygulamaların yanı sıra yaygın bir uygulama da hastanın tedavi ve bakım gereksinimlerine göre cerrahi girişimden kısa bir süre önce hastaneye yatırılarak, fizyolojik ve psikolojik yönden hazırlığının yapılmasıdır. Ancak, olası cerrahi risklerin en aza indirilmesinin amaçlandığı bu tür planlı cerrahi girişimler de hastalarda değişik derecelerde anksiyete ve ağrı ortaya çıkmasına neden olmaktadır.^[2]

Bununla birlikte, planlı cerrahi girişimlerin son anda/günde değişik nedenlerle ertelenmesi sık karşılaşılan durumlardandır ve ertelemenin hastaların anksiyete ve ağrılarını nasıl etkilediği bilinmemektedir.^[3-5]

Cerrahi girişimlerin ertelenmesi ile ilgili çalışmalar daha çok ertelenme nedenleri, bu ertelemelerin cerrahi bölümlere göre dağılımları ve bunun ekonomik sonuçları üzerinedir. Ortopedik girişimlerin ertelenme nedenleri ve hastaların ertelenme sonrası durumu hakkında araştırmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda, hastanede yatırılarak cerrahi girişim uygulanması planlanan hastalarda, ortopedik cerrahi girişimin ertelenme nedenleri ve bu durumun hastaların anksiyete düzeyi ve ağrı şiddeti üzerine etkisini belirlemek amaçlandı.

Hastalar ve yöntem

Çalışmaya 15 Nisan 2002-12 Kasım 2002 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'na alt ekstremiteler ile ilgili sorunu nedeniyle yatırılarak cerrahi girişim yapılması planlanan, girişim konusunda 24 saat önce kendisine haber verilen, sağlık güvencesine sahip, en az ilköğretim mezunu 100 hasta (yaş dağılımı 21-56) alındı. Çalışma için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Etik Kurul onayı alındı. Hastalar ile cerrahi girişim öncesinde görüşülerek, araştırma ve veri toplama formları hakkında bilgi verildi. Cerrahi işlemin aynı gün ertelendiği olgular (50 hasta) çalışma grubunu, cerrahinin ertelenmediği olgular (50 hasta) ise kontrol grubunu oluşturdu.

Çalışma için alt ekstremiteler sorunu nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların tercih edilme nedeni, bu ekstremitelere uygulanan cerrahi girişimlerde hastanın günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede uzun süre başkalarına gereksinim duyması ve çalışıyor ise işe başlamasının uzun sürmesidir. Bu durumların anksiyeteyi artıracak ve dolayısıyla ağrı şiddetini etkileyeceği düşünüldü.

Araştırmada bireysel özellikler formu, Durumluluk-Süreklilik Anksiyete Ölçeği ve ağrı değerlendirme ölçeği kullanıldı.

Bireysel özellikler formu: Hastanın bireysel özelliklerini ve cerrahi girişime ilişkin bilgileri içeren bu form, literatür incelemesi, uzman görüşü ve araştırmacının bilgi ve gözlemleri sonucu oluşturulan 12 açık, 11 kapalı uçlu olmak üzere toplam 23 soru içeriyordu. Form, cerrahi girişimden bir gün önce yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacının kendisi tarafından dolduruldu.

Durumluluk-Süreklilik Anksiyete Ölçeği: Hastaların anksiyetesini değerlendirmek için Spielberger tarafından geliştirilen (1970), Öner ve Le Copte tarafından Türkçe'ye uyarlanan, geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış (1983) "Durumluluk-Süreklilik Anksiyete Ölçeği" kullanıldı.^[6]

Ölçek, tüm hastalara cerrahi girişimden bir gün önce uygulandıktan sonra, cerrahi girişimi ertelenen hastalara işlemin ertelenmesini izleyen ilk saatlerde, cerrahi girişim planlanmasından bir gün önce ve anestezinin etkisi ve ağrının azalacağı düşüncesiyle cerrahi girişimden sonraki birinci gün; ertelenmeyen hastalara ise anestezinin etkisi ve ağrının azalacağı düşüncesiyle cerrahi girişimden sonraki birinci gün uygulandı.

