

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
ANABİLİM DALI

**GEBELERDE PREANESTEZİK
DEĞERLENDİRME SIRASINDA
ANKET ÇALIŞMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Melek GÜZEL

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Semra KARAMAN

**İZMİR
2013**

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
3. MATERYAL VE METOD	18
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇ	42
7. ÖZET	43
8. KAYNAKLAR	44

GİRİŞ

Doğum ağrısı bilinen en şiddetli ağrılardan biridir. Bugüne kadar doğumun ağrısız gerçekleşmesi için pek çok yöntem denenmiştir. Fakat tüm gebeleri memnun edebilecek ortak bir yöntem tanımlanamamıştır. Anestezi uygulamasının seçimi annenin isteğine, kadın doğum ve anestezi uzmanının ortak kararlarına ve doğumun seyrine bağlıdır¹ .

Günümüzde anestezinin önemi anlaşılmış olmakla birlikte toplum tarafından yeterince bilinmemektedir. Hastaların büyük bir bölümünde anesteziyle ilgili önyargı, korku ve endişe bulunmaktadır. Bu korku ve endişeleri azaltacak bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle cerrahi işlem uygulanacak hastalara, anestezi öncesi bilgilendirme yapılması gerekli bir uygulamadır. Hastanın hem fizik muayenesinin yapılarak laboratuvar ve gerekli radyolojik tetkiklerinin inceleneceği, hem de geçmiş tıbbi durumların sorgulanarak kişiye özgü ve operasyonu ile ilgili risklerin anlatılacağı preanestezik değerlendirme olarak adlandırılan bir görüşme yapılmalıdır.

Anestezi doktoru tarafından yapılan bu görüşme çoğu zaman yeterli verimlilikte geçmemektedir. Gerekli empati kurulmadan yapılan bir preanestezik muayene tam tersi hastanın korku ve kaygılarının artmasıyla sonuçlanabilir. Bunun önlenmesi için hastaya yeterli zaman ayırarak, sorularına sosyoekonomik düzeyi, eğitim durumu, içinde bulunabileceği endişeli ruh hali de göz önünde tutularak gerekli cevapların verilmesi, ihtiyaç duyulan bilginin sağlanması bu görüşmenin daha etkin ve verimli geçmesini sağlayacaktır.

Doktor hasta ilişkisi bilgiyi sağlamanın en temel unsurunu oluşturur. Geçmişin 'en iyisini doktor bilir' anlayışını artık sağlıklı doktor hasta ilişkisi almıştır². Etkili bir doktor-hasta iletişiminin tıbbi tavsiyelerin anlaşılabilirliği veya hasta memnuniyeti gibi çeşitli hasta davranışları üzerinde etkisi olduğunun farkına varılmıştır, ayrıca istenilen sağlık sonuçlarına ulaşılmasına da katkıda bulunmaktadır³. Hastanın güvenini kazanmak korku ve endişeyi azaltacaktır.

Anestezist-hasta ilişkisi preoperatif vizit sırasında kurulmaktadır, bu durum ayrıca hasta ve hekimin birbirlerini incelemeleri için bir fırsattır. Anesteziye ve anesteziistlere ilişkin bilgi, tutum ve kaygılar üzerinde yapılan çalışmalarda anestezi işlemlerine karşı duyulan güveni arttıracadığından preoperatif vizit sırasında hastalarla yeterince konuşulması önerilmektedir ⁴. Hekim- hasta ilişkisi ve bunun sonuçları hastaya rehberlik edilerek, uygun kelimelerle açıklamalarda bulunularak güçlendirilebilir, hastanın anlama seviyesi arttırılabilir. Bunların sonucunda anestetik-cerrahi stres ve kaygılar azaldıkça, hekimlere duyulan inanç umut verici bir şekilde artmaktadır. Tarihsel olarak Amerikan Anestezistler Derneği(ASA) toplumun anesteziyoloğun rol algı ve anlayışını geliştirmek için güçlü bir mücadeleyi desteklemişler. Bunu başarmak ve doktor-hekim ilişkisini geliştirmek için açık ilişkiler kurulmalıdır⁵.

Preoperatif değerlendirme sırasında en çok ilgiye ve bilgiye ihtiyacı olan doğuma veya sezaryen operasyonuna girecek olan gebelerdir. Bu grup hastalar diğer operasyona hazırlanan hastalardan farklı olarak ek kaygı nedenlerine sahiptirler⁶. Normal bir cerrahi anestezide sadece bir kişinin güvenliği ve optimal koşullar sağlanmaya çalışılırken; sezaryende annenin ve annede oluşan her türlü değişiklikten etkilenen fetusun da güvenliği sağlanmak zorundadır⁷.

Bu çalışmanın amacı, hastalara uygulanacak anket vasıtasıyla, daha önceki gebeliklerine ve şimdiki gebeliğine yönelik sorular yöneltilerek, anestezi uygulamaları hakkındaki bilgileri ve bu konudaki endişelerinin neler olduğunu ortaya çıkarmaktır.

GENEL BİLGİLER

OBSTETRİK ANESTEZİ

Gebeliğin ilerlemesi ile büyüyen fetüsün artan metabolik gereksinimi, tüm maternal organ sistemlerinde değişikliğe yol açar. Bu değişikliklerin nedeni korpus luteum ve plasentadan salgılanan hormonlar ve ikinci, üçüncü trimesterde büyüyen uterusun mekanik etkilerine bağlıdır. Gelişen fizyolojik değişiklikler obstetrik anestezide ayrı bir özellik ve önem kazandırmaktadır¹. Gebelikte anestezisi ve analjezi uygulamaları, gerek gebelik fizyolojisinin beraberinde getirdiği durumlar gerekse de uygulanacak yöntemlerin anne ile beraber fetusüde etkilemesi nedeniyle oldukça dikkat, tecrübe ve bilgi gerektirmektedir. Anestezisi ile ilişkili maternal ölümler, obstetrik anestezideki gerek ilaç gerekse tetkiklerdeki gelişmeler sonucu önemli derecede azalmaya başlamıştır⁸.

TANIMI VE TARİHÇESİ

Obstetride ilk genel anestezisi uygulaması; 1846 yılında James Young Simpson tarafından doğum ağrısını gidermek üzere eter kullanılmasıyla başlamıştır. Ağrısız doğumu ilk uygulatan annelerin başında ünlü İngiliz Kraliçesi Viktorya gelir. Dr. John Snow 1853 yılında Kraliçe Viktoria'nın doğum ağrılarını azaltmak için kloroform kullanmıştır.

Ağrı tarihi, insanlık tarihi kadar eskidir. İnsanoğlu bu ağrıları gidermek için çeşitli içgüdüsel yöntemler uygulamıştır. Mesela ağrıyan organlara güneşte kızdırılmış taş bastırılmış⁹. Bazı toplumlar ağrının tanrının bir gazabı olduğuna inanmış. Toplum kültüründe çok önemli bir yere sahip olan doğum ağrısının giderilebilmesi için çok çeşitli uygulamalar yapılmıştır. Afrika'da hamile kadının karnına bitkisel özlerin sürülmesi gibi yöntemler uygulanırken Germen kültüründe gebeye bol bira içirilmesi sık kullanılmıştır. Her toplum ağrıyı giderilmesi gereken hoş olmayan bir duygu olarak görmemiş aksine ağrının "şeytan işi" olduğu ve bu ağrıya dayanma sonunda cennete gidileceği inancı yerleşmiştir. Tüm bu kültürel

ve dini baskılara rağmen tıp alanında gelişmeler genelde akut ağrıyı, daha özelden ise doğum ağrısını ortaya çıkaran temel nedenlere ilgi duymuştur.

1811-1870 yılları arasında yaşayan James Young Simpson kloroformun da eter kadar etkili olabileceğini göstermiş ve doğum anesteziinde kullanmıştır. Kraliçe Viktorya'nın 1853'te Prense Leopold ve 1857 yılında Prenses Beatris'in doğumunda anestezi alması ile doğum analjezisi soylular ve alt sınıf arasında yaygın taraftar bulmaya başlamıştır¹⁰.

İlk olarak 1900 yılında Kreis Basel'de bir obstetrisyen, spinal aralığa kokain enjekte ederek doğum ağrısının azaldığını bildirmiş, 1921 yılında Sicard ve Forester ile 1926 da Jansen isimli araştırmacılar epidural aralıktaki negatif basıncı bulmuştur. Cleland adlı araştırmacı, torakolomber bölgeye ve sakral hiatusa kateter yerleştirerek etkili bir doğum analjezisi sağlamıştır.

James Simpson'nın; eğer "bilinç kaybına neden olmayan lokal anesteziyi uygulayabilirsek doğum anesteziisi daha fazla taraftar bulacaktır" şeklindeki açıklamasını takiben, 1960'lı yıllardan sonra epidural anestezi yönteminin yaygınlaşmasıyla doğum analjezisi yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır¹¹.

KULLANILAN ANESTEZİ YÖNTEMLERİ

Anestezist, sezaryen ve vajinal doğumda en uygun anesteziyi oluşturmak için, gebelik süresince annede oluşan fizyolojik değişiklikleri, anestezi ajanlarının fetüs ve yenidoğanda direkt, indirekt etkilerini, değişik anestezi tekniklerinin risklerini ve yararlarını, özellikle obstetrik komplikasyonlarını iyi bilmek ve anlamak zorundadır. Hiçbir anestezi ajan ve teknik doğum hastaları için tam ideal değildir. Anestezinin seçimi, hastanın isteğine, obstetrik gereksinimlere ve anestezistin deneyimine bağlıdır¹.

GENEL ANESTEZİ

Gebelerin çoğunlukla genç ve sağlıklı bireyler oldukları göz önünde bulundurulduğunda obstetrik anestezide anne ve fetüsün güvenliği büyük önem taşır.

Genel anestezi hastanın rejyonal yöntemi reddetmesi, fetal distres, kordon sarkması, plasenta previa gibi hızlı indüksiyon gereken, zamana karşı yarışılan durumlarda ve koagülopati, enfeksiyon, kanama gibi rejyonal anestezinin kontrendike olduğu durumlarda üstünlük kazanmaktadır. Ayrıca daha az hipotansiyon riski, kardiyovasküler stabilitenin daha iyi sağlanabilmesi, hava yolu ve ventilasyonun daha iyi kontrol edilebilmesi gibi nedenler ile rejyonal anestezie göre bazı durumlarda daha avantajlı olabilir^{12,13}. Fakat bu avantajlarına karşın, gebelerde sık görülebilen entübasyon güçlüğü, mide içeriğinin aspirasyonu ve fetüsde solunum depresyonu gibi dezavantajları da unutulmamalıdır¹⁴.

Genel anestezi astım, üst hava yolu enfeksiyonu, zor entübasyon öyküsü olan hastalarda çok dikkatli uygulanmalıdır. Preoperatif havayolu değerlendirilmesi hamilelerde özellikle önemlidir çünkü entübe edilememe ve efektif ventilasyon sağlanamaması anestezieyle ilişkili maternal ölümlerin başlıca nedenidir¹⁵.

Zor hava yolu beklentisi varsa lokal teknikler, uyanık entübasyon veya fiberoptik laringoskopi koşulları hazır bulundurulmalıdır. Entübasyon veya maske ile ventilasyon başarısız olduğunda laringeal maske hava yoluna yardımcı olabilir.

Premedikasyon çoğunlukla gerekli değildir¹⁶. Indüksiyondan bir saat önce oral yolla 15-30 ml. partikülsüz antiasit ve antiemetik olan metoklopramid intravenöz verilmesi mide boşalmasını kolaylaştırması ve özafagus sfinkter tonusunu arttırması açısından faydalıdır¹⁷. Obstetrik anestezide mortalitenin önemli nedenlerinden biri de mide içeriğinin aspirasyonudur¹⁸.

REJYONAL ANESTEZİ

Son 10-15 yıldan bu yana sezaryen ameliyatlarında genel anestezi uygulamaları sürekli azalırken rejyonel anestezi uygulamaları artış göstermektedir. Rejyonel anestezi uygulamalarının mide içeriğinin aspirasyonu ve başarısız entübasyon risklerinin olmaması, solunumu deprese edecek ajanların kullanılmaması, ayrıca annenin uyanık olması dolayısıyla doğum olayının sevinç ve heyecanını yaşayabilmesi gibi birçok avantajları mevcuttur¹⁹.

Obstetrik anestezi uygulama kılavuzuna göre elektif sezaryenlerde rejyonel anestezi tekniklerinden spinal, epidural veya kombine spinal epidural blok yöntemlerinin her üçünün de kullanılabileceği belirtilmektedir²⁰.

SPİNAL ANESTEZİ

Sezaryenle doğumda en sık uygulanan rejyonel anestezi subaraknoid bloktur. Acil sezaryenlerde bile genel anesteziye alternatif olmuştur. Hiperbarik bupivakain, genellikle en sık kullanılan lokal anesteziktir²¹.

Sezaryen için T₄ seviyesinde sensoriyal blok gerekmektedir. Yüksek sempatik blok oluşma riski nedeniyle, tüm hastalara santral bloktan hemen önce veya eşzamanlı 1500-2000 ml Laktatlı Ringer solüsyonları verilmesi önerilmektedir. Anestezik ilaç enjeksiyonu sonrasında hasta, uterus sol tarafa yer değiştirecek şekilde supin pozisyona getirilir, ilave O₂ (%40-50) verilir, kan basıncı stabilize olana kadar 1-2 dk.'da bir ölçülür. Spinal anestezide profilaktik intramüsküler efedrin (25 mg) verilebilir. Epidural anestezi sonrası hipotansiyon tipik olarak daha yavaş başlar ve efedrin uygulanması (5-15 mg intravenöz), ek intravenöz sıvı verilmesi ve uterusun yana yatırılması ile tedavi edilebilir. Hafif trendelenburg pozisyonu T₄ sensoriyal seviyeyi sağlamayı kolaylaştırabilir ve ciddi hipotansiyonu engellemede yardımcı olabilir. Trendelenburg pozisyonunun aşırı dereceleri pulmoner gaz alışverişine zarar verebilir⁷.

Spinal anestezi sezaryen için çok hızlı başlangıçlı ve güçlü bir nöral blok olması sayesinde birçok avantaj sağlamaktadır. Düşük doz ilaç kullanılması nedeni ile lokal anestezi toksisite riski düşüktür ve bebeğe ilaç geçişi minimaldir. Ayrıca spinal anestezide yetersiz ya da yamalı blok oranları son derece az rastlanılan bir durumdur Dezavantajları ise blok süresinin kısalığı ve yüksek hipotansiyon oranlarıdır. Spinal anestezi kalitesi lokal anestezi yanında opioid eklenmesi ile artırılabilir. Elektif sezaryenlerde özellikle de sezaryenin uzama olasılığı varsa epidural anestezi de düşünülebilir²².

EPİDURAL ANESTEZİ

Spinal anestezinin aksine epidural anestezinin etki başlangıcı yavaş olmaktadır ve yeterli blok için yüksek doz ilaç kullanılması gerekmektedir. Avantajları ise postdural ponksiyon başağrısı riskinin az ve epidural kateter aracılığıyla lokal anesteziklerin titre edilebilme imkanının olmasıdır. Uygunsuz intratekal ya da intravasküler enjeksiyondan kaçınmak için epidural kateterin doğru yerleştirilmesi şarttır²³.

