

انتخاب نوع بیهوشی برای سزارین در اولین زایمان توسط مادر و عوامل مرتبط با آن در مراکز بیمارستانی منتخب در سال ۱۳۹۱

دکتر محمد فروزش فرد^{۱*}، الهه ولی داد^۲، دکتر مجید میرمحمدخانی^۳، دکتر صنم مرادان^۴

۱. دانشیار گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.
۲. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.
۳. استادیار گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.
۴. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۰۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۵

خلاصه

مقدمه: بیمارانی که کاندید عمل جراحی هستند باید از روش های مناسب بی دردی آگاه باشند و برای گزینش یک روش بیهوشی یا بی حسی، باید حق انتخاب به آنها داده شود. در سزارین، روش توصیه شده برای القاء بی دردی، عموماً بی حسی نخاعی است که استفاده از آن در کشورهای پیشرفته رو به افزایش است. اما به نظر می رسد که در کشورهای در حال توسعه، همچنان سزارین با بیهوشی عمومی شیوع بالایی دارد. با توجه به نقش بیماران در انتخاب نوع روش بی دردی، مطالعه حاضر با هدف تعیین الگوی انتخاب نوع بیهوشی بر اساس تمایل مادران منتخب ایرانی برای انجام سزارین و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

روش کار: در این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۱، ۳۰۱ مادر باردار که برای انجام اولین سزارین خود در مراکز بیمارستانی شهرهای تهران و سمنان بستری و خودشان اقدام به انتخاب نوع بیهوشی کرده بودند، با استفاده از داده های موجود و مصاحبه تلفنی مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های تی و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. **یافته ها:** بر اساس نتایج مطالعه، ۱۷۴ نفر (۵۷/۸٪) از مادران بی حسی نخاعی و ۱۲۷ نفر (۴۲/۲٪) بیهوشی عمومی را انتخاب کردند. بین سابقه بیهوشی ($p < ۰/۰۱$) و نوع بیمارستان ($p < ۰/۰۰۱$) با روش بیهوشی انتخاب شده ارتباط آماری معناداری وجود داشت. اما ارتباط معناداری بین سن، شغل، سطح تحصیلات مادران و توصیه افراد غیر پزشک با روش بیهوشی انتخاب شده مشاهده نشد ($p > ۰/۰۵$).

نتیجه گیری: سابقه بیهوشی و نوع بیمارستان، با انتخاب روش بیهوشی توسط مادران ارتباط داشت. افرادی که سابقه بیهوشی قبلی داشتند و یا در بیمارستان خصوصی سزارین شده بودند، بیشتر روش بیهوشی عمومی را انتخاب کردند. مهمترین عامل ذکر شده برای انتخاب بیهوشی عمومی و بی حسی نخاعی به ترتیب ترس از کمردرد و تمایل به هوشیاری زمان تولد نوزاد بود.

کلمات کلیدی: بیهوشی، سزارین، عمومی، نخاعی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر محمد فروزش فرد؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران. تلفن: ۰۹۱۲۱۳۱۴۱۱۱، پست

الکترونیک: Mff45@yahoo.com

مقدمه

سزارین، یکی از فراوانترین اعمال جراحی است و گذری بر وضعیت آن در دنیا نشان می دهد که میزان آن در ۲۰ سال گذشته افزایش یافته است، به طوری که شیوع آن در ایالت متحده از ۴/۵٪ در سال ۱۹۷۰ به ۳۸٪ در سال ۲۰۰۷ رسیده است (۱). از سال ۱۹۷۰، میزان کلی سزارین هر سال در حال افزایش است و میزان آن در سال ۲۰۰۲، ۲۶/۱ درصد بود و تاکنون بالاترین میزان گزارش شده آن در ایالات متحده می باشد (۱). در ایران نیز بر اساس گزارش معاون سلامت وزارت بهداشت و درمان کشور در سال ۱۳۷۹، حدود ۳۵ درصد زایمان ها به روش سزارین انجام می شود و به طور میانگین، ۶۰ درصد زایمان های مراکز خصوصی به روش سزارین انجام می شود (۲).

