

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**SEZARYEN PLANLANAN GEBELERDE ANESTEZİ
TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

Dr. Helin ŞAHİNTÜRK

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Asuman UYSALEL**

**ANKARA
2012**

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim/Bilim Dalı

Tıpta Uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütülmüş olan, Sezaryen Planlanan Gebelerde Anestezi Tercihlerini Etkileyen Faktörler, Dr.Helin Şahintürk'e ait bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından **Tıpta Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 03/12/ 2012

Prof.Dr.Yüksel KEÇİK

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanı

Jüri Başkanı

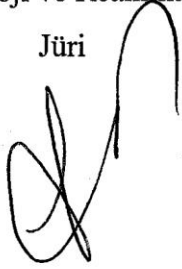


Prof.Dr.Feyhan ÖKTEN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Jüri



Prof.Dr.Asuman UYSALEL

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Tez Danışmanı



ÖNSÖZ

Anesteziyoloji ve Reanimasyon eğitim ve öğretim sürecimde bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, sağladığı olanaklarla üzerimde çok emeği olan Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanı değerli hocamız Sayın Prof. Dr. Yüksel Keçik'e,

Tez çalışmamın tüm oluşum aşamalarında bilimsel desteğini, sevgi ve hoşgörüsünü esirgemeyen tez danışman hocam Sayın Prof. Dr. Asuman Uysale'e,

Eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan kliniğimizin tüm değerli hocalarına ve uzmanlarına saygı ve şükranlarımı sunuyorum.

Asistanlık eğitimim süresince her konuda destek olan, tez çalışmamın oluşumunda yardımlarını esirgemeyen Dr. Ali Abbas Yılmaz'a ve Dr. Sanem Çakar Turhan'a,

Tez çalışmamın yapımında yardımlarını eksik etmeyen Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı'nda görevli değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anestezi ekibine,

Hayatta bugün bulunduğum yere gelmemde büyük emeği olan, maddi manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen canım aileme,

Sevgi, güven ve desteğiyle hep yanımda olan sevgili eşim Fikret'e,

herşey için çok teşekkür ederim.

Dr. Helin ŞAHİNTÜRK

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vii
GRAFİKLER DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. GEBELİKTE MEYDANA GELEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER	3
2.1.1. Hematolojik Değişiklikler.....	3
2.1.2. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri.....	3
2.1.3. Solunum Sistemindeki Değişiklikleri	4
2.1.4. Renal Sistemdeki Değişiklikler	5
2.1.5. Hepatik Değişiklikler	5
2.1.6. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri	6
2.1.7. Sinir Sistemi Değişiklikleri.....	6
2.1.8. Metabolik Etkiler	7
2.1.9. İskelet Kas Etkileri.....	8
2.2. GEBELİKTE MEYDANA GELEN PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER	8
2.2.1. Gebelikte Anksiyete, Depresyon ve Panik Bozukluk.....	8
2.3. TANIMLAR.....	11
2.4. SEZARYEN	12
2.4.1. Tanım	12
2.4.2. Tarihçe	12
2.4.3. Sezaryen Sıklığı	13
2.4.4. Sezaryen Endikasyonları.....	14
2.4.5. Komplikasyonlar.....	14

2.5. ANESTEZİ YÖNTEMLERİ.....	15
2.5.1. Genel Anestezi.....	15
2.5.2. Rejyonel Anestezi.....	18
2.5.3. Etki Mekanizması.....	19
2.5.4. Spinal Anestezi.....	20
2.5.5. Epidural Anestezi.....	22
2.5.6. Kombine Spinal Epidural Anestezi.....	25
3. MATERYAL - METOD.....	26
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA.....	48
6. SONUÇ.....	56
ÖZET.....	57
ABSTRACT.....	59
KAYNAKLAR.....	62
EKLER.....	69

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

MAK	:	Minimum Alveolar Konsantrasyon
BOS	:	Beyin Omurilik Sıvısı
KCFT	:	Karaciğer Fonksiyon Testi
BIS	:	Bi Spektral İndeks
N₂O	:	Nitröz Oksit
LMA	:	Laringeal Mask Airway
PaCO₂	:	Arteriyel Karbondioksit Basıncı
PaO₂	:	Arteriyel Oksijen basıncı
TSH	:	Tiroid Stimüle Edici Hormon
EKG	:	Elektrokardiyografi
TNSA	:	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
IVF	:	İn vitro Fertilizasyon
ICSI	:	Intracytoplasmic sperm injection
NST	:	Non Stress Test
CPD	:	Sefalopelvik uyumsuzluk
O₂	:	Oksijen
H₂	:	Histamin 2
T	:	Torakal
L	:	Lomber
Atm	:	Kalp atım hızı
dk	:	Dakika
cm	:	Santimetre
mL	:	Mililitre

dL	:	Desilitre
g	:	Gram
kg	:	Kilogram
Micgr	:	Mikrogram
mg	:	Miligram
mm	:	Milimetre
M	:	Mol
IV	:	Intravenöz

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 1.	Gebelerin Yaşa Göre Dağılımları.....	29
Tablo 2.	Gebelerin Gravidalarına Göre Dağılımı.....	30
Tablo 3.	Gebelerin Paritelerine Göre Dağılımı	30
Tablo 4.	Önceki Doğum Şekline Göre Dağılımları.....	31
Tablo 5.	Önceki Anestezi Deneyimine Göre Dağılımları	31
Tablo 6.	Gebelerin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı.....	32
Tablo 7.	Gebelerin Aylık Gelir Düzeyine Göre Dağılımı	32
Tablo 8.	Gebelerin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	33
Tablo 10.	Gebelik Günü ve Gebelik Haftası ile Anestezi Tercih Arasındaki İlişki. Veriler ortalama (min-maks) olarak verilmiştir.	35
Tablo 11.	Önceki Doğum Şekli ile Anestezi Tercih Arasındaki İlişki. Veriler sayı ve yüzde olarak verilmiştir.	38
Tablo 12.	Önceki Anestezi Şekli ile Anestezi Tercih Arasındaki İlişki. Veriler sayı ve yüzde olarak verilmiştir.	39
Tablo 13.	Gebelerin Çalışma Durumu ile Anestezi Tercih Arasındaki İlişki. Veriler sayı ve yüzde olarak verilmiştir.	39

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No:

Grafik 1. Tercih Edilen Anestezi Yöntemi Yüzdeleri.....	34
Grafik 2. Yaş Gruplarına Göre Anestezi Tercih Yüzdeleri.....	35
Grafik 3. Gravide ile Anestezi Tercih Yüzdeleri	36
Grafik 4. Parite ile Anestezi Tercih Yüzdeleri.....	37
Grafik 5. Aylık Gelir Düzeyi ile Anestezi Tercih Yüzdeleri	40
Grafik 6. Eğitim Düzeyi ile Anestezi Tercih Yüzdeleri.....	41
Grafik 7. Bilgilendirilme Durumları ile Anestezi Tercih Yüzdeleri	42
Grafik 8. Gebelerin Doğum ve Anestezi Yöntemi ile İlgili Bilgiyi Nereden Edindiği ile Anestezi Tercihi Arasındaki İlişki.....	43
Grafik 9. Genel Anestezi Tercih Nedenleri Ve Yüzdeleri	44
Grafik 10. Rejyonel Anestezi Tercih Nedenleri ve Yüzdeleri	45
Grafik 11. Gebelerin Anestezi Tercihinde Etkili Olan Kişilerin Yüzde Dağılımı	46

1. GİRİŞ

Doğum anestezi anesteziyolojinin talep gören, hoşnut edici bir alt dalıdır. Yaygın kabul edilebilirliği ve doğum için rejyonel anestezinin kullanılması, doğum anesteziğini birçok anestezi uygulamanın önemli bir parçası haline getirmiştir (1).

Günümüzde sezaryen operasyonunun daha güvenli hale gelmesiyle, sezaryen hızında çok belirgin bir artış olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün sezaryen konusundaki önerisi; sezaryen oranının % 15 ile sınırlı kalması yönündedir (2,3). Ancak pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranı, bu hedefin üzerindedir. Ülkemizde 2008 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre son beş yılda meydana gelen tüm doğumların % 37'si sezaryen ile yapılmıştır (4,5). Sezaryen ile doğum hızı, TNSA-2003'e göre büyük ölçüde (% 21) yükselmiştir. Verilerde dikkati çeken önemli bir bulgu ilk doğumda sezaryen oranının 1998'e göre % 100'den daha yüksek oranda artmış olmasıdır. İlk doğumların % 45'i sezaryen ile yapılmıştır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması verilerine göre kentlerde yaşayan kadınlar (% 42) arasında kırsal bölgelere (% 24) göre sezaryen daha yaygındır. Sezaryen ile yapılan doğumlar, Doğu bölgesi (% 16) hariç tüm bölgelerde %40 ve üzerindedir. Sezaryen ile doğum hızı, eğitim ve refah düzeyi ile birlikte artmaktadır (4,5,6). Sezaryen yüzdelerindeki artışın sebepleri arasında; operasyon tekniği ve anestezi yönünden teknik ilerlemeler, fetal iyilik halini değerlendirmede kullanılan teknolojinin (doppler, NST, biyofizik profil vb) gelişmesi, maternal ve perinatal mortaliteyi azaltma çabası, kadınların eskiye göre daha ileri yaşta evlenmeleri, daha ileri yaşta gebe kalmaları, daha az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri, infertilite sorunlarının varlığı, yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesi (IVF, ICSI), "riskli gebelik" ve "kıymetli bebek" kavramının ortaya atılması, doğum analjezisinin yeterince sağlanamaması, ekonomik faktörler yer almaktadır (7). Pek çok kadın normal doğum acısını çekmemek, sancı duymamak için hamile olduğunu öğrendiği ilk günden itibaren sezaryenle doğum yapmaya karar vermektedir. Sezaryen, özellikle sağlık çalışanlarında tıbbi endikasyon olmaksızın çok tercih edilen yöntem haline gelmektedir.

Modern obstetrik anestezinin başlangıç tarihi İskoç hekim James Young Simpson'un pelvik kontraksiyonu olan bir kadına dietil eter anestezi uyguladığı 19 Ocak 1847 tarihi kabul edilmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde doğum için ilk kez anestezi alan Fanny Longfellow'dur. Bundan 4 ay sonra Simpson, Edinburgh'da, 1847 yılında, anestezi uygulamış, bu olay halka 'çağın en büyük mucizesi' şeklinde duyurulmuştur (8).

Normal bir cerrahi anestezide sadece bir kişinin güvenliği ve optimal koşullar sağlanmaya çalışılırken; sezaryende annenin ve annede oluşan her türlü değişikliklerden etkilenen fetusun da güvenliği sağlanmak zorundadır. Bu da sezaryen anestezisine ayrı bir özellik kazandırmaktadır (9). Sezaryen anestezisinde, genel ve rejyonel anestezi teknikleri kullanılmaktadır. Son yıllarda rejyonel anestezi hastanın isteği, bilincinin açık olması, aspirasyon riski taşımaması, yenidoğanda solunum depresyonu yapmaması, uterus atonisine yol açmaması gibi avantajları nedeniyle tercih edilmektedir (10,11).

Gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam krizidir (12,13). Gebe kadın biyolojik ve fizyolojik değişikliklerin yanı sıra psikososyal değişiklikler de yaşar (14). Kadının ruhsal durum ve yaşantısı, gebeliğin gidişini etkilediği gibi; gebeliğin kendisi de ruhsal-duygusal yaşantısı üzerinde önemli yansımalar yaratır (12,13). Önceden var olan veya gebelik sırasında gelişen psikolojik durum kadının tüm kararlarını etkiler.