Yukarıda foramen magnum, aşağıda sakrokoksigeal zar, önde posterior longitudinal ligament, arkada ligamentum flavum ile sınırlıdır. En geniş kısmı olan lumbal bölgenin çapı 0,6 cm'dir. Vertebral kanalın venleri, internal vertebral venöz pleksusun bir parçası olup, büyük kısmı epidural aralığın anterolateralinde yer alan geniş ve zengin venöz pleksusları oluştururlar. Valvsiz olan bu venler, aşağıda pelvik, yukarıda intrakranial venlerle ve intervertebral foramenler yoluyla da torasik ve abdominal venlerle doğrudan bağlantılıdır. Bu venler, gebeliğin geç döneminde meydana gelen vena kava obstrüksiyonu nedeniyle genişleyerek epidural aralığı daraltırlar. Bu nedenle gebelerde epidural aralığa orta hattan girilmeli, epidural venlerin dolgunluğunu artıran ıkınma, öksürme gibi eylemler sırasında enjeksiyon yapılmamalıdır¹.

Sezaryende epidural anestezi kalem uçlu spinal iğneler kullanıma girene kadar seçilen rejyonal analjezik teknik olmuştur. Spinal anestezinin avantajlarına

rağmen, epidural blok hala etkin bir anestezi yöntemi olarak uygulanmaktadır. Ancak epiduralde blok başlama zamanının spinalden daha uzun olması, blok yayılımının yama şeklinde olabilmesi ve sakral köklerde anestezinin yetersiz olabilmesi gibi bazı kısıtlayıcı faktörler bulunmaktadır. Kardiyovasküler stabilitenin iyi olması epidural bloğu kalp hastalığı veya preeklampsi gibi bazı hastalıklarda seçilmesi gereken anestezi yöntemi yapar.

KOMBİNE SPİNAL-EPİDURAL ANESTEZİ

Kombine spinal-epidural blok spinal ve epidural bloğun birlikte uygulanma tekniğidir. Özellikle yandaş hastalıkları olan hastalarda her iki bloğun tek başına uygulanmasına göre önemli avantajlar sağlar. Tek başına epidural blok uygulamasında yüksek doz lokal anestetik önemli oranda hipotansiyona neden olabilir. Analjezi düzeyinin ayarlanması zordur. Bu teknikte yerleştirilen epidural kateter ile postoperatif ağrı tedavisinde hasta kontrollü analjezi veya devamlı ya da aralıklı uygulamalar mümkün olur. Kombine spinal-epidural blok uygulaması ile her iki tekniğin dezavantajlarından korunurken avantajlarından yararlanır. İntratekal blokajın güvenilirliği ve epidural kateter ile titre edilebilir ilaç dozları ile kardiyovasküler olarak stabil bir anestezi sağlanabilir. Düşük doz intratekal uygulama yeterli bloğu sağlar, epidural kateter de gerekli olduğunda bloğun uzatılabilmesine olanak sağlar²⁴.

OBSTETRİK ANESTEZİ KOMPLİKASYONLARI

Obstetrik anestezi yükümlülüklerin ve klinik sorunların çok yüksek riskli olduğu düşünülen anestezinin spesifik bir alt dalıdır. Anestezi ilişkili komplikasyonlar Amerika Birleşik Devletlerinde gebelik ilişkili anne ölümlerinin 6. önde gelen sebebidir. Anestezi ilişkili anne ölümlerinin en önemli nedenlerinden biri sezaryen için uygulanan genel anestezi indüksiyonunu takiben gelişen zor veya başarısız entübasyondur²⁵.

Doğum uzmanı ve jinekolog yetiştiren Amerikan enstitüsü (ACOG) genel anestezinin risklerinin önemini vurgulayarak bütün yüksek riskli gebelerin erken dönemde obstetrik anesteziyologa konsülte edilmesini önermektedir. Bu erken iletişim zamanında karar verilmesini sağlayarak kadın doğum uzmanı ve obstetrik anesteziyolog arasındaki iletişimi arttırmaktadır. ACOG ayrıca bütün yüksek riskli gebelere, bilhassa morbid obez ve zor hava yolu olanlara erken dönemde epidural kateter uygulanmasını önermektedir²⁶. Obstetrik anestezi pratiğinde zor entübasyon ihtimaline karşın, bütün gebelere dikkatli ve zamanında preoperatif değerlendirme yapılmalı, zor havayolu olanlar belirlenerek beklenmedik zor havayolu yönetiminden sakınılmalıdır^{27,28}.

GEBELERDE PREOPERATİF DÖNEM

Anesteziyoloğun hastaya uygulayacağı anestezi yöntemi ve buna yönelik hazırlık, anestezi riskinin belirlenmesi, onun fizik ve psikolojik durumunu değerlendirmesi ile farmakolojik ve terapötik hikayesine dayanılarak yapılır.^{29,30} Bu amaçla yapılacak preoperatif vizitte hastaya uygulanacak anestezi yöntemi hakkında bilgi verilmeli, korku ve endişesi giderilmelidir. Preoperatif değerlendirme hastanın hekimle tanışması, hekimine olan güvenin sağlanması ve hasta-hekim ilişkisinin güçlendirilmesi açısından da önem taşımaktadır³¹.

Preoperatif değerlendirme, iyi planlanmalı ve organize olmalıdır. Hastaya anestezi ekibi tanıtılıp, preoperatif değerlendirmenin nedeni açıklandıktan sonra, amacına uygun olarak gerekli bilgi, sırayla, düzenli bir şekilde alınmalı ve kaydedilmelidir. Hastanın psikolojik ve fiziksel olarak cerrahi sırasındaki stresi tolere edip edemeyeceği, cerrahinin hastanın daha rahat tolere edeceği şekilde planlanması, sedasyon gerekip, gerekmeyeceği, ne tür anestezi gerekeceği ve uygulanacak ilaçlar yönünden bir kontrendikasyon olup olmadığı preoperatif değerlendirmenin temelini oluşturur²⁹.

Preoperatif değerlendirmenin amaçları Şu Şekilde sıralanabilir^{29,30,31}.

1. Cerrahi ve anestezi ile ilgili riskleri azaltmak
2. Perioperatif bakımın kalitesini arttırmak, masrafını azaltmak
3. Hastanın anestezi için onamını almak
4. Hastanın psikolojik ve fizik durumunu değerlendirmek
 - a. Psikolojik değerlendirme ve hazırlık
 - b. Fizik durumun değerlendirilmesi
 - c. Laboratuvar incelemeleri
5. Farmakolojik durumunun değerlendirilmesi
 - a. nemli ilaç etkileşimleri
 - b. AlıŐkanlıklar
6. Anestezi riskinin belirlenmesi
7. Premedikasyon verilmesi

SİSTEMİK DEğERLENDİRME

Hastanın fizik durumunun değerlendirilmesi hikaye alınması ve fizik muayenede fark edilen sorunlar konusuna dikkat edilerek yapılır. Hastanın fizik durumunu değerlendirmenin amaçları; fizik durumuna göre risklerini belirlemek, gerekiyorsa konsültasyon istemek, anestezi planında uygun değişiklikleri yapmaktır³².

Hastalarının fizik durumunu değerlendirmeye hastanın tıbbi hikayeleri alınarak başlar. İyi bir tıbbi hikaye alınması; soruların açık olmasına, cevapların dikkatle dinlenmesine, gözleme ve alınan bilgilerin düzenli bir Şekilde birleŐtirilmesine bağlıdır. Sorular hastanın kafasını karıŐtırmadan, klinik olarak anlam taŐıyacak Şekilde sorulmalıdır. Geçirilmiş hastalık ve ameliyatlar, varsa anestezi deneyimi ve komplikasyonları öğrenilir. Örneğin daha önce genel anestezi alan ve anesteziden sonra geç derlenme hikayesi olan hastalarda psdokolineraz enzimi eksikliği olabileceği akla gelebilmektedir. Benzer bir başka örnek hastaya daha önceki genel anestezisinden sonra zor entübasyon olduğunun söylenmiŐ olması entübasyon açısından daha hazırlıklı olunmasını

sağlayabilir ve pek çok komplikasyon bu şekilde önlenabilir. Solunum, kardiyak, malnütrasyon ve diyabet hastalıklarının eşlik etmesi hastanın riskini arttırmaktadır³³.

Kullanılan ilaç, sigara ve alkol alışkanlığı mevcudiyeti, süresi ve miktarı belirlenir. Hastanın düzenli kullandığı ilaçlar hem hastanın aktif hastalıkları hakkında bilgi verir hem de olası ilaç etkileşimleri açısından önem taşır³².

Gebelerde artmış yağ dokusu, iri göğüsler, ödem (özellikle farengeal) anestezi öncesi dikkatli bir değerlendirme ile belirlenerek, entübasyon güçlüğü için hazırlık yapılabilir. En iyi yatakbaşı testler orofarengeal görünüm (Mallampati testi), tiromental uzaklık ve başın ekstansiyon derecesidir³⁴.

PSİKOLOJİK HAZIRLIK

Obstetrik hastalar diğer cerrahi geçirecek olan hasta grubundan farklıdır. Çünkü bebeklerinin anesteziye maruziyetine ilişkin ek kaygılar taşımaktadırlar⁶.

Psikolojik değerlendirilme hastanın anksiyetesini değerlendirme ve gidermeye yöneliktir. Yapılacak işlem hakkında bilgisi olmaması, daha önceki olumsuz deneyimleri endişe ve hatta sistemik sorunları artırır. Genellikle hastalar ağrı duyma, farkında olma, istem dışı konuşma ve uyanamama gibi endişeler taşırlar.

Anksiyöz bir hasta ile karşılaşıldığında daha önceki girişimlerdeki tepkileri konusunda iyi bir hikaye alınmalıdır. Hasta sosyokültürel düzeyine uygun bir dille, yapılacak işlem hakkında aydınlatılmalı, ağrısının nasıl önleneceği konusunda bilgilendirilmelidir³⁵. En önemlisi, hastaya işlem sırasında ve sonrasında ağrısının nasıl kesileceği ayrıntılı güven sağlanarak anlatılabilirse, anksiyeteleri azaltılabilir. Preoperatif değerlendirmede hastanın psikolojik durum değerlendirmesi ve viziti yapan hekimin önerileri ayrıntılı preoperatif değerlendirme formuna kaydedilmelidir. Kayıt tutulması hem preoperatif değerlendirmeyi yapan hekim ile

anestezi verecek hekimin farklı olduğu durumlarda hem de daha sonraki anestezilerinde yol gösterici olmaktadır³⁴.

BİLGİLENDİRME

İnsanoğlunun varoluşundan günümüze uzanan yaşam sürecinde, devamlı değişen ve gelişen bakış açısı ile hekim, “Beyaz Gömleli Tanrılar” makamından indirilerek, oldukça farklı konumlara yerleştirilmiştir. Değişen çağlarda hasta da değişmiştir. Hipokrat’ın hekim için tanımladığı hasletler olan; “dürüst, güvenilir ve iyi niyetli olmak”, yine gereklidir günümüzde, ama artık “yeterli değildir”. Artık, “hasta, kendisini “erişkin” yerine koyan, onun değer yargılarına, inançlarına saygı gösteren”, anlattıklarını dinleyen ve sorduğu sorularına aydınlatılma düzeyinde yanıt veren, kişisel çıkarlarının gözetilmesine de olanak tanıyarak, tedavisi için yapılması düşünölen uygulamalar hakkında bilgi sahibi olması sonrasında, “onamını (rızasını) alan’ hekimler istemektedir”.

Günümüzde, temel insan haklarına yönelik çalışmaların çok önemli aşama kaydetmesi sonrasında belirlenen ve geliştirilen haklar çerçevesinde, bireyin kendi hakkında karar verme hakkı ve kendi kaderini belirleme hakkı çok öncelikli bir konuma yerleşmiştir. “Kendi kaderini belirleme hakkı”, hastanın bilgilendirilerek, konu hakkında aydınlatılarak, kendisine tanınan seçenekler arasından seçim yapabilmesine olanak tanımaktadır.

Bu yaklaşım, hekime hasta için gereken bilginin verilmesi konusunda yeni bir etik ödev yüklemektedir. Verilecek bilgi kapsamında; hastanın, hastalığı hakkında bilgilendirilmesi, tedavinin süresi, maliyeti ve diğer sorularının yanıtlanması bulunmaktadır.

Hastalar, 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği’yle, sağlık durumlarıyla ilgili bilgi alma hakkına sahip oldular. ‘Madde 15- Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde

ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir³⁶.

Hastaların korkularını önlemek ve endişelerini gidermek için en iyi yol bilgilendirme dir. Bilgi ve anksiyete düzeyi, toplumlar hatta bölgeler arasında bile değişkenlik gösterir. Bunun yanında eğitim, cinsiyet, yaş gibi kişisel faktörler de bu değişkenlikte rol oynar. Birçok çalışmada kadınlarda anksiyete düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir^{37,38}.

Yapılacak işlemler ile ilişki bilgilendirme sözel veya yazılı olabileceği gibi her ikisini kapsayacak biçimde de verilebilir. İkisinin de avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Yazılı bilgilendirme sıklıkla karmaşık olup hastalar tarafından anlaşılmasında güçlük olabilir. Diğer taraftan sözel bilgilendirmede de verilen bilgilerin akılda tutulması zor olabilmektedir³⁹.

Bilgilendirme yöntemlerinden hangisi kullanılırsa kullanılsın, önemli olan hastaların verilen bilgileri anlayabileceği, basit, fazla zaman almayan ve endişelerini giderecek bir bilgilendirme yönteminin seçilmesidir⁴⁰.

İletişim becerileri, anesteziyolog, kadın doğum doktoru ve hemşireler arasında bilgi alışverişinin sağlanması, doğum ve doğum sancısı çeken gebeler için eğer güzel bir sonuç alınmak isteniyorsa çok gereklidir. Doğum öncesinden doğum sonrasına olan tüm yolculukta hem anne için, hem bebek için beklenen güvenin verilmesi bu bilgi alışverişiyle sağlanmalıdır²⁵.

AMSTERDAM PREOPERATİF ANKSİYETE VE BİLGİ ÖLÇEĞİ (APAIS)

Çeşitli çalışmalar, hastalara cerrahi öncesi bilgi verilmesinin iyileştirmeyi kolaylaştırdığını göstermiştir^{41,42}. Her hasta bilgi almak istemeyebilir. Kimisi ise mümkün olan en fazla bilgiyi almayı ummaktadır. Ancak anesteziyologların bunu tespit etmesi çok zordur. Bunu karşılamak için oluşturulan yöntemin adı APAIS' dir. Miller⁴³ ve Mangan⁴⁴,ın çalışması referans alınarak oluşturulmuş olan APAIS, bilgi almak isteyenle almak istemeyeni ayırmakla birlikte, endişeli olanı

olmayandan da ayırt etmek için kullanılabilir. Bu yöntem kısa, preoperatif duruma uygun ve yorumlanması kolaydır.

