

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
تأسیس ۱۳۳۸، شماره ۵۳ (۱۳۸۱)، صفحه ۵

بررسی نقطه نظرات بیماران در مورد بیحسی منطقه ای (نخاعی)

دکتر محمدرضا افهمی^۱ پرور حسن زاده سلماسی^۲ دکتر جعفر رحیمی پناهی^۳
دکتر عبدالرضا عبدی^۴

خلاصه

زمینه و اهداف: همانطور که می دانیم عوامل زیادی برای کسب نتایج موفقیت آمیز بی حسی نخاعی دخالت دارند که یکی از مهمترین عوامل میزان دانش، آگاهی و طرز نگرش قبلی و فعلی بیماران نسبت به این نوع روش بیحسی می باشد. هدف از این مطالعه بررسی نقطه نظرات بیماران در مورد بیحسی نخاعی بوده است.

روش بررسی: این مطالعه در بیمارستان الزهراء(س) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مورد یک صد خانم حامله که جهت سزارین انتخابی مراجعه نمودند انجام شده است. جمع آوری اطلاعات در دوره قبل، حین و بعد از عمل از طریق پرسشنامه بوده است. تجزیه و تحلیل داده ها با روش آماری SPSS WIN و با آزمون Chi-square انجام گردید.

یافته ها: محدوده سنی بیماران مورد مطالعه ۲۵-۳۵ سال بود. ۲۶٪ بیماران بیسواد و ۷۴٪ باسواد بودند. در بررسی نتایج به دست آمده مهمترین فاکتورهای تأثیر گذار در مورد بیحسی منطقه ای شامل بر تهوع و استفراغ (۲۷٪)، ترس از احساس درد (۳۴٪)، ترس از وارد کردن سوزن (۱۵٪) و احساس درد موقع برگشت حس و حرکت (۶٪) بودند، بیدار ماندن حین جراحی و اطلاع از تولد نوزاد در غالب موارد (۱۹٪) خوش آیندترین مرحله در این نوع بیحسی بوده است.

نتیجه گیری: چنین به نظر می رسد دادن آگاهی به بیماران در ملاقات قبل از عمل و رعایت اصول و تکنیک صحیح برای اداره و اجرای روش بیحسی می تواند میزان مقبولیت این نوع روش بیحسی را افزایش دهد.

کلید واژه ها: نقطه نظرات بیماران، جراحی سزارین، بیحسی نخاعی

مقدمه

مختلفی از اعمال جراحی با طول مدت متفاوت و با کمترین خطر برای بیمار به کار ببرند. اما گاهی به دلیل عدم اطلاع کافی، اکثر مواقع برای انجام آن تیم بیهوشی با عدم رضایت بیماران روبرو می شوند که برای از بین بردن آن ابتدا باید از نقطه نظرات بیماران و علت ترس و مقاومت آنها در برابر این روش آگاه شویم و سپس در جهت رفع آنها تلاش نماییم. در مملکت ما می توان گفت که رشته بیهوشی تا حدودی رشته ناشناخته ای است و به تبع آن بیحسی

رژיוنال آنستزی یا بیحسی منطقه ای از زمان کشف تا کنون بسیار مورد توجه متخصصین بیهوشی واقع شده است. این روش بیحسی در بسیاری از انواع جراحی با موفقیت به کار برده شده است و اکنون در بعضی از اعمال جراحی مانند ارتوپدی، مامایی و نظایر آن کاربرد وسیعی پیدا کرده است. هم اکنون برای انجام بیحسی منطقه ای، داروها و وسایل مختلفی در دسترس می باشند که به متخصصین بیهوشی امکان می دهند که آنها را در انواع

- ۱- استادیار گروه بیهوشی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- ۲- مربی گروه بیهوشی - دانشکده پیراپزشکی تبریز - نویسنده رابط
- ۳- استادیار گروه بیهوشی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- ۴- پزشک بیهوشی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز

طرح پرسشنامه ای در مورد بیمارانی که جهت جراحی سزارین به اطاق عمل آورده می شدند سعی نمودیم از نقطه نظرات بیماران درباره بیحسی منطقه ای از ابتدای ورود آنها تا خاتمه عمل جراحی و بعد از آن آگاه شویم.