البته عمل سزارین در موارد ضروری برای حفظ جان مادر و جنین، امری لازم و حیاتی است و در این شرایط با پذیرش خطرات احتمالی، روش انتخابی برای انجام زایمان می باشد. لذا استفاده از روش های مختلف القاء بی دردی یا بیهوشی، جزء لاینفک زایمان سزارین می باشد (۱) و انتخاب تکنیک بیهوشی کم خطر، مطلوب و مقرون به صرفه برای مادر و نوزاد اهمیت زیادی دارد. تصمیم پزشک در خصوص انتخاب نوع بیهوشی عمومی یا بی حسی ناحیه ای به منظور ایجاد بی دردی برای انجام عمل سزارین، در مرحله اول به شرایط بالینی مادر و جنین و نیز درجه اضطراری بودن عمل بستگی دارد. اما در بسیاری از مواقع، خصوصاً در شرایط غیر اضطراری و انتخابی، تصمیم متخصص بیهوشی به تمایل بیمار نیز وابسته است (۳). لذا مادر باید قبل از عمل تا حدودی از انواع روش های بیهوشی و بی حسی و مزایا و معایب هریک از آنها آگاه شود تا در مواردی که بر اساس شرایط موجود امکان انتخاب برای او وجود داشته باشد، بدون استفاده از اجبار و حتی الامکان با توجه به خواسته و تمایل او روش مناسب برگزیده شود (۴، ۵).

در روش سزارین جهت القاء بی دردی از دو روش بیهوشی عمومی و بی حسی ناحیه ای استفاده می شود. بیهوشی عمومی در صورت وجود زجر جنینی و یا سزارین اورژانس (برای بیمارانی با برخی مشکلات نظیر:

افت فشار خون^۱، پره اکلامپسی^۲ و عدم تعادل روحی)، روش ارجح است. زیرا سرعت القاء و تثبیت بیهوشی در مقایسه با بی حسی بیشتر است و احتمال وقوع افت فشار خون و ناپایداری قلبی عروقی کمتر شده و کنترل راه هوایی و تنفس مادر بهتر می شود (۶). بی حسی ناحیه ای (اپیدورال^۳، کمبری یا نخاعی)، بیشتر برای سزارین های الکتیو^۴ (۷) و در زنان سالم در صورت نیاز به بیدار ماندن مادر انتخاب می شود (۸) که البته در این انتخاب، ترجیح مادر نیز اهمیت دارد (۹). با بی حسی ناحیه ای، احتمال آسپیراسیون^۵ ریوی مادر و تضعیف جنین به حداقل می رسد، تغذیه دهانی سرعت یافته و دوران نقاهت بهبود می یابد (۷-۹). در کشورهای پیشرفته نظیر آمریکا از سال ۱۹۹۲، ۷۸ تا ۸۵ درصد سزارین ها به روش بی حسی منطقه ای انجام می شود که نسبت به سال ۱۹۸۱، کاهش قابل توجهی در استفاده از بیهوشی عمومی مشاهده می شود (۶). به طوری که در مطالعه بلینی و همکاران (۱۹۹۴)، ۸۸ درصد بیمارستان های دانشگاهی و ۸۰ درصد متخصصین بیمارستان های خصوصی، از روش نخاعی برای سزارین استفاده می کردند (۸).

دنفورث نیز بیان داشته است که یک سوم موارد سزارین، به روش بی حسی نخاعی انجام می شوند (۱۱). به طور کلی به دلیل خطرات بیهوشی عمومی، استفاده از بی حسی ناحیه ای^۶ به طور گسترده در کشورهای در حال پیشرفت رو به افزایش است (۱۲).

در یک مطالعه گسترده در بیمارستان های ایالت متحده آمریکا مشاهده شد که ۹۳٪ سزارین ها به روش بی حسی ناحیه ای انجام می شود و میزان عوارض و مرگ و میر آن نیز نادر بود (۱۳). در یک نظرخواهی که از متخصصین بیهوشی زنان در بریتانیا و ایرلند انجام شد، ۶۳٪ آنها روش بی حسی ناحیه ای را برای سزارین پیشنهاد کردند، ۳۲٪ پس از صحبت با مادر و اخذ نظر وی، بر اساس تمایل و خواسته او روش مورد نظر را