Ağrı değerlendirmesinde, Melzak ve Targerson tarafından ağrının şiddetini tanımlamak için geliştirilen, ülkemizde cerrahi girişim sonrası oluşan akut ağrı değerlendirmesinde yaygın olarak kullanılan ve diğer tek boyutlu ölçeklere göre ağrı değerlendirmesinde üstünlüğü kanıtlanan "Sözel Kategori Ölçeği" kullanıldı.^[7,8] Hastanın ağrı durumunu tanımlayabilmesi için ölçekte "1 - Hafif ağrı," "2 - Huzursuz edici ağrı," "3 - Rahatsız edici ağrı," "4 - Korkunç ağrı" ve "5 - Dayanılmaz ağrı" ifadeleri kullanıldı.^[7-10] Her iki gruba da, cerrahi girişimden sonraki ilk 48 saat içinde sekiz saat ara ile toplam altı kez uygulandı. Ağrı ölçümü yapılmadan en az

bir saat öncesine kadar ağırlı işlem yapılmamış olmasına, böyle bir işlem yapılmış ise değerlendirilmenin yaklaşık bir saat sonra yapılmasına özen gösterildi. Ölçekteki ifadelerden hangisinin ağrıyı en iyi şekilde tanımladığı tüm hastalara araştırmanın kendisi tarafından soruldu.

Hastalara klinikte uygulanan analjezi politikası doğrultusunda cerrahi girişim sonrası ilk iki günde 3x1 analjezik kas içi enjeksiyon ve 2*1 50 mg narotik kas içi enjeksiyon uygulandı.

Bulguların değerlendirilmesinde nominal değişkenler için ki-kare ve Fisher'in kesin ki-kare testleri; ordinal değişkenler için Mann-Whitney U-testi, Wilcoxon işaret sıra testi kullanıldı. Anksiyete puanları

için ortalama, grup içi değerlendirmelerde eş serilerde t-testi; iki grup arasındaki önce-sonra farklılıklarının anlamlılığı ve iki grup arasındaki başlangıç puan değerleri için Student t-testi kullanıldı. Değerlendirmeler $p<0.05$ anlamlılık düzeyine göre yapıldı.

Sonuçlar

Araştırma kapsamına alınan hastaların bireysel özellikleri Tablo 1'de özetlendi. Cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, mesleklere göre dağılım açısından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Uygulanan cerrahi girişim yönünden gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($\chi^2=1.12$; $p=0.89$; Tablo 2).

Tablo 1. Hastaların bireysel özellikleri (n=100)

Özellik	Cerrahi girişim						Anlamlılık düzeyi	
	Ertelenmeyen		Ertelenen		Toplam		χ^2	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Cinsiyet							0.16	0.68
Erkek	21	42	23	46	44	44		
Kadın	29	58	27	54	56	56		
<i>Toplam</i>	50	100	50	100	100	100		
Yaş grubu							0.65	0.72
21-32	14	28	16	32	30	30		
33-44	23	46	19	38	42	42		
45-56	13	26	15	30	28	28		
<i>Toplam</i>	50	100	50	100	100	100		
Eğitim durumu							3.22	0.35
İlköğretim	21	42	23	46	44	44		
Ortaöğretim	16	32	18	36	34	34		
Yükseköğretim	13	26	9	18	22	22		
<i>Toplam</i>	50	100	50	100	100	100		
Medeni durum							4.20	0.12
Evli	29	58	38	76	67	67		
Bekar	21	42	12	24	33	33		
<i>Toplam</i>	50	100	50	100	100	100		
Meslek							5.42	0.36
Ev kadını	11	22	17	34	28	28		
İşçi	12	24	8	16	20	20		
Serbest meslek	7	14	10	20	17	17		
Memur	16	32	12	24	28	28		
Öğrenci*	4	8	3	6	7	7		
<i>Toplam</i>	50	100	50	100	100	100		

*Gözlenen değer 5'in altında olduğu için ki-kare analizi dışında bırakılmıştır.

