

بررسی میزان آگاهی بیماران کاندید عمل جراحی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های الزهرا و امام رضا (ع) تبریز از بی‌حسی نخاعی و بی‌هوشی عمومی و عوامل مؤثر

بر انتخاب آنان در ویزیت بی‌هوشی قبل از عمل در سال‌های 1390-1391

حسن محمدی پور انوری¹، بهزاد کاظمی حکمی^{2*}، ناصر قربانیان³

چکیده

زمینه: آگاهی و شناخت بیماران از روش‌های بیهوشی می‌تواند از بروز عوارض ناخواسته و هزینه‌های اضافی بر بیماران و بیمارستان جلوگیری کند. هدف از انجام این مطالعه بررسی میزان آگاهی بیماران کاندید عمل جراحی از بی‌حسی نخاعی و بی‌هوشی عمومی و عوامل مؤثر بر انتخاب آنان می‌باشد.

روش: این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی مقطعی است که بر روی ۲۷۳ بیمار کاندید عمل جراحی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی امام رضا (ع) و الزهرا (س) تبریز در سال ۹۰-۹۱ انجام گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط آمار توصیفی، آزمون T و نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: مهم‌ترین علت انتخاب روش بی‌حسی نخاعی در افرادی که این روش را برگزیده بودند (۶۳ نفر)، بیداری و هوشیاری حین عمل (۶۱/۹ درصد) و تجربیات دیگران (۱۷/۴۷ درصد) از این روش بود. در افرادی که بی‌هوشی عمومی را انتخاب کرده بودند (۱۳۵ نفر)، ترس از عمل (۴۸/۸۸ درصد)، ندیدن اتاق عمل و هوشیار نبودن (۲۸/۱۴ درصد) ذکر شد. همچنین ارتباط معناداری بین سطح آگاهی و شناخت افراد از روش‌های بی‌هوشی با جنسیت، شغل و میزان تحصیلات مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: اکثر بیماران آگاهی کافی از روش بی‌هوشی نداشتند و این مستلزم آن است که اقدامات جدی هم از سوی رسانه‌های گروهی و هم از سوی مراکز درمانی به خصوص بیمارستان‌ها، پزشکان و انجمن بی‌هوشی کشور انجام بگیرد. همچنین افراد با سطح تحصیلات پایین نیاز بیشتری به اطلاع‌رسانی در خصوص آگاهی یافتن از روش‌های بی‌هوشی دارند.

واژگان کلیدی: میزان آگاهی، بی‌حسی نخاعی، بی‌هوشی عمومی.

۱- استادیار بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۸۸۱۱۲۲۱۰

Dr.Anvari22@yahoo.com

۲- دانشجوی کارشناسی ناپیوسته هوشبری، دانشکده پیراپزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۴۹۳۸۰۷۶۵

behzad_emt@yahoo.com

۳- مربی گروه بیهوشی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک: ۰۴۱۱-۳۳۴۵۲۴۴

ghorbaniann@yahoo.com

* نویسنده‌ی مسؤول:

بهزاد کاظمی حکمی؛ ایران، تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، معاونت پژوهشی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی.

تلفن و پست الکترونیک: ۰۹۱۴۹۳۸۰۷۶۵

behzad_emt@yahoo.com

تاریخ پذیرش: 91/8/24

تاریخ دریافت: 91/8/2

مقدمه

آسپیراسیون معده، پنومونیت آسپیراتیو و عدم موفقیت در لوله‌گذاری تراشه را می‌توان ذکر کرد (۷). تقریباً یک قرن از انجام روش بی‌هوشی منطقه‌ای گذشته است و با توجه به پیشرفت‌های زیادی که در این زمینه انجام گرفته است میزان بروز عوارض بعد از انجام این روش بسیار کاهش یافته است و به‌عنوان یک روش مناسب و کم خطر شناخته شده است (۸-۱۰).