¹ hypotension
² preeclampsia
³ epidural
⁴ elective
⁵ aspiration
⁶ regional

بر اساس تمایل مادران منتخب ایرانی برای انجام سزارین و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ با هدف تعیین شیوع انتخاب نوع روش بیهوشی انجام شد. جمعیت هدف آن شامل زنان ایرانی منتخب بودند که برای انجام زایمان اول به روش سزارین مختار بودند یکی از دو روش عمومی یا نخاعی را انتخاب کنند. انتخاب جامعه آماری بر اساس دسترسی محقق انجام شد. به این ترتیب جامعه آماری شامل دو گروه بود، گروه اول زنان تهرانی بودند که در فاصله زمانی بهمن سال ۱۳۹۰ تا اردیبهشت سال ۱۳۹۱ جهت پیگیری های بهداشتی و مراقبتی نوزادان خود (غربالگری هایپوتیروئیدی و نیز واکسیناسیون نوزادان) تا سن دو ماهگی، به آن دسته از مراکز بهداشتی درمانی که دارای پایگاه های جمعیتی بودند، مراجعه داشتند (۹ مرکز پایگاه جمعیتی در شمال، جنوب، شرق و غرب تهران فعال هستند که آدرس دقیق هر کدام در آدرس www.sdhsbmu.ac.ir موجود است). این گروه از مادران، شامل ۱۰۰۰ زن بودند که حداکثر ۲ ماه قبل از مراجعه خود، در یکی از بیمارستان های تهران به شیوه سزارین زایمان کرده بودند. گروه دیگر مورد مطالعه، زنان سمناپی دارای همین شرایط بودند که از ابتدای مهر سال ۱۳۹۰ تا پایان شهریور ماه سال ۱۳۹۱ در بیمارستان امیرالمؤمنین سمناپی به صورت الکتیو تحت عمل سزارین قرار گرفته بودند. جهت گردآوری داده ها از بررسی داده های موجود (شامل سوابق بهداشتی مادران تهرانی و پرونده بستری مادران سمناپی) و همچنین مصاحبه تلفنی استفاده شد. ابتدا با برقراری تماس تلفنی با مادران و کسب اجازه از آنها جهت انجام مطالعه، از آنان سؤال شد که با کدام یک از دو روش بیهوشی عمومی یا بی حسی اسپینال تحت عمل سزارین قرار گرفته اند و آیا روش بیهوشی (یا بی حسی) با انتخاب خودشان بوده یا خیر؟ سپس تنها مادرانی وارد مطالعه شدند که بنا به اظهار خود، انتخاب شیوه بیهوشی یا بی حسی با خودشان بوده است. برای این افراد، پرسشنامه محقق ساخته از طریق تماس تلفنی تکمیل

برگزیدند و تنها ۵٪ افراد بیهوشی عمومی را توصیه کردند (۱۳).

نتایج مطالعات مشابهی که در کشورهای کمتر توسعه یافته انجام شده است، با نتایج مطالعات کشورهای پیشرفته متفاوت است. مثلاً در هند اکثر مادران مورد مطالعه (۶۷٪) برای سزارین، بیهوشی عمومی و تنها ۳۳ درصد آنها بی حسی منطقه‌ای را انتخاب کرده بودند و سطح تحصیلات، شغل و سابقه بیهوشی قبلی افراد از عواملی بود که با این انتخاب ارتباط داشت. به نظر می رسد حوزه شغلی صاحبان برخی مشاغل نظیر پرستاران و پزشکان به دلیل ارتباط با مقوله بهداشت و درمان و داشتن سطح متفاوتی از اطلاعات در خصوص مسائل مربوط به اقدامات پزشکی، بر انتخاب نوع بیهوشی بی تأثیر نباشد (۱۴). برخی مطالعات نشان می دهند بین انتخاب روش بیهوشی عمومی برای سزارین و عدم آگاهی کافی، سطح تحصیلات و سابقه بیهوشی قبلی مادران ارتباط وجود دارد (۱۵، ۱۶).

نتایج مطالعات انجام شده در ایران نیز مؤید استفاده زیاد از روش بیهوشی عمومی برای انجام عمل سزارین بود. مطالعه جهانی شورا و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که در شهر تربت حیدریه، ۱۰۰٪ سزارین های انجام شده در بیمارستان نهم دی آن شهر با بیهوشی عمومی انجام می شود و ترس مادران از عوارض جانبی بی حسی نخاعی^۱، مهمترین دلیل این انتخاب ذکر شد (۲). در مطالعه صادقی و همکار (۲۰۰۸) که در دانشگاه شهرکرد انجام شد، ۶۴٪ زنان بیهوشی عمومی و ۲۴٪ آنها بی حسی داخل نخاعی را انتخاب کردند و ۱۱٪ افراد نظر خاصی در مورد روش بیهوشی نداشتند (۱۷).

با توجه به شرایط موجود و با توجه به این که بر اساس مطالعات و آمارهای موجود به نظر می رسد هنوز در ایران تعداد قابل توجهی از سزارین ها به روش بیهوشی عمومی انجام می شود و از آنجایی که به طور کلی، مطالعه ای در مورد تمایل بیماران سزارین به روش بیهوشی و عوامل مؤثر بر آن در ایران در دسترس نیست، مطالعه حاضر با هدف تعیین الگوی انتخاب نوع بیهوشی