Bu çalışmada; sezaryen yapılacak gebelerin anestezi yöntemi tercihleri, genel anestezi ve rejyonel anestezi oranlarını, genel anestezi ve rejyonel anestezi tercih sebepleri ve tercihlerini etkileyen faktörleri araştırmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GEBELİKTE MEYDANA GELEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Gebelikte annede meydana gelen fizyolojik değişiklikler hormonal değişikliklerin, büyüyen uterusun mekanik etkilerinin, metabolik ve oksijen gereksinimlerinin artmasının, fetoplental ünitenin metabolik gereksinimleri ve plasental dolaşım ile ilişkili hemodinamik değişikliklerin sonucu olarak meydana gelir (15). Fizyolojideki bu farklılaşmaya yönelik olarak gebeden sorumlu anesteziyolog hematolojik, kardiyovasküler, ventilatuar, metabolik ve gastrointestinal fonksiyonlardaki değişiklikleri dikkate almalıdır (16).

2.1.1. Hematolojik Değişiklikler

Hamilelikte artan mineralokortikoid aktivite, sodyum retansiyonu ve vücut su içeriğinde artışa neden olur. Böylece gestasyonun erken döneminde artmaya başlayan plazma volümü ve total kan volümü, term gebede sırasıyla % 40-50 ve % 25-40 oranında bir artışla sonuçlanır. Eritrosit hücre volümündeki göreceli olarak daha az olan artış, hemoglobin (11-12 g/dL'ye) ve hematokritte (% 35'e) azalmaya neden olur. Hamilelik boyunca lökosit sayısı 8000-10000/mm arasında değişirken, trombosit sayısı değişmez. Plazma fibrinojen konsantrasyonu normal bir gebelik sırasında yaklaşık olarak % 50 artarken, pıhtılaşma faktörlerinin aktivitesi değişkenlik gösterir (16). Gebelikte kanama zamanı, protrombin zamanı, ve parsiyel tromboplastin zamanı normal limitlerde kalır. Koagülasyon faktörlerinin çoğunun düzeyleri artar ve bir hiperkoagülasyon durumu olur. Koagülasyon faktörlerindeki bu artış muhtemelen doğumda oluşan akut hemoraji risklerini azaltmak yönünde koruyucu bir adaptasyondur ancak bu durum tromboembolizme yol açabilir (17).

2.1.2. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Hamilelikte büyüyen fetüsün metabolik gereksinimlerini karşılamak için oksijen tüketimi artarak maternal kardiyovasküler sistem adapte olur. Kalp debisi gebeliğin 5. haftasında artmaya başlar ve 32. haftada en yüksek değere ulaşır.

Üçüncü trimestırda kalp debisi %40-50 oranında artar. Kardiyak debideki bu artış artmış atım hacmi ve kalp hızına bağlıdır. Kalp debisi ve plazma hacmi artsada periferik vasküler dirençteki azalma nedeniyle arteriyel kan basıncı değişmez (15).

Supin pozisyonda, maternal kan basıncının düşmesi, uterusun aortakaval basısına bağlıdır. Vena kava basısı, alt ekstremitelere venöz staz ve buna bağlı ayak bileği ödemi ve varislerin oluşmasına neden olur. Aortakaval basıya bağlı gelişen hipotansiyona terleme, bulantı, kusma ve bilinç durumunda değişimler eşlik edebilir. Term gebelerin % 10 undan fazlasında supin pozisyonda iken hipotansiyon belirtileri ortaya çıkar. Bu semptomlar supin hipotansiyon sendromu olarak tanımlanır. Sendromun mekanizması, gebelerde supin pozisyondayken uterusun inferior vena kavaya basısı sonucu venöz dönüşün azalması ile açıklanabilir. Venöz dönüşün azalması kalp debisinin azalmasına ve sistemik kan basıncında düşüşe neden olur. Hipotansiyonun önlenmesi için bazı kompensatuar yanıtlar ortaya çıkar. Bunlardan biri inferior vena kava basısı seviyesinin altında venöz basıncının artışıdır. Bu sayede vücudun alt yarısının venöz kanı paravertebral venöz pleksuslardan azigos venlere yönlendirilir. Dolaşım azigos venlerden superior vena kavaya devam eder ve venöz dönüş sağlanır. Bir diğer kompensatuar mekanizma refleks olarak periferik sempatik sinir sistemi aktivitesindeki artış ve bu artışın sonunda sistemik vasküler direncin artışı ve dolayısıyla sistemik kan basıncının artışıdır. Rejyonel anestezi teknikleri ile sistemik vasküler dirençteki kompensatuar artış azalır.

Gebe uterusun yerini değiştirmek supin hipotansiyon sendromu insidansını minimize eder. Gebe kadınlarda lateral pozisyona getirilmeleri veya gebe uterusunun vena kava inferior veya aortanın soluna alınmasıyla gebe uterusunun yeri değiştirilebilir (15).

2.1.3. Solunum Sistemindeki Değişiklikleri

Artan ekstravasküler sıvı ve vasküler kanlanma sadece ekstremitelere değil üst havayolunda da ödem nedeniyle sorun yaratabilir. Gebelikte, üst havayolu mukozasının kapiller konjesyonu görülür. Birçok hamile kadın nazal solunum güçlüğünden şikayet eder. Üst hava yolunun aspirasyonu, airway yerleştirme ve direk laringoskopi sırasında dikkatli olunması gerekmektedir. Hamilelikte

nazofaringeal havayolu kolay hasar görebilen müköz membran yapısı nedeniyle nazogastrik ve endotrakeal tüplerin yerleştirilmesi sırasında ciddi kanamalar gözlenebilir. Orofarinks, larinks ve trakeada meydana gelen ödem zor entübasyon nedeni olabilir. Çoğunlukla vokal kordlar ve aritenoidlerin ödemli olması nedeniyle daha küçük endotrakeal tüplerin (6.0-7.0 mm iç çaplı) seçilmesi gereklidir (15).

Dakika ventilasyonu, solunum sayısı değişmez iken tidal volümün artması nedeniyle % 45'i kadar artar. Akciğer hacimleri gebeliğin üçüncü ayına kadar değişmez. Diyafragma seviyesi uterus büyüdükçe yükselir. Bu durum term dönemde fonksiyonel rezidüel kapasitedeki % 20 düşüşün en önemli nedenidir. Birlikte inspiratuar yedek volümünde arttığından total akciğer kapasitesi değişmez. Gestasyonun erken dönemlerinde, hiperventilasyon nedeniyle maternal PaO₂ değeri oda havasında 100 mmHg üzerinde olup bu değer normale dönüp zamanla azalabilir (15).

Düşük fonksiyonel rezidüel kapasite ve yüksek oksijen tüketimi kombinasyonu apne periyodlarında hızlı oksijen desatürasyonlarına neden olur (18).

2.1.4. Renal Sistemdeki Değişiklikler

Büyüyen uterusun kompresyona neden olan mekanik etkisi ve progesteronun etkileri nedeniyle renal sistemde major değişiklikler meydana gelir. Renal kan akımı ve glomerüler filtrasyon hızı kardiyak debideki artışa bağlı olarak artar. Glomerüler filtrasyon hızı % 50 artar. Gebelerde kan üre azotu ve serum kreatinin konsantrasyonları için normal kabul edilen sınırlar gebe olmayanlara göre daha düşüktür (15).

Böbrekler genellikle büyür. Renin ve aldosteron düzeylerinin artması sodyum retansiyonuna neden olur. Glukoz ve aminoasitlerin renal tübüler eşliğinin azalması siktir ve hafif glukozüri ve proteinüriye yol açabilir (18).

2.1.5. Hepatik Değişiklikler

Hepatik fonksiyon ve kan akımı değişmez, üçüncü trimesterde serum transaminazları ve laktik dehidrogenaz düzeyinde çok az yükselme gözlenebilir.

Serum alkalen fosfatazının yükselmesi plasentadan salgılanmasına bağlıdır. Plazma volümünün genişlemesine bağlı olarak serum albümini azalabilir.

Plazma kolinesteraz (psödokolinesteraz) aktivitesinde % 25-30 azalma görülür ve bu durum gestasyonun 10. haftasından postpartum 6. haftaya kadar devam eder. Ancak bu azalmış aktivite süksinilkolin ve mivaküryumun nöroblokaj etkilerinde belirgin uzamaya neden olmaz (18).

2.1.6. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Uterus tarafından midenin yukarı ve öne yer değiştirmesi gastroöfageal sfinkter yetmezliğine neden olur. Artan progesteron düzeyleri gastroöfageal sfinkter tonusunu azaltırken, plasental gastrin sekresyonu gastrik asit hipersekresyonuna neden olur. Bu faktörler gebede regürjitasyonun ve pulmoner aspirasyon riskinin yüksek olmasına yol açar (18).

2.1.7. Sinir Sistemi Değişiklikleri

Gebelikte artan progesteron etkisi nedeniyle genel ve rejyonel anestezi madde gereksinimi azalmıştır. Progesteronun sedatif etkisi gebelikte MAK'ı (minimum alveolar konsantrasyon) yaklaşık % 30 düşürebilir (17). Uterusun büyümesi nedeniyle intraabdominal basınç artışına bağlı epidural venlerin gevşemesi sonucu epidural aralık daralır ve subaraknoid aralıkta serebrospinal sıvı miktarı azalır. Bu aralıkların hacminin azalmasıyla lokal anestetiklerin yayılımı kolaylaşır (15).

Serebrospinal sıvı volümünün azalması, epidural aralığın daralması sonucu spinal ve epidural anestezi sırasında lokal anestezi solüsyonunun sefafe dağılımını artırır ve epidural anesteziye daha yüksek insidansla dural ponksiyona yatkınlığı artırır (18).

Gebelerde rejyonel anestezi uygulanırken lokal anestezi dozunun 1/3 oranında düşürülmesi şu nedenlerle gereklidir:

1- Subaraknoid ve epidural bölgedeki volüm azalması nedeniyle lokal anesteziğin dağılımı daha fazladır.

2- Progesteronun oluşturduğu hiperventilasyon PaCO₂'nin düşmesine neden olarak tamponlama kapasitesini azaltır ve lokal anesteziğin daha uzun süre serbest tuzlar halinde kalmasına neden olur.

3- Gebeliğin kendisi antinosiseptif bir etki oluşturur. Sinir blokajı daha hızlı başlar. Ayrıca gebelikte periferik sinirlerin lidokaine daha duyarlı olduğu gösterilmiştir. Plazma ve BOS ta progesteron konsantrasyonunun artmış olması sinir sistemi eksitabilitesinin azalmasında etkin olabilir.

4- Epidural aralıkta basıncın artmış olması duradan difüzyonu kolaylaştırarak lokal anesteziğin BOS içinde daha yüksek konsantrasyonlarda olmasını sağlar.

5- Lateral foramenlerdeki venöz konjesyon dural kaflardan lokal anesteziğin kaybını azaltır (17).

2.1.8. Metabolik Etkiler

Gebelikte kompleks metabolik ve hormonal değişiklikler olur. Karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmalarının değişmesi fetal büyüme ve gelişimi destekler. Bu değişiklikler açlığa benzer. Nedeni glukoz ve aminoasit düzeyleri düşük, serbest yağ asitleri, keton ve trigliserit düzeyleri yüksektir. Bununla birlikte gebelik diabetojenik bir durumdur; gebelik sırasında insülin düzeyleri yüksektir. Plasentadan human koryonik somatomammotropin olarak da adlandırılan insan plasental laktojen salınımı gebelikteki kısmi insülin direncinden sorumludur. İnsülin sekresyon talebinin artmasına yanıt olarak pankreatik B hücre hiperplazisi olur (18).