Tablo 2. Uygulanan cerrahi girişim türleri

Cerrahi girişim	Ertelenmeyen		Ertelenen	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kalça protezi	15	30	17	34
Femur başına girişim	12	24	12	24
Femur/tibia osteotomisi	11	22	13	26
Diz protezi	7	14	5	10
Kalça osteotomisi	5	10	3	6

Planlanan ortopedik cerrahi girişimlerin ertelenme nedenleri ve ertelenme kararının hastaya kim tarafından açıklandığı Tablo 3'te gösterildi. Cerrahi girişimin ertelenmesi kararını %42'sinde (21 kez) anesteziistin, %36'sında (18 kez) cerrahın, %18'inde (9 kez) ameliyathane yönetici hemşiresinin, %4'ünde (2 kez) ise hastanın verdiği belirlendi.

Cerrahi girişim öncesinde, erteleme olmayan grupta durumluluk anksiyete puan ortalaması 45.14 ± 7.66 , süreklilik anksiyete puan ortalaması 49.04 ± 7.19 ; ertelenen grupta ise sırasıyla 42.86 ± 4.51 ve 48.30 ± 5.74 idi; gruplar arasında bu açıdan anlamlı farklılık bulunmadı.

Cerrahi girişim sonrasında, girişimin ertelendiği (39.52 ± 5.53) ve ertelenmemiş olduğu (38.12 ± 6.31) hasta gruplarında durumluluk anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmedi. Bununla birlikte, girişimin ertelendiği grupta, erteleme kararı açıklandıktan sonra, durumluluk anksiyete puan ortalamasının 42.86 ± 4.51 'den 45.26 ± 5.97 'ye yükseldiği görüldü. Cerrahi öncesine göre artış anlamlı bulundu ($t=-3.74$; $p=0.001$).

Hastaların cerrahi girişim sonrası ağrı şiddetlerinin dağılımı Tablo 4'te gösterildi. Her iki gruba da, cerrahi girişimden sonraki ilk 48 saat içinde, sekiz saat ara ile toplam altı kez yapılan ağrı değerlendirilmesinde "rahatsız edici ağrı" bildiren hasta sayısı, girişimin ertelendiği grupta her zaman yüksek bulundu. İkinci, üçüncü ve altıncı değerlendirmelerde "rahatsız edici ağrı" bildiren hasta sayıları erteleme grubunda anlamlı derecede yüksek idi. Diğer değerlendirmelerde iki grup arasında bu açıdan anlamlı farklılık görülmedi (Tablo 4).

Tartışma

Cerrahi girişimler, kalp, hipertansiyon, anormal laboratuvar sonuçları ve astım gibi tıbbi sorunlar nedeniyle ertelenebilmektedir. Çalışmamızda hastala-

Tablo 3. Cerrahi girişimlerin ertelenme nedenleri

Ertelenen cerrahi girişimler	Sayı	Yüzde
Ertelenme nedenleri		
Tıbbi hastalık	14	28
Sigorta problemleri	10	20
Program/listeleme	9	18
Ameliyathaneden kaynaklanan sorunlar	6	12
Hekimin plan değişikliği	6	12
Açlık süresi ihlali	3	6
Hastanın plan değişikliği	2	4
Toplam	50	100
Hastaya ertelenme kararını açıklayan		
Hemşire/hekim	26	52
Hemşire	15	30
Hekim	8	16
Kendi ailesi	1	2
Hastanın ertelenmeye ilişkin düşünceleri		
Evet / Yeterliydi	27	54
Hayır / Yetersizdi	23	46

rın %28'inde cerrahi girişimlerinin tıbbi hastalık nedeniyle ertelendiği belirlendi (Tablo 3). Knight^[11] tıbbi hastalık nedeniyle yapılan cerrahi girişim ertelenmelerinin %49 olduğunu, Dix ve Howell^[12] ise hipertansiyonun tıbbi ertelenmelerin %16.2'sini oluşturduğunu bildirmişlerdir. Bu sonuçlar, cerrahi girişim öncesinde hastaların değerlendirilmesinin ve fiziksel hazırlığının istenilen şekilde yapılmadığını göstermektedir.