¹ Spinal anesthesia

شد. پرسشنامه مورد استفاده در مطالعه متشکل از دو قسمت اصلی بود. قسمت اول در واقع یک فرم ساده گردآوری داده‌ها بود که اطلاعات فردی و نوع بیمارستانی که فرد در آنجا بستری شده بود (خصوصی، دولتی، دانشگاهی و یا نیمه خصوصی) در آن ثبت می‌شد. این اطلاعات برای شرکت کنندگان تهرانی بر اساس بررسی داده‌های موجود در پرونده بهداشتی آنان که از قبل در دسترس محقق بود، جمع‌آوری شد. اما برای شرکت کنندگان سمنانی، ضمن بررسی پرونده بستری، داده‌های مورد نظر با استفاده از پرسشگری تلفنی جمع‌آوری شد. توضیح این که اطلاعات موجود در پرونده مادران تهرانی شامل سن مادر، سطح تحصیلات، شغل، تاریخ انجام زایمان، شغل همسر، سن همسر، تحصیلات همسر و جنس نوزاد، محل سکونت، شماره تماس و آدرس ایشان بود که مورد بررسی قرار گرفت و استخراج شد. اما در مورد زنان مورد مطالعه در سمنان، فقط برخی اطلاعات شامل شماره تلفن ثابت و همراه و آدرس آنان در پرونده بیمارستانی آنان موجود بود و داده‌های مربوط به بقیه موارد، با انجام مصاحبه توسط محقق گردآوری شد.

قسمت دوم پرسشنامه مربوط به تعیین و ثبت علت انتخاب روش ذکر شده توسط مادر بود. این موارد شامل ترس از کمردرد، فلج شدن، دیدن و شنیدن در اتاق عمل، آسیب به نخاع، سردرد، سوزن و درد حین عمل برای انتخاب بیهوشی عمومی به جای بی‌حسی نخاعی در کنار تمایل به هوشیاری زمان تولد نوزاد، ترس از بیدار نشدن، تهوع و استفراغ، درد بعد از عمل، احتباس ادراری، بی‌اشتهایی، عوارض دارویی و نیز ناتوانی در شیردهی برای انتخاب بی‌حسی نخاعی به جای بیهوشی عمومی بود که هر کدام جداگانه طی مصاحبه تلفنی از شرکت کنندگان در مطالعه سؤال شد. به این صورت که از آنان در خصوص هر یک از این موارد سؤال می‌شد که اولاً آیا این مورد در انتخاب آنان مؤثر بوده یا نه؟ در صورت مثبت بودن جواب، سؤال می‌شد که تا چه حد در انتخاب آنان تأثیر داشته است. پاسخ مادر بر اساس معیار ۴ درجه‌ای لیکرت، نمره بندی و بررسی شد (خیلی زیاد = ۴، زیاد = ۳، تاحدودی = ۲ و کم = ۱). در صورتی که مادر، عامل مطرح شده را در انتخاب خود

مؤثر نمی‌دانست گزینه "کم" با نمره ۱ توسط پرسشگر در پرسشنامه ثبت می‌شد. به عنوان سؤال آخر از افراد سؤال می‌شد که آیا توسط افراد غیر پزشک، توصیه‌ای برای انتخاب روش بیهوشی یا بی‌حسی دارند یا خیر؟ انتخاب و اصلاح سؤالات پرسشنامه و تأیید روایی صورتی و محتوایی آن، با تشکیل یک جلسه کارشناسی که در آن دو نفر از متخصصین بیهوشی و یک نفر پزشک متخصص زنان حضور داشت و نیز پس از انجام پیش‌آزمون بر روی ۱۵ نفر، انجام شد. پایایی ابزار به روش آزمون-بازآزمون^۱ با فاصله دو هفته انجام شد.

با توجه به بررسی‌های انجام شده اولیه، پیش‌بینی شد حداقل ۲۵٪ از موارد انتخاب شده، بیهوشی عمومی باشد. لذا بر اساس این درصد و با در نظر گرفتن حداکثر ۵٪ خطای نوع اول و دقتی معادل ۵٪، حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای مطالعه ۳۰۰ نفر برآورد شد. دستیابی و بررسی نمونه مورد مطالعه از بین افراد متعلق به هر دو گروه از جامعه آماری با برقراری متوالی تماس تلفنی با افراد مورد نظر تا تکمیل حجم نمونه انجام شد.