Human koryonik gonadotropin sekresyonu ve östrojen düzeylerinin artması tiroid bezinin hipertrofisine ve tiroid bağlı globulinin artmasına neden olur; T₄ ve T₃ düzeylerinin artmasına rağmen, serbest T₄, serbest T₃ ve tirotropin (TSH) normal kalır. Serum kalsiyum düzeyleri azalır, fakat iyonize kalsiyum düzeyleri normal kalır (18).

2.1.9. İskelet Kas Etkileri

Gebelikte relaksin düzeylerinin artması serviksi yumuşatarak, uterin kontraksiyonları inhibe ederek ve pubik simfiz ve pelvik eklemleri gevşeterek doğuma hazırlığa yardım eder. Omurganın ligamentöz gevşekliği sırt hasarı riskini arttırır. Bu nedenle gebelikte sırt ağrısı insidansı artar (18).

2.2. GEBELİKTE MEYDANA GELEN PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Gebelik dönemi birçok insan için özel bir dönem olarak kabul edilmekle birlikte, yeni doğan çocuğunu kucağına alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi için riskli bir dönem olmaktadır. Gebelerde fizyolojik değişikliklerin görülmesi, hızlı hormonal değişimlerin olması, duygu durum ve diğer psikiyatrik sendromların ortaya çıkmasının bir nedeni olarak ileri sürülmektedir (19). Gebelik ve doğum kadının yaşam süresinde fizyolojik olay olarak görülmekle birlikte gebe ve ailesi için ciddi biyopsikososyal adaptasyon gerektiren yaşam dönemidir. Gebelik, kadının biyopsikososyal dengesinin bozulduğu, aile ve işyerindeki rollerin değiştiği, bebek ve anne arasında ebeveynlik ilişkisinin kurulduğu yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır (20). Gebelik dönemi kadınların ruhsal olarak en hassas oldukları ve bu nedenle psikiyatrik hastalık riskinin arttığı bir dönemdir (21).

2.2.1. Gebelikte Anksiyete, Depresyon ve Panik Bozukluk

Gebelik ve doğum önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir psikolojik süreçtir. Birçok kadın gebelik ve doğuma bağlı oluşan fizyolojik, psikolojik, sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta, şiddetli düzeylerde ruhsal hastalıklar ortaya çıkmaktadır (22). Gebelik ve sonrası duygu durum bozuklukları, çok sayıda gebeyi etkilemekte ve sık karşılaşılan obstetrik komplikasyonlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Gebelik dönemi, kadınlarda depresyonun başlaması açısından

yüksek riskli bir dönemdir. Bu dönem kadınların ruhsal olarak en hassas oldukları ve bu nedenle psikiyatrik hastalık riskinin arttığı dönemdir (21,23).

Anksiyete, kaygı, bunaltı, boğulma hissi, sıkıntılı durum anlamına gelmektedir. Çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı hızlı nefes alma, boğuluyormuş gibi hissetme, kalp hızının artması, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtileri yanında sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacakmış hissi ve korkusu gibi psikolojik belirtileri vardır. Bazı tanımlar anksiyeteyi kaynağı bilinmeyen bir tehlike beklentisi ile sınırlandırarak korkudan ayırteker (24).

Anksiyete, açıkça ayırtekelebilir bir uyararla ilişkili ya da ilişkisiz olabilen, korku ve endişe ile belirli bir duygusal durumdur. Bireyi, çevresinde olan değişikliklere hazırlayan veya yanıt vermesini sağlayan bir emosyondur. Hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir semptomdur (25). Normal anksiyete, organizmanın biyolojik bir korunma sistemi olup organizmayı tehdit eden bir olayın varlığında kaçma veya olay ile savaşmayı sağlamak üzere ortaya çıkar (26). Ancak anksiyete ortada tehlike oluşturacak bir durum yokken de ortaya çıkıyorsa, uzun sürüyor ve sonlandırılmıyorsa patolojik anksiyeteden bahsedilir (27).

Anksiyete, bunaltı, can sıkıntısı veya hoş olmayan heyecansal bir endişe hali olarak tanımlanabilir. Bu durum hastalar tarafından, aşırı sıkıntı ve kaygı yaşantısı olarak algılanabildiği gibi, saçma korkular, rahatsız edici saplantılar veya zorlantılar, ölüm ve çıldırma korkusu, bedenini yabancı olarak algılama, bedensel işlevlerin yanlış yorumlanması gibi psikolojik semptomlar ile çarpıntı, tansiyon değişiklikleri, soluk renk veya yüzde kızarma, hava açlığı, soluk almada zorluk, hiperventilasyon, yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, sık idrara çıkma, ereksiyon, ejakülasyon bozuklukları, terleme, kızarma, soğukluk, tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk, ağrılar, yorgunluk, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, boğazında düğümleme, boğuluyor gibi hissetme duygusu, ellerinde aşırı titreme gibi bedensel semptomlar ile kendini gösterebilir. Belirtiler aniden veya giderek sıklaşan ve yoğunlaşan tarzda başlayabilir. Kişi kendisinde oluşan belirtileri genellikle gerçeğe uygun bir şekilde

yorumlayabilir. Genellikle, bunlarla kendi bilgi ve becerisiyle başa çıkmaya uğraşır. Sorunu aşmakta zorlandığında, belirtilerin üstesinden gelemediğinde veya sosyal yaşamlarının sınırlanması durumlarında tedavi için başvurabilir (28).

Depresyon, sözlük anlamıyla çökkünlük olarak tanımlanmakta ve etiyolojik olarak heterojen; bilişsel, psikomotor ve duygusal işlevlerde değişiklikler ortaya çıkaran, geniş bir semptomlar kümesi ile karakterize beyin bozuklukları grubunu oluşturan, ciddi morbidite ve mortaliteye sahip sendromal bir hastalıktır (29). Enerji azlığı başta olmak üzere depresyon semptomları uyku bozuklukları, iştah bozuklukları, anhedoni, ajitasyon gibi çok farklı şekillerde kendilerini gösterir. Kişi günlük hayatının gerektirdiği vazifeleri yapmakta zorlanır ve genel olarak 'çökkün' bir mizaç içine girer (30). Üzüntü, ümitsizlik, kaybolmuş ilgi ve zevk alma duyguları, kilo değişiklikleri, kronik yorgunluk, değersizlik hissi ya da suçluluk ve düşünme ve yoğunlaşmada zorlanma gibi bulgularla kendisini gösteren depresif bozukluk, kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki misli fazla görülür (31).

Gebelikte major depresyon ve psikoz gibi ciddi psikiyatrik bozuklukların insidanslarının azaldığı ya da değişmediği bulunmuştur (32). Ancak hafif düzeyde depresyon, anksiyete gibi semptomların insidansının gebelikte arttığı bildirilmiştir (33). Bu çalışmaların ışığında:

1-Anksiyete artışı tipiktir, anksiyetenin özelliği kadının kendisinden çok fetusa odaklı olmasıdır.

2-Kendi içine dönme ve kendi kendisiyle uğraş artar.

3-Artan bağımlılık gereksinimi meydana gelebilir. İlkel savunmalar ve birincil süreç derecesine doğru değişim bildirilmiştir.

Gebelik anksiyete bozukluğu, depresyonda olduğu gibi panik bozukluk için de koruyucu değildir. Panik bozukluk gelişmesine neden olup olmadığı hakkındaki çalışmalar çelişkilidir. Hafif semptomları iyileştirse; gebelik ağır durumlarda hastalığın alevlenmesine neden olur (34).

2.3. TANIMLAR

Doğum: Ağırlığı 500 gr'ın üzerinde olan ya da baş-topuk mesafesi 25 mm ve üzerinde olan fetüslerin doğumudur (35).

Abortus: Dünya sağlık örgütü 20. gebelik haftasından önce sonlanan gebeliklere abortus, 20. gebelik haftasından sonra sonlanan gebeliklere de doğum tanımlamasını getirmiştir (35).

Gravide: Gebelik sayısını ifade etmektedir. Gravida abortus, mol, ektopik gebelik dahil olmak üzere tüm gebelikleri tanımlar (36).

Parite: Doğum sayısını ifade etmek amacı ile kullanılan terimdir (36).

Nulligravida: Hiç gebe kalmamış ve halen gebe olmayan kadını ifade etmek amacı ile kullanılan terimdir (36).

Primigravida: İlk kez gebe kalan kadını ifade etmek amacı ile kullanılan terimdir (36).

Multigravida: Daha önce hamile kalmış ve şu anda da hamile olan kadını ifade etmek amacı ile kullanılan terimdir (36).

Nullipara: Gebeliğini hiçbir zaman abortusun ötesine götürememiş yani 20. Gebelik haftasından büyük ya da 500 gramın üzerinde hiç doğum yapmamış kadını ifade etmek amacı ile kullanılan terimdir (36).

Primipara: Viabilite dönemine ulaşmış fetus veya fetusları bir kez doğurmuş olan kadını ifade etmek amacı ile kullanılan terimdir (36).

Multipara: İki ya da daha fazla gebeliğini viabilite dönemine ulaştırmış olan kadını ifade etmek amacı ile kullanılan terimdir (36).

Pariteyi belirleyen doğurtulmuş olan fetusların sayısı değil viabiliteye ulaşan gebeliklerin sayısıdır (36).

2.4. SEZARYEN

2.4.1. Tanım

Sezaryen doğum; fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır (37). Ancak aşağı uterus segmentinin ve serviksin ön dudağının insizyonu ile fetusun transvajinal olarak vajinal sezaryen operasyonu ile doğmasını bu tanım içermez. Bir de fetusun sekonder implantasyon sonucu veya uterus rüptürü nedeniyle abdominal boşluktan abdominal insizyon yoluyla alınmasını tanımlamaz (37).

2.4.2. Tarihçe

Operasyonun ismini nereden aldığı ile ilgili üç ayrı görüş vardır.

a- Julius Caesar'ın bu şekilde doğmuş olduğuna dair görüşler bulunmaktadır ancak tarihi veriler bunları doğrulamamaktadır.

b- Orta Çağda Latince bir fiil olan caedere'nin kesmek anlamına geldiği ve sezaryenin bu kökten türediği düşünülmektedir.

c- Roma yasalarına göre gebeliğinin son birkaç haftasında ölen kadınların bebeğini kurtarma ümidiyle uygulanan işlemin önce “lex regia” daha sonra “lex caesarea” olarak adlandırıldığı şeklindedir (37).

Sezaryende dönüm noktası 1882'de 28 yaşında bir asistan olan Max Sanger'in Leipzig'de üniversite kliniğinde uterus duvarının dikilmesini ortaya atmasıyla yaşanmıştır. Daha öncesinde hasta kanama ya da sepsisten ölmekteyken sütür konulmasının mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir (37). 1926'da Kerr (38) yukarı doğru uzanan hilal şeklinde uterus insizyonunu önermiştir ve günümüzde Kerr tekniği en çok uygulanan sezaryen tipidir. Antibiyotik tedavisinin ve modern kan transfüzyonu tekniklerinin gelişmesi ile sezaryen bugün en güvenilir ve en sık uygulanan major operatif işlemlerden biri haline gelmiştir (37).

2.4.3. Sezaryen Sıklığı

1970-1990 yılları arasında sezaryen sıklığı % 5 lerden % 20-25 düzeylerine çıkmış, 1997'lere kadar inişe geçmişse de bu tarihten itibaren sıklığı tekrar artmıştır. Her ne kadar bu oranlar ülkeden ülkeye farklılık gösterse de sezaryen operasyon sıklığı genel olarak bütün dünyada önemli artış göstermiştir (37). Ülkemizde 2008 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması verilerine göre son beş yılda meydana gelen tüm doğumların % 37'si sezaryen ile yapılmıştır (4,5). Sezaryen ile doğum hızı, TNSA-2003'e göre büyük ölçüde (% 21) yükselmiştir. Verilerde dikkati çeken önemli bir bulgu ilk doğumda sezaryen oranının 1998'e göre % 100'den daha yüksek oranda artmış olmasıdır. İlk doğumların % 45'i sezaryen ile yapılmıştır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması verilerine göre kentlerde yaşayan kadınlar (% 42) arasında kırsal bölgelere (% 24) göre sezaryen daha yaygındır. Sezaryen ile yapılan doğumlar, Doğu bölgesi (% 16) hariç tüm bölgelerde % 40 ve üzerindedir. Sezaryen ile doğum hızı, eğitim ve refah düzeyi ile birlikte artmaktadır (4,5,6).