Amsterdam preoperatif anksiyete ve bilgi ölçeği (APAİS):

- 1) Anestetik hakkında endişeliyim
- 2) Anestetik sürekli kafamda
- 3) Anestetik hakkında mümkün olduğu kadar fazla bilmek istiyorum
- 4) İşlem hakkında endişeliyim
- 5) İşlem sürekli kafamda
- 6) İşlem hakkında mümkün olduğu kadar fazla bilmek istiyorum

APAİS hastalar tarafından kolaylıkla ve hızlıca tamamlanabilmektedir. Bu yöntemde açıkça iki faktör; anksiyete ve bilgi gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Çalışma sonucunda kadınların anksiyete maddelerine ait skorlarının erkeklerden daha yüksek olduğu, bilgi gereksinimiyle anksiyete arasında pozitif ilişkinin bulunduğu ve geçmiş operasyon deneyimi olmayan hastalarda daha fazla bilgi gereksinimi olduğu bulunmuştur³⁷.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hasta- hekim ilişkisi, “tıp tarihçisi Robinson’a göre, herhangi bir nedenle duyduğu acı karşısında çığlık atan insanla” başlamıştır. Bu çerçevede, acı duyan ilk insan ilk hastayı oluştururken, onun yardımına koşan kişi de ilk hekim kimliğini almıştır. Bu durumda, yardıma koşan kişi üstünlük sağlamış, acı çeken yanında güçlü kimliğe sahip olmuştur. “İlk hekim” bu şekilde, daha sonraki aşamalarda, diğer insanlara karşı hakimiyet kurabilecek şekilde kullandığı bir üstünlüğe sahip olmuştur. Bu başlangıç sonrasında “hasta” kimliği ve “hasta hakları” kavramları, tedaviyi üstlenmiş olan güçlünün yorumuna bağlı kalmıştır. Hastalık hakkında bilgi sahibi olması, bir üstünlük sağlayarak, hekimin “hasta hakları”na doğrudan ilk müdahalesine olanak sağlamıştır. “Hasta”ya uygulanacak tedavi, “otoriter-güçlü-üstün” olanın değerlendirmesine kalıyordu. Hekim, bu konumuyla, hastaya iyilik “lütfediyordu”.

Hasta onamının, 1900'lü yılların başlarında, bir dizi işlem uygulama için izin isteme çerçevesinde alındığı görülmektedir. Ancak bu onam, yapılacak işlem hakkında hasta aydınlatılmasını içeren bir onam özelliğini taşımamaktadır. Bu yaklaşımda İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra önemli değişiklikler olmuş, Nuremberg Mahkemeleri'nde, İkinci Dünya Savaşı sırasında, Alman hekimlerinin, "hekimlik otoritesini insanlık aleyhine kullandıkları" ortaya çıkınca, hekimlik mesleğine olan güven sarsılmış ve "hasta hekim ilişkisinin "sözlü sözleşme" (bazı durumlarda "yazılı sözleşme") hukukuna dayandırılma" gereği ortaya çıkmıştır.

Aydınlatılmış-informed terimi "sahip olma" ya da "bilgilenme" anlamına gelmektedir. Bilgilendirme anlamıyla 'onam', uygulanacak işlemin yapısı hakkında hastaya bilgi vermek olarak açıklanmaktadır. Ancak, hastanın çağdaş yaklaşımla onam vermesi için, uygulamanın ne olduğu hakkında verilen bilginin, hasta tarafından tam olarak anlaşılması ve kavranmış olması önkoşulu bulunmaktadır. Bu düzeyde bilgilendirme, "aydınlatma" olarak kabul edilmektedir.

"Bilgilendirilmiş ya da aydınlatılmış onam; riskleri, yararları ile alternatifleri ve onların da risk ve yararlarını kapsayan tedavi uygulamasının, hekim tarafından yeterli düzeyde ve uygun şekilde açıklanmasından ve hasta tarafından hiçbir tereddüte yer kalmayacak şekilde anlaşılmasından sonra, tıbbi tedavinin, uygulamanın hasta tarafından gönüllülükle kabulü olarak tanımlanır.

Hastanın kendi hakkında karar vermesini esas alan doktor-hasta ilişkisinin temelini, bireyin özerkliğine saygı, kötü davranmama ve yararlılık gibi biyomedikal etiğin temel ilkeleri ile oluşturulan "aydınlatılmış onam" oluşturmaktadır. Aydınlatılmış onam öğretisi, bilginin anlaşılır olmasını, hastaya doğru bir şekilde açıklanmasını, hastanın karar vermede yeterli düzeyde ve gönüllü olmasını ön koşul olarak tanımaktadır³⁶.

Son dönemlerde aydınlatılmış onam eski geleneksel doktor-hekim ilişkisindeki 'doktor en iyiyi bilir' görüşünün yerini almıştır³⁹.

ANESTEZİ ENDİŞE NEDENLERİ

Preoperatif anksiyete; cerrahi, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkilemekte ve cerrahi planlanan hastaların %60-80'inde görülmektedir^{45,46}.

Preoperatif dönemde anksiyetenin pek çok nedeni olabilir. Evinden ve yakınlarından uzaklaşma, günlük işlerin kesintiye uğraması gibi endişelerin yanı sıra, ameliyat esnasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonların endişesi, uygulanacak anestezi ve cerrahi hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, ameliyat sonunda uyanamama, ameliyat sırası ve sonrasında ağrı duyma gibi endişeler de bu sebepler arasında gelmektedir.

Hastanın anksiyetesini azaltmak için çeşitli preoperatif bilgilendirme yöntemleri kullanılmaktadır. Yazılı bilgilendirme formu genellikle en sık kullanılan yöntemdir ancak hastaların hepsi okur-yazar olmayabilir, verilen bilgi formunu anlayamayabilir veya kapsamlı bilgileri akılda tutamayabilirler. Jala ve ark.⁴⁰ yaptıkları çalışmada, hastalara alternatif bir yöntem olarak video gösterisi ile bilgilendirme uygulamışlar ve hastaların anksiyetesinin azaldığını göstermişlerdir.

Anksiyete sezaryen için rejyonal anestezi seçimini etkilemiyor gibi görünsede, kişilik sezaryen öncesi endişe düzeyinin bir belirleyicisidir. Gebelerde eski deneyimler preoperatif endişeyi azaltmamaktadır^{47,48}.

Gebe hayvan modellerinde annenin psikolojik stresi fetusun intrauterin koşullarını olumsuz olarak etkilemektedir. Bu olumsuzluk vital bulgular ve fetal oksijenizasyondaki değişikliklerle kendini göstermektedir. Bu nedenle annenin endişesinin azaltılması sadece gebeyi değil fetusun koşullarını da düzeltmektedir⁴⁹.

Kinder ve ark⁶ tarafından daha önce deneyimi olmayan veya olumsuz deneyim yaşamamış genç kadın hastaların cerrahi prosedür öncesi en yüksek endişe skorlarına sahip olduğu bulunmuştur. Kadınlarda korku duyma ve anestezi sonuçlarına karşı endişe belirtmeleri mümkündür. Ayrıca bu hastalarda iki kat daha fazla postoperatif yan etkiler ve komplikasyonlar belirtilmiştir^{4,50}.

ANESTEZİ İLİŞKİLİ HASTA MEMNUNİYETİ

Hasta memnuniyeti subjektif ve karmaşık bir kavram olup fiziksel, ruhsal, zihinsel, sosyal ve kültürel faktörleri içermektedir. Hastanın beklentisi ve sağlanan bakımın kalitesiyle değerlendirilir. Hastanın beklentisiyle sağlanan bakım arasında farklılık olursa memnuniyetsizlik artar⁵¹.

Preoperatif dönemde hastaların bilgilendirilmesinin anksiyete ve analjezik gereksinimini azalttığı, memnuniyeti artırdığı gösterilmiştir⁵².

Hasta memnuniyeti ve medikal bakımın kalitesi hastaların analjezi ve anestezi için tercihleri sorularak artırılabilir. Anestezi planlanırken hastaların gereksinimlerinden, ağrı kesici isteklerinden haberdar olmak önemlidir⁶.

MATERYAL VE METOD

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran sezaryen veya ağrısız doğum uygulanacak 200 gebe hastaya etik kurul onayı ve hastaların onamı alındıktan sonra 18 sorudan oluşan bir anket yapıldı (Ek 1). Çalışmaya okuma yazma bilmeyen ve mental hastalığı olanlar alınmadı. Anket, anestezi hekimi tarafından sözlü olarak uygulandı ve yanıtlar kaydedildi.

Ankette hastalara yaş, eğitim durumu, meslek, yandaş hastalıkları, önceki gebelik ve doğum sayısı; eğer ilk doğumu ise nasıl bir doğum istediği, daha önce doğum yaptıysa nerede yaptığı, normal doğum yapan hastalarda doğum sırasında analjezi uygulanıp uygulanmadığı, sezaryen olduysa nerede olduğu ve hangi anestezi yönteminin uygulandığı, sezaryen oldu ise uygulanan anestezi yöntemi ile ilgili bilgi alıp almadığı eğer aldıysa kim tarafından bilgilendirildiği ve anestezi yönteminden memnun kalıp kalmadığı, hastanın anestezi yöntemleri hakkında yeterli bilgisi olup olmadığı, hastanın bu doğumu ile ilgili en büyük endişesinin ne olduğu, doğum ile ilgili diğer endişeleri ve anestezi yöntemi hakkında nasıl bilgilendirilmek (sözel açıklama veya broşürle resimlerle) istendiği soruldu.

İstatistiksel değerlendirmeler Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı tarafından yapıldı.

Çalışma bulguları değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS 8 (Statistical Analysis Graphics) paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanısıra, ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi, bağımlı değişken ile bir veya daha çok bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Regresyon testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U testi, normal dağılım gösteren parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında paired sample t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında ise wilcoxon işaret testi ve niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testinden faydalanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

ANKET

Ek 1:

Hasta No:

1.Yaş:

2. Eğitim durumunuz:

- Okuryazar değil
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite

3. Mesleğiniz:

4. Yandaş hastalığınız var mı?

5. Şu anda kaç haftalık gebesiniz?

6. Önceki gebelik sayısı (kaç defa gebe kaldınız?):

7. Önceden hiç doğum yaptınız mı? (Yanıtınız evet ise ...sezaryen veya normal doğum hangisi ?)

8. Normal doğum yaptıysanız nerede yaptınız? (Devlet hastanesi, Özel hastane, Üniversite, Ev)

9.Normal doğumunuz varsa doğum sırasında ağrı kesici uygulandı mı?

10. Sezaryen olduysanız, nerede? (Devlet hastanesi, Üniversite, Özel hastane)

11. Sezaryen uygulandıysa anestezi de (narkoz) hangi yöntem uygulandı?

- Genel anestezi
- Spinal anestezi
- Epidural anestezi
- Bilmiyorum

12. Eğer ilk doğumunuz ise ne istiyorsunuz? (Normal doğum / Sezaryen):

13. Sezaryen oldunuzsa size uygulanan anestezi yönteminden memnun kaldınız mı? (kalmadıysa neden):

14. Anestezi yöntemi ile ilgili öncesinde hastaya bilgi verilmiş mi? (verildiyse kim tarafındankadın doğum doktoru, kendi çevresindekiler, internet, kitap vb):

15. Anestezi yöntemleri hakkında şu anda hastanın yeterli bilgisi var mı? (bu bilgiyi nereden elde etti?)

16. Şu anda doğumla ilgili en büyük endişeniz nedir ? (Ameliyat mı? Narkoz mu?)

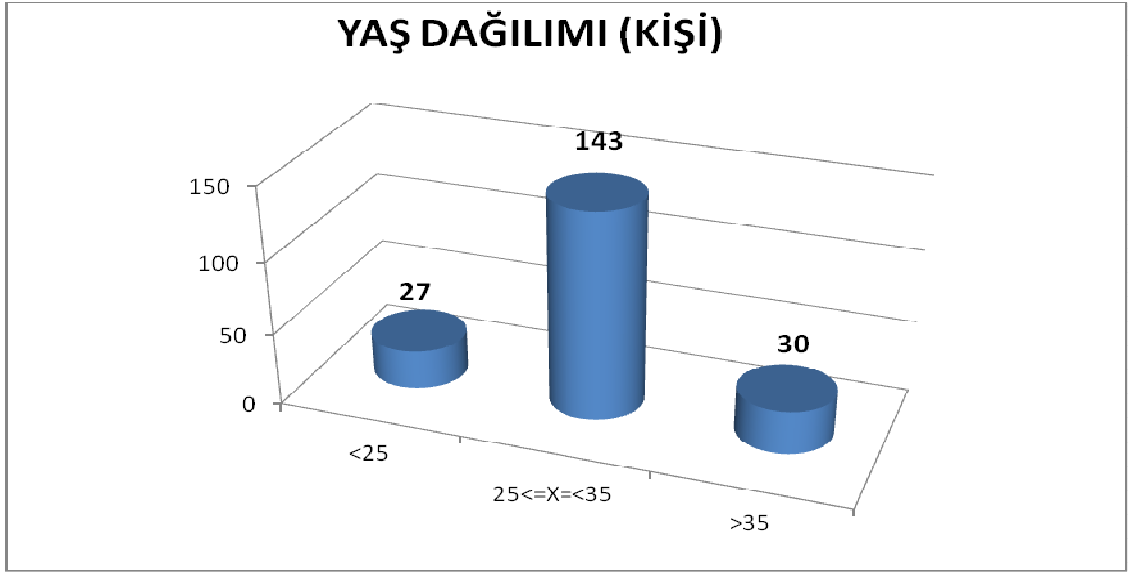
17. Doğum ile ilgili diğer endişeleriniz neler? (en önemliden itibaren lütfen sıralayınız, yoğun bakımda kalmak, bebeğime bir şey olması vb)

18. Anestezi yöntemi hakkında nasıl bilgilendirilmek istersiniz?

- Sözel açıklama yeterli
- Broşürle resimlerle

BULGULAR

2011-2012 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran sezaryen veya ağrısız doğum uygulanacak hastaların 143'ü (%71,5) 25-35 yaş aralığında, 30'u (%15) 35 yaşın üstünde, 27'si (%13,5) 25 yaşın altında idi. Yaş ortalaması $30,39 \pm 5,10$ bulundu (Grafik 1).

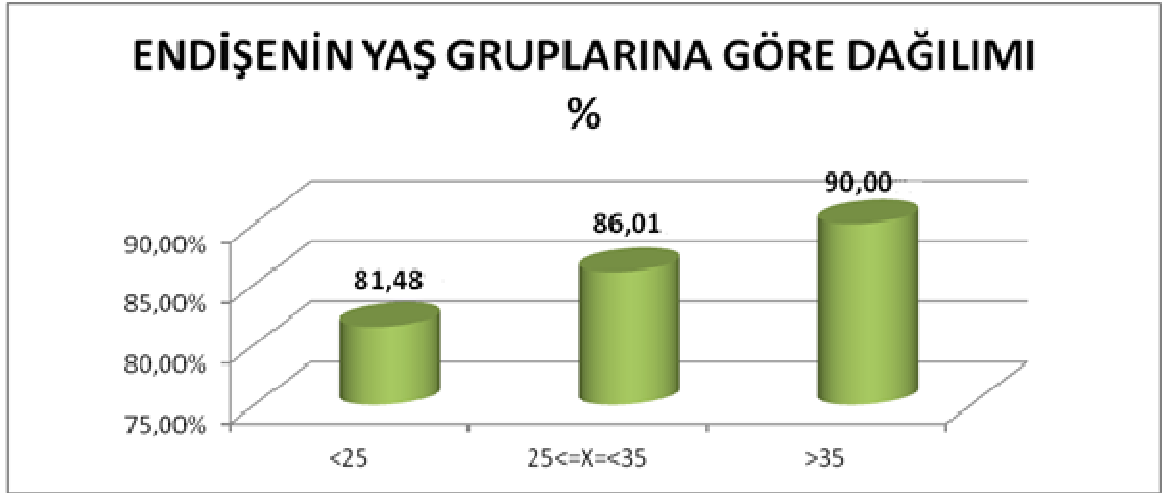


Grafik 1: Hastaların Yaş Dağılımı

Hastaların yaş gruplarına göre endişe durumuna bakıldığında 25 yaş altında endişe %81, 25-35 yaş arasında %86, 35 yaş üstünde %90 olarak saptandı ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 1) (Grafik 2).