مواد و روش تحقیق

این مطالعه بر روی یک صد خانم حامله با محدوده سنی ۳۰-۲۵ سال که جهت جراحی سزارین انتخابی مراجعه نموده بودند در بیمارستان الزهراء (س) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است. بعد از تهیه پرسشنامه مخصوص که در آن به نکات مهمی همچون میزان تحصیلات، سابقه بیهوشی عمومی و بیحسی منطقه ای، نقطه نظرات بیمار نسبت به این روش قبل و پس از عمل، حوادث حین بیهوشی مانند افت فشار خون، تهوع، استفراغ، مشکلات قلبی و تنفسی، احساس درد، بلوک نخاعی بالا و همچنین عکس العمل روحی و روانی بیمار نسبت به این روش مثل ترس، اضطراب، احساس درد و عدم قبول تکنیک و پرسش درباره فواید و مضرات این روش و طرح این سؤال مهم که "آیا در آینده حاضر خواهید بود که در صورت نیاز، مجدداً با این روش تحت عمل قرار بپذیرید" توجه شده بود، اقدام به انتخاب تصادفی بیماران نمودیم. تصمیم گرفتیم که برای نتیجه گیری بهتر از این مطالعه یک نوع خاص از عمل جراحی مانند سزارین را که جراحی شایع در بیمارستان الزهراء است در نظر بگیریم. نخست قرار شد که قسمتی از پرسشنامه را قبل از عمل مثلاً در اطاق زایمان یا بخش پر نماییم ولی با توجه به اورژانس بودن عمل سزارین، این سؤالات را لحظاتی قبل از انجام بیحسی و یک روز بعد از عمل از بیماران پرسیدیم. حتی الامکان وضعیت را همانند شرایط عادی و روتین که همه روزه در این مرکز انجام می گیرد فراهم آوردیم تا بهتر بتوانیم از مشکلات جاری مطلع شویم. روش بیهوشی در این مطالعه پس از اخذ رضایت کتبی کلیه بیماران در وضعیت نشسته با روش میدلاین، با سوزن نخاعی شماره ۲۲ و لیدوکائین ۵ درصد به میزان ۱۰۰ میلی گرم پس از هیدراتاسیون بود. وضعیت تنفسی، گردش خون و سیستم ادراری به طور مکرر تحت کنترل بوده است. داده های جمع آوری شده به روش آماری Chi-square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

منطقه ای نیز از این قاعده مستثنی نیست، از این روی وظیفه ما است که به عنوان متخصص بیهوشی برای شناساندن این روش بیحسی تلاش کنیم. با توجه به اینکه می دانیم بیحسی منطقه ای به طور وسیعی در بیمارستانها و مراکز آموزشی درمانی انجام می گیرد، تصمیم گرفتیم که از نقطه نظرات بیماران قبل، حین و بعد از عمل در مورد بیحسی منطقه ای در این مراکز آگاه شویم. یکی از بیمارستانهایی که بیحسی منطقه ای مکرراً در آنجا انجام می گیرد بیمارستان زنان و مامایی الزهراء (س) می باشد، بدین منظور تصمیم گرفتیم تا مطالعه خود را در این بیمارستان انجام دهیم. مطالعات محدودی در کشورهای دیگر در مورد شناخت نقطه نظرات بیماران درباره روش بیحسی منطقه ای وجود دارد که در بررسی متون مربوط به ۱۵ سال یعنی از سال ۱۹۸۲ تا ۱۹۹۷ فقط به ۳ مورد اشاره شده است اما با توجه به فرهنگ، سطح سواد، شرایط اجتماعی مختلف و نحوه اداره کردن بیماران در بیمارستانها در هر کشوری، مسلماً نقطه نظرات متفاوتی بین بیماران وجود خواهد داشت. در نتیجه بهتر دیدیم با توجه به امکانات فعلی فرهنگی اجتماعی و سطح سواد بیماران خود از نقطه نظرات آنها آگاه شویم. عدم هوشیاری در حین بیهوشی عمومی باعث شده است که کمتر به نقطه نظرات بیماران در مورد این نوع بیحسی توجه شود، اما حین بیحسی منطقه ای بیمار در معرض تحریکات ناخوشایند متعددی همچون تحریکات احشایی، افت فشار خون، تاکیکاردی، سرگیجه، تهوع، استفراغ، شلی عضلات و تنگی نفس قرار می گیرد که این موارد می توانند موجب شوند تا میزان موفقیت در به کارگیری این روش تحت تأثیر قرار گرفته و طرز تفکر و پذیرش بیمار را در مورد بیحسی منطقه ای در آینده تحت تأثیر قرار دهد(۱). مطالعات اخیر در تعیین و پیش بینی فاکتورهای روانی در جهت انجام بیحسی منطقه ای، درصد بالایی از عدم تمایل بیماران به انجام این روش را نشان می دهند. به عنوان مثال در مطالعه ای که در سال ۱۹۹۵ انجام شده است ۸۰/۲ درصد از بیماران بیهوشی عمومی را به بیحسی نخاعی ترجیح داده اند(۲) و در مطالعه دیگری تنها ۴۴ درصد از بیماران تمایل به انجام روش بیحسی منطقه ای داشته اند(۱). برای بالا بردن درصد تمایل افراد به انجام بیحسی منطقه ای ابتدا می بایست عوامل باز دارنده این روش را بشناسیم. برای پی بردن به این عوامل در این مطالعه، با