بحث در خصوص مزایا و معایب بی‌حسی نخاعی در مقابل بی‌هوشی عمومی هنوز وجود دارد. برخی از مطالعات به این نتیجه مهم رسیده‌اند که احتمالاً بیمارگنی و مرگ و میر بعد از عمل در بی‌حسی منطقه‌ای نسبت به بی‌هوشی عمومی کمتر است (۱۱). بیشترین و مهم‌ترین عامل بازدارنده در انجام روش بی‌حسی داخل نخاعی عدم رضایت بیمار است که آن هم بیشتر به دلیل عدم آگاهی داشتن از مزیت‌های این روش نسبت به بی‌هوشی عمومی و یا اطلاعات نادرست در مورد بی‌هوشی منطقه‌ای و عوارض آن می‌باشد که سبب می‌شود بسیاری از بیماران راضی به انجام آن نباشند (۱۲-۱۴). همچنین در یک مطالعه دیگر که توسط ارن جکسون (Aaron Jackson) انجام گرفته بود تعداد کثیری از بیماران به علت عدم آگاهی در مورد بی‌حسی موضعی راضی به انجام آن نبودند ولی پس از دریافت اطلاعات کافی در این زمینه به انجام این روش رضایت دادند. (۱۵) در مطالعات دیگر سطح تحصیلات و سابقه بی‌هوشی قبلی را عوامل مؤثر بر انتخاب روش بی‌هوشی ذکر کردند (۱۶). با توجه به مطالعاتی که در این زمینه انجام گرفته است کماکان سطح آگاهی بیماران از روش‌های بی‌هوشی و بی‌حسی همچنان در سطح نامطلوبی می‌باشد، لذا ضرورت به انجام پژوهش در این زمینه و انجام مطالعات کاربردی در این خصوص همچنان احساس می‌شود. در نتیجه بر آن شدیم تا با انجام این مطالعه به بررسی میزان آگاهی و شناخت بیماران کاندید عمل جراحی از بی‌حسی نخاعی

بی‌هوشی عمومی و بی‌حسی نخاعی هرکدام مزایا و معایبی را به همراه دارند، ولی برای انتخاب درست روش بی‌هوشی باید با قرار دادن معایب و مزایای هرکدام از روش‌های بی‌هوشی در کنار هم و شرایط بیمار و نوع عمل جراحی، بهترین روش را انتخاب کرد به خصوص برای بیمارانی که اندیکاسیون هر دو تکنیک در آنها وجود دارد، ولی نباید قدرت انتخاب بیماران نادیده گرفته شود. این امر مستلزم آگاهی داشتن بیمار و متخصص بی‌هوشی از انتخاب نوع بی‌هوشی است.

از جمله مزایای بی‌هوشی داخل نخاعی نسبت به بی‌هوشی عمومی راحتی بیمار، فقدان خطرات ناشی از بی‌هوشی عمومی، بستری کوتاه‌مدت بیمار و کنترل و کاهش درد بعد از عمل. همچنین، تهوع و استفراغ بعد از عمل که در بی‌هوشی عمومی شایع است، در روش بی‌حسی داخل نخاعی کمتر می‌باشد (۴-۱). در برخی مواقع بی‌هوشی عمومی بر بی‌حسی ارجحیت دارد به‌عنوان مثال بی‌هوشی در اعمال تراکتوستومی معمولاً با ۲ روش بی‌هوشی عمومی و بی‌حسی موضعی همراه با آرام‌بخش داخل وریدی صورت می‌گیرد که روش ایده‌آل بی‌هوشی عمومی می‌باشد زیرا در این صورت بیمار بی‌حرکت و هماهنگ بوده و عمل بدون عجله انجام می‌شود (۵) عمل سزارین با دو روش شایع بی‌هوشی عمومی و بی‌حسی نخاعی انجام می‌گیرد اما با توجه به اینکه خطرات بی‌هوشی عمومی در جراحی‌های سزارین نظیر لوله‌گذاری مشکل، آسپیراسیون محتویات معده و ... بیشتر است، در نتیجه استفاده از تکنیک بی‌حسی نخاعی نسبت به بی‌هوشی عمومی به‌طور گسترده در دنیا رو به افزایش است. (۶) در یک مطالعه‌ی کلی، میزان عوارض بی‌حسی نخاعی ۲۳ درصد گزارش شده است. از جمله این عوارض هیپوتانسیون، بلوک کامل نخاعی، سردرد نخاعی، حملات تشنجی، تهوع و استفراغ، کمردرد و عوارض نورولوژیک می‌باشد و از عوارض بی‌هوشی عمومی

و بی‌هوشی عمومی و عوامل مؤثر بر انتخاب آنان
پپردازیم.