Hastalar tedavi olacakları hastaneleri büyük ölçüde sigorta biçimlerine ve ekonomik durumlarına göre tercih etmektedir. Araştırmanın yapıldığı hastanenin Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ile anlaşmasının olmaması, sadece acil durumlarda bu hastalara müdahale edilmesi, cerrahi girişim gereken durumlarda ise SSK'nın onay verme sürecinde sorunlar yaşanması sık karşılaşılan durumlardır. Bu bağlamda hastaların %20'sinin cerrahi girişimlerinin sigorta sorunları nedeniyle ertelendiği saptandı (Tablo 3). Wildner ve ark.^[13] ile Knight^[11] sigorta sorunu nedeniyle ertelenen cerrahi girişimlerin oranını %6 olarak bildirmişlerdir. Sigorta ödemelerinde belirsizlik olan hastaların önceden belirlenmesi, bu hastaların cerrahi girişim listelerine sorun çözümlenmeden alınmaması, hastanın psikolojik ve fizyolojik olarak etkilenmesini en aza indirecektir.

Jorgensen ve ark.^[14] ameliyathane programında listeleme ve zaman yetersizliği nedeniyle ertelenen cerrahi girişimlerinin oranını %36, Pollard ve Olson^[5] ise %21 bulmuşlardır. Cerrahi girişim listesinin sonunda bulunan hastaların %45'inin cerrahi girişimlerinin ertelendiği bildirilmiştir.^[3-5] Çalışmamızda

cerrahi girişimlerin %18'inin program/listelemede yapılan yanlışlıklar ve zaman yetersizliği nedeniyle ertelendiği saptandı (Tablo 3). Doğan ve ark.^[3] zaman yetersizliği nedeniyle ertelenen cerrahi girişimlerin %10 oranında olduğunu belirtmişlerdir. Zaman yetersizliği nedeniyle yapılan cerrahi girişim erte-

Tablo 4. Cerrahi girişim sonrası ağrı şiddetinin dağılımı

Ağrı puanlaması	Cerrahi girişim						Anlamlılık düzeyi	
	Ertelenmeyen		Ertelenen		Toplam		χ^2	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
1. değerlendirme							7.97	0.06 ⁺
Hafif	7	14	5	10	12	12		
Huzursuz edici	33	66	22	44	55	55		
Rahatsız edici	8	16	16	32	24	24		
Korkunç	2	4	7	14	9	9		
Dayanılmaz	-	-	-	-	-	-		
2. değerlendirme							21.93	0.0001 ⁺⁺⁺
Hafif	28	56	8	16	36	36		
Huzursuz edici	16	32	17	34	33	33		
Rahatsız edici	6	12	24	48	30	30		
Korkunç	-	-	-	-	-	-		
Dayanılmaz	-	-	1*	2	1	1		
3. değerlendirme							15.81	0.00 ⁺⁺
Hafif	21	42	9	18	30	30		
Huzursuz edici	25	50	21	42	46	46		
Rahatsız edici	4*	8	20	40	24	24		
Korkunç	-	-	-	-	-	-		
Dayanılmaz	-	-	-	-	-	-		
4. değerlendirme							6.41	0.12 ⁺
Hafif	19	38	10	20	29	29		
Huzursuz edici	26	52	27	54	53	53		
Rahatsız edici	4*	8	11	22	15	15		
Korkunç	1*	2	2*	4	3	3		
Dayanılmaz	-	-	-	-	-	-		
5. değerlendirme							4.31	0.23 ⁺
Hafif	27	54	22	44	49	49		
Huzursuz edici	21	42	20	40	41	41		
Rahatsız edici	2	4	7	14	9	9		
Korkunç	-	-	1*	2	1	1		
Dayanılmaz	-	-	-	-	-	-		
6. değerlendirme							14.68	0.001 ⁺⁺⁺
Hafif	37	74	19	38	56	56		
Huzursuz edici	13	26	27	54	40	40		
Rahatsız edici	-	-	4*	8	4	4		
Korkunç	-	-	-	-	-	-		
Dayanılmaz	-	-	-	-	-	-		

* Gözlenen değer 5'in altında olduğu için ki-kare analizi dışında bırakılmıştır; +: p>0.05; ++: p<0.05; +++: p<0.001.