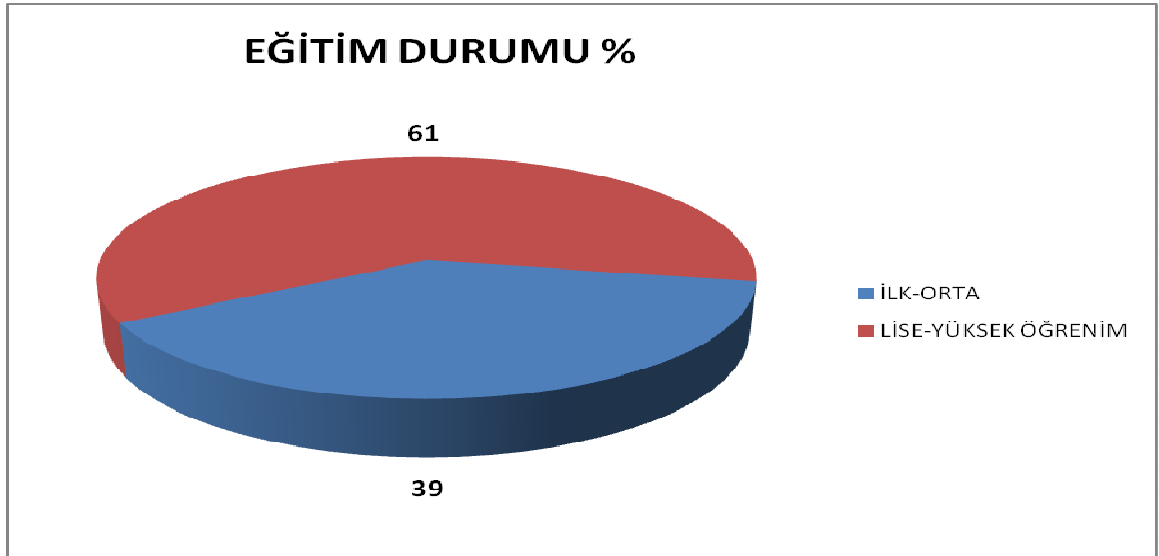
Tablo 1: Endişenin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

ENDİŞENİN YAŞ GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI			
YAŞ	ENDİŞELİ	GRUPTAKİ KİŞİ SAYISI	ENDİŞE YÜZDESİ
<25	22	27	%81,48
25<=X<=35	123	143	%86,01
>35	27	30	%90,00



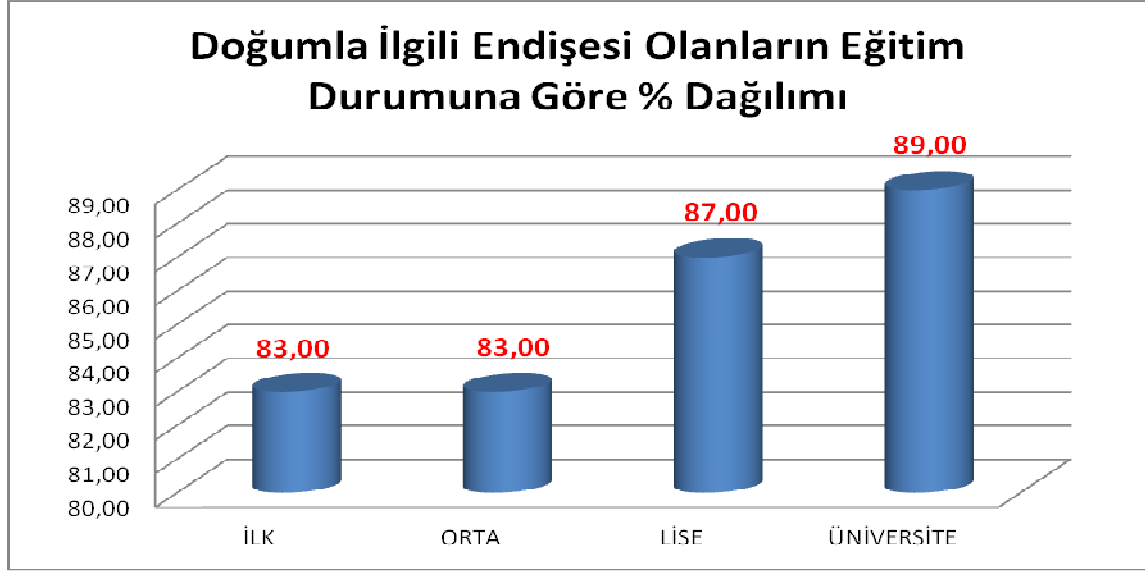
Grafik 2: Endişenin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Hastaların eğitim durumu sorgulamasında lise-yükseköğrenim olan hasta sayısı 122(% 61) iken, ilk-ortaöğrenim olan hasta sayısı 78(%39) idi (Grafik 3).



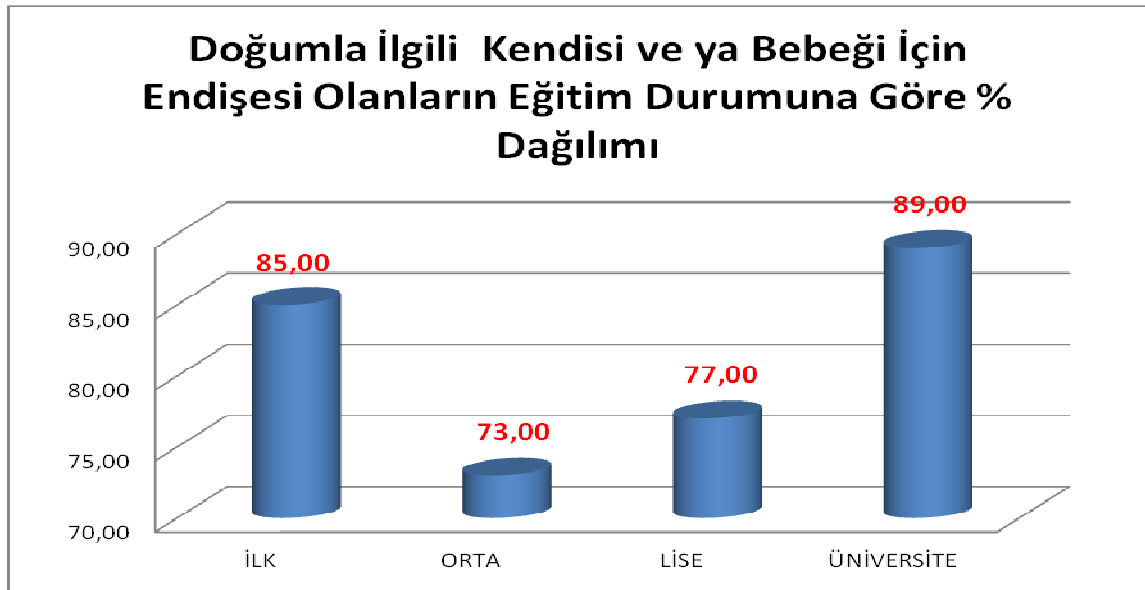
Grafik 3: Hastaların Eğitim Durumu Oranları

Eđitim durumuyla, dođum ile ilgili endiŐe nedenleri (ameliyat veya anestezi) arasındaki iliŐkiye bakıldıđında ilk ve orta eđitim dűzeyinde endiŐesi olanların oranı ۆzellikle ۆniversite mezunlarına gۆre daha dűŐek saptandı. Fakat bu durum istatistiksel olarak anlamlı deđildi ($p=0,53$) (Grafik 4).



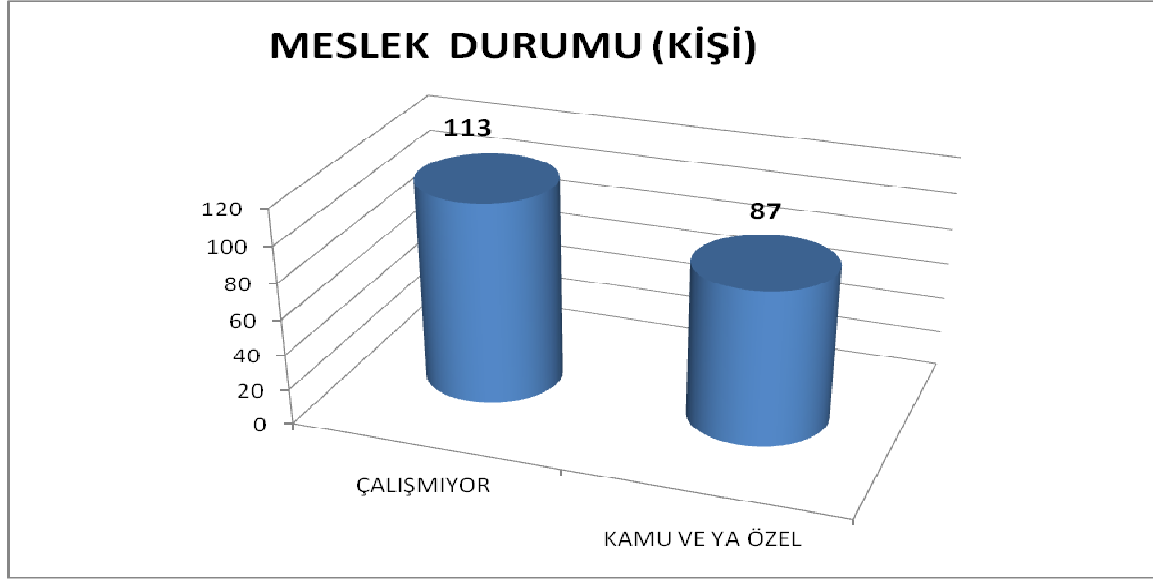
Grafik 4: Doğumla İlişkili Endişesi Olanların Eğitim Durumuna Gۆre Dağılımı

İlkۆđretim ve ۆniversite mezunlarında kendisi ve bebeği iŐin endiŐe edenlerin oranı orta ve lise mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak Őekilde daha yűksek bulundu. ($p=0,015$)(Grafik 5).



Grafik 5: Doğumla İlgili Endişesi Olanların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Hastaların meslek sorgulamasında 113(%56,5) kişi meslek sahibi değilken, 87(%43,5) kişi kamu veya özel sektörde çalışmakta idi (Grafik 6).



Grafik 6: Hastaların Meslek Durumları

Meslek sahibi olmayan grupta %84' oranında endişe varken, kamu veya özel sektörde çalışan grupta %88 oranında saptandı. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Grafik 7).

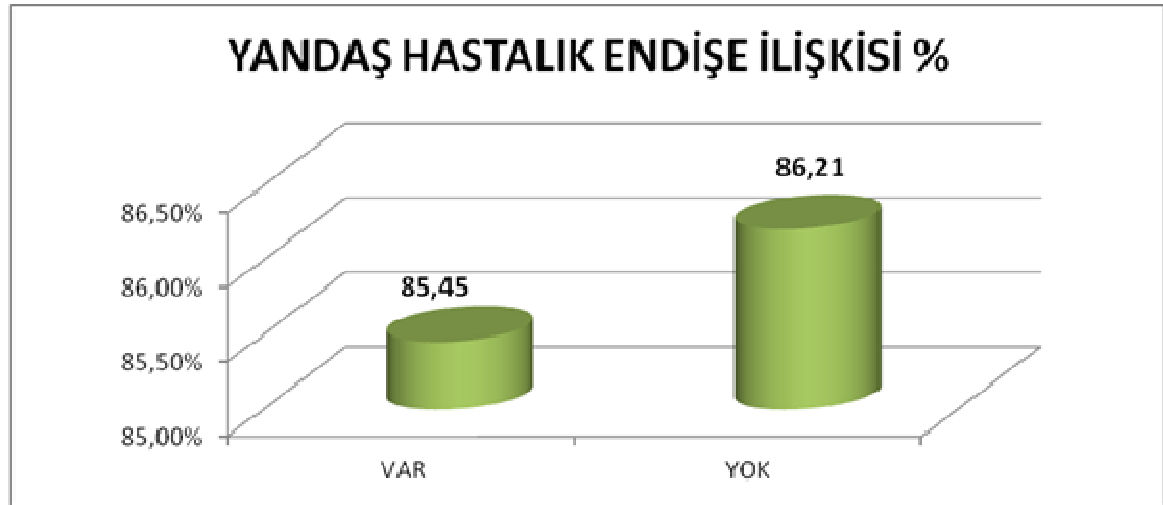


Grafik 7: Hastaların Meslek Durumu İle Endişe Oranları.

Yandaş hastalığı olan 55(%27,5) kişinin %85'inde endişe mevcutken, yandaş hastalığı olmayan 145(%72,5) kişide %86 endişe saptandı. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 2) (Grafik 8).

Tablo 2: Hastaların Yandaş Hastalık Mevcudiyeti İle Endişe İlişkisi

YANDAŞ HASTALIK İLE ENDİŞE İLİŞKİSİ			
YANDAŞ HASTALIĞI	KİŞİ	ENDİŞE EDEN	ENDİŞE YÜZDESİ
VAR	55	47	%85,45
YOK	145	125	%86,21

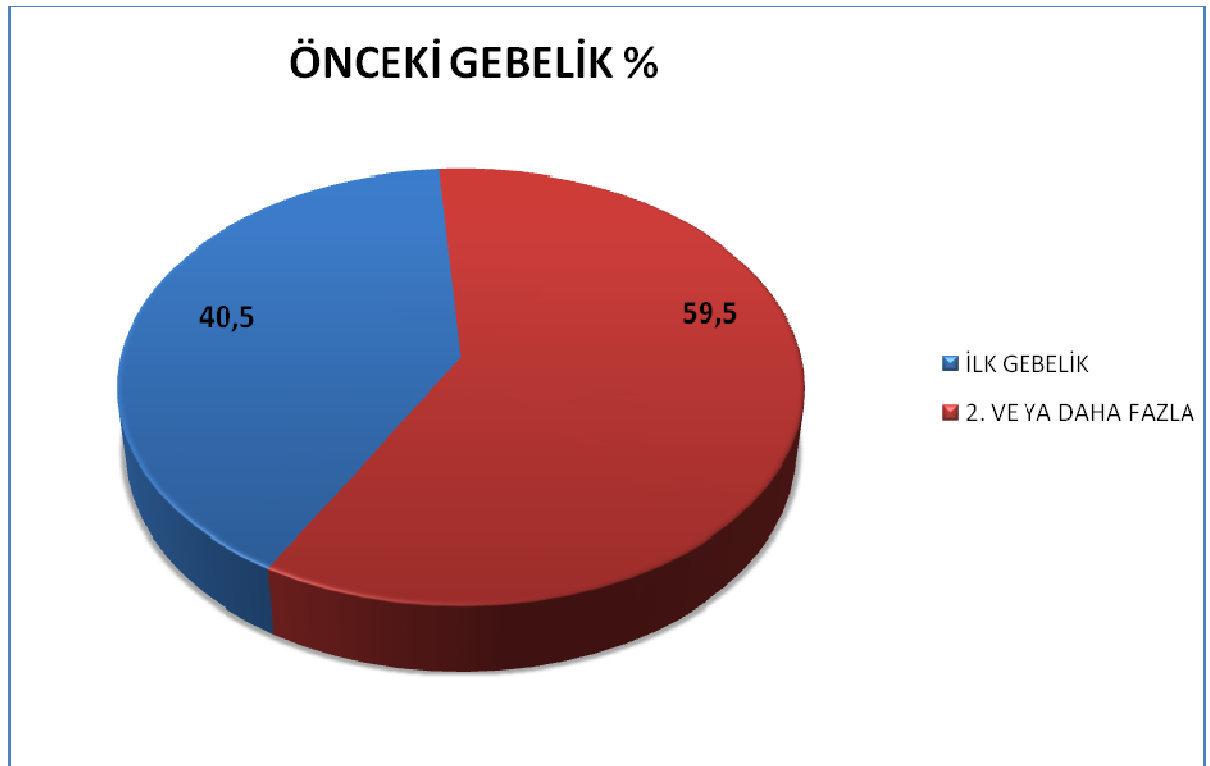


Grafik 8: Hastaların Yandaş Hastalık Mevcudiyeti İle Endişe İlişkisi

Hastaların 81 (%40,5) 'inin ilk gebeliği iken, 119(%59,5) 'unun 2 ve ya daha fazla olduğu saptandı (Tablo 3) (Grafik 9).