Bu artışın sebepleri arasında:

- 1- Paritede azalma söz konusudur ve gebe kadınların neredeyse yarısı nullipardır. Dolayısıyla nullipar kadınlarda daha sık görülen şartlara bağlı olarak sezaryen doğum sayısında artış beklenebilir (37).
- 2- Günümüzde kadınlar ileri yaşta çocuk sahibi olmaktadır. Son 20 yılda 30-39 yaş arası nullipar doğumlar iki katına çıkmış, 40-44 yaş arası ise % 50 artmıştır (37,39,40).
- 3- 1970'lerin başlarından itibaren elektronik fetal monitörizasyon yaygın olarak kullanılmaktadır. Fetal kalp trasesi ile ilgili kuşkular doğum eylemi durmasının bazı formlarını tarif eden endikasyonlarla operatif doğuma yönelmeye yol açmaktadır (37).
- 4- 1990 yılına yaklaşılırken tüm makat gelişlerin % 83'ü abdominal olarak doğurtulmuştur (35).
- 5- Sosyoekonomik durumu iyi olan kadınlar daha çok sezaryeni tercih etmektedir (41).

2.4.4. Sezaryen Endikasyonları

Sezaryen endikasyonları 5 sınıfta incelenebilir:

1-Anneyle ilgili endikasyonlar: Geçirilmiş sezaryen, sefalopelvik uyumsuzluk (CPD), dinamik distosi, yumuşak doğum yolu ile ilgili sebepler, annenin sistemik hastalıkları (37)

2-Bebekle ilgili endikasyonlar: Prezantasyon, situs habitus anormallikleri, fetal distress, miad aşımı, fetus anormallikleri, Rh uygunsuzluğu (37)

3-Fetus ekleriyle ilgili endikasyonlar: Plasenta previa, ablasyo plasenta, plasenta insersiyon anormallikleri, kordon prolapsusu ya da prezantasyonu (37)

4-Sosyal endikasyonlar: Annenin isteğine bağlı olarak ya da kıymetli bebek olması dolayısı ile sezaryen yapılabilir (37)

5-Diğer

2.4.5. Komplikasyonlar

- 1- Pelvik yapıların operatif yaralanması: Mesane, barsak ve üreter gibi
- 2- Fistül Formasyonu: Vezikouterin, ureterouterin, uteroabdominal
- 3- İnsizyonun Uzaması: Vajina, mesane, uterin damarları
- 4- İnfeksiyon: Üriner traktus, endoparametrit, yara yeri
- 6- Transfüzyon ihtiyacı: Kanama, anemi
- 7- Histerektomi
- 8- Hematom
- 9- Septik pelvik tromboflebit
- 10- Pulmoner emboli
- 11- Nekrotizan fasyitis
- 12- Evisserasyon

2.5. ANESTEZİ YÖNTEMLERİ

Sezaryen için anestezi seçimini, operasyonun endikasyonu, aciliyeti, hasta ve doğum uzmanının tercihleri ve anesteziyetin yeteneklerini içeren birçok faktör belirler (1,42). Cerrahi anesteziye hastanın rahatı, güvenliği, elverişli ameliyat koşulları göz önünde bulundurulurken, obstetrik anesteziye (her ne kadar hiçbir anestezi yöntemi sezaryen için ideal olmasa da) bunlara ek olarak anne ve annede oluşan her türlü değişikliklerden etkilenen fetus için de en güvenilir ve rahat, en az zararlı olduğuna inanılan bir yöntem seçilmelidir (15,43,44). Sezaryen ameliyatlarında genel ve rejyonel olmak üzere başlıca iki anestezi yöntemi uygulanabilir. Her iki tekniğin de avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır.

Anesteziyet, sezaryen ve vajinal doğumda optimal anesteziyi oluşturmak için, gebelik süresince annede oluşan fizyolojik değişiklikleri, anesteziyet ajanlarının fetus ve yenidoğanda direkt, indirekt etkilerini, değişik anesteziyet tekniklerinin risklerini ve yararlarını, özellikle obstetrik komplikasyonları iyi bilmek ve anlamak zorundadır. Bu gelişen fizyolojik değişiklikler obstetrik anesteziye özellik ve önem kazandırmaktadır (1,15,42). Hiçbir anesteziyet ajan ve teknik doğum hastaları için ideal değildir (45,46). Anesteziyetin seçimi hastanın isteğine, obstetrik gereksinimine ve anesteziyetin deneyimine bağlıdır (1,15,42).

2.5.1. Genel Anestezi

Günümüzde modern obstetrik anestezi uygulamalarında genel anestezi ancak rejyonel yöntemler için bir kontrendikasyon var ise, rejyonel girişim başarısız olduğunda veya çok acil durumlarda uygulanmaktadır (17). İndüksiyonun çok hızlı ve güvenilir olması, anne ve fetusun tehlike içinde olduğu umbilikal kord prolapsusu, plasenta previa kanaması veya uterusun akut inversiyonu gibi çok acil durumlarda üstünlük sağlar (42). Genel anestezi rejyonel anesteziyetin aksine daha az hipotansiyon riski, kardiovasküler stabilitenin daha iyi sağlanması, hava yolu ve ventilasyonunun daha iyi kontrolü nedeniyle de avantajlı sayılabilir (1,44,45). Sempatik blokajın neden olacağı, damar yatağındaki genişlemenin sakıncalı olduğu durumlarda da genel anestezi tercih edilmelidir (42). Obstetrik anestezi mortalitesinin başta gelen nedenlerinden biri mide içeriğinin aspirasyonudur (42).

Tüm hastalar induksiyondan 30-45 dakika önce aspirasyon pnömonisine karşı 30 ml 0.3 M sodyum sitrat profilaksisi almalıdır. Histamin 2 reseptör blokerleri (H₂), simetidin, ranitidin induksiyondan en az 1-2 saat önce oral ya da 45-60 dakika önce intravenöz veya intramüsküler yapılmalıdır; elektif sezaryen yapılacak yüksek riskli hastalarda da ayrıca operasyondan önceki gece ve operasyon sabahı 40 mg omeprazol yüksek oranda etkilidir. Antikolinergikler alt ösefagus sfinkter tonusunu azaltırlarsa da hava yolu güç olan hastalarda hava yolu sekresyonlarını azaltmak için küçük doz (0,1mg) glikopirolatla premedikasyon düşünülmelidir. Antiemetik olarak metoklopramid intravenöz verilebilir. Pozitif basınçlı ventilasyondan kaçınılmalı, krikoid bası (Sellick manevrası), hızlı endotrakeal entübasyon yapılmalı ve laringeal koruyucu refleksler tam olarak geldiğinde ve hasta tamamen uyandığında ekstübe edilmelidir (1,15,42).

Anesteziyle ilişkili maternal mortalitenin başta gelen nedenlerinden bir diğeri, zor ventilasyon başarısız ya da zor entübasyondur (1,15,42). Zor ventilasyon ve zor entübasyonun önceden tahmini başarısız entübasyon riskini azaltabilir. Boyun, mandibula, dişlerin ve orofarinksin muayenesi karşılaşılabilecek problemleri önceden saptamaya yardımcı olur. Hava yolu ödemi, dişlerin tam olması ve kısa boyunlu hastalarda büyük göğüslerin laringoskop sapının hareketini kısıtlaması nedeniyle gebelerde, gebe olmayan cerrahi hastalara göre zor entübasyon insidansı artabilir. Çeşitli laringoskop bledleri, kısa laringoskop sapı, en az bir ekstra stileli endotrakeal tüp (6 mm), Magill forsepsleri (nazal entübasyon için), laringeal maske airway (LMA), entübasyon LMA (Fastrach), fiberoptik bronkoskop, transtrakeal jet ventilasyon ve mümkünse ösofageal-trakeal kombi tüp hazır olmalıdır. Ayrıca anestezi induksiyonunu takiben entübasyon başarısız olursa ve fetal distres yoksa, annenin hayatı fetusün doğumundan öncelikli olduğundan, hasta uyandırılmalı ve uyanık entübasyon, rejyonel, lokal (infiltrasyon) anestezi denenmelidir. Fetal distres halinde eğer krikoid basıyla birlikte spontan veya pozitif ventilasyon (maske veya LMA ile) mümkünse, bebeğin doğumuna teşebbüs edilebilir. Böyle durumlarda anestezi için potent bir volatil ajan uygulanır. Fetus doğduktan sonra volatil ajanın konsantrasyonunu azaltmak için N₂O eklenebilir. Genellikle ventilasyonu en az deprese etmesi beklenen ajan olduğundan sevofluran seçilir. Hastanın ventile edilememesinde acil krikotirotonomi ve trakeostomi gerekebilir (1).

Hasta masaya alındıktan sonra, aortakaval basıya bağılı hipotansiyonu önlemek için ya ameliyat masası 15 derece sola deviye edilir ya da gebenin sağ kalçasının altına küçük bir yastık yerleştirilir. Genel anesteziye başlamadan önce geniş bir venöz yol ile dekstroz içermeyen dengeli tuz solüsyonu (ringer laktat/serum fizyolojik) başlanır; elektrokardiyogram (EKG), kan basıncı, puls oksimetri, BİS, kapnograf monitorizasyonu yapılır. İndüksiyondan önce yüze uygun iyi bir maskeyle en az 3 dakika % 100 oksijen uygulanır ya da gebenin % 100 oksijen ile 4 kez maksimum derin soluk alması istenir (16). Fetusun anesteziye maruz kalmasını ve geçici hipotoniyi minimale indirmek için, genel anestezi indüksiyonu ile çıkım arasındaki zaman, 10 dakika veya daha az olmalıdır (17). Doğum indüksiyondan sonra 10 dk içinde olursa İV ajanların dozu kısıtlanmakta ve fetal depresyon klinik olarak önemsiz olmaktadır (1,17,42). Bu süre 10 dk.yı geçerse fetal dokularda N₂O doyar, yenidoğanda hafif bir depresyon ve yeterli oksijenasyon yapılmazsa diffüzyon hipoksisi gelişebilir (42). Hızlı anestezi indüksiyonu için tiyopental 4-5 mg/kg, kas gevşetici olarak süksinilkolin 1,0-1,5 mg/kg kullanılır. Süksinil kolin kontrendike ise 0,6 mg/kg roküronyum alternatif olabilir. Hipotansif hastalarda tiyopental yerine ketamin 1,0-1,5 mg/kg tercih edilmelidir. Endotrakeal tüp yerleştirilinceye kadar krikoid bası uygulanmalı (Sellick manevrası) ve iç çapı 6,0-7,0 mm olan kaflı tüp ile entübasyon yapıp kaf şişirildikten sonra trakeada olduğu doğrulanmalıdır (15,16). Bebek doğana kadar anestezi % 50 oksijen ve % 50 nitröz oksit içinde 0,5 MAK volatil anestezik ile sürdürülür. Kordon klempe edilince uterus toparlanıncaya kadar N₂O+O₂ ve İV anestezikler, opioidler ve kas gevşeticiler ile devam edilir. Volatil anesteziklerin düşük konsantrasyonda neonatal depresyona neden olmadığı, kan kaybını artırmadığı bildirilmektedir. Anneye bilinç kaybı yapacak kadar inhalasyon anesteziği verilmesi, annenin uyanık veya olayların farkında olmasının doğurduğu stresten daha zararlı değildir. % 50 O₂+% 50 N₂O ile birlikte, isofluran % 0,75, sevofluran % 1 veya desfluran % 3 konsantrasyonda uygulanması idame için kullanılabilir. Bu dozlar bilinci kaldırmaya yetecektir (1,15,42).