روش

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی مقطعی است که بر روی ۲۷۳ بیمار کاندید عمل جراحی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی امام رضا و الزهرا (س) تبریز از مهرماه سال ۹۰ تا پایان مرداد ماه سال ۹۱ انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر دو قسمت بود. قسمت اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک مثل: سن، جنس، تحصیلات، شغل و قسمت دوم حاوی چند سؤال در زمینه‌ی میزان آگاهی بیماران در خصوص بی‌حسی نخاعی و عوامل مؤثر در انتخاب یا رد آن بود. در این پژوهش روش نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری ساده مبتنی بر هدف بود و معیارهای ورود به مطالعه‌ی کاندید بودن بیمار برای نوعی از عمل جراحی بود که بتوان با هر دو تکنیک بی‌حسی و بی‌هوشی عمومی بیمار را برای عمل جراحی آماده کرد. پس از آنکه روایی پرسش‌نامه توسط اساتید گروه بی‌هوشی مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۸۹) محاسبه گردید، پرسش‌نامه قبل از انجام عمل جراحی و در ویزیت بی‌هوشی قبل از عمل به بیماران داده شد، هم‌زمان با پخش پرسش‌نامه از بیماران رضایت‌نامه آگاهانه نیز گرفته شد. همچنین در خصوص ارزیابی آگاهی بیماران از نوع تکنیک بی‌هوشی، تعاریف بیماران از روش بی‌هوشی به صورت تزریق وریدی دارو یا گذاشتن ماسک بر صورت و استنشاق گازهای بی‌هوشی و هوشیار نبودن برای بی‌هوشی عمومی و سوزن زدن به کمر و بی‌حسی پاها و بیداری حین عمل برای روش بی‌حسی داخل نخاعی به عنوان مثبت و در غیر این صورت منفی تلقی می‌شد. پاسخ‌ها بر اساس مفاهیم یکسان دسته‌بندی می‌شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از آمار توصیفی - تحلیلی و نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی ۲۷۳ بیمار کاندید عمل جراحی با میانگین سنی $32/2 \pm 3/1$ (کمینه‌ی سن ۱۷ و بیشینه سن ۵۸) بررسی شدند. تعداد ۱۱۲ نفر مرد و ۱۶۱ نفر زن بودند. سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه از ابتدایی تا مقطع لیسانس بود که سطح تحصیلات ۱۷/۲۱ درصد افراد ابتدایی (۴۷ نفر)، ۲۸/۵۷ درصد راهنمایی (۷۸ نفر) و ۳۶/۹۹ درصد دیپلم (۱۰۱ نفر) و ۱۷/۲۱ درصد بالاتر از دیپلم (۴۷ نفر) بود. فراوانی نوع عمل جراحی نیز در بیماران به قرار زیر بود: جراحی‌های ناحیه‌ی پا ۲۵ درصد، کورتاژ ۷ درصد، سزارین ۳۱ درصد، جراحی‌های ارولوژی ۲۶ درصد و جراحی‌های ناحیه‌ی لگن ۱۱ درصد.

۱۳۵ نفر بی‌هوشی عمومی را بر بی‌حسی نخاعی ارجح می‌دانستند و ۶۳ نفر بی‌حسی نخاعی را بر روش بی‌هوشی عمومی ترجیح می‌دادند برای مابقی افراد (۸۵ نفر) بین بی‌حسی نخاعی و بی‌هوشی ارجحیتی وجود نداشت. ۲۸/۶۷ درصد جامعه‌ی مورد مطالعه هیچ اطلاعی در زمینه‌ی بی‌حسی نخاعی نداشتند. همچنین ۹/۴۲ درصد نیز از روش بی‌هوشی عمومی اطلاعی نداشتند. بیشترین منابع اطلاعاتی مؤثر در انتخاب روش بی‌هوشی در بیماران که بی‌هوشی عمومی را انتخاب کرده بودند به ترتیب عبارت بودند از: نظر دوستان و آشنایان، سابقه بی‌هوشی قبلی، کسب اطلاع از رسانه‌های گروهی و توصیه‌ی پزشک بی‌هوشی.