جهت توصیف مشخصات افراد و نیز علت‌های ذکر شده، میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای عددی و نیز تعداد و درصد برای متغیرهای کیفی گزارش شد. جهت مقایسه میانگین‌ها (سن مادران) از آزمون تی و جهت تعیین و بررسی ارتباط بین هر یک از متغیرهای توضیحی و روش انتخابی، از آزمون کای دو با پذیرش حداکثر ۵٪ خطای نوع اول در آزمون استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۳۰۱ زنی که برای انجام اولین زایمان خود سزارین شده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. بر اساس نتایج مطالعه، ۱۲۷ نفر (۴۲/۲٪) از افراد بیهوشی عمومی و ۱۷۴ نفر (۵۷/۸٪) بی‌حسی نخاعی را انتخاب کردند. میانگین سنی گروهی که بیهوشی عمومی را انتخاب کرده بودند، $27/69 \pm 4/39$ سال و گروهی که بی‌حسی نخاعی را انتخاب کرده بودند، $27/92 \pm 4/5$ سال بود که تفاوت آماری معنی‌داری با هم نداشتند ($p=0/7$).

¹ Test-re-test

ترتیب ۳۶/۷٪ و ۶۳/۲٪ را انتخاب کردند. از ۸۸ نفری که سابقه بیهوشی عمومی داشتند، ۴۹ نفر (۵۵/۷٪) مجدداً بیهوشی عمومی و ۳۹ نفر (۴۴/۳٪) بی حسی داخل نخاعی را انتخاب کردند و از ۶ نفری که سابقه بی حسی نخاعی داشتند، ۲ نفر (۳۳/۳٪) بیهوشی عمومی و ۴ نفر (۶۶/۷٪) بی حسی نخاعی را انتخاب کردند. بین انتخاب نوع بیهوشی و سابقه بیهوشی ارتباط آماری معناداری مشاهده شد، به این ترتیب که بیشتر افرادی که سابقه نوعی از بیهوشی را داشتند، بار بعد هم همان روش را انتخاب کردند ($p < 0.01$).

در مطالعه حاضر، ۱۳۰ نفر از زنان در بیمارستان خصوصی سزارین شده بودند و بیشتر از نیمی از آنها (۵۵/۴٪) بیهوشی عمومی را انتخاب کردند. ولی درصد انتخاب بیهوشی عمومی در بیمارستان های دولتی (۲۳/۹٪)، دانشگاهی (۳۸/۱٪) و نیمه خصوصی (۸/۳٪) کمتر بود و روش بی حسی نخاعی به طور معنی داری درصد بیشتری را به خود اختصاص داده بود ($p < 0.001$). میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به عوامل بیان شده توسط مادران که مرتبط با انتخاب روش بیهوشی عمومی برای کسانی که این روش را انتخاب کردند، در جدول ۱ ارائه شده است.

۱۹۶ نفر از زنان مورد مصاحبه، از مراکز بهداشتی-درمانی در استان تهران و ۱۰۵ نفر از بیمارستان امیرالمؤمنین سمنان انتخاب شده بودند. در تهران ۸۵ نفر (۴۳/۴٪) از افراد بیهوشی عمومی و ۱۱۱ نفر (۵۶/۶٪) بی حسی نخاعی و در سمنان ۴۲ نفر (۴۰٪) از افراد بیهوشی عمومی و ۶۳ نفر (۶۰٪) بی حسی نخاعی را به عنوان روش بیهوشی برای سزارین انتخاب کردند. بیماران تهرانی و سمنانی از نظر توزیع و درصد انتخاب نوع بیهوشی در تهران و سمنان تفاوت معناداری نداشتند ($p = 0.06$). انتخاب روش بیهوشی افراد با سن، شغل و میزان تحصیلات آنان ارتباط معنی داری نداشت ($p < 0.05$). از بین مادرانی که بیهوشی عمومی را انتخاب کرده بودند، ۶۵ نفر (۵۱/۲٪) و از بین کسانی که بی حسی نخاعی را ترجیح داده بودند، ۷۵ نفر (۴۳/۱٪) مشورت با افراد غیر پزشک شامل اعضاء خانواده و دوستان را عنوان کرده بودند که مشورت با افراد غیر پزشک نیز ارتباط معنی داری را با انتخاب مادران نشان داد ($p = 0.05$).

از ۳۰۱ زنی که تحت عمل جراحی سزارین قرار گرفتند، ۲۰۷ نفر هیچگونه سابقه بیهوشی نداشتند که ۷۶ نفر از آنها بیهوشی عمومی و ۱۳۱ نفر بی حسی نخاعی (به

جدول ۱- توزیع افرادی که بیهوشی عمومی را انتخاب کردند به تفکیک عوامل و میانگین و انحراف معیار نمره مربوط به تأثیر هر

عامل از نظر مادر

عوامل مرتبط با انتخاب بیهوشی عمومی	میانگین	انحراف معیار	درصد
ترس از کمردرد	۳/۴۳	۱/۷۹	۶۴/۶٪
ترس از فلج	۱/۳۵	۱/۰۹	۱۰/۲٪
ترس از دیدن و شنیدن در اتاق عمل	۳/۳۲	۱/۸۸	۶۲/۲٪
ترس از آسیب به نخاع	۱/۶۶	۱/۳۷	۲۱/۲٪
ترس از سوزن به کمر	۱/۸۷	۱/۴۶	۲۹/۱٪
ترس از درد حین عمل	۱/۶۰	۱/۳۵	۱۸/۱٪

میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به هر یک از عوامل مرتبط با انتخاب روش بی حسی نخاعی برای کسانی که روش بی حسی نخاعی را برای بی دردی حین سزارین انتخاب کرده بودند، در جدول ۲ ارائه شده است.