یافته ها

در تجزیه یافته ها از بین پاسخ دهندگان به سؤالات مطرح شده، ۲۶ درصد افراد بیسواد و ۷۴ درصد با سواد بوده اند. در این بررسی ۲۱ درصد بیماران سابقه بیحسی منطقه ای را تجربه نموده و ۷۹ درصد تجربه ای در این مورد نداشتند. در این بررسی عدم موفقیت در شناخت محل بیحسی (پونکسیون متعدد) ۱ درصد، افت فشار خون و تهوع ۲۷٪، بلوک نخاعی بالا ۳ درصد، احساس لمس و کشش ۲ درصد، ترس از احساس درد ۳۴ درصد، عدم قبول تکنیک ۱ درصد و احساس درد و کشش ۴ درصد از موارد تأثیر گذار را شامل می شدند (شکل ۱).

شکل ۲، فواید بیحسی رژیونال از نظر بیماران

از بین مشکلات پس از عمل بیماران از احتمال عدم حرکت پاها، زمان و چگونگی برگشت حس و حرکت (۱۶ درصد) و درد پشت (۸ درصد) شکایت داشته اما آنها مشکل چندانی در شیر دادن نداشتند (۲ درصد) (شکل ۳).

شکل ۱، حوادث تأثیر گذار حین عمل

بررسی در مورد فواید این روش نشان می دهد یکی از مهمترین فواید، بیدار ماندن حین بیحسی و شنیدن صدای گریه نوزاد (۳۳ درصد) بوده است. حداقل مقبولیت از دیدگاه بیمار اختصاص به مشاهده کار تیم اطاق عمل دارد (۱۴ درصد) (شکل ۲).

اختصاص می دهد چرا که میزان آن در مطالعه مشابه ۱۹/۱ درصد می باشد (۱). لازم است تلاش شود تا از بروز چنین عارضه ای پیشگیری گردد. احساس اضطراب و ترس از درد عامل مهمی در رد تکنیک و عدم موفقیت بیحسی بوده که لازم است بیماران قبل از جراحی ویزیت شده و با دارو و یا تنها با مصاحبه آرام شوند. متأسفانه در مراکز درمانی کمتر به این موضوع توجه می شود و بیماران علی رغم میل باطنی این روش بیهوشی را بالاجبار می پذیرند. جالب توجه است بدانیم برخی بیماران هیچگاه عکس العمل خاصی از خود نشان نمی دهند، این دسته از بیماران خطرناکترین هستند که باید کاملاً آموزش داده شده و هدایت شوند (۵). بیماران در این مطالعه بیدار ماندن حین جراحی را قابل قبول دانسته و آن را پسندیده اند چرا که اغلب آنها اظهار کردند شاید از بیهوشی بیدار نشوند و یا پس از بیداری از بیهوشی کلام ناشایستی بگویند و... از بین مشکلات سابجکتیو که در نتایج اکثر مطالعات مشابه می باشند موضوع ترس از وارد کردن سوزن به پشت می باشد که لازم است همواره برای آرامش دادن به بیماران پیشقدم شده و مهمتر اینکه تکنیک درستی را انتخاب نماییم، سوزنهای کوچکتر استفاده کنیم، محل را بی حس نماییم، و از سوراخ کردن مکرر پوست خودداری نماییم و آموزش روی مانکنهای آموزشی را نادیده نگیریم (۶). در بین مشکلات پس از عمل زمان و چگونگی برگشت حس و حرکت (۱۶ درصد) قابل تامل بوده که این مورد نیز نیازمند آموزش می باشد.

با توجه به اینکه طبق نتایج به دست آمده از تحقیقات متعدد، بیحسی نخاعی کاملاً دقیق و با تکنیک درست می تواند به سادگی به علت ترس و اضطراب با شکست مواجه شود (۸ و ۷)، لازم است بیماران را با صرف انرژی و دقت زیاد در مورد این نوع روش بیهوشی آگاه نموده و با مصاحبه و توجیه بیمار و دادن اطلاعات خوب و مفید توسط اعضای صلاحیتدار تیم بیهوشی و استفاده از وسایل ارتباط جمعی و جزوه های آموزشی در مورد چگونگی انجام محسنات این روش بیهوشی افراد جامعه را آگاه نماییم. چرا که هر بیماری آرزو دارد در حین بیحسی بهترین مراقبت را به همراه کسب آگاهی که از پیش مهیا می شود، دریافت کند، روش بیحسی برای جراحی وی عاری از خطر باشد و عدم شکست بیحسی و نبود درد تضمین گردد. نقطه نظر و عقیده فردی توأم با امیدواری و آگاهی یکی از عوامل موثر در کسب نتایج رضایت بخش کلینیکی در انجام بیحسی های منطقه ای است که غالباً موجب می شود عوارض بیحسی نقصان یابد و بیمار دچار اضطراب

شکل ۳. مشکلات پس از عمل

و بالاخره در پاسخ به این سؤال که آیا بیماران تحت مطالعه حاضر هستند در آینده در صورت نیاز به جراحی، دوباره تحت بیحسی نخاعی قرار گیرند، ۷۵ درصد پاسخ مثبت و ۲۵ درصد پاسخ منفی دادند. نتایج بررسی به طور کلی نشان می دهد که لزوم افزایش مقبولیت بیحسی نخاعی از طرف بیماران نیازمند هماهنگی و افزایش قدرت کارایی تیم بیهوشی دارد.