بین سابقه‌ی عمل جراحی در گذشته و آگاهی و انتخاب روش بی‌هوشی تفاوت معناداری مشاهده شد به طوری که افرادی که سابقه‌ی عمل جراحی و بی‌هوشی را در گذشته تجربه کرده بودند، از آگاهی و شناخت بیشتری نسبت به سایر افراد برخوردار بودند ($p=0/01$). همچنین انتخاب روش بی‌هوشی فعلی با سابقه‌ی بی‌هوشی در گذشته رابطه‌ی معناداری داشت ($p<0/001$) طوری که از ۱۳۵ نفری که روش بی‌هوشی عمومی را انتخاب کرده

مردان داشتند ($p=0/001$) و افراد شاغل ($p=0/027$) و تحصیل کرده ($p=0/031$) نسبت به افراد بی‌کار و با سطح تحصیلات پایین شناخت بیشتری نسبت به دیگران در مورد روش‌های بی‌هوشی داشتند.

مهم‌ترین دلایل عدم انتخاب روش بی‌حسی نخاعی توسط بیماران به ترتیب عبارت بود از: ترس از صدمه به نخاع ($33/4$ درصد)، ترس از دیدن و شنیدن حین عمل جراحی ($24/3$ درصد)، ترس از بروز درد پشت پی‌آمد عمل ($20/6$ درصد) و بروز سردرد در پی عمل جراحی (11 درصد) ترس از سوزن ($4/6$ درصد)، ذکر شد. $6/1$ درصد افراد نیز علت خاصی را برای انتخاب خود بیان نکردند. همچنین علت عدم انتخاب بی‌هوشی عمومی در $36/6$ درصد افراد گروه بی‌حسی داخل نخاعی ترس از بهوش نیامدن به دنبال عمل جراحی، $13/6$ درصد ترس از بروز تهوع به دنبال عمل ذکر گردید. بقیه علت خاصی برای رد بی‌هوشی عمومی ذکر نکردند.

بودند ۴۴ نفر ($32/59$ درصد) سابقه بی‌هوشی قبلی را داشتند. این سابقه در ۱۳ نفر ($20/63$ درصد) گروه بی‌حسی داخل نخاعی وجود داشت. ۶ نفر ($7/05$ درصد) از گروه بدون ارجحیت روش‌های بی‌هوشی نیز چنین سابقه‌ای را ذکر کردند. مهم‌ترین علت انتخاب روش بی‌حسی نخاعی در افرادی که این روش را برگزیده بودند (63 نفر)، بیداری و هوشیاری حین عمل ($61/9$ درصد) و تجربیات دیگران ($17/47$ درصد) از این روش بود، مابقی افراد ($20/63$ درصد) نظر خاصی در این رابطه نداشتند و در افرادی که بی‌هوشی عمومی را انتخاب کرده بودند (135 نفر)، ترس از عمل ($48/88$ درصد)، ندیدن اتاق عمل و هوشیار نبودن ($28/14$ درصد) ذکر شد و ۵۶ نفر ($22/98$ درصد) علت خاصی را بیان نکردند. همچنین ارتباط معناداری بین سطح آگاهی و شناخت افراد از روش‌های بی‌هوشی با جنسیت، شغل و میزان تحصیلات مشاهده شد. به طوری که زنان شناخت بهتری نسبت به

جدول ۱: فراوانی منابع اطلاعاتی مؤثر در انتخاب روش بیهوشی توسط بیماران

منابع اطلاعاتی مؤثر در انتخاب روش بیهوشی	فراوانی	درصد
خانواده و دوستان	۶۹	۲۵/۲۷
سابقه بیهوشی یا بی حسی	۶۳	۲۴/۲
رسانه های گروهی (رادیو تلویزیون و روزنامه)	۲۲	۸/۰۵
توصیه پزشک	۱۲	۴/۳۹
بی اطلاع	۱۰۴	۳۸/۰۹
جمع	۲۷۳	۱۰۰

جدول 2: آگاهی از روش‌های بیهوشی عمومی و بی‌حسی نخاعی بر اساس تحصیلات ($p = 0/021$)