Bebeğin doğumundan sonra uterusun kontrakte olmasını sağlamak için, hızla gitmekte olan sıvılara oksitosin eklenmelidir. Cerrahi girişimin sonuna doğru mide içeriği orogastrik bir tüple aspire edilip, rezidüel nöromuskuler blok ekstübasyondan

önce antagonize edilir. Uyanık ekstübasyon kriterleri sağlandığında anne ekstübe edilir (16,17).

2.5.2. Rejyonel Anestezi

Spinal, kaudal ve epidural bloklar ilk kez son yüzyılın başlarında cerrahi girişimler için kullanılmıştır. Bu santral bloklar kalıcı nörolojik hasarla ilgili giderek artan sayıda bildirimlerden önce, 1940'lara kadar yaygın olarak kullanılmakta idi. Ancak 1950'lerde yapılan kapsamlı bir epidemiyolojik çalışma; bu blokların asepsiye dikkat edilerek deneyimli kişilerce yapıldığında ve yeni, daha güvenilir lokal anestezikler kullanıldığında, komplikasyonların nadir olduğunu göstermiştir. Santral nöral blokların kullanımı tekrar başlamıştır ve günümüzde klinik uygulamada yaygın olarak kullanılmaktadır (47).

Spinal, kaudal ve epidural anestezi aynı zamanda nöroaksiyel anestezi olarak da bilinir. Bu blokların hepsi tek seferlik enjeksiyon şeklinde veya bir kateterle aralıklı bolus veya devamlı infüzyon şeklinde uygulanabilir. Nöroaksiyel anestezi aneztezistin yaklaşım seçeneklerini genişletir ve uygun durumlarda genel anesteziye alternatifler sağlar. Genel anestezi ile eş zamanlı olarak veya sonrasında postoperatif analjezi, akut ve kronik ağrı tedavisinde de kullanılabilir (47).

Nöroaksiyel tekniklerin uygun yaklaşımlarının son derece güvenilir olduğu gösterilmiştir; ancak yine de komplikasyon riski vardır. Yan etkiler ve komplikasyonlar sırtta sınırlı ağrıdan, sakat bırakan kalıcı nörolojik hasara ve hatta ölüme kadar uzanabilmektedir (47).

Obstetrik anestezi uygulama kılavuzuna göre elektif sezaryenlerde rejyonel anestezi tekniklerinden spinal, epidural, kombine spinal-epidural blok yöntemlerinin her üçünün de efektif olarak kullanılabilmesi belirtilmektedir (16). Rejyonel, diğer bir deyişle, bölgesel anestezi bilinç kaybına yol açmadan vücudun belli bölgesindeki sinir iletiminin ve ağrı duyusunun ortadan kaldırılması olarak tanımlanabilir. Rejyonel anestezinin annenin doğum sırasında uyanık olması, havayolu manipülasyonu gerektirmemesi, havayolu reflekslerinin korunuyor olması, düşük maternal pulmoner aspirasyon riski, kan kaybının az olması, ilaca bağlı fetal depresyon olasılığının az

olması ve analjezinin ameliyat sonrası döneme taşınması gibi avantajları vardır (16,42,47,48,49). Ancak yetersiz blok, yüksek ve total spinal blok, lokal anestezi toksitesisi ve nadiren kalıcı nörolojik sekel, baş ağrısı, sırt ağrısı, hipotansiyon gibi potansiyel yan etkileri bulunmaktadır (48). Şiddetli koagulopati, sepsis, uygulama yerinde enfeksiyon, hastanın reddetmesi gibi durumlar rejyonel anestezi için kesin kontrendikasyondur. Hipovolemi, aktif kanama, şiddetli fetal distres ise rölatif kontrendikasyonlardır. Rejyonel yöntemler arasında en sık kullanılanlar spinal, epidural ve kombine spinal-epidural yöntemlerdir (50). Rejyonel yöntemlerle vajinal doğumda torakal 10. mesafe (T₁₀) seviyesinde duyu blok yeterli iken, sezaryen operasyonlarında Torakal 4. mesafe (T₄) seviyesinde duyu blok gerekmektedir (45,46,47,50).

2.5.3. Etki Mekanizması

Nöroaksiyel blokajın esas etki yeri sinir köküdür. Lokal anestezi BOS içine veya epidural aralığa enjekte edilir. Spinal anestezide subaraknoid aralıktaki sinir kökleri tutulur. Spinal anestezi için lokal anestezinin direk BOS'a enjeksiyonu göreceli olarak düşük doz ve hacimde lokal anesteziyle yoğun motor ve duyu blok oluşmasına neden olur. Posterior sinir köklerinin liflerinde nöral iletimin bloke edilmesi somatik ve visseral duyu engellerken, anterior sinir kök liflerinin blokajı efferent motor ve otonomik akışı engeller (47).

Nöroaksiyel bloklar, ağrılı uyarıların iletiminin engellenmesi ve iskelet kas tonusunun ortadan kaldırılması ile ideal operasyon koşulları sağlarlar. Duyu blok hem somatik hem visseral ağrılı uyarıları bloke ederken, motor blok iskelet kasında gevşeme sağlar. Lokal anesteziğin sinir liflerindeki etkileri sinir lifinin boyutu, myelinli olup olmaması, sağlanan konsantrasyon ve temas süresi ile ilgilidir. Spinal sinir köklerinde değişen miktarda bu sinir liflerinden vardır. İnce ve myelinli lifler genellikle kalın ve myelinsiz liflerden daha kolay bloke olurlar. Bu ve enjeksiyon seviyesinden uzaklaştıkça lokal anestezi konsantrasyonunun azaldığı gerçeği, diferansiyel blokaj fenomenini izah etmektedir. Diferansiyel blok tipik olarak duyu bloktan (ağrı, hafif dokunma) iki segment yukarıda sempatik blok oluşturur

(ısı duyarlılığı ile değerlendirilir), duyuşal blok ise motor bloktan iki segment daha yukarıdadır (47).

Sempatik sinir sistemi bloğunun bazen somatik duyuşal bloğu yaklaşık altı dermatom aşabilir. Bu da spinal anestezinin düşük duyuşal seviyeye rağmen neden sistemik hipotansiyonla beraber olduğunu açıklar (47,51).

Spinal sinir köklerinde efferent otonomik iletinin kesilmesi sempatik ve bir miktar parasempatik blokaj oluşur. Spinal korddan sempatik çıkış torakolumbar, parasempatik çıkış kraniosakraldır. Sempatik preganglionik sinir lifleri T₁'den L₂ seviyesine kadar olan spinal sinirlerle birlikte spinal kordu terkeder ve sempatik gangliondaki postganglionik bir hücre ile sinaps yapmadan önce sempatik zincir boyunca yukarı ve aşağı pek çok seviyede seyrederek. Buna karşılık, parasempatik preganglionik lifler spinal kordu kranial ve sakral liflerle birlikte terkeder. Nörsaksiyel anestezi vagal siniri bloke etmez. Bu nedenle nörsaksiyel blokaj fizyolojik yanıtları azalmış sempatik tonus ve/veya karşılıksız parasempatik tonusdan kaynaklanır (51).

2.5.4. Spinal Anestezi

Spinal Anestezi Endikasyonları (47, 51, 52, 53) :

- 1) Abdominal cerrahiler
- 2) Perine bölgesi cerrahi girişimleri
- 3) Alt ekstremitte cerrahileri
- 4) Lumbal spinal cerrahi

Spinal Anestezi Kontrendikasyonları (47, 51, 52, 53) :

-Kesin Kontrendikasyonları

- 1) Hastanın işlemini reddetmesi
- 2) Enjeksiyon bölgesinde enfeksiyon
- 3) Koagulopati ve diğer kanama diatezi
- 4) Ciddi hipovolemi

- 5) Kafaichi basincında artiş
- 6) Ciddi aort darlığı
- 7) Ciddi mitral darlık

-Göreceli kontrendikasyonları:

- 1) Sepsis
- 2) Stenotik kalp hastalığı
- 3) Kooperasyon kurulamayan hasta
- 4) Ciddi spinal deformite
- 5) Spinal kord progressif hastalıkları

-Tartışmalı kontrendikasyonları:

- 1) Enjeksiyon yapılacak bölgede eski cerrahi uygulanmış olması
- 2) Komplikasyonlu cerrahi işlem
- 3) Uzun cerrahi süre, major kan kaybı, solunumu bozan manevralar

Avantajları (47, 51, 52, 53) :

1. Anestezinin hızlı başlaması
2. Basitliği
3. Güvenilirliği (Başarısızlık oranı %2.8 civarında)
4. Depresan medikasyona fetusun minimal maruz kalması
5. Epidural anesteziye göre daha yoğun ve daha güvenilir sakral sinir bloğu
6. Epidural anesteziye göre daha büyük motor blok
7. Epidural anesteziden daha az ürperti
8. Hasta uyanık, aspirasyon tehlikesi minimal
9. Annenin doğuma iştirakine izin verir
10. Cerrahiye stress cevabı azaltır.

Dezavantajları (47, 51, 52, 53) :

1. Genel ve epidural anesteziye göre daha fazla hipotansiyon riski
2. İntrapartum bulantı-kusma

3. Postdural delinmeye bağlı başağrısı olasılığı
4. Sınırlı etki süresi (kontinu spinal veya epidural teknikler kullanılmadıysa)

Komplikasyonlar (47, 51, 52, 53) :

- 1) İdrar retansiyonu
- 2) Yüksek blok
- 3) Total spinal anestezi
- 4) Kardiyak arrest
- 5) Anterior spinal arter sendromu
- 6) Horner sendromu
- 7) Travma
 - a. Sırt ağrısı
 - b. Dural ponksiyon kaçağı
 - i. Postdural ponksiyon baş ağrısı
 - ii. Diplopi
 - iii. Tinnitus
- 8) Nöral hasar
 - a. Sinir kökü hasarı
 - b. Spinal kord hasarı
 - c. Kauda ekuina sendromu
- 9) Kanama
- 10) İnflamasyon
 - a. Araknoidit
- 11) Enfeksiyon
 - a. Menenjit
- 12) Sistemik lokal anestezik toksisitesi

2.5.5. Epidural Anestezi

Epidural anestezi endikasyonları (47, 51, 52, 53) :

- 1) Cerrahi endikasyonlar:
 - a. Alt karın, pelvis ve perine ameliyatları, alt ekstremite ameliyatları

- b. Genel ve spinal anestezinin kontrendike olduğu durumlar
 - c. Yüzeysel genel anestezi ile kombine abdominal ve torasik girişimler
- 2) Obstetrik endikasyonlar:
- a. Ağrısız vaginal doğum
 - b. Sezeryan için anestezi
 - c. Preeklampsi ve eklampside tansiyonu düşürmek ve ağrıyı gidermek
- 3) Terapötik endikasyonlar:
- a. Postoperatif analjezi
 - b. Kronik ağrının tedavisi
 - c. Periferik damar hastalıkları
- 4) Akut pankreatit, dissekan aort anevrizması ve mezenter arter trombozunda visseral ağrının giderilmesi

Avantajları (47, 51, 52, 53) :

- 1) Spinal anesteziye oranla daha az maternal hipotansiyon insidansı
 - a. Lokal anestezikler yavaşca titre olabilir
 - b. Kalp hastalığı veya preeklampsi olan yüksek riskli olgularda hemodinamik stabilite kullanışlıdır.
- 2) Dural delinmeyi ekarte eder
- 3) Kateter tekniği zamanı belli olmayan cerrahi için uygundur ve tekrarlayan sezaryenlerde kullanışlıdır
- 4) Epidural opioid, lokal anestezik veya kombinasyonu ile postoperatif ağrı giderimi
- 5) Genel anesteziye göre intraoperatif kan kaybı % 50 azdır
- 6) Doğuma anne iştirakine izin verir
- 7) Cerrahiye stress yanıtı azaltır.