melerinin büyük bölümünü gerçekçi olmayan program/listelemelerin/ oluşturduğu, bunun ise işyükünü artırmasının yanında cerrahi ekip ve hastayı olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir.^[2,15-17] Ameliyathane çalışma programı ve cerrahi girişim listesi oluşturulurken, çalışacak ekip üyelerinin durumu, cerrahın bilgisi ve el becerisi, günlük hasta sayısı, mevcut olan aletlerin yeterliliği, sterilizasyon programı gibi birçok faktörün göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Cerrahi girişim sırasında aletlerin temini ve sterilizasyonundaki gecikmeler, ameliyathane personelinin yetersizliği, cerrah ile ekip arasındaki iletişim eksikliği gibi nedenlerden dolayı ameliyathane kaynaklı cerrahi girişim ertelenmesine de sık rastlanmaktadır. Çalışmamızda, cerrahi girişimlerin %12'sinin ameliyathaneden kaynaklanan sorunlar nedeniyle ertelendiği belirlendi (Tablo 3). Bu tür ertelemelerin yaşanmaması için gerekli aletlerin bilinmesi ve önceden istenmesi, olmadığı durumlarda ise hastanın listeye konmaması, cerrah ile diğer ekip üyeleri arasında düzenli iletişimin sağlanması gerekmektedir.

Acil cerrahi girişimlere öncelik verilmesi, cerrahi ekipten birinin hastalanması ya da cerrahın özel sorunları nedeniyle olan ertelemeler, hekimin plan değişikliğiyle yaptığı ertelemeler içinde yer almaktadır. Çalışmamızda, cerrahi girişimlerin %12'sinin hekimin plan değişikliği nedeniyle ertelendiği belirlendi (Tablo 3). Pollard ve Olson^[5] cerrahi girişimlerin %16'sının cerrahın takdiri ile, Aaserud ve ark.^[18] %14'ünün acil olguların kabul edilmesi nedeniyle ertelendiğini; Jorgersen ve ark.^[14] ile Koppada ve ark.^[19] ise ortopedi ameliyathanesinde yapılan ertelemelerin çoğunluğunun acil cerrahi girişimlerden dolayı hekimin kararıyla yapıldığını belirlemiştir. Plan değişikliği nedeniyle yapılan ertelemelerde durumun hastaya ve ailesine açıklanmasının ertelemeye bağlı olası olumsuzlukları azaltacağını düşünüyoruz.

Cerrahi girişim öncesinde hastayla ilgili hazırlıkların yeterli yapılamaması durumunda da cerrahi girişimlerin ertelendiği bilinmektedir.^[3] Çalışmamızda, hastaların %6'sının aç kalmaya ilişkin yeterli bilgilendirilmemeleri sonucu cerrahi girişimlerin açıklık süresi ihlali nedeniyle ertelendiği saptandı (Tablo 3). Pollard ve Olson,^[5] yeterli bilgilendirme yapılmaması nedeniyle ortaya çıkan açıklık süresi ihlallerini %14 olarak belirlemiştir. Ortopedik sorunları olan has-

ta listelerinin aylar öncesinden oluşturulup hastaların sıra usulü kliniğe başvurdukları göz önüne alındığında, bu süre içinde önhazırlık aşamasının yeterli düzeye getirilmesi ve hastanın bilgilendirmesinin eksiksiz yapılmış olması beklenmektedir.

Cerrahi girişimlerin hasta tarafından ertelenmesi değişik nedenlerden kaynaklanmakla birlikte, bir kısmını fiziksel, diğerlerini ise temel sosyal sorunlar oluşturabilmektedir. Çalışmamızda, hastaların %4'ü cerrahi girişimlerini kendileri ertelemiştir (Tablo 3). Morrissey ve ark.^[20] hastaların cerrahi girişim kararından vazgeçme oranını %14.6, Pollard ve Olson^[5] ile Knight^[11] %14 olarak bildirmişlerdir. Hastanın isteğiyle gerçekleşen cerrahi girişimi erteleme oranları %4 ile %14 arasında değişmektedir. Hastanın bu kararı alması hasta hakları açısından doğal bir durumdur. Ancak, hastayı bu kararı almaya iten nedenler arasında psikolojik hazırlığın yetersiz yapılmasının rolü varsa, burada sağlık ekibinin sorumluluğu da ortaya çıkmaktadır. Erteleme kararını hastanın verdiği durumlarda ameliyathane çalışma programında ani değişiklikler yaşanmakta, bu durum hem diğer hastaları hem de ekibi olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle, cerrahi girişim gereğinin hastalara çok iyi anlatılması, soru sorulmasına olanak tanınması ve hastanın vereceği karara saygılı olunacağına anlatılması gerekmektedir.