تحصیلات	روش بیهوشی	میزان آگاهی			جمع
		خوب	متوسط	ضعیف	
ابتدایی	بی‌حسی نخاعی	۴ (۵۳٪ درصد)	۱۳ (۶۵٪ درصد)	۳۰ (۶۳٪ درصد)	۴۷ (۱۰۰٪ درصد)
	بیهوشی عمومی	۱۵ (۹۱٪ درصد)	۲۱ (۶۸٪ درصد)	۱۱ (۴۰٪ درصد)	
سیکل	بی‌حسی نخاعی	۱۴ (۹۴٪ درصد)	۲۵ (۳۲٪ درصد)	۳۹ (۵۰٪ درصد)	۷۸ (۱۰۰٪ درصد)
	بیهوشی عمومی	۳۶ (۱۵٪ درصد)	۲۲ (۲۰٪ درصد)	۲۰ (۶۴٪ درصد)	
دیپلم	بی‌حسی نخاعی	۲۳ (۷۷٪ درصد)	۴۱ (۵۹٪ درصد)	۳۷ (۶۳٪ درصد)	۱۰۱ (۱۰۰٪ درصد)
	بیهوشی عمومی	۴۴ (۵۶٪ درصد)	۳۸ (۶۲٪ درصد)	۱۹ (۱۸٪ درصد)	
بالتر از دیپلم	بی‌حسی نخاعی	۱۸ (۲۹٪ درصد)	۲۰ (۵۵٪ درصد)	۹ (۱۴٪ درصد)	۴۷ (۱۰۰٪ درصد)
	بیهوشی عمومی	۳۱ (۹۵٪ درصد)	۱۲ (۵۳٪ درصد)	۴ (۸٪ درصد)	
جمع	بی‌حسی نخاعی	۵۹ (۶۱٪ درصد)	۹۹ (۳۶٪ درصد)	۱۱۵ (۴۲٪ درصد)	۲۷۳ (۱۰۰٪ درصد)
	بیهوشی عمومی	۱۲۶ (۱۵٪ درصد)	۹۳ (۴۰٪ درصد)	۵۴ (۱۹٪ درصد)	

بحث

هوشی قبل از عمل آنها را از مزایا و عوارض این روش نسبت به بی‌حسی عمومی آگاه ساخت، حاضر به انجام این روش شدند (۱۸).

سطح تحصیلات بیماران در انتخاب آگاهانه‌ی روش بی‌حسی بسیار مؤثر است. در سال ۲۰۰۲، دپا (Deepa) در هندوستان مطالعه‌ای در مورد میزان آگاهی بیماران از بی‌حسی و متخصص بی‌حسی انجام داد. ارتباط مستقیمی بین سطح تحصیلات و آگاهی از بی‌حسی وجود داشت و این شناخت پس از ویزیت قبل از عمل توسط متخصص بی‌حسی افزایش بیشتری داشت، یعنی ویزیت بی‌حسی در افراد با تحصیلات بالاتر مؤثرتر و مفیدتر بود. (۱۶). این یافته‌ها با مطالعه‌ی حاضر همخوانی داشت. در مطالعه‌ی سلطانی که عوامل مؤثر بر انتخاب روش بی‌حسی در بیماران کاندید عمل جراحی کتاراکت را بررسی کرده بود، بین سطح تحصیلات و انتخاب روش بی‌حسی توسط بیماران ارتباط معناداری وجود نداشت (۱۹). که با نتایج حاصل از مطالعه‌ی ما همخوانی نداشت. منبع اطلاعاتی در انتخاب تکنیک بی‌حسی توسط بیماران بسیار تأثیرگذار است. در مطالعه حاضر نقش