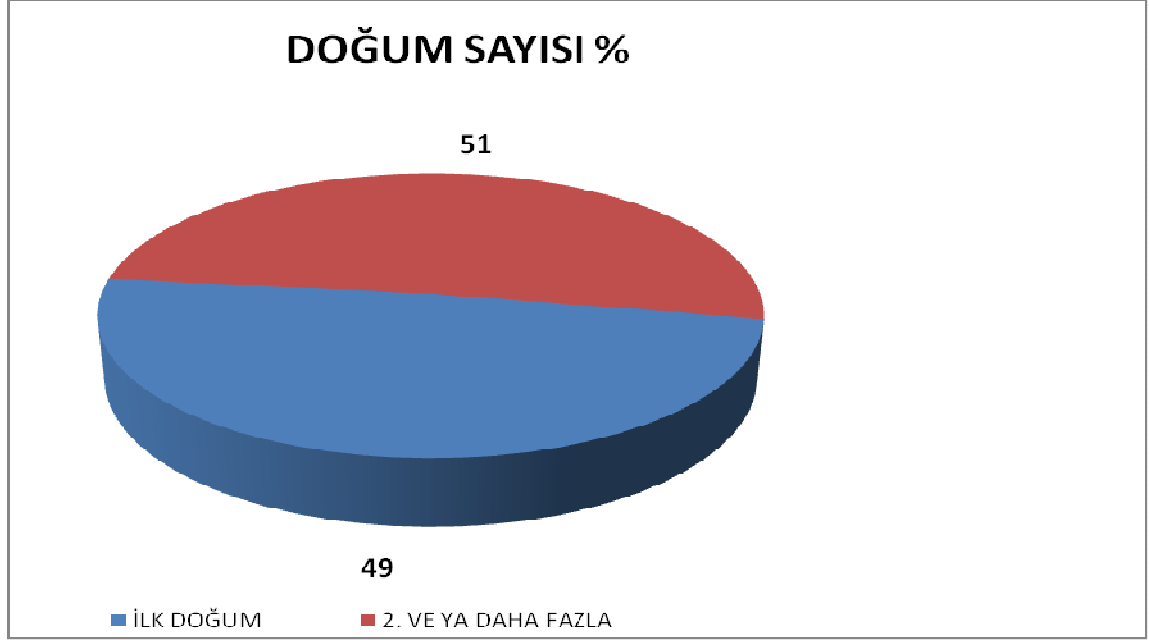
Tablo 3: Hastaların Gebelik Sayısı

GEBELİK SAYISI	DOĞUM SAYISI				
	0	1	2	3	TOPLAM
0	81	0	0	0	81
1	9	33	0	0	42
2	6	25	16	0	47
3	0	6	4	4	14
4	0	5	3	2	10
5	1	0	2	0	3
6	0	2	0	1	3
TOPLAM	97	71	25	7	200



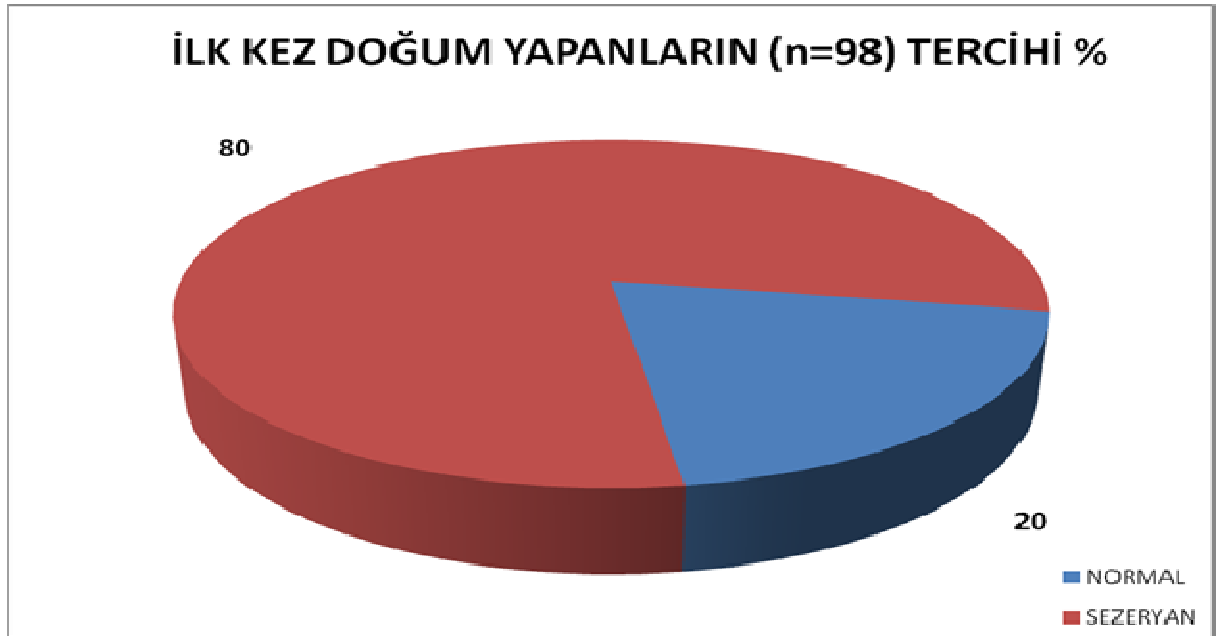
Grafik 9: Hastaların Önceki Gebelik Oranları

İlk doğumu olanların sayısı 97(%49) iken, 2 veya daha fazla doğumu olanların sayısı 103(%51) idi (Grafik 10).



Grafik 10: Hastaların Önceki Doğum Oranları

İlk doğumu olan 97 kişinin %20 si normal doğumu tercih ederken % 80'i sezaryen ile doğumu tercih ettiği saptandı (Grafik 11).

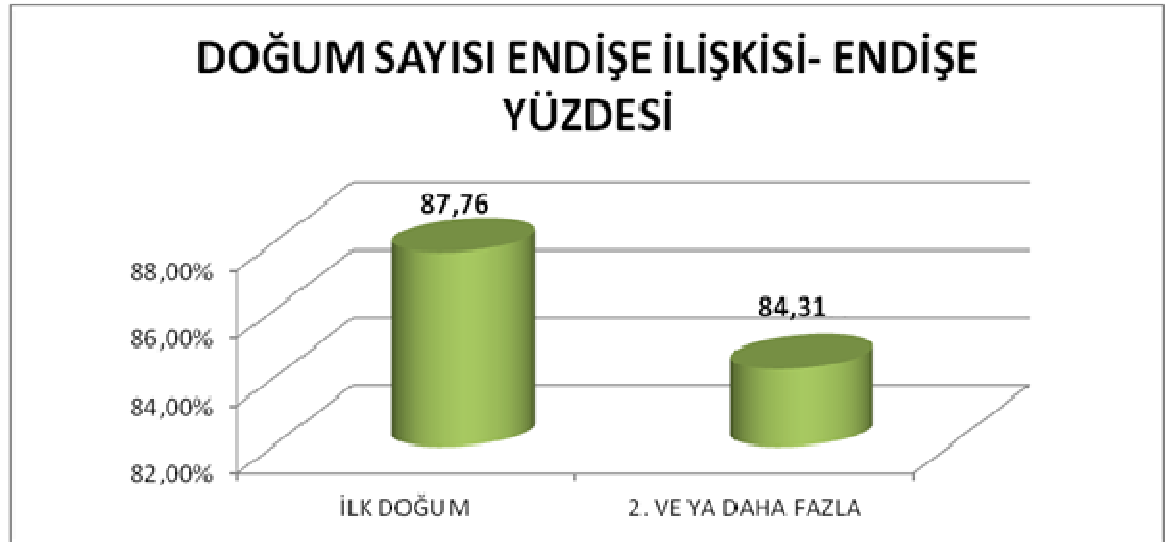


Grafik 11: İlk Kez Doğum Yapan Hastaların Doğum Şekli Yönünden Tercih Oranları

İlk doğumu olan 97(%48,5) kişinin %87'sinde endişe mevcutken, 2 ve ya daha fazla doğumu olan 103(%51,5) kişinin %84'ünde endişe durumu saptandı, ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 4) (Grafik 12).

Tablo 4: Hastaların Doğum Sayısı İle Endişe İlişkisi

DOĞUM SAYISI ENDİŞE İLİŞKİSİ			
DOĞUM SAYISI	KİŞİ	ENDİŞE EDEN SAYISI	ENDİŞE YÜZDESİ
İLK DOĞUM	97	86	%87,76
2. VE YA DAHA FAZLA	103	86	%84,31



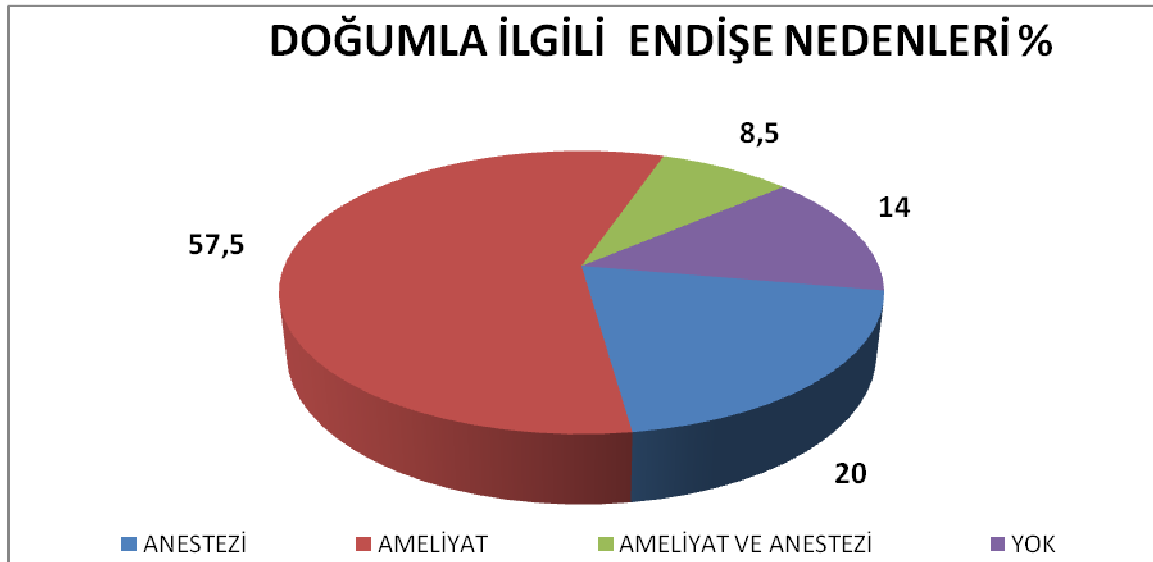
Grafik 12: Hastaların Doğum Sayısı İle Endişe Oranı

Hastaların 143(%71,5)'ünün uygulanılacak anestezi yöntemi hakkında bilgisi varken 57(% 28,5)'sının herhangi bilgisi yoktu (Grafik 13).



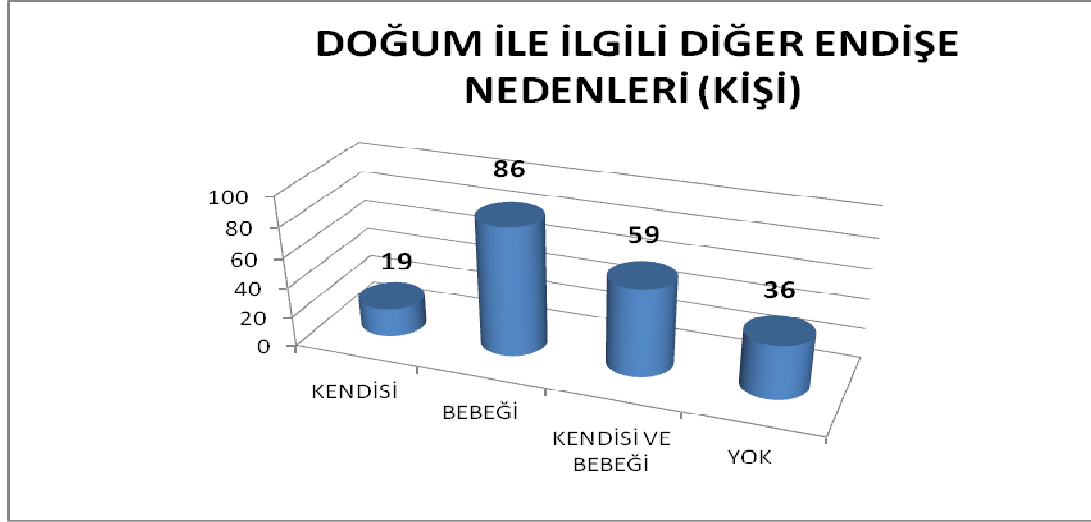
Grafik 13: Hastaların Anestezi Yöntemleri Hakkındaki Bilgi Oranları

Hastaların 115(%57,5)'i ameliyattan endişe ederken 40(%20)'i anesteziye, 17(%8,5) 'si her ikisinden endişe etmektedir. Hastalardan 28(%14)'inin ameliyat ve anestezi ile ilgili endişesi saptanmadı (Grafik 14).



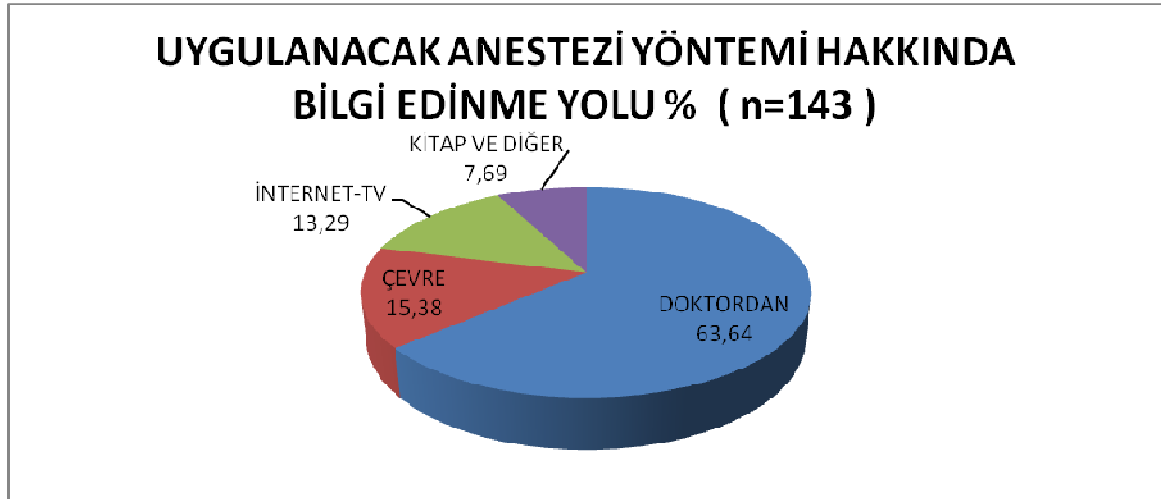
Grafik 14: Hastaların Doğum İle İlgili Endişe Nedenlerinin Dağılımı

Hastaların 86(%43)'sı bebeği için endişe ederken 19(%9, 5)'u kendisi ile ilgili endişe taşımaktaydı. Hem kendisi hem bebeği için endişe edenlerin oranı ise 59(%29,5) idi. Hastaların 36(%18)'sının kendisi ve bebeği ile ilgili endişesi saptanmadı (Grafik 15).