Dezavantajları (47, 51, 52, 53) :

- 1) Spinal anesteziye göre yavaş başlangıç
- 2) Uygunsuz doz veya yanlış tekniğe bağlı daha fazla başarısızlık oranı

- 3) Daha büyük miktarda lokal anestezi ve/veya opioid gereksinimi
 - a. Subaraknoid enjeksiyon ile total spinal blok potansiyeli
 - b. Masif epidural veya subdural enjeksiyon potansiyeli
 - c. İnvasküler enjeksiyon potansiyeli
 - d. Neonatalin ilaca maruz kalması daha fazla

Kontrendikasyonlar (47, 51, 52, 53) :

- 1) Hasta istememesi
- 2) Epidural anestezi performansında veya komplikasyonlarını tedavi etmede hekim maharetten yoksunsa
- 3) Girişim yerinde lokalize sellulit veya dermatit varsa, veya akut jeneralize enfeksiyon
- 4) Akut organik santral sinir sistemi hastalığı (enfeksiyöz veya non enfeksiyöz)
- 5) Ciddi kan kaybı ve/veya şoka bağlı hipotansiyon ve hemodinamik instabilite
- 6) Pıhtılaşma mekanizmasında bozukluk

Epidural anestezinin komplikasyonları (47, 51, 52, 53) :

- 1) Hipotansiyon
- 2) Bradikardi
- 3) Dura yaralanması
- 4) Yüksek epidural anestezi
- 5) Bel ağrısı
- 6) Dural ponksiyona bağlı baş ağrısı
- 7) Total spinal anestezi
- 8) Epidural hematoma
- 9) Epidural vena ponksiyon
- 10) Epidural abse
- 11) Menenjit
- 12) Radiküler lezyonlar

13) Kateter uygulanan epidural anestezide katetere bağlı olarak gelişen sorunlar (Kateterin sıyrılması, vane girmesi, peridural aralıktan çıkması, kopması gibi).

14) Lokal anestezi toksisitesi

15) Araknoidit

16) Üriner retansiyon unilateral ve/veya inkomplet anestezi

2.5.6. Kombine Spinal Epidural Anestezi

Sezaryen seksiyoy için, epidural ve intratekal anestezinin bir arada kullanıldığı teknikler de uygulanabilir. Epidural iğnenin uygun şekilde yerleştirilmesinden sonra, içinden, daha küçük olan spinal iğne ilerletilir ve subaraknoid alana lokal anestezi enjekte edilir. Daha sonra ilerletilen ve epidural mesafeye bırakılan kateter, anestezi için ek doz ve etki uzaması sağlar, ayrıca postoperatif analjezi için kullanılabilir. Avantajları dezavantajları ile kontrendikasyonları ise spinal ve epidural uygulamalarla aynı şekildedir (47, 51, 52, 53) .

3. MATERYAL - METOD

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde Şubat 2010 - Şubat 2011 tarihleri arasında elektif sezaryen operasyonu için başvuran 750 gebeye tercih ettikleri anestezi şeklini ve tercihlerini etkileyen nedenleri araştırmak amacıyla hazırlanan anket uygulandı.

Uygulamayı kabul edip çalışmaya dahil edilen gebeler anket hakkında bilgilendirilip sözlü ve yazılı onayları alındı. Anket soruları anestezi doktoru tarafından sorulup gebelerden alınan cevaplar yine aynı doktor tarafından kaydedildi. Gebeler cevaplamak istemedikleri soru olduğu zaman o sorunun atlanacağı, cevap vermek istemedikleri soruda cevaplaması için zorlanmayacağı, istediği anda anketi sonlandırabileceği konusunda bilgilendirildi.

Anket bir gün önce ziyaret sırasında veya sezaryen olmak için bekleme odasında bekledikleri sırada yapıldı. Ankete 26 ile 40. gebelik haftası arasında olan gebeler dahil edildi. Acil alınan gebeler, iletişim problemi yaşanan gebeler, mental açıdan sorulara cevap veremeyecek durumda olan gebeler ve anketi cevaplamak istemeyen gebeler çalışma dışı bırakıldı. Anket formunda bulunan ve Ek 1’de verilen 20 soru anestezi doktoru tarafından sözel olarak soruldu.

Anket çalışmasında ilk dört soru gebelerin demografik özelliklerini saptamaya yönelik olarak hazırlandı. Sırasıyla yaş, obstetrik anamnez (gravide, parite, yaşayan bebek sayısı, abortus, küretaj sayısı), gebelik haftası ilk dört soruyu oluşturmaktaydı. Gebelerin yaşları riskli gebelik olarak kabul gören 20 yaş altı ve 35 yaş üstü sınırlarına göre gruplandırıldı (2,7). Önceki doğum şekli, var ise normal doğum sayısı, sezaryen ile doğum sayısı sorgulanıp hastaların önceki doğum deneyimlerinin anestezi tercihlerini etkileyip etkilemediği, etkiliyse hangi yönde etkilediği sorgulandı. Bir sonraki soruda önceki doğumda tercih ettiği anestezi şekli sorgulandı. Önceki deneyiminden memnun kalıp kalmamasının anestezi tercihinin nasıl etkilediği sorgulandı. Gebelerin çalışma durumu (çalışan, çalışmayan-ev hanımı), aylık toplam gelir düzeyi (500–1000 TL geliri olanlar, 1000–2000 TL geliri olanlar, 2000-4000 TL ve 4000 TL üzerinde geliri olanlar olarak gruplandırıldı), eğitim durumu (okula gitmemiş, ilköğretim, lise, üniversite) takip eden 3 soruyu

oluşturmakta idi. Gebelerin doğum öncesinde doğum ve anestezi yöntemleri ile ilgili bilgi alıp almadıkları sorgulandı. Öncesinde bilgi almış olan gebelerin bilgiyi kimden ya da nereden aldıkları sorgulandı. Anestezi tercihinde etkili olan nedenler, önceki anestezi deneyimleri, önceki anestezi deneyiminden memnun kalmış olmaları veya memnun kalmamış olmaları, bebek ile ilişkili nedenler (bebeği doğduktan hemen sonra görme isteği ve erken emzirme isteği), genel veya rejyonel anestezi seçimi ile ilişkili olarak gebenin anestezi yöntemine dair kaygılarının ve bunların nedenlerinin bulunduğu 13 şıklı bir soru ile yöneltildi. Gebelerin anestezi tercihinde kararlarını etkileyen ya da onların yerine karar veren birisinin olup olmadığı; var ise bu kişinin kim olduğu sorgulandı. Anketin son altı sorusu psikiyatri kliniğinin görüşleri ve önerileri dikkate alınarak hazırlandı. Son altı soruda gebelerin anksiyete bozukluğu, panik atak gibi altta yatan bir psikiyatrik bozukluklarının olup olmadığı sorgulandı. Gebelere dönem dönem ortalama 10 dakika kadar süren çarpıntı, nefes darlığı, titreme, terleme, tansiyon yüksekliği gibi belirtilerine huzursuzluk, kaygı, korku endişenin eşlik ettiği ataklarının olup olmadığı soruldu. Bu nedenle psikiyatri başvurusunun olup olmadığı ve daha önce anksiyete bozukluğu (panik bozukluk/yaygın anksiyete bozukluğu gibi) tanısı alıp almadığı soruldu. Anksiyete bozukluğu var ise ya da tanı almamış olsa da bu olumsuz yaşantılarının anestezi tercihinde rolü olup olmadığı soruldu. Son iki soruda ise daha önce istem dışı bedensel bütünlüğüne zarar veren bir yaşantısı (cinsel istismar/taciz/tecavüz) olup olmadığı cevap evet ise bu yaşantısının anestezi tercihinin etkileyip etkilemediği soruldu. Dolayısı ile özellikle anketin bu bölümünde hastanın yalnız olarak cevap verebilmesi sağlandı.

Soruların sorulması sırasında hiçbir şekilde yönlendirme yapılmadı. Gebelere, sistemik bir hastalık, üst solunum yolu enfeksiyonu, kanama profilinde bozukluk gibi tercih ettiği anestezi şeklinin uygulanmasına engel bir durum olmadığı sürece tercih ettikleri anestezi şeklinin uygulanacağı, ancak tıbbi bir engel var ise kendisi ve bebek için doğru olan anestezi yöntemi seçileceği açıkça belirtildi.

İstatistiksel analizde anestezi tercihlerinin değerlendirilmesi ve ilgili faktörlerin araştırılması amacıyla hazırlanmış anketin uygulanması sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 paket programı kullanıldı.

Normallik testleri uygulanmaksızın parametrik olmayan test yöntemleri seçildi. Kategorik değişkenlerin gruptaki dağılımlarının test edilmesinde ki-kare ya da Fisher'in "exact" testi kullanıldı. Sürekli değişkenler bakımından ise gruptaki farklılığın araştırılması amacıyla Mann-Whitney U ya da Kruskal Wallis varyans analizi testleri uygulandı. Sonuçların özetlenmesi amacıyla ise sürekli değişkenler için ortanca (Minimum - Maksimum) kullanılırken kategorik değişkenler frekans dağılımları ve yüzdeler ile ifade edildi. Yine çalışmanın sonuçlarının özetlenmesi amacıyla yüzdeler ve frekanslar kullanılarak grafikler oluşturuldu. Çalışmada istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0,05$ alındı.

4. BULGULAR

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ameliyathanesinde Şubat 2010 - Şubat 2011 tarihlerinde sezaryen amacıyla hazırlanan 750 gebeye anket çalışması yapıldı. Gebeler yaş gruplarına, gravide, parite, gebelik haftası, önceki doğum deneyimi, eğitim durumu, çalışıp çalışmadığı, gelir düzeyi, tercih ettiği anestezi yöntemi, tercih nedenlerine göre değerlendirildi.

1. Gebelerin Yaşa Göre Dağılımları

Belirtilen tarihler arasında anket çalışması yapılan 750 gebenin yaşları 3 gruba ayrıldı. En küçüğü 18 en büyüğü 44 yaşında olan gebelerin yaş grupları; 1. Grup 20 yaş altı, 2. grup 21-34 yaş arası, 3. grup 35-44 yaş olarak belirlendi. 20 yaş altı 25, 21-35 yaş arası 587, 35-44 yaş arası 138 gebe çalışmaya katıldı (Tablo 1).

Tablo 1 Gebelerin Yaşa Göre Dağılımları

Yaş Grubu	Sayı (n)	Oran (%)
<20	25	3,3
21-34	587	78,3
35-44	138	18,4
Toplam	750	100

2. Gebelerin Gravide ve Pariteye Göre Dağılımı

Anket çalışmasına katılan gebeler gravidalarına göre 0, 1, 2, 3, 4, 5 ve üzeri olarak gruplandırıldı. Gravide değeri en yüksek olan gebe 10 olarak tespit edildi. Paritelerine göre 0, 1, 2, 3, 4 ve üzeri olarak gruplandırıldı. Paritenin değeri en yüksek olan gebe 7 olarak tespit edildi (Tablo 2 ve 3).