با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه، اطلاعات بیماران نسبت به روش بی‌حسی عمومی بیشتر از بی‌حسی نخاعی بود و همچنین بیماران بیشتر روش بی‌حسی عمومی را انتخاب می‌کردند و بر بی‌حسی ترجیح می‌دادند این نشان‌گر این مطلب است که اطلاع‌رسانی درستی در این زمینه برای آگاهی دادن به بیماران در خصوص شناخت روش بی‌حسی و مزایای آن وجود ندارد، چراکه اگر بیماران از مزایای بی‌حسی نسبت به بی‌حسی عمومی و خطرات بی‌حسی عمومی آگاه شوند مطمئناً انتخاب آگاهانه و دقیقی در خصوص انتخاب روش بی‌حسی خود خواهند داشت. ارائه‌ی اطلاعات درست به بیماران در ویزیت بی‌حسی قبل از عمل می‌تواند در این زمینه بسیار کمک‌کننده باشد. اطلاعات اکثر بیماران از عوارض بی‌حسی رژیونال کاملاً تحریف شده و نادرست است و با ارائه‌ی اطلاعات درست به بیماران نظر آنها نسبت به بی‌حسی رژیونال تغییر خواهد کرد (۱۷). در مطالعه‌ی الزشیک (Eltzschig) و همکاران گروه زیادی از بیمارانی که مخالف استفاده از روش بی‌حسی نخاعی بودند، بعد از این که پزشک متخصص بی-

برطرف کرد. همچنین با فراهم کردن محیطی فارغ از ترس در اتاق عمل و آرام بخشی به بیمار و جلوگیری از مشاهده کردن عمل جراحی می توان آنان را از ترس دیدن و شنیدن حین عمل ایمن کرد.

این مطالعه فقط در سطح شهرستان تبریز و در دو بیمارستان امام رضا و الزهرا که همواره با حجم زیادی از بیماران مواجه هستند انجام شده است، لذا نیاز به اطلاع رسانی در خصوص مزایا و معایب روش های بی هوشی نسبت به یکدیگر برای بیماران در سایر استان ها و شهرستان ها و انجام مطالعات کاربردی بیشتر همچنان احساس می شود.

نتیجه گیری

خانواده و دوستان بر خلاف پزشکان و پیراپزشکان در اطلاع رسانی به بیمار در این مطالعه نقش مهمی داشتند. قطعاً پزشکان با ایفای نقش خود می توانند مؤثرتر از خانواده و دوستان قرار بگیرند. لذا اطلاع رسانی مناسب به همکاران پرستار بخش های جراحی، زنان، ارتوپدی و کادر بی هوشی می تواند بسیار کمک کننده باشد. اکثر بیماران آگاهی کافی از روش بی هوشی نداشتند و این مستلزم آن است که اقدامات جدی هم از سوی رسانه های گروهی و هم از سوی انجمن بی هوشی انجام بگیرد. همچنین افراد با سطح تحصیلات پایین نیاز بیشتری به اطلاع رسانی در خصوص روش های بی هوشی دارند. در کل افراد شرکت کننده در این مطالعه آگاهی کمی از بی حسی نخاعی نسبت به بی هوشی عمومی داشتند و باید در این خصوص اطلاع رسانی شود و جامعه را از مزایای بی حسی نسبت به بی هوشی آگاه کرد.

قدردانی

برخود لازم می دانیم که مراتب تشکر و قدردانی خویش را از معاونت محترم پژوهشی و کمیته ی تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ابراز نماییم.

پزشکان و همکاران درمانی به عنوان یک منبع اطلاعاتی و مشورتی در انتخاب روش بی هوشی بسیار ضعیف بود و این بیان گر این مطلب مهم است که متأسفانه جامعه ی ما مزیت های بی حسی نخاعی را نمی داند. در یک مطالعه در سال ۱۹۹۷ مهم ترین منابع اطلاعاتی که مؤثر بر تصمیم گیری بیماران در انتخاب روش بی هوشی بودند، در مرتبه ی اول پزشک بی هوشی و سپس ماما، پرستار و پرورشورهای بیمارستان ذکر شده است؛ در حالی که در مطالعه حاضر شایع ترین منابع توصیه های بیماران دیگر اطرافیان و تجربه ی بی هوشی قبلی بوده است. در این زمینه اطلاعات ناشی از رسانه ها، پزشکان، پرورشورهای بیمارستانی درصد کمی را شامل می شود و دلیل این امر ضعف ارتباطی پزشک و بیمار و آموزش های عمومی است (۲۰). در حال حاضر در این مطالعه خانواده و دوستان و رسانه های گروهی بیشترین نقش را در آرایه ی اطلاعات به بیماران را دارا می باشند.