بحث

از حدود ۱۰۰ سال پیش یعنی از سال ۱۸۹۸ میلادی که بیحسی منطقه ای نخستین بار به وسیله Bier معرفی شد، تا کنون این روش بیهوشی به طور گسترده در بسیاری از مراکز درمانی در سراسر جهان و در انواع مختلفی از اعمال جراحی با موفقیت به کار رفته و روز به روز عمومیت بیشتری می یابد. فواید فراوان این روش در بسیاری از اعمال جراحی نظیر اورتوپدی، ارولوژی و ژینکولوژی به خوبی شناخته شده است (۱). این روش در مقایسه با بیهوشی عمومی نیاز کمتری به داروهای بیهوشی داشته، همچنین بسیاری از عوارض همراه بیهوشی عمومی نظیر آسپیراسیون، دپرسیون قلبی، تنفسی و... در این روش کمتر دیده می شود. بدین سبب در بسیاری از انواع اعمال جراحی روش بیحسی منطقه ای روش انتخابی است (۳).

در مطالعه حاضر که یک مطالعه توصیفی و کاربردی است اختلاف معنی داری در مورد نقطه نظرات بیماران در مورد بیحسی نخاعی بین افراد بیسواد و با سواد وجود ندارد ($p=0.13$). می توان چنین استنباط نمود که داشتن تحصیلات اما عدم آگاهی از روش بیهوشی نقش مهمی در تغییر عقیده بیماران ندارد. انواع اندیکاسیونهای جراحی سزارین نیز تاثیری در تغییر نقطه نظرات بیماران نسبت به بیحسی نخاعی نداشته است ($p=0.99$) حتی سابقه بیحسی نتوانست اختلاف معنی داری بین دو گروه که بیحسی را تجربه نموده بودند با گروهی که اطلاعی از آن نداشتند پدید آورد ($p=0.09$) که علت آن ممکن است نداشتن اطلاعات کافی در زمینه فواید آن در بیحسی های قبلی باشد چرا که در کشور اسپانیا و در یک مطالعه مشابه تفاوت در گروه مذکور معنی دار گزارش گردیده است (۴) ($p=0.02$). در بین حوادث حین عمل جراحی افت فشار خون و تهوع ۲۷ درصد از موارد احساس ناراحتی را تشکیل می داد به نظر می رسد در مقایسه با بررسیهای دیگر (۱) متأسفانه در کشور ما این عارضه رقم بالایی را به خود

دهیم قادر خواهیم بود به هدف اصلی خود یعنی شناساندن این روش مفید بیهوشی به افراد جامعه نایل شویم.

نگردد تا در این روند پزشکان متخصص نیز به اهداف اصلی خود دست یابند(۹).

در خاتمه می توان چنین گفت اگر بتوانیم نواقص اجرایی خود را اصلاح و برای برقراری ارتباط با بیماران ظرافت زیادی به خرج

References:

1. Andres JDe, Valina JC. Predictors of patient's satisfaction with regional anesthesia J Clin Anesthesia 1995; 2(6): 498 - 505
2. Sosis MB, Parnass, SM. Spinal phobia. J Clin Anesthesia 1995; 7(5): 389 - 94
3. Miller RD. Anesthesia, 4th ed, Churchill livingstone, 1994; P: 2056 - 66
4. Seeberger MD, Lang-ML. Comparison of spinal and epidural anesthesia for patients younger than 50 years of age. Anesth Analg 1994; 78(4):667-73
5. Smeltzer SC, Bare BG. Medical surgical nursing, 8th ed, Lippincott, 1996; P: 1881-85
6. Stolting RK, Miller RD. Basics of anesthesia, 3rd ed, Churchill livingstone, 1994; P: 172
7. Rogers Mc, Thinker JH. Principles and practice of Anesthesiology, Mosby, 1993; P: 2109
8. Miller, Ronald D. Anesthesia, 5th ed, Volume 1, Churchill livingstone, London, 2000; P: 1492
9. Brendan T, Finucane. Complications of regional anesthesia, 11th ed, Churchill livingstone, United States of America, 1999; P: 22 24