با توجه به جدول ۱، در این افراد مهمترین عامل مطرح شده در ارتباط با انتخاب روش بیهوشی عمومی ترس از کمردرد (۶۴/۶٪) و دومین عامل، ترس از دیدن و شنیدن در اتاق عمل (۶۲/۲٪) بود.

جدول ۲- توزیع افرادی که بی حسی نخاعی را انتخاب کردند به تفکیک عوامل و میانگین و انحراف معیار نمره مربوط به تأثیر هر عامل از نظر مادر

عوامل مرتبط با انتخاب بی حسی نخاعی	میانگین	انحراف معیار	درصد
تمایل به هشیاری در زمان تولد نوزاد	۳/۴۸	۱/۶۲	٪۴۸/۹
ترس از بیدار نشدن	۲/۱۸	۱/۷۰۰	٪۳۱/۶
ترس از تهوع و استفراغ	۲/۰۲	۱/۶۱۳	٪۲۹/۳
ترس از درد بعد از عمل	۱/۴۷	۱/۱۸۱	٪۱۳/۸
ترس از احتیاس ادراری	۱/۱۰	۰/۵۵۹	٪۴
ترس از بی اشتهایی	۱/۱۰	۰/۵۵۵	٪۴/۶
ترس از عوارض دارویی	۲	۱/۶۱۳	٪۲۷
ترس از سردرد	۱/۲۵	۰/۹۱۶	٪۹/۲
ترس از ناتوانی در شیردهی	۱/۵۴	۱/۲۷۵	٪۱۶/۱

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، در این گروه دلیل انتخاب بی حسی نخاعی در ٪۴۸/۹ از زنان، تمایل به هوشیاری در زمان تولد نوزاد و دلیل بعدی، ترس از بیدار نشدن بعد از بیهوشی عمومی (٪۳۱/۶) بود.

بحث

بر اساس نتایج مطالعه، در هر دو استان تهران و سمنان، اکثر مادران از نظر انتخاب نوع بیهوشی، بی حسی داخل نخاعی را انتخاب کردند. البته اگرچه در مطالعه حاضر، درصد انتخاب روش بی حسی نخاعی در مقایسه با بیهوشی عمومی بیشتر بود، اما همچنان درصد قابل توجهی از افراد، روش بیهوشی عمومی را انتخاب کرده بودند که این نتیجه قابل تأمل و بررسی بیشتر است. در مطالعه صادقی و همکاران که در تهران و بر روی ۲۴۰ نفر انجام شد، ۵۰٪ افراد روش بیهوشی عمومی و ۳۰٪ افراد بی حسی نخاعی را انتخاب کردند و برای ۲۰٪ افراد، هیچ روشی ارجحیت خاصی نداشت (۱۷). در مطالعه ما فقط افرادی وارد مطالعه شدند که انتخاب نوع بیهوشی با آنان بود. لذا در مطالعه حاضر بر خلاف مطالعه مذکور افرادی نبودند که ارجحیت خاصی برای آنان مطرح نباشد. به طور کلی در مطالعاتی که در کشورهای کمتر توسعه یافته انجام شده، برتری انتخاب بیهوشی با بیهوشی عمومی بود (۱۵). در سایر مطالعاتی که در ایران انجام شده نیز برتری انتخاب با بیهوشی عمومی بود. به طور مثال در بیمارستان شهر تربت حیدریه، ۱۰۰٪ سزارین ها به روش بیهوشی عمومی بود (۲) و در دانشگاه شهرکرد، ۶۴/۲٪ از زنان، بیهوشی عمومی را