Tablo 2. Gebelerin Gravidalarına Göre Dağılımı

Gravide	Sayı (n)	Oran (%)
0	4	0,5
1	267	35,6
2	296	39,5
3	104	13,9
4	52	6,9
5 ve üzeri	27	3,6
Toplam	750	100

Tablo 3. Gebelerin Paritelerine Göre Dağılımı

Parite	Sayı (n)	Oran (%)
0	344	45,9
1	313	41,7
2	75	10
3	15	2
4	2	0,3
7	1	0,1
Toplam	750	100

3. Gebelerin Önceki Doğum Şekline Göre Dağılımı

Gebelerin önceki doğum yöntemi sorgulandı. Doğum yapmamış, normal doğum deneyimi olan, sezaryen doğum deneyimi olan ve her iki doğum yöntemi uygulanan olarak 4 gruba ayrıldı. Doğum yapmamış olan 339, normal doğum deneyimi olan 84, sezaryen deneyimi 310, her iki doğum yöntemi deneyimi olan 17 gebe çalışmaya katıldı. Gebelerin % 45,2' sini doğum yapmamış grubun oluşturduğu tespit edildi (Tablo 4).

Tablo 4. Önceki Doğum Şekline Göre Dağılımları

Önceki Doğum Şekli	Sayı (n)	Oran (%)
Doğum Yapmamış	339	45,2
Normal Doğum	84	11,2
Sezaryen	310	41,3
Normal + Sezaryen	17	2,3
Toplam	750	100

4. Gebelerin Önceki Anestezi Deneyimine Göre Dağılımı

Gebelerin önceki anestezi deneyimi sorgulandı. Anestezi deneyimi olmayan, rejyonel anestezi deneyimi olan, genel anestezi deneyimi olan ve daha önce her iki anestezi yöntemi uygulanmış olarak 4 gruba ayrıldı. Çalışmaya katılan 750 gebenin 421' ini anestezi deneyimi olmayan gebe grubunun oluşturduğu tespit edildi. Bunu 198 gebe ile rejyonel anestezi deneyimi olan, 116 gebe ile genel anestezi deneyimi olan ve 15 gebe ile her iki anestezi yöntemini daha önce denemiş gebe grubunun takip ettiği tespit edildi (Tablo 5).

Tablo 5. Önceki Anestezi Deneyimine Göre Dağılımları

Önceki Anestezi Deneyimi	Sayı (n)	Oran (%)
Anestezi Deneyimi Yok	421	56,1
Rejyonel Anestezi	198	26,4
Genel Anestezi	116	15,5
Rejyonel + Genel Anestezi	15	2
Toplam	750	100

5. Gebelerin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Gebeler çalışma durumlarına göre gelir getiren herhangi bir işte çalışan veya çalışmayan (ev hanımı) olarak iki grupta incelendi. 750 gebenin 419'unu çalışmayan gebe grubu oluştururken 331'ini çalışan gebe grubu oluşturmaktaydı (Tablo 6).

Tablo 6. Gebelerin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Meslek	Sayı (n)	Oran (%)
Çalışan	331	44,1
Çalışmayan (ev hanımı)	419	55,9
Toplam	750	100

6. Gebelerin Aylık Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

Çalışmaya katılan gebelerin aylık gelir düzeyleri sorgulandı. Aylık gelir düzeyleri 500 - 1000 TL, 1000 - 2000 TL, 2000 - 4000 TL, >4000 TL olarak 4 gruba ayrıldı. Çalışmaya katılan 750 gebenin 257 ile büyük çoğunluğunu aylık gelir düzeyi 4000 TL ve üzeri olan gebe grubu oluştururken, 246'sını gelir düzeyi 1000 - 2000 TL olan gebe grubunun, 177'sini gelir düzeyi 500 - 1000 TL olan gebe grubunun, 70'ini ise 2000 - 4000 TL olan gebe grubunun oluşturduğu tespit edildi (Tablo 7).

Tablo 7. Gebelerin Aylık Gelir Düzeyine Göre Dağılımı

Aylık Gelir Düzeyi	Sayı (n)	Oran (%)
500 - 1000 TL	177	23,6
1000 - 2000 TL	246	32,8
2000 - 4000 TL	70	9,3
>4000 TL	257	34,3
Toplam	750	100

7. Gebelerin Eğitim Durumuna Göre Dağılımları

Gebeler eğitim durumlarına göre okula gitmemiş, ilköğretim, lise ve üniversite mezunu olarak 4 gruba ayrıldı. Çalışmaya katılan gebelerin 322'si üniversite mezunu, 216'sı lise mezunu, 209'u ilköğretim mezunu iken, 3 gebenin okula gitmemiş olduğu tespit edildi (Tablo 8).

Tablo 8. Gebelerin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı (n)	Oran (%)
Okula gitmemiş	3	0,4
İlköğretim	209	27,9
Lise	216	28,8
Üniversite	322	42,9
Toplam	750	100

8. Gebelerin Doğum ve Anestezi Yöntemleri ile ilgili Bilgilendirilme Durumlarına Göre Dağılımları

Gebelere doğum ve anestezi yöntemleri ile ilgili bilgi alıp almadıkları soruldu. Bilgi almış olanlara kim tarafından bilgilendirildikleri soruldu. 750 gebenin 438'i (% 58,4) daha önce doğum ve anestezi yöntemleri ile ilgili bilgilendirilmediklerini belirtirken, 312 gebe ise (% 41,6) bilgi aldıklarını belirtti. Bilgilendirilmiş olan gebelerin bilgiyi kimden aldıkları sorulduğunda % 46 ile en büyük yüzdesi anestezi doktoru tarafından bilgilendirildiğini belirtti. Anestezi doktorunu % 26,6 internet ve gazeteden edinilen bilginin takip ettiği tespit edildi (Tablo 9).

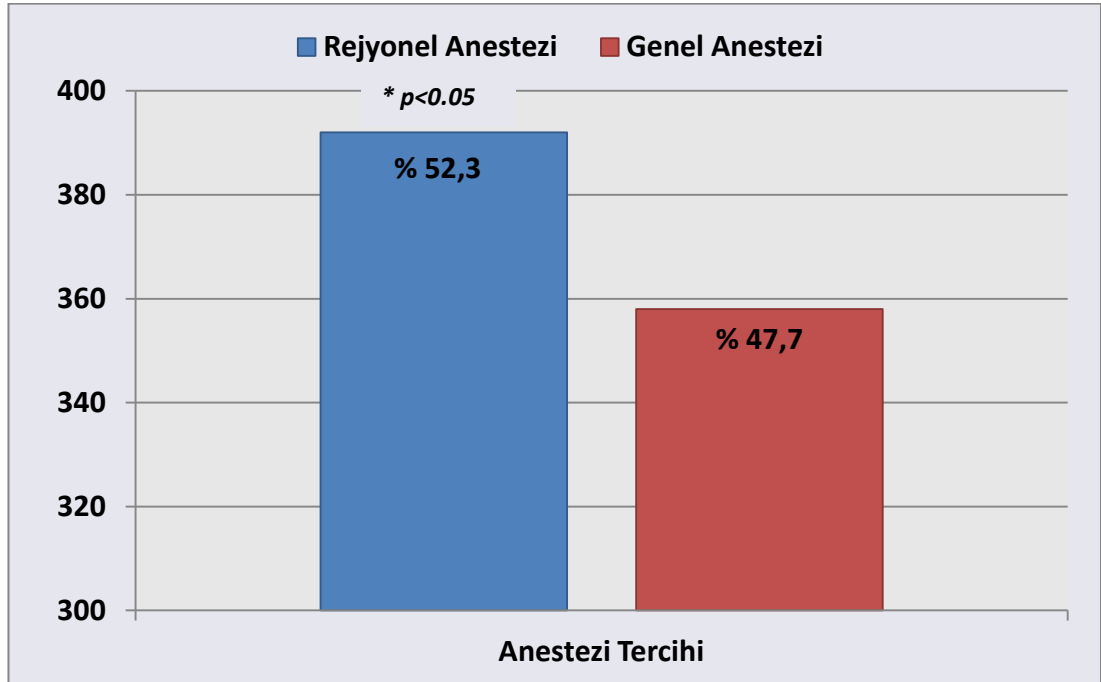
Tablo 9. Gebelerin Bilgilendirilme Durumu

Bilgilendirmenin Kaynağı	Sayı (n)	Oran (%)
Anestezi doktoru	154	46
İnternet-Gazete	89	26,6
Kadın Doğum Doktoru	55	16,4
Çevre	37	11
Toplam	335	100

9. Anestezi Tercihlerine Göre Dağılımları

Gebelere herhangi bir problem olmadığı takdirde ve istediği anestezi yöntemini tercih edebilme imkanı olduğunda hangi anestezi yöntemini tercih edeceği

soruldu. % 52,3'ü rejjyonel anestezi yöntemini tercih ederken % 47,7'si genel anestezi tercih etti. Gebelerin tercih ettikleri anestezi yönteminin uygulanmasında bir kontrendikasyon yok ise tercih ettikleri yöntem uygulandı. Rejjyonel anestezi tercih eden 392 gebeden 16'sına çeşitli nedenlerden dolayı rejjyonel anestezi uygulanamadı. 16 hastadan 11'ine Kadın Doğum doktorunun istememesi nedeniyle, 3'üne çok acil olması nedeniyle, 2'sine ise geçirilmiş stabilizasyon öyküsü nedeniyle genel anestezi uygulandı. Genel anestezi tercih eden 358 hastadan 23'üne ise çeşitli nedenlerden rejjyonel anestezi uygulandı. 23 hastadan 9'una aktif üst solunum yolu enfeksiyonu olması nedeniyle, 5'ine KCFT yüksekliği nedeniyle, 5'ine tersiyer gebelik olması nedeniyle Kadın Doğum doktorunun isteği ile, 4'üne tok olması nedeniyle genel anestezi istemesine rağmen rejjyonel anestezi yöntemi uygulandı (Grafik 1).

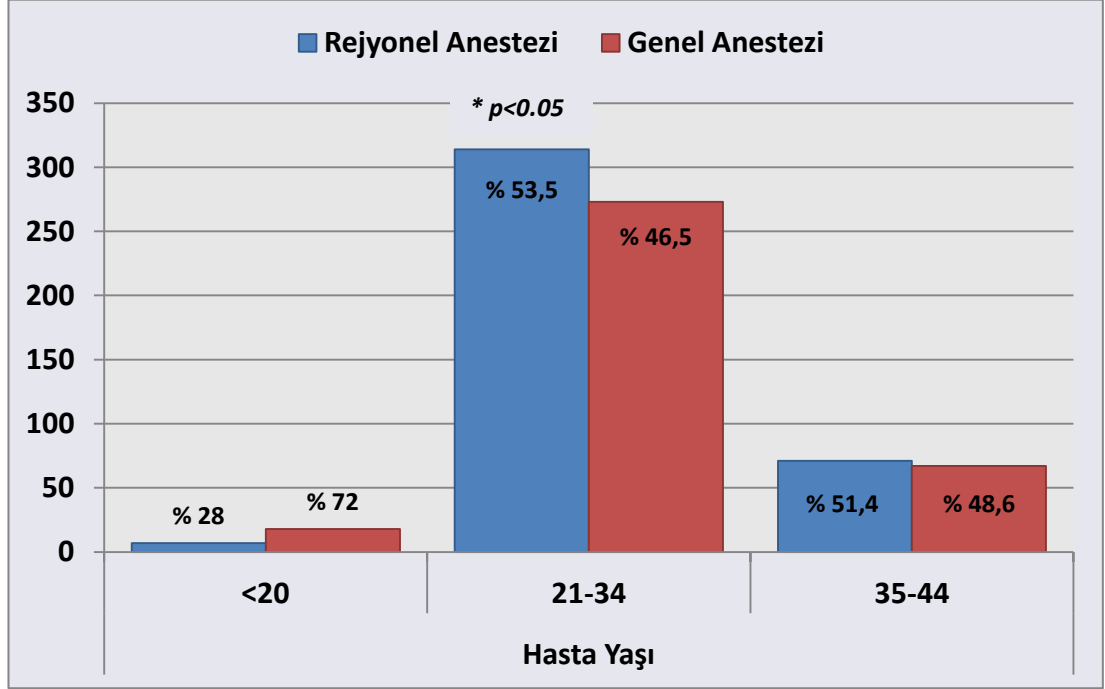


Grafik 1. Tercih Edilen Anestezi Yöntemi Yüzdeleri

1. Yaş Gruplarına Göre Anestezi Tercihleri

Yaş gruplarına göre 20 yaş altındaki gebelerin % 28'i, 21 - 34 yaş arası gebelerin % 53,5'i ve 35 yaş ve üzeri gebelerin % 51,4'ü rejjyonel anestezi ile doğumu tercih etti. 20 yaş altındaki 25 gebeden 18'i (% 72) genel anesteziyi tercih

etti. Yaş gruplarına göre anestezi tercih dağılımları arasındaki fark istatistiksel anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Grafik 2).