Grafik 15: Hastaların Doğum İle İlgili diğer endişe nedenlerinin oranı

Hastaların 91(%64)'inin anestezi yöntemini doktordan, 22(%15)'inin çevreden, 11(%8)'i kitaplardan, 19(%13)'unun internet veya TV'den öğrendiği saptandı (Grafik 16).



Grafik 16: Hastaların Anestezi Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yollarının Dağılımı

Hastaların anestezi hakkında bilgi edinme yoluyla endişe durumu karşılaştırıldığında çevreden bilgi alan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulundu. (Tablo 5) (Grafik 17).

Tablo 5: Hastaların Anestezi Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yolu İle Endişe Oranları

UYGULANACAK ANESTEZİ YÖNTEMİ HAKKINDA BİLGİ EDİNME YOLU ENDİŞE İLŞKİSİ			
MESLEK	KİŞİ	ENDİŞE EDEN SAYISI	ENDİŞE YÜZDESİ
DOKTORDAN	91	81	89,01
ÇEVRE	22	21	95,45
İNTERNET-TV	19	17	89,47
KİTAP VE DİĞER	11	7	63,64

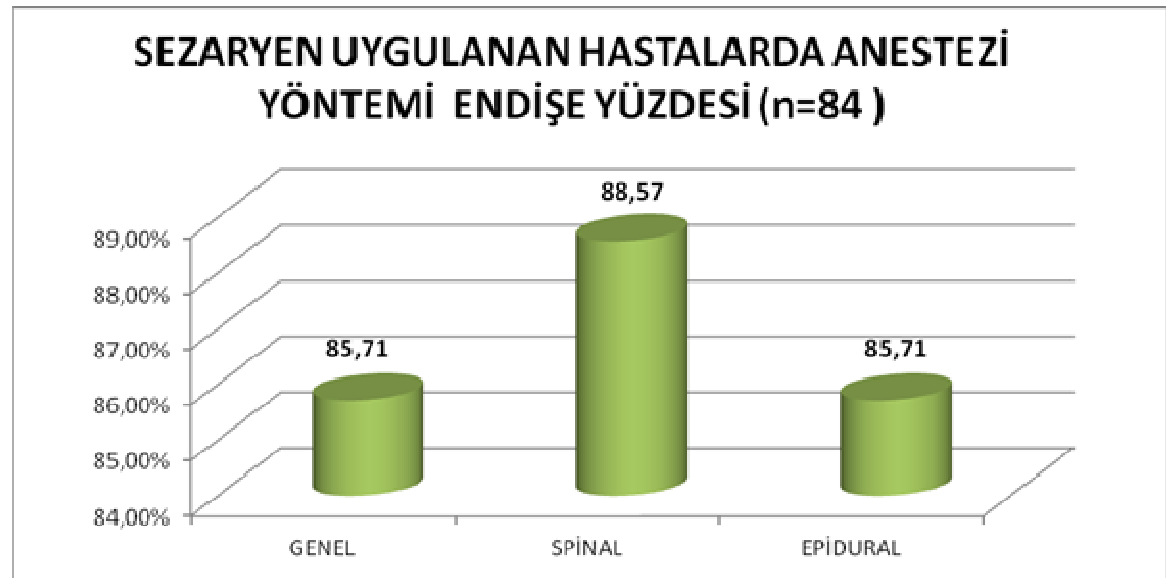


Grafik 17: Hastaların Anestezi Yöntemi Hakkında Bilgi Edinme Yolu İle Endişe Oranları

Geçmiş doğumlarında sezaryen olan hastaların 35'ine genel anestezi, 35'ine spinal anestezi, 14'üne epidural anestezi uygulanmıştı. Hastalara uygulanan anestezi yöntemiyle endişe durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 7) (Grafik 18).

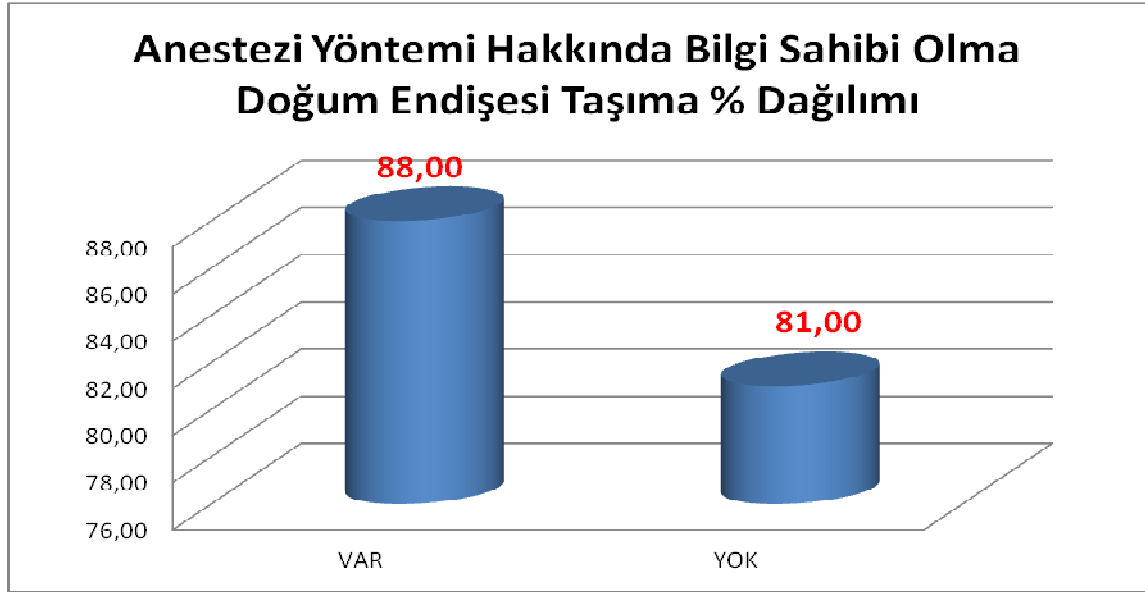
Tablo 7: Sezaryen Uygulanan Hastalarda Anestezi Yöntemi İle Endişe İlişkisi

SEZARYEN UYGULANAN HASTALARDA ANESTEZİ YÖNTEMİ İLE ENDİŞE İLİŞKİSİ (N = 84)			
YÖNTEM	KİŞİ	ENDİŞE EDEN SAYISI	ENDİŞE YÜZDESİ
GENEL	35	30	%85,71
SPİNAL	35	31	%88,57
EPİDURAL	14	12	%85,71



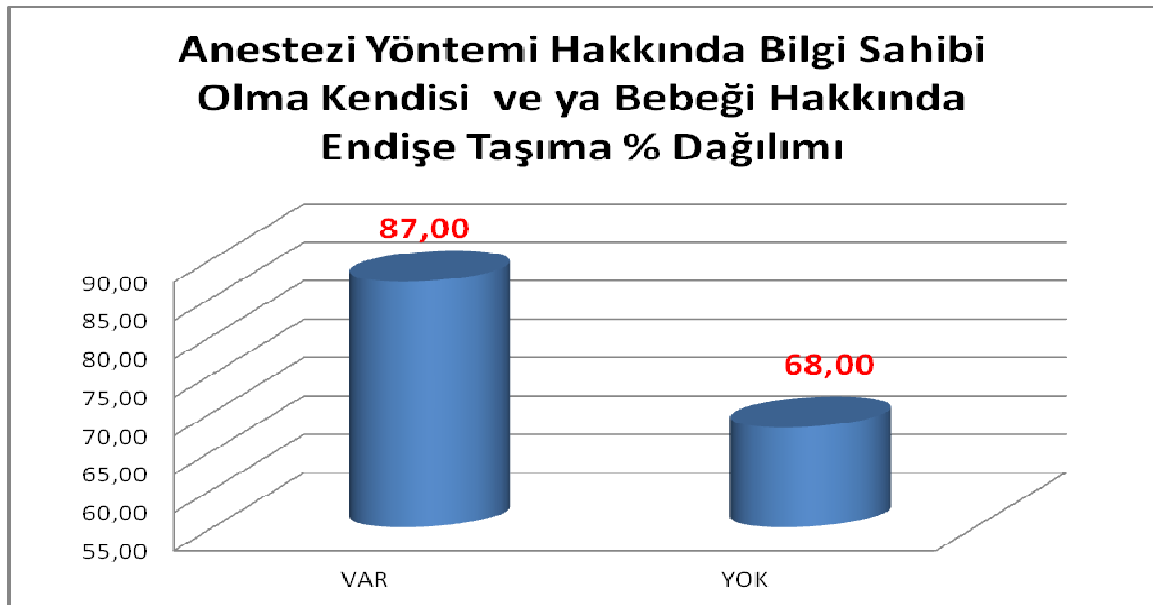
Grafik 18: Sezaryen Uygulanan Hastalarda Anestezi Yöntemi İle Endişe İlişkisi

Hastaların anestezi yöntemi hakkında bilgi sahibi olması ile endişe arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. ($p=0,17$) (Grafik 19).



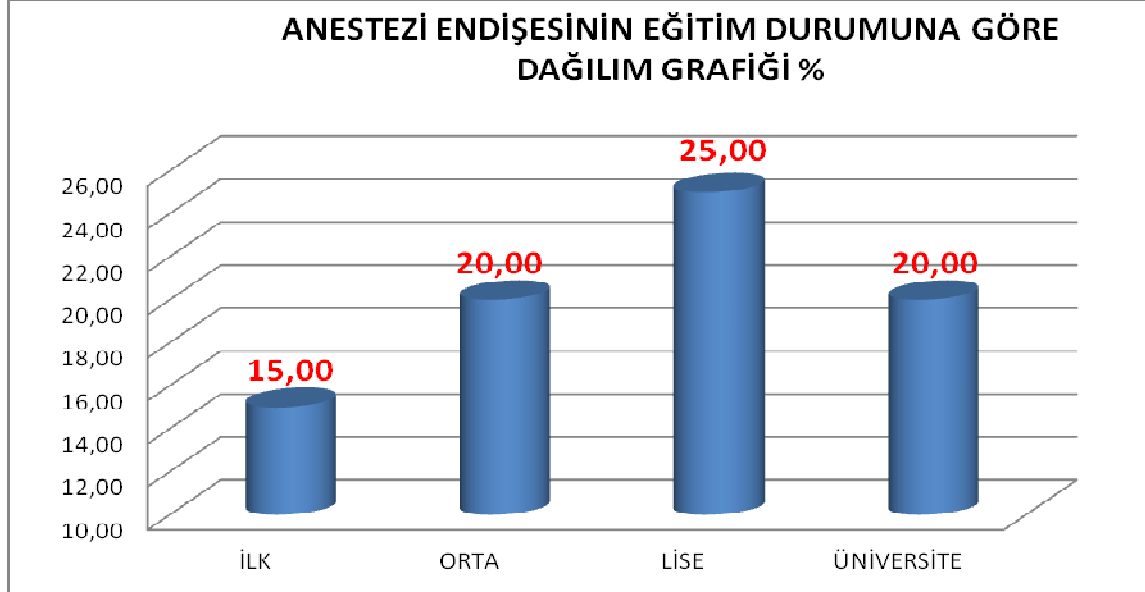
Grafik 19: Hastaların Anestezi Yöntemi Hakkında Bilgisi İle Endişe Oranları

Anestezi yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayanların 39(%68)'u kendisi veya bebeği hakkında endişe taşımakta idi. Bilgisi olanların 124(%87)'ü kendisi veya bebeği hakkında endişe taşımakta idi. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,02$) (Grafik 20).



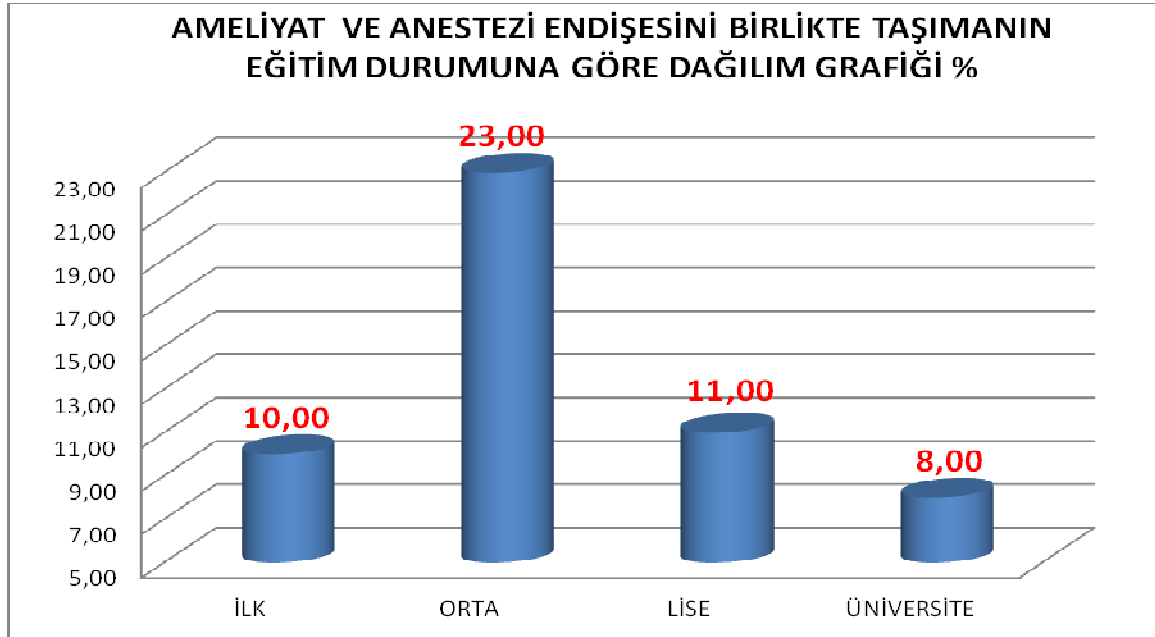
Grafik 20: Hastaların Anestezi Yöntemi Hakkında Bilgisi İle Kendisi Veya Bebeği İle İlgili Endişe Oranları

Anestezi endişesi ilköğretim mezunlarında diğer eğitim gruplarına nazaran oransal olarak daha az saptanmıştı fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,37$) (Grafik 21).



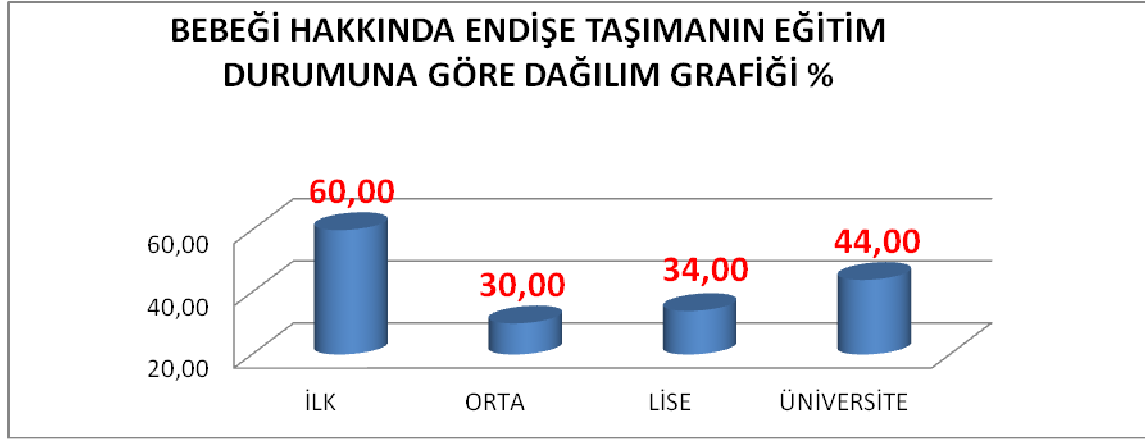
Grafik 21: Hastaların Eğitim Durumu İle Anestezi Konusunda Endişe Oranları

Ameliyat ve anestezi endişesini aynı anda taşıyanların oranı ortaöğretim grubunda istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olacak şekilde daha yüksek idi ($p= 0,006$) (Grafik 22).