انتخاب کرده بودند (۱۶). با توجه به نتایج سابقه بیهوشی که در بالا ذکر شد، بین انتخاب نوع بیهوشی با سابقه بیهوشی ارتباط معنی داری وجود دارد، به این ترتیب که به نظر می رسد کسانی که سابقه نوعی از بیهوشی را داشتند، بار بعد هم بیشتر همان روش را انتخاب کرده بودند. در مطالعه دان (۲۰۰۲) که در انگلستان انجام شد نیز از بین بیمارانی که سابقه بی حسی ناحیه ای قبلی داشتند، ۹۶٪ آنها بی حسی موضعی را برگزیدند، ۳٪ بدون تصمیم بودند و تنها ۱٪ روش دیگر یعنی بیهوشی عمومی را انتخاب کردند (۱۸).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بین سن، سطح تحصیلات و انتخاب نوع بیهوشی ارتباط معناداری وجود نداشت. اما در مطالعه دیپا و همکاران (۲۰۰۲) که در هندوستان انجام شد، ارتباط مستقیمی بین سطح تحصیلات افراد، آگاهی و انتخاب نوع بیهوشی وجود داشت (۱۴). همانطور که در بالا ذکر شد، توزیع انتخاب نوع بیهوشی در بیمارستان های خصوصی به طور معنی داری از بیمارستان های دولتی دانشگاهی متفاوت بود. در واقع در مطالعه حاضر مشاهده شد که در بیمارستان های خصوصی، بیهوشی عمومی بیشتر انجام می شود و این در حالی است که در بقیه بیمارستان ها، بی حسی نخاعی، روش غالب است. این تفاوت تا حد زیادی با توجه به اینکه در بیمارستان های دولتی که عمدتاً دانشگاهی هستند، انتخاب روش های درمانی یا تشخیصی بیشتر بر اساس دستورالعمل های پذیرفته شده علمی و کمتر بر اساس مسائل مالی و هزینه ای انجام می شود، قابل توضیح می

در مطالعه حاضر در گروهی که بی‌حسی نخاعی را انتخاب کرده بودند، ۴۸/۹٪ از زنان در هنگام مصاحبه، تمایل به هوشیاری در زمان تولد نوزاد را ذکر کردند که این عامل بیشترین موردی بود که توسط این دسته از مادران بیان شد. این دیدگاه می‌تواند برای تشویق مادران به انجام بی‌حسی نخاعی مورد استفاده قرار بگیرد.

از جمله مهمترین محدودیت‌های این مطالعه، بی‌پاسخی برخی از مادران و عدم رضایت آنان برای انجام مصاحبه بود. محدودیت دیگر مطالعه مربوط به گذشته نگر بودن مطالعه بود که بایستی به این موارد در زمان تفسیر نتایج توجه داشت.

با در نظر گرفتن مهمترین دلایل ذکر شده از سوی مادران برای انتخاب یک روش خاص بی‌هوشی یا بی‌حسی، به نظر می‌رسد می‌توان با تشویق هرچه بیشتر زنان به دیدن نوزاد، بلافاصله پس از زایمان و ایجاد ارتباط با نوزاد، آنها را هرچه بیشتر به سمت انتخاب بی‌حسی نخاعی سوق داد.

نتیجه گیری

سابقه بی‌هوشی و نوع بیمارستان، با انتخاب روش بی‌هوشی توسط مادران ارتباط داشت. مهمترین عامل ذکر شده برای انتخاب بی‌هوشی عمومی و بی‌حسی نخاعی به ترتیب ترس از کمردرد و تمایل به هوشیاری زمان تولد نوزاد بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی سمنان می‌باشد. بدینوسیله از پرسنل مراکز منتخب بهداشتی و درمانی در شهرهای سمنان و تهران و نیز از کلیه مادرانی که در انجام این تحقیق با ما همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

باشد. در مطالعه گاجراج و همکاران (۱۹۹۵)، ۱۰۰ زن باردار که کاندید سزارین به روش بی‌هوشی عمومی بودند، مورد مصاحبه قرار گرفتند که شایعترین دلیل انتخاب روش بی‌هوشی عمومی توسط آنها، ترس از درد کمر (۲۳٪) و ترس از سوزن (۲۸٪) گزارش شد (۱۹). در مطالعه شانیل (۱۹۹۸) که با ۳۲۴ زن باردار در مورد روش بی‌هوشی مصاحبه شد، ۳۰۰ نفر از آنها بی‌حسی ناحیه ای را قبول نکردند و مهمترین دلایل این عدم انتخاب را نگرانی از دیدن و شنیدن وقایع حین عمل (۴۵/۲٪) و ترس از درد کمر (۱۴/۵۸٪) ذکر کردند (۲۰).

در منابع علمی، عارضه کمر درد در بی‌حسی نخاعی ذکر نشده است، ولی مشاهده می‌شود که بیماران به صورت غیر علمی و از روی ناآگاهی، ترس از کمردرد را به عنوان یک دلیل مهم و شایع برای عدم انتخاب آن مطرح می‌کنند؛ همچنین به نظر می‌رسد آمادگی دادن به مادران، قبل از رفتن به اتاق عمل و آشنا کردن آنها با اتاق عمل و روش کار می‌تواند در کاهش ترس از اتاق عمل به عنوان دومین علت انتخاب نکردن بی‌حسی نخاعی تأثیرگذار باشد.