Hastaların, erteleme kararını hemşire ve hekimden (birlikte) (%52), hemşireden (%30), hekimden (%16) ve ailesinden (%2) öğrendiği saptandı (Tablo 3). Bu kararın hastaya bildirilme şekli ve kimin tarafından bildirildiği oluşacak anksiyete açısından önemlidir. Uygun olanı, cerrahi girişim kararını veren hekimin ertelenmeyi gerekçeleri ile birlikte hastaya açıklaması, hastayla konuşması ve kendini ifade etmesi için olanak sağlamasıdır.^[21]

Hastaların %54'ü ertelenme sonrası kendisine verilen bilgiyi yeterli bulurken %46'sı yetersiz buldu (Tablo 3). Bölükbaş'ın^[22] yaptığı çalışmada, hastaların %31'ine cerrahi girişim öncesinde, %14'üne cerrahi girişim sonrasında uygulanacak işlemler hakkında bilgi verilmediği ve hastaların %95'inin cerrahi girişim öncesi ve sonrası uygulanacak işlemler hakkında bilgi istedikleri belirlenmiştir. Hasta beklentilerinin göz önüne alınması ve bu beklentilerin olanaklar elverdiğince karşılanması, hasta ve ailesinin sağlık ekibi ve ilgili sağlık kuruluşundan duydukları memnuniyeti doğrudan etkilemektedir.

Knight^[11] erteleme kararının çoğunlukla anestezi uzmanları tarafından verildiğini, Hodge^[2] ise cerrahi girişimlerin ertelenmesinde esas nedenin ameliyathane yönetimi olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda, en fazla erteleme kararının (%42) anestezi uzmanları tarafından verildiği görüldü. Cerrahi girişimlerin büyük bir kısmının (%28) tıbbi hastalık nedeniyle ertelendiği göz önüne alındığında, risk oluşturabileceği düşüncesiyle cerrahi işlemin anestezi uzmanları tarafından ertelenmesi beklenen bir sonuçtur.

Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirten sürekli anksiyete durumu, duruma bağlı anksiyeteyi etkileyebilmektedir. Bu nedenle, çalışmamızda tüm hastaların sürekli anksiyete düzeyleri değerlendirilmiş ve cerrahi girişimin ertelendiği ve ertelenmediği gruplar arasında sürekli anksiyete puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bekaroğlu ve ark.^[23] cerrahi girişim öncesinde hastaların sürekli anksiyetelerinin orta düzeyde olduğunu belirlemişlerdir. Bu bulgular bizim bulgularımızı destekler niteliktedir; literatürde 40-49 arasındaki puanların orta düzeyde anksiyeteyi gösterdiği bildirilmiştir.^[24,25]

Durumluluk anksiyetesi belirli koşullara bağlı olarak ortaya çıkar. Bu bağlamda, cerrahi girişim öncesindeki durumluluk anksiyete düzeyleri açısından iki gruptaki hastaların da orta düzeyde anksiyete yaşadıkları saptanmıştır. Bekaroğlu ve ark.^[23] da cerrahi girişim öncesinde hastaların anksiyete puan ortalamalarının orta düzeyde olduğunu belirlemişlerdir. Cerrahi girişim öncesinde bekleme, hasta açısından en önemli anksiyete nedenlerinden biridir. Literatürde, cerrahi girişim öncesinde sağlık bakım ekibinin hastayla görüşmesi ve gerekli bilgileri vermesinin oluşacak anksiyeteyi azaltmada oldukça etkili olduğu, hastanın analjezik alma gereksinimini azalttığı, iyileşme sürecini hızlandırarak, hastanede kalış süresini kısalttığı ve aktif yaşama geri dönüşünü hızlandırdığı vurgulanmıştır.^[21,26]