ترس از سوزن، ترس از صدمه به نخاع، ترس از بروز درد پشت و بروز سردرد در پی عمل جراحی از جمله عواملی بودن که در انتخاب نوع بی هوشی در این مطالعه تأثیر داشتند و باعث می شد که اکثر بیماران مایل به بی حسی نخاعی نباشند. بر اساس مطالعات بنوم (Benum) بعد از عمل جراحی با هر نوع بی هوشی، ۲۵ درصد بیماران دچار کمردرد می شوند و کمردرد بعد از بی حسی نخاعی نباید صرفاً ناشی از سوزن زدن به پشت بیمار تلقی گردد (۲۱). همچنین طبق تحقیقات انجام شده بر روی ۵۰۰ بیمار ۱۶ تا ۶۰ ساله در اصفهان، کمردرد بعد از عمل جراحی را به عواملی همچون وسیع بودن عمل جراحی، بی حسی نخاعی، طاق باز بودن بیمار حین عمل منوط دانسته اند و فراوانی آن را حدود ۲۷/۴ درصد گزارش نموده اند (۲۲). در حقیقت اگر بتوان ریسک فاکتورهایی که سبب کمردرد می شوند را کنترل کرد، می توان از بروز کمردرد جلوگیری کرد و بدین صورت نگرانی بیماران از این عارضه و سایر عوارض دیگر

References

- 1-McLain RF, Kalfas I, Bell GR, Tetzlaff JE, Yoon HJ, Rana M. Comparison of spinal and general anesthesia in lumbar laminectomy surgery: a case-controlled analysis of 400 patients. *J Neurosurg Spine* 2005;2(1):17-22.
- 2-Halpern SH, Carvalho B. Patient-controlled epidural analgesia for labor. *Anesth Analg* 2009;108(3):921-8.
- 3-Shih YJ, Hsieh CH, Kang TW, Peng SY, Fan KT, Wang LM. General versus spinal anesthesia: which is a risk factor for octogenarian hip fracture repair patients? *Int J Gerontol* 2010;4(1):37-42.
- 4-Sia AT, Lim Y, Ocampo C. A comparison of a basal infusion with automated mandatory boluses in parturient-controlled epidural analgesia during labor. *Anesth Analg* 2007;104(3):673-8.
- 5-Ronald D Miller. *Miller's anesthesia* 2005. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone;. P.2191-2.
- 6-Afolabi BB, Lesi FE, Merah NA. Regional versus general anesthesia for caesarian section. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Oct 18; (4): CD004350.
- 7-Cunningham G, Ghent N, Larry P. *Pregnancy and childbirth Williams*. Trans by GaziJahani B. Tehran: Golban; 2002.
- 8-Matthey PW, Finegan BA, Finucane BT. The public's fears about and perceptions of regional anesthesia. *Reg Anesth Pain Med* 2004;29(2):96-101.
- 9-Birnbach D. The public's perception of regional anesthesia: why don't they get "the point"? *Reg Anesth Pain Med* 2004;29(2):86-9.
- 10-Middle JV, Wee MY. Informed consent for epidural analgesia in labour: a survey of UK practice. *Anaesthesia* 2009;64(2):161-4.
- 11-Schuster M, Gottschalk A, Berger J, Standl T. A retrospective comparison of costs for regional and general anesthesia techniques. *Anesth Analg* 2005;100(3):786-94.
- 12-Balki M, Carvalho JC. Intraoperative nausea and vomiting during cesarean section under regional anesthesia. *Int J Obstet Anesth* 2005;14(3):230-41.
- 13-Wilkins KK, Greenfield ML, Polley LS, Mhyre JM. A survey of obstetric perianesthesia care unit standards. *Anesth Analg* 2009; 108(6):1869-75.
- 14-Phillips TW Jr, Broussard DM, Sumrall WD 3rd, Hart SR. Intraoperative oxygen administration does not reduce the incidence or severity of nausea or vomiting associated with neuraxial anesthesia for cesarean delivery. *Anesth Analg* 2007;105(4):1113-7.
- 15-Jackson A, Henry R, Avery N, VanDenKerkhof E, Milne B. Informed consent for labour epidurals: What labouring women want to know. *Can J Anesth* 2000;47(11):1068- 73.
- 16-Deepa Jathar, V.S. Shinde, R.D. Patel. A study of patients perception about knowledge of anesthesia & anesthesiologist. *Indian J Anesth* 2002;46(1):26-30.
- 17-Lim Y, Ocampo CE, Supandji M, Teoh WH, Sia AT. A randomized controlled trial of three patient-controlled epidural analgesia regimens for labor. *Anesth Analg* 2008;107(6):1968-72.
- 18-Eltzschig HK, Lieberman ES, Camann WR. Regional anesthesia and analgesia for labor and delivery. *N Engl J Med* 2003;348(4):319-32.
- 19-Soltani HA, Seyed J. Hashemi SH, Zandiyeh. [Anesthesia technique by the patients cataract surgery is associated with demographic factors and applied anesthesia?] *J Isfahan Med School* 2006;23(79):21-6. [In Persian]
- 20-Ngan Kee WD, Hung VY, Roach VJ, Lau TK. A survey of factors influencing patients' choice of anesthesia for caesarean section. *Aus N Z J Obstet Gynecol* 1997;37(3):300-3.
- 21-Benum JL, Saidman LJ, editors. *Anesthesia and complications*. 2nd edition, St Louis: Mosby, 1999; P: 50.
- 22-Saghaei M. [The relative frequency of postoperative pain and its relationship with some of the factors]. *Proceedings of the Annual Scientific Congress of Pain*; 2001 Apr; Tehran, Iran. [In Persian]