پزشکان و پرستاران و پرسنل اتاق عمل باید در جهت کاهش ترس بیمار از محیط ناشناخته اتاق عمل تلاش کنند. سایر دلایل عدم انتخاب بی‌حسی نخاعی نیز با وجود اینکه درصد کمتری در علت انتخاب مادران دارند، ولی دلایل غیر علمی هستند که بین مادران و زنان رواج دارند و از انتخاب بی‌حسی نخاعی که روش ارجح است، جلوگیری می‌کنند که با آموزش و آگاهی دادن به زنان، می‌توان این ترس را کاهش داد و انتخاب آنها را هر چه بیشتر به بی‌حسی نخاعی نزدیک تر کرد.

منابع

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 23rd ed. New York:McGraw Hill;2010.
2. Jahani Shoorab N, Mirzakhani K, Hasanzadeh M. [Comparison of the side effects of general and spinal anesthesia in cesarean section of women referring two hospitals in Torbate Heidayeh, Iran in 2004] [Article in Persian]. J Sabzevar Univ Med Sci 2005 Summer;12(2):48-54.
3. Jafari Javid M. [Anesthesia in obstetrics and delivery without pain]. Tehran:Pursina Publication;2004:99-101. [in Persian].
4. Stoelting RK, Miller RD. Basics of anesthesia. 5th ed. Philadelphia:Churchill Livingstone Elsevier;2007:508-10.
5. Rosique I, Pérez-Cárceles MD, Romero-Martín M, Osuna E, Luna A. The use and usefulness of information for patients undergoing anaesthesia. Med Law 2006 Dec;25(4):715-27.
6. Stoelting RK, Miller RD. Basics of anesthesia. 5th ed. Philadelphia:Churchill Livingstone Elsevier;2007:515-23.
7. Hawkins JL. Epidural analgesia for labor and delivery. N Engl J Med 2010 Apr 22;362(16):1503-10.

8. Beilin Y, Bodian CA, Haddad EM, Leibowitz AB. Practice patterns of anesthesiologists regarding situations in obstetric anesthesia where clinical management is controversial. *Anesth Analg* 1996 Oct;83(4):735-41.
9. Carvalho B, Cohen SE, Lipman SS, Fuller A, Mathusamy AD, Macario A. Patient preferences for anesthesia outcomes associated with cesarean delivery. *Anesth Analg* 2005 Oct;101(4):1182-7.
10. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE. *Danforth's obstetrics and gynecology*. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
11. Afolabi BB, Lesi FE, Merah N. Regional versus general anesthesia for cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Oct 18;(4):CD004350. Review.
12. Down JF, Gowrie-Mohan S. A prospective observational study of the subjective experience of cesarean section under regional anesthesia. *Int J Obstet Anesth* 2002 Oct;11(4):242-5.
13. Lanigan C, Reynolds F. Risk information supplied by obstetric anaesthetists in Britain and related to mothers awaiting elective caesarean section. *Int J Obstet Anesth* 1995 Jan;4(1):7-13.
14. Deepa J, Shinde V, Patel R. A study of patients perception about knowledge of anesthesia and anesthesiologist. *India J Anaesth* 2002;46(1):1068-73.
15. Jackson A, Henty R, Avrey N, VanDenKerkhof E, Milne B. Informed consent for labour epidurals: what laboring women want to know. *Can J Anaesth* 2000 Nov;47(11):1068-73.
16. Madine H, Abedinzade M, Ghaheri H. [Comparison of two methods of pain relief after cesarean section with general anesthesia and spinal] [Article in Persian]. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2004;2:43-50.
17. Sadeghi A, Razavi S. [Evaluation of effective parameters for method of anesthesia in cesarean section] [Article in Persian]. *Journal of Iranian Society Anesthesiology and Intensive Care* 2008;2:52-7.
18. Dawn J. A prospective observational study of the subjective experience of cesarean section under regional anesthesia. *Int J obstet anesth* 2002;11(4):242-5.
19. Gajraj NM, Sharma SK, Souter AJ, Pole Y, Sidawi JE. A survey of obstetric patient who refuse regional anesthesia. *Anaesthesia* 1995 Aug;50(8):740-1.
20. Chanyl YL, Wong KL, Lin CF, Rau RH, Wu KH, Wei TT. Views of obstetric patients who refuse regional anesthesia in cesarean section. *Acta Anaesthesiol Sin* 1998 Jun;36(2):99-102.