İki gruptaki hastaların cerrahi girişim sonrası durumluluk anksiyete düzeyleri birbirine çok yakın bulundu. Ancak, cerrahi girişim öncesindeki durumluluk anksiyete düzeyi göz önüne alındığında, ertelenmeyen gruptaki anksiyete puanındaki düşüşün daha fazla olduğu görüldü. Bu bulgu, cerrahi girişimi ertelenen hastaların cerrahi girişim sonrası anksiyetelerinin daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Ertelenen cerrahi girişimin durumluluk anksiyete düzeyine etkisi incelendiğinde, cerrahi girişimi ertelenen grupta girişim öncesi ve sonrası puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu bulgular, cerrahi girişimin ertelenmesinin hastaların durumluluk anksiyete düzeyini yükselttiğini; anksiyetenin iyileşme sürecine olumsuz etkileri göz önüne alındığında, olası ertelenmelerin en aza indirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Cerrahi hastalarının büyük bir kısmında, cerrahi girişim sonrası dönemde orta veya şiddetli derecede ağrı olduğu bilinmektedir. Cerrahi girişim türünden bağımsız olarak, tüm hastaların %30'unun orta, %40'ının şiddetli ağrı çektiği bildirilmiştir.^[26,27] Çalışmamızda hastaların tamamında değişik derecelerde ağrı bulunduğu belirlendi (Tablo 4). Anksiyetenin kas gerginliğine neden olarak olası ağrı şiddetini artıracağı bilinmektedir. Bu bağlamda, birinci ağrı değerlendirmesinde gruplar arasında anlamlı fark olmamasına karşın, cerrahi girişimin ertelendiği grupta şiddetli ağrı belirten hasta sayısının fazla olduğu görüldü (Tablo 4).

İkinci ağrı değerlendirmesinde de, ertelenen grupta şiddetli ağrıdan yakınan hasta sayısı fazlaydı. Anestezinin etkisinin geçtiği bu dönemde, bu grupta yer alan hastaların durumluluk anksiyete düzeylerinin de yüksek bulunduğu göz önüne alındığında, ağrı şiddetlerinin yüksek olması beklenen bir durumdur.

Üçüncü ağrı değerlendirmesinde, ertelenen gruptaki hastaların daha şiddetli ağrı yakınmaları varken; dördüncü ve beşinci ağrı değerlendirmesinde gruplar arasında fark yoktu. Cerrahi girişim sonrası 48. saatte yapılan altıncı ve son ağrı değerlendirmesinde ertelenen gruptaki hastaların ağrı yakınmalarının daha fazla olduğu saptandı. Sonuçta, literatürde benzer bir çalışmaya rastlamamış olmamıza karşın, cerrahi girişimi ertelenen hastalarda daha şiddetli ağrı olduğu söylenebilir.

Ertelenen cerrahi girişimlerin, hastanın anksiyete düzeyi ve ağrı şiddeti üzerinde olumsuz etkisi vardır. Bu durum, hastanede kalış süresi, enfeksiyon riski, maliyet ile hasta ve ailesinin memnuniyeti üzerinde olumsuz etkilere yol açar. Bu nedenle, cerrahi girişim öncesinde yeterli hazırlık yapılmalı; ertelemeye neden olabilecek olası tıbbi hastalıklar belirlenmeli; gerekli önlemler alındıktan sonra cerrahi girişim planlanmalı; cerrahi ekip güçlü bir iletişim ağı için-