«Original Article»

Evaluation of patients' awareness for elective surgery referred to Al-Zahra and Imam Reza hospitals in Tabriz on spinal and general anesthesia and their selection factors in the preoperative anesthetic in 2011-2012

Hassan Mohammadipour Anvari¹, Behzad Kazemi Haki^{2*}, Naser Ghorbanian³

1- Assistant Professor, of Anesthesia and Intensive Care, School of Paramedical, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

2- Student of Anesthesia, School of Paramedical, Student Research Committee, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

3-Instructor, Department of Anesthesiology, School of Paramedical Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Abstract

Background: patients can develop complications and prevent unwanted side effects and additional costs on patients and hospitals by knowing methods of anesthesia. The purpose of this study is evaluating patients' awareness for elective surgery on spinal and general anesthesia and factors influencing their preference.

Methods: In study a cross-sectional method was developed to evaluate 273 elective surgery patients who admitted to Imam Reza educational hospital and Al-Zahra hospital in Tabriz over 90-91. A questionnaire was composed of two parts and data were collected over 90-91: Data were analyzed by SPSS software and a descriptive statistics method was applied to process the data using *t*-test.

Results: The spinal anesthesia method was the first choice of 63 patients due to wakefulness, alertness and other patients' experience perception during the surgery operation. From this group 20.63 % did not have any preference for either methods. However, fear of surgery, panicking of being witness through the surgical procedure and not being vigilant in operation room during surgery were reasons for patients to go for general anesthesia method and 22.98% had no any specified reason for their choice. The *t*-test did find a significant correlation among level of awareness and understanding of methods of anesthesia, gender, occupation and education.

Conclusion: The majority of patients have a little knowledge about anesthesia methods. Therefore, improving patients' awareness needs serious efforts of media and health centers, especially hospitals, doctors and the national anesthesia association. Unwell-educated patients need also more efforts improving their knowledge regarding anesthesia techniques.

Keywords: Awareness, spinal anesthesia, general anesthesia.

*Corresponding Author:
Behzad Kazemi Haki, Student Research Committee-vice-Chancellor Research Affairs, Tabriz University of Medical Sciences-Tabriz, Iran.
Tel:09149380765
E-mail: behzad_empt@yahoo.com

► Please cite this paper as:

Evaluation of patients' awareness for elective surgery referred to Al-Zahra and Imam Reza hospitals in Tabriz on spinal and general anesthesia and their selection factors in the preoperative anesthetic in 2011-2012..Jentashapir 2013;4(1):33-40

Received: 23.10.2012

Accepted: 14.11.2012

دو ماهنامه علمی - پژوهشی جنتاشاپیر، دوره چهارم، شماره ۱، سال ۱۳۹۲

<http://journals.ajums.ac.ir/jentashapir>