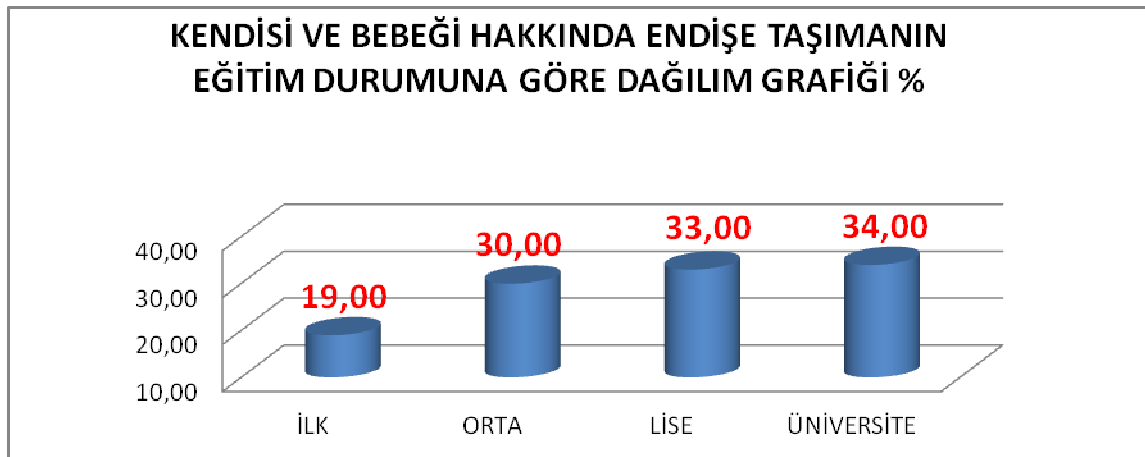
Grafik 22: Hastaların Eğitim Durumları İle Anestezi Ve Cerrahi Hakkında Endişe Taşıma Oranları

İlköğretim grubunda ise bebeği hakkında endişe taşıyanların oranı diğer gruplara göre oldukça yüksek saptandı. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlı bulundu($p=0,0011 < 0,01$) (Grafik 23).



Grafik 23: Hastaların Eğitim Durumları İle Bebeği Hakkında Endişe Taşıma Oranları

İlköğretim grubunda kendisi ve bebeği hakkında endişe taşıma oranı diğer gruplara göre düşük saptandı ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı($p=0,065$) (Grafik 24).



Grafik 24: Hastaların Eğitim Durumu İle Kendisi Ve Bebeği Konusunda Endişe Taşıma Oranları

Birden fazla gebeliği olanlarda ameliyat ve anestezi endişesi taşıyanların sayısı 100(%84) iken, ilk gebeliği olanlarda endişe taşıyanların sayısı 72(%89) olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p= 0,30$) (Grafik 25).



Grafik 25: Hastaların Gebelik Sayısı İle Endişe Taşıma Oranları

Birden fazla gebeliği olanlarda kendisi ve bebeği için endişe taşıyanların sayısı 93(%78) iken, ilk gebeliği olanların sayısı 71(%88) olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,06$) (Grafik 26).



Grafik 26: Hastaların Önceki Gebelik Sayısı İle Kendisi Ve Bebeği Hakkında Endişe Taşıma Oranları

TARTIŞMA

Preoperatif dönemde yapılan anestezi muayenesi hastaların hem tıbbi geçmişlerini öğrenmek, hem de korku ve kaygıları öğrenilerek bu yönde bilgilendirme yapılması açısından oldukça önemlidir. Hastalara uygulanacak anestezi yöntemi ve diğer endişe ettikleri konularda yeterli bilgi verilmesi, hasta doktor ilişkisini olumlu etkileyerek hastaların kendilerini güvende hissetmelerini sağlayacaktır^{31,53}.

Gebelik kadınların hayatında fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin olduğu, korku ve endişenin arttığı bir dönemdir. Preoperatif dönemde hastaların endişe seviyelerinin özellikle genç, kadın ve daha önceden deneyimi olmayan gruplarda daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur^{38,54,55,56,57}. Bardner ve ark⁵⁸ kadınların ailelerinden ayrılmaya karşı daha hassas olmaları ve daha rahat endişelerini ifade edebilmeleri nedeniyle erkeklerden daha yüksek endişe oranına sahip olduklarını belirtmiştir. Bu bilgiler ışığında sezaryen olacak gebe hastaların kaygılarının yüksek olması beklenen bir durumdur⁵⁹. Bizim araştırmamızda da tüm hastaların kadın ve gebe olması sonucu endişe oranı %86 olarak bulundu.

Yaş ve endişe arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar mevcuttur. Moerman ve ark³⁷ yaptığı çalışmada genç hasta grubunda endişe oranını daha yüksek bulurken Aykent ve ark⁶⁰ 30 yaş altı hasta grubunda endişe oranını yüksek bulmuşlardır. Ramsay⁶¹, orta yaş grubunda endişe oranının daha yüksek olduğunu ve bunun nedeninin de ailelerine karşı sorumluluk duygularının fazla olması sonucu olduğunu ileri sürmüşlerdir. Yaşlılarda endişe oranının daha düşük bulunduğu çalışmalarda ise bu hasta grubunun kaderci bakış açısının sonucu olduğunu savunulmuştur^{4,60}. Ayrıca gençlerin iletişim araçlarından daha fazla yararlanarak sağlık sorunları hakkında daha çok bilgiye sahip olmaları nedeniyle olabileceğini de ileri sürmüşlerdir. Bizim çalışmamızda hasta grupları arasında yaş ile endişe arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bunun nedenini yaş aralığının fazla olmaması sonucu olduğunu düşünüyoruz.

Hastaların eğitim düzeyi ve operasyon öncesi endişe oranları arasında da tam bir fikir birliği yoktur. Bazı araştırmacılar eğitim durumunun endişe düzeyini

etkilemediğini savunurken, bir grup araştırmacı ise hastaların eğitim seviyesinin arttıkça endişe seviyesinin arttığını, yüksekokul mezunlarında endişe düzeyinin fazla olduğunu göstermiştir^{4,54,60}. Caumo ve ark⁶² 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif endişenin daha yüksek olmasını hastaların ameliyat risklerini daha iyi yorumlayabilmelerine bağlarken, bunun da endişeyi arttırabileceğine dikkat çekmişlerdir. Bu sonuçların aksine Moerman ve ark³⁷ yaptıkları çalışmaların da preoperatif dönemdeki sıkıntıların büyük çoğunluğunun bilgisizlikten kaynaklandığını ileri sürmüştür. Bizim çalışmamız sonucunda eğitim düzeyiyle endişe oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da lise ve üniversite mezunu olan hastalarda daha yüksek bir endişe oranı bulundu. Özellikle üniversite mezunu olan grupta kendisi ve bebeğiyle ilişkili endişe seviyesi daha yüksekti.

Gelir düzeyi yüksek olan hastalarda daha fazla endişe oranı olduğunu savunan Duman ve ark'nın⁵⁴ aksine Shevde ve ark⁴ yaptıkları çalışmada meslek ve gelir düzeyinin endişe oranını etkilemediğini bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da meslek ve gelir düzeyi ile endişenin ilişkili olmadığı görüldü.

Preoperatif dönemde yandaş hastalıklara sahip hastalarda endişe yüzdelerinin daha fazla olması beklenebilen bir sonuçtur. Erdem ve ark'da⁵⁶ bu sonuca paralel olarak ek hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir endişe oranı bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda yandaş hastalığı olanların (n=55) endişe oranı %85, olmayanların (n=145) endişe oranı %86 olarak birbirine yakın düzeydi ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Erdem ve ark⁵⁶ yaptıkları çalışmada anestezi yöntemlerinden genel anestezi veya rejyonal anestezinin endişe oranı ile bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Bizim yaptığımız çalışmada da daha önce uygulanan anestezi tipi ile endişe oranları değerlendirilmiş anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Moerman ve ark³⁷ erkeklerde anestezi deneyiminin endişeyi azalttığını, kadınlarda ise değiştirmedini bildirmişlerdir. Domar ve ark³⁸ ise anestezi deneyiminin endişe düzeyini değiştirmedini belirtmektedir. Bizim çalışmamızda

da benzer şekilde daha önce sezaryen ile doğum yapan hastalarda önceki deneyimleri ile endişe arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmadı.

Hastaları bilgilendirmek için değişik yöntemler kullanılmaktadır. Sağır ve ark⁴⁰ sözel, yazılı veya görsel bilgilendirme tiplerinden yazılı bilgilendirmenin en sık kullanılan yöntem olduğunu tespit etmişler ancak hastaların okur-yazar olmadığı ve bilgi formunun anlaşılıp, yorumlanamadığı durumlarda sorunlar olabileceğine de dikkat çekmişlerdir. Jjala ve ark⁶³ yaptıkları çalışmada hastalara izlettikleri video gösterisi ile bilgilendirme uygulamışlar ve hastaların endişe düzeylerinin diğer yöntemlere göre daha fazla azaldığını saptamışlardır, ancak istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmamıştır. Benzer şekilde hastalarda görsel-işitsel bilgilendirmenin preoperatif endişeyi azaltmada daha etkili olduğunu savunan başka çalışmalar da bulunmaktadır^{64,65}. Bizim çalışmamızda da hastaların anesteziyle ilgili nasıl bilgilendirilmek istedikleri sorgulanmış ancak hastaların sözel ve görsel bilgilendirilme istekleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat çalışmamızda okuma yazma bilmeyenler çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu durumla ilgili çalışma sayısı da yeterli olmadığı için bu tip hastaların tercihi hakkında yorum yapamamaktayız.

Ryding⁶⁶ yaptığı çalışmada hastaların birçoğunun doğum korkusu nedeniyle isteğe bağlı sezaryenle doğum yapmak istediklerini saptamıştır. Bizim çalışmamızda ilk doğumu olan hastaların büyük kısmı sezaryenle doğumu tercih etmişler ancak sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Son yıllarda sezaryen operasyon oranlarında ciddi bir artış söz konusudur⁶⁷. Menard⁶⁸ çalışmasında bu artışın nedenlerinin gebelik yaşının ilerlemesi, parite sayısının azalması, görüntüleme tekniklerinin gelişmesi, elektronik fetal monitörün yaygınlaşması, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanımı ve sosyal nedenler gibi faktörler olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada⁶⁹ eğitim, ekonomik ve sosyal sorunlar gibi nedenlerle evlilik yaşının geciktiği ve buna bağlı olarak 35 yaş üzeri doğumlarda %4 oranında artış olduğu saptanmıştır. Bu da çalışmada ki yüksek sezaryen oranları ile uyumlu bir sonuçtur. Koç⁷⁰ da çalışmasında kadınların yaşı arttıkça sezaryen isteklerinin arttığını belirtmiştir. Angeja ve ark'nın⁷¹ yaptıkları araştırmada da bunu destekler

nitelikte sezaryen ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulup, yaş arttıkça sezaryen oranının arttığını saptamışlardır. Bütün bu çalışmalara paralel olarak bizim çalışmamızda da hastaların yaşı arttıkça sezaryenle doğumu tercih etmelerinde artış saptandı. Bu sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulundu.

Kadınlar gebelik ve doğum ile ilgili çeşitli nedenlerden dolayı endişe duymaktadırlar. Searle⁷² yaptığı bir çalışmada gebe kadınların %20'sinin korku yaşadığını ve %6'sının sakat kalmaktan korktuğunu belirtmiştir. Başka bir çalışmada kadınların önem sırasına göre malformasyonlu bebeğe sahip olmaktan, sezaryenle doğum yapmaktan, yabancı bir ortamda yalnız kalmaktan, herhangi bir şeyi yanlış yapmaktan ve doğumun nasıl olacağına ilişkin belirsizlikler ile karşı karşıya kalmaktan endişe duydukları bulunmuştur⁷³. Atiba⁷⁴ ise yaptığı çalışmada bazı hastaların bebeklerinin sağlığı yanında doğumda kendi hayatları açısından da endişe taşıdıklarını belirtmiştir. Petersen ve ark⁷⁵ yaptığı çalışmada kadınların en büyük endişe nedenlerinin doğum ve bebekleriyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızın sonuçları da bu araştırmaları destekler nitelikte idi. Hastalarımızın büyük çoğunluğunda sezaryen operasyonu ve bebeklerinin sağlığı ile ilgili endişe duydukları saptandı.

Rosen ve ark'nın⁷⁶ çalışmasında kadın hastalarının yüksek oranda ameliyattan ve anestezi den endişe duydukları bulunmuştur. Hastaların bir kısmının geçmiş kötü deneyimlerinden dolayı, bir kısmının ise anestezi den uyanamama, cerrahinin sonuçları, anesteziye bağlı bulantı ve postoperatif ağrı duyma duyma kaygısı nedeniyle endişe duydukları tespit edilmiştir.

A. duman ve ark.⁵⁷ yaptığı çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun anestezi ve cerrahi açıdan herhangi bir korku ve endişe hissetmediklerini belirtmişler ve bu durumu toplumumuzun geleneksel yapısı ve inanışlarının yansıması olan kader inancına bağlı olduğunu savunmuşlardır. Çalışmamızda ise sadece ameliyattan endişe edenlerin oranı ameliyat ve anestezi den endişe edenlerin oranından yüksek bulundu ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bu durum çalışmamızın doğurganlık dönemindeki genç hasta grubunda olması ve cerrahi deneyimlerinin yetersiz olması ile ilişkili olabilir.

Cerrahi ve anestezi uygulamalarının özellikle gebe hastalar için önemli bir stres faktörü olduğu çalışmamız sonucunda bir kez daha doğrulanmıştır. Elde edilen bilgiler ışığında obstetrik anestezi hastaların memnuniyetini etkileyen faktörleri daha iyi belirleme ve sağlıklı ölçüm yöntemleri geliştirmeye yönelik araştırmalar yapmanın gerekli olduğunu düşünöyoruz. Bu alanda yapılacak çalışmaların anestezi uygulamalarının kalitesini arttıracığına ve hastaların kendilerini daha güvende hissederek, daha az endişe duymalarını sağlayacağına inanmaktayız.

SONUÇ

Çalışmamızda hastaların yüksek bir oranda endişe içinde oldukları ve bu endişenin büyük bir kısmının hastaların bilgi eksikliğinden kaynaklandığı görülmüştür. Bunu önlemek için hastalara kişisel olarak verilen preoperatif bilgilendirmenin duygusal destek sağlayacağı gibi endişeyi de azaltabileceği düşünülebilir.

Hastalara endişelerini artırmayacak şekilde ameliyatta ne yapılacağıнын, olası komplikasyonların ne olduğu ve kendisinden ne beklendiğinin, kendi rolü ve katkısının ne olacağıнын açıklanmasında yarar vardır.