de olmalı ve cerrahi girişim listeleri hastanın sigorta sorunları çözüldükten sonra yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Onat D. Cerrahinin tarihçesi. In: Sayek İ, editör. Temel cerrahi. 2. baskı. 1. cilt, Ankara: Güneş Kitabevi; 1993. s. 3-28.
2. Hodge D. Day surgery: a nursing approach. Edinburg: Churchill Livingstone; 1999.
3. Doğan N, Yavuz M, Alagöz E, Hepgünay H, Tuncer H, Çam S. Ameliyathanede vaka iptallerinin incelenmesi. Hemşirelik Forumu 2002;5(3):35-9.
4. Lacqua MJ, Evans JT. Cancelled elective surgery: an evaluation. Am Surg 1994;60:809-11.
5. Pollard JB, Olson L. Early outpatient preoperative anesthesia assessment: does it help to reduce operating room cancellations? Anesth Analg 1999;89:502-5.
6. Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 1997.
7. Eti Aslan F. Postoperatif ağrı değerlendirmesinde görsel kıyaslama ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerinin karşılaştırılması. In: VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı; 14-16 Mayıs 1998, Ankara, Türkiye. Ankara: 1998. s. 178-86.
8. Turk DC, Melzack R, editors. The McGill Pain Questionnaire. In: Handbook of pain assessment. New York: Guilford Press; 1992. p. 152-68.
9. Odom J. Postoperative pain care and complications. In: Meeker MH, Rothrock JC, editors. Alexander's care of the patient in surgery. 11th ed. St. Louis: Mosby; 1999. p. 239-59.
10. Tulunay M, Tulunay FC. Ağrı değerlendirmesi ve ağrı ölçümleri. In: Erdine S, editör. Ağrı. 1. baskı. İstanbul: Alemdar Ofset; 2000. s. 91-107.
11. Knight C. Why elective surgery is cancelled. AORN J 1987;46:935-9.
12. Dix P, Howell S. Survey of cancellation rate of hypertensive patients undergoing anaesthesia and elective surgery. Br J Anaesth 2001;86:789-93.
13. Wildner M, Bulstrode C, Spivey J, Carr A, Nugent I. Avoidable causes of cancellation in elective orthopaedic surgery. Health Trends 1991;23:115-6.
14. Jorgensen LN, Hinrichsen NC, Kristensen NK, Kramhoft J. Cancelled surgical interventions at an orthopedic department. Ugeskr Laeger 1991;153:1657-8. [Abstract]
15. Burden N. Ambulatory surgical nursing. Philadelphia: W. B. Saunders; 1993.
16. McWhinnie DL, Michaels JA, Collin J, Morris PJ. Resource implications of cancelled operations. BMJ 1994;308:138-9.
17. van Klei WA, Moons KG, Rutten CL, Schuurhuis A, Knape JT, Kalkman CJ, et al. The effect of outpatient preoperative evaluation of hospital inpatients on cancellation of surgery and length of hospital stay. Anesth Analg 2002;94:644-9.
18. Aaserud M, Trommald M, Boynton J. Elective surgery-cancellations, ring fencing and efficiency. Tidsskr Nor Laegeforen 2001;121:2516-9. [Abstract]
19. Koppada B, Pena M, Joshi A. Cancellation in elective orthopaedic surgery. Health Trends 1991;23:114-5.
20. Morrissey S, Alun-Jones T, Leighton S. Why are operations cancelled? BMJ 1989;299:778.
21. Bayraktar N, Bulut HD. Ameliyathanede ameliyat öncesi bekleyen hastaların gereksinimleri. Hemşirelik Forumu 2000;6:34-8.
22. Bölükbaş N. Ameliyat olacak hastaların hemşirelerden beklentileri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1992;2:21-9.
23. Bekaroğlu M, Uluutku N, Alp K, Lüleci N. Ameliyat öncesi kaygı ve depresyon durumunun ameliyat komplikasyonlarına ve yatış süresine etkisi üzerine bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 1991;4:285-8.
24. Aydemir Ö, Köroğlu E. Durumluluk-süreklilik kaygı envanteri. In: Aydemir Ö, Köroğlu E, editörler. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Ankara: Medico Graphics Ajans ve Matbaacılık; 2000. s. 121-60.
25. Yücel B. Ağrılı hastanın psikiyatrik değerlendirmesi. In: Erdine S, editör. Ağrı. 1. baskı, İstanbul: Alemdar Ofset; 2000. s. 62-7.
26. Kocaman G. Postoperatif ağrı. In: Ağrı, hemşirelik yaklaşımları. 1. baskı, İzmir: Saray Medikal Yayıncılık; 1994. s. 175-96.
27. Erdine S. Ağrının tedavisi. In: Kalaycı G, editör. Genel cerrahi. 1. cilt, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002. s. 173-85.