Hasta hekim ilişkisini güçlendirmek bunu gerçekleştirmenin en önemli yoludur. Bu da hastalara doğru rehberlik yaparak, karşıdaki hastanın anlayabileceği kelimeleri kullanarak ve uygun açıklamalarda bulunarak sağlanabilir.

Çalışmamızın sonucunda gebe kadınların hem genç yaş grubunda olmaları hem de geçmiş deneyim eksikliği nedeniyle endişe oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Hastalara preoperatif dönemde yeterli zaman ayırarak anestezi ve operasyonla ilişkili korkuları öğrenilerek bunlara yönelik bilgilendirme yapılmaları büyük önem taşımaktadır.

ÖZET

2011-2012 yılları arasında sezaryen veya ağrısız doğum uygulanacak 200 gebe hastanın dahil edildiği bu çalışmada hastalara 18 sorudan oluşan bir anket uygulayarak daha önceki ve şimdiki gebeliklerine yönelik sorular yöneltildi. Anket, anestezi hekimi tarafından sözlü olarak uygulandı ve yanıtlar kaydedildi. Yaptığımız bu çalışma ile gebe hastaların anestezi hakkındaki bilgilerini ve endişelerinin ne olduğunu ortaya koymayı amaçladık.

Ankette yaş, eğitim durumu, meslek, yandaş hastalıkları, önceki gebelik ve doğum sayısı sorgulandı. İlk doğumu ise nasıl bir doğum istediği, daha önce doğum yaptıysa nerede yaptığı, normal doğum yapan hastalarda doğum sırasında analjezi uygulanıp uygulanmadığı, sezaryen yapıldı ise hangi anestezi yönteminin uygulandığı, anestezi yöntemi ile ilgili bilgi alıp almadığı ve kim tarafından bilgilendirildiği, memnuniyet derecesi öğrenildi. Hastaların anestezi yöntemleri hakkında yeterli bilgisi olup olmadığı, doğum ile ilgili en büyük endişesinin ne olduğu, doğum ile ilgili diğer endişeleri ve anestezi yöntemi hakkında nasıl bilgilendirilmek (sözel açıklama veya broşürle resimlerle) istedikleri soruldu.

Çalışmamızda hastaların ameliyat ve anestezi nedeniyle yüksek endişe oranlarına sahip olduğu, eğitim seviyesi arttıkça endişe düzeyinin arttığı, yaş arttıkça sezaryen isteğinin arttığı sonuçlarına varıldı.

KAYNAKLAR

- ¹ Yıldızhan R, Yıldızhan B, Turan YB. Doğumda Epidural Analjezi Van Tıp Dergisi, 2008;15(4): 116
- ² Jawaid M, Farhan M, Masood Z, Husnain SMN. Preoperative Informed Consent: Is It Truly Informed? ranian J Publ Health, 2012;41(9):25-30
- ³ Kindler CH, Szirt L, Sommer D, Hausler R and Langewitz W. A quantitative analysis of anaesthetist-patient communication during the pre-operative visit, Anaesthesia, 2005;60: 53-59
- ⁴ Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. Anesth Analg, 1991;73(2):190-8.
- ⁵ Leite F, Silva LM, Biancolin SE, Dias A, Castiglia YM. Patient perceptions about anesthesia and anesthesiologists before and after surgical procedures, Sao Paulo Med J. 2011; 129(4):224-9
- ⁶ Carvalho B, Cohen SE, Lipman SS, Fuller A, Mathusamy AD, Macario A, Patient Preferences for Anesthesia Outcomes Associated with Cesarean Delivery, Anesth Analg. 2005;101:1182-7
- ⁷ Kayhan Z. Klinik Anestezi 2. Baskı.İstanbul:Logos Yayıncılık Tic. A.Ş. 1997:623-58
- ⁸ Tüzüner F ve Ark. Anestezi Yoğun Bakım Ağrı. N M Medikal & Nobel syf 995
- ⁹ Erdine S, Ağrı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2007:142
- ¹⁰ Erdine S, Obstetrik anestezi ve analjezi uygulamaları. Rejyonel Anestezi. Nobel Tıp Kitabevi İstanbul, 2005;253-70.
- ¹¹ Arslantaş R, Özyuvacı E, Epidural Levobupivakainin Doğum Analjesisinde Kullanımı, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul - 2008
- ¹² Hale RW, Danforth DN: Operatif Doğum. In Pernoll ML(Ed), Orhaner S. (Çev. Ed.) Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi. İstanbul: Sistem Yayıncılık Matbaa Sanayi,1994:673-712.
- ¹³ Morgan GE, Mikhail SM.:Clinical Anesthesiology. Obstetrik anestezi. Tulunay M,Cuhruk H (çev.ed.) 4. Baskı Ankara öncü matbaası 2008;890-90

-
- ¹⁴ Günüşen İ, Karaman S, Akercan F, Fırat V , The effects of different anesthetic techniques on newborn in elective cesarean section: retrospective study Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 48(3) :189-194, 2009 189
- ¹⁵ Prf. Dr. Yüksel Keçik Temel Anestezi syf:986
- ¹⁶ Shnider SM, LEvinson G: Anesthesia for Obstetrics. Anesthesia.4th ed. 1994; 2: 2011-2076.
- ¹⁷ Santos AC, Fihster M, Pederson H. Obstetric Anesthesia in: Barash PG, Cullen BF, Stelty RK (eds). Clinical Anestheia. JP Lippincott Company, Philadelphia 1998; pp: 1267-1306.
- ¹⁸ Erdem MK, Özgen S, Coşkun F: Obstetrik Anestezi ve Analjezi. Kişnişçi H,Gökşin E (Eds.) Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Melisa Matbaacılık, 1996: 173-186.
- ¹⁹ Miller's Anesthesia Bölüm 58-Obstetrik Anestezi
- ²⁰ Practice guidelines for obstetric anesthesia : an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia . Anesthesiology 2007;106(4):843-863.
- ²¹ Norris MC. Height.weight and spread of subarachnoid hyhperbaric bupivakain in the term parturient. Anesth Analg 1988; 67: 555.
- ²² Morgan GE, Mikhail SM.: Clinical Anesthesiology. Obstetric Anesthesia. Appleton &Lange. Connecticut 2002, p:818-849
- ²³ Santos A,Bravemen FR,Finster F. Obstetric Anesthesia in :Barash PG ,Cullen BF,Stoelting RK (eds). Clinical Anesthesia . 5th edition . Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2006; 1152-80
- ²⁴ Hamlyn EL, Douglass CA, Plaat F, Crowhurst JA, Stocks GM. Low-dose sequential combined spinal-epidural: an anaesthetic technique for caesarean section in patients with significant cardiac disease. Int J Obstet Anesth 2005;14:355–61.
- ²⁵ Kuczkowski KM, Anesthetic management of labor pain: what does an obstetrician need to know?Arch Gynecol Obstet (2005) 271: 97–103
- ²⁶ Kuczkowski KM, Practise Guidelines And Prevention Of Obstetric Anesthesia-Related Maternal Mortality, M.E.J. ANESTH ,2009;20(2)

-
- ²⁷ Kuczkowski KM, Reisner LS, Benumof JL: Airway problems and new solutions for the obstetric patient. *J Clin Anesth*; 2003, 15:552- 563.
- ²⁸ Kuczkowski KM, Reisner LS, Benumof LJ: The Difficult Airway: Risk, Prophylaxis and Management. In Chestnut DH (ed.). *Obstetric Anesthesia: Principles and Practice*; 3rd Edition, Elsevier Mosby, Philadelphia, PA, USA 2004, 35-561
- ²⁹ King MS. Preoperative evaluation. *Am Fam Physician* 2000; 62:387-96.
- ³⁰ Lau L, Jan G, Chan TF. Preoperation of patients for anaesthesia-achieving quality care. *HKMJ* 2002; 8:99-105.
- ³¹ Garcia-Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, Lopez-Bastida J. Preoperative assessment. *Lancet* 2003; 362:1749-57.
- ³² Michota FA, Frost SD. The preoperative evaluation: use the history and physical rather than routine testing. *Cleve Clin J Med* 2004; 71:63-70
- ³³ Fowkes FG, Lunn JN, Farrow SC, Robertson IB, Samuel P. Epidemiology in anesthesia: ill mortality risk in patients with coexisting physical disease. *Br J Anaesth* 1982; 54:819-25.
- ³⁴ Akıncı SB, Sarıcaoğlu F, Dal D, Aypar Ü, Preoperatif anestetik değerlendirme, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2005; 36: 91-97
- ³⁵ Tüzüner F ve Ark. Anestezi Yoğun Bakım Ağrı. *N M Medikal & Nobel syf 983*
- ³⁶ Güzeldemir ME, GATA Tıp Fakültesi, Ankara / TÜRKİYE SENDROM Tıp Dergisi; MAYIS 2005
- ³⁷ Moerman N van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale. *Anesth Analg* 1996; 82: 445-51.
- ³⁸ Domar AD, Everett LL, Keller MG. Preoperative anxiety: Is predictable entity? *Anesth Analg* 1989; 69: 763-7.
- ³⁹ Falagas ME, Akrivos PD, Alexiou VG, Saridakis V, Moutos T, Peppas G, Kondilis BK, Patients' Perception of Quality of Pre-Operative Informed Consent in Athens, Greece: A Pilot Study November 2009; 4(11) ,e8073
- ⁴⁰ Sağır G, Kaya M, Eskiçirak HE, Kapusuz Ö, Kadioğulları AN, Spinal Anestezi Planlanan Hastalarda Görsel Bilgilendirmenin Preoperatif Anksiyete Üzerine Etkisi, *Turk J Anesth Reanim* 2012; 40(5): 274-8

-
- ⁴¹ Suls J, Wan CK. Effects of sensory and procedural information on coping with stressful medical procedures and pain: a metaanalysis. *J Consult Clin Psycho* 1989;57:372-9.
- ⁴² Devine EC. Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies. *Patient Educ Couns* 1992;19:129-42.
- ⁴³ Miller SM, Mangan CE. Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: should the doctor tell all? *J Pers Sot Psycho* 1983;45:223-36.
- ⁴⁴ Miller SM. Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *J Pers Sot Psycho* 1987;52:345-53.
- ⁴⁵ Norris W, Baird WL. Pre-operative anxiety: a study of the incidence and aetiology. *Br J Anaesth* 1967; 39: 503-9.
- ⁴⁶ Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Adamatti LC, et al. Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia* 2001; 56: 720-8.
- ⁴⁷ Holdcroft A, Parshall A M, Knowles M G, Waite K E, Morgan B M. Factors associated with mothers selecting general anaesthesia for lower segment caesarean section. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16: 167–170.
- ⁴⁸ Thorp J M, Kennedy B W, Millar K, Fitch W. Personality traits as predictors of anxiety prior to caesarean section under regional anaesthesia. *Anaesthesia* 1993; 48: 946–950.
- ⁴⁹ Wyatt SS, Jones DA, Paech MJ, Gurrin L, Anxiety in patients having caesarean section under regional anaesthesia: a questionnaire and pilot study, *International Journal of Obstetric Anesthesia* , 2001;10,:278–283
- ⁵⁰ Klawns JM, Roizen MF. Current understanding of patients' attitudes toward and preparation for anesthesia: a review. *Anesth Analg* 1996;83:1314–21.
- ⁵¹ Caljouw MAA, Beuzekom, Boer MF, Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire, *Br J Anaesth* 2008; 100: 637–44
- ⁵² Demir A, Turan S, Balaban F, Karadeniz Ü, Erdemli Ö, Anestezi Uygulamaları ile İlgili Olarak Preanestezik Değerlendirme Sırasında

-
- Hastalarda Yapılan Anket Çalışması, Türk Anest Der Dergisi 2009; 37(4):225-233
- ⁵³ Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A, Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması, Turk J Anaesth Reanim 2013; 41: 44-9
- ⁵⁴ Duman A, Öztin Öğün C, Şahin TK, Sarkılar G, Ökezli S, Preoperatif korku ve endişeyi belirleyen faktörlerin değerlendirilmesi, S.Ü tıp. Fak. Derg, 2003;19:21-26
- ⁵⁵ Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara, Hekimler Yay. Birliği 1994:263-6:272-6.
- ⁵⁶ Erdem D, Ugiş C, Albayrak MD, Akan B, Aksoy E, Göğüş N, Perianal Bölge Ameliyatı Yapılacak Hastalarda Uygulanan Anestezi Yöntemlerinin Preoperatif ve Postoperatif Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisi, Bakırköy Tıp Dergisi 2011;7:11-16
- ⁵⁷ Gönüllü M, Turan ED, Erdem LK ve ark. Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. Türk Anest ve Rean Cem 1986;14:10-3.
- ⁵⁸ Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiatkowska C, Gelb AW. Preoperative anxiety: Detection and contributing factors. Can J Anaesth 1990;37:444-7.
- ⁵⁹ Lukesch H: Verbreitung von Schwangerschafts- und Geburtsängsten [Distribution of pregnancy- and birth-related anxiety]. Ferdinand Enke Verlag;1981:18-29.
- ⁶⁰ Aykent R, Kocamanoğlu S, Üstün E, et al. Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Değerlendirilmesi: APAIS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim 2007; 5: 7-13
- ⁶¹ Ramsay MA. A survey of pre-operative fear. Anaesthesia 1972;27:396-402.
- ⁶² Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Adamatti LC, Bandeira D, Ferreira MB. Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery. Acta Anaesthesiol Scand 2002;46(10):1265–71

-
- ⁶³ Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedfordth NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *Br J Anaesth* 2010; 104: 369-74
- ⁶⁴ Williams MV, Parker RM, Baker DW, et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *J Am Med Assoc* 1995; 274: 1677-82
- ⁶⁵ Luck A, Pearson S, Maddem G, Hewett P. Effects of video information on precolonoscopy anxiety and knowledge: a randomised trial. *Lancet* 1999; 354: 2032-5
- ⁶⁶ Ryding EL. Psychosocial indications for cesarean section: A retrospective study of 43 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70: 479
- ⁶⁷ Elferink-Stinkens PM, Brand R, Van-Hemel OJ. Trends in cesarean section among high-and medium-risk pregnancies in The Netherlands 1983-1992. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1995; 59: 159-67.
- ⁶⁸ Menard KM. Cesarean delivery rates in the United States: The 990s. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999; 26: 275-86.
- ⁶⁹ Cantekin D, Haksas M, Tuna M, Sarioğlu F, Çetin A. Otuzbeş yaş üzerindeki kadınlarda doğum olgularının değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 1990; 22: 655-61.
- ⁷⁰ Koç, I. (2003). "Increased Cesarean Section Rates in Turkey", *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 8(1):1-10.
- ⁷¹ Angeja AC, Washington AE, Vargas JE, Gomez R, Rojas I. ve Caughey AB, Chilean Women's Preferences Regarding Mode of Delivery: Which Do They Prefer and Why?, *Nov*; 113(11):1253-8.
- ⁷² Searle J. Fearing the worst-why do pregnant women feel "at risk"? *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1996; 36: 279-86
- ⁷³ Szeverenyi P, Poka R, Hetey M, Torok Z. Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998Mar; 19(1): 38-43.
- ⁷⁴ Atiba EO, Adeghe AJ-H, Murphy PJ, et al. Patient's expectation and caesarean section rate. *Lancet* 1993; 341(8839):246.

-
- ⁷⁵ Petersen JJ, Paulitsch MA, Guethlin C, Gensichen J, Jahn A, A survey on worries of pregnant women--testing the German version of the Cambridge worry scale, *BMC Public Health*. 2009 Dec 28;9:490. doi: 10.1186/1471-2458-9-490
- ⁷⁶ Rose´n S, Svensson M, Nilsson U, Calm or Not Calm: The Question of Anxiety in the Perianesthesia Patient, *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Vol 23, No 4 (August), 2008: pp 237-246