Grafik 2. Yaş Gruplarına Göre Anestezi Tercih Yüzdeleri

2. Gebelik Günü ve Gebelik Haftası ile Anestezi Tercihindeki İlişki

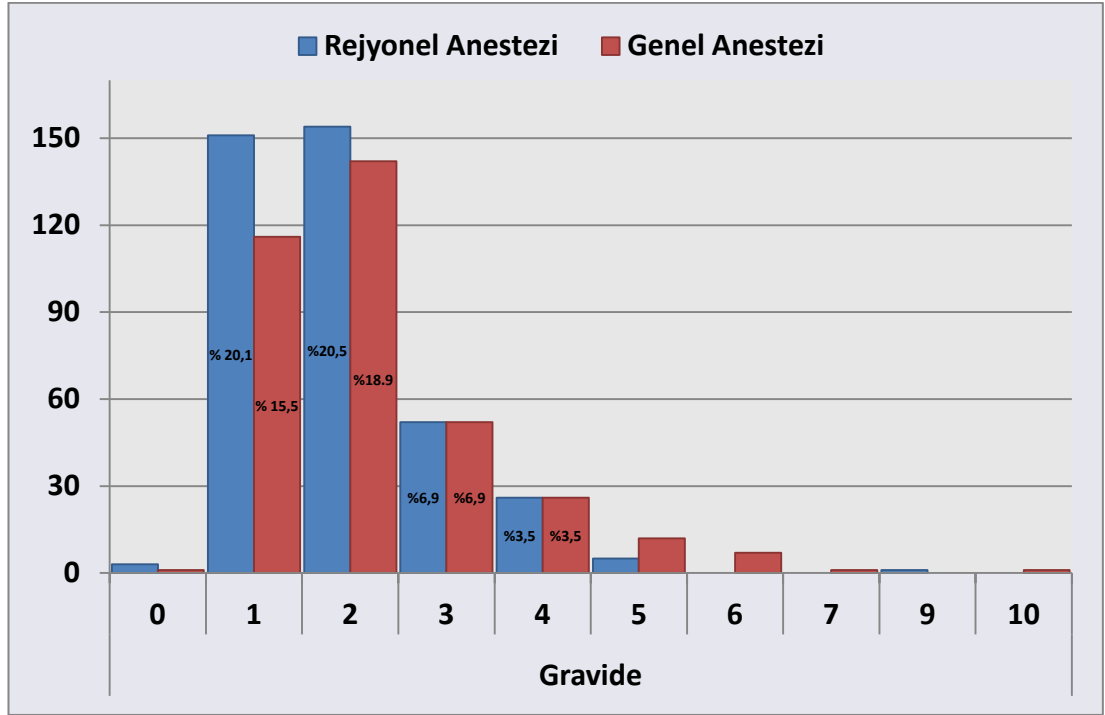
Gebelerin gebelik günü ve gebelik haftası karşılaştırıldığında anestezi tercih dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Gebelik Günü ve Gebelik Haftası ile Anestezi Tercihindeki İlişki. Veriler ortalama (min-maks) olarak verilmiştir.

Hasta	Rejyonel Anestezi	Genel Anestezi	P
Gebelik Günü	270 (189 - 288)	270 (178 - 288)	0,247
Gebelik Haftası	38 (27 - 41)	38 (25 - 41)	0,167

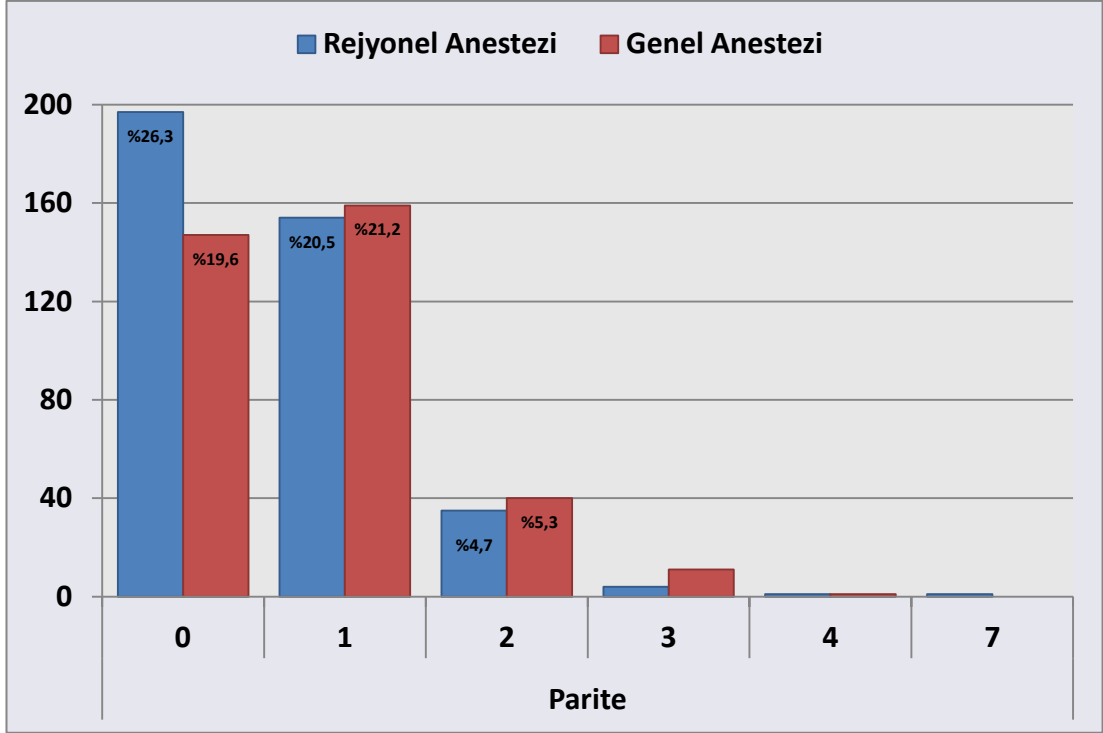
3. Gravide ve Parite ile Anestezi Tercihindeki İlişki

Gravide 0 hasta grubunda % 75, gravide 1 hasta grubunda % 56,6, gravide 2 hasta grubunda % 52, gravide 3 ve 4 hasta grubunda % 50, gravide 5 hasta grubunda ise % 29,4 oranında rejyonel anestezi yöntemi tercih edildi. Tüm gravide kategorileri değerlendirildiğinde anestezi tercih dağılımları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Grafik 3).



Grafik 3. Gravide ile Anestezi Tercih Yüzdeleri

Parite 0 hasta grubunda % 57,3 hasta, parite 1 hasta grubunda % 49,2, parite 2 hasta grubunda % 46,7, parite 3 hasta grubunda % 26,7 rejyonel anestezi tercih edildi. Parite gözönüne alındığında anestezi tercih dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,064$) (Grafik 4).



Grafik 4. Parite ile Anestezi Tercih Yüzdeleri

4. Önceki Doğum Şekli ve Anestezi Tercihindeki İlişki

Çalışmaya katılan gebeler önceki doğum şekline göre 4 gruba ayrıldı. Hastalar doğum yapmamış, normal vajinal doğum yapmış, sezaryen doğum yapmış ve hem normal doğum hem sezaryen doğum deneyimi olan olarak gruplandırıldı. Doğum yapmamış olan hastaların % 58,1'i rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken % 41,9'u genel anestezi yöntemini tercih ettiği tespit edildi. Normal vajinal doğum deneyimi olan hastaların % 45,2'si rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken % 54,8'i genel anestezi yöntemini tercih ettiği tespit edildi. Sezaryen deneyimi olan hastaların % 48,7'si rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken % 51,3'ü genel anestezi yöntemini tercih etti. Her iki doğum yöntemini de yapmış olan hastaların % 35,3'ü rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken % 64,7'si genel anestezi yöntemini tercih etti. Hasta grupları karşılaştırıldığında doğum yapmamış grupta rejyonel anestezi tercih oranı yüksek iken diğer gruplarda rejyonel ve genel anestezi yöntemi tercih yüzdeleri birbirlerine yakın olmak ile birlikte genel anestezi yüzdesi yüksek

tespit edildi. Tüm hasta grupları değerlendirildiğinde önceki doğum şekli ile anestezi tercih dağılımları arasında anlamlı fark bulundu ($P=0,02$) (Tablo 11).

Tablo 11. Önceki Doğum Şekli ile Anestezi Tercih Arasındaki İlişki. Veriler sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

Önceki Doğum Şekli	Rejyonel Anestezi	Genel Anestezi
Doğum Yapmamış	197 / % 26,3	142 / % 18,9*
Normal Doğum	38 / % 5,1	46 / % 6,1
Sezaryen	151 / % 20,1	159 / % 21,2
Sezaryen+Normal Doğum	6 / % 0,8	11 / % 1,5

* $p < 0.05$

5. Önceki Anestezi Şekli ile Anestezi Tercih Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılan gebeler önceki anestezi şekline göre 4 gruba ayrıldı. Anestezi deneyimi olmayan, rejyonel anestezi deneyimi olan, genel anestezi deneyimi olan ve hem rejyonel anestezi hemde genel anestezi deneyimi olan olarak gruplandırıldı. Anestezi deneyimi olmayan hastaların % 55,6'sı rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken % 44,4'ü genel anestezi yöntemini tercih etti. Rejyonel anestezi deneyimi olan hastaların % 36,9'u rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken % 63,1'i genel anestezi yöntemini tercih etti. Genel anestezi deneyimi olan hastaların % 68,1'i rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken % 31,9'u genel anestezi yöntemini tercih etti. Her iki anestezi yöntemini de denemiş olan hastaların % 42,9'u rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken % 57,1'i genel anestezi yöntemini tercih etti. Tüm hasta grupları değerlendirildiğinde önceki anestezi şekli ile anestezi yöntemi tercih dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($P<0,01$) (Tablo 12).

Tablo 12. Önceki Anestezi Şekli ile Anestezi Tercihi Arasındaki İlişki. Veriler sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

Önceki Anestezi Şekli	Rejyonel Anestezi	Genel Anestezi
Anestezi Deneyimi Yok	234 / % 31,2	187 / % 24,9*
Rejyonel Anestezi	73 / % 9,7	125 / % 16,7
Genel Anestezi	79 / % 10,5	37 / % 4,9
RA+Gen Anestezi	6 / % 0,8	8 / % 1,1

* $p < 0.05$

6. Gebelerin Çalışma Durumu ile Anestezi Tercihi Arasındaki İlişki

750 gebenin 331'i (% 44,1) çalışan grupta yer alırken 419'u (% 55,9) çalışmayan grubu (ev hanımı) oluşturmaktadır. Çalışan gebelerin % 63,4'ü (toplam sayının % 28'i) rejyonel anestezi tercih ederken, çalışmayan gebelerin % 43,4'ü (toplam sayının % 24'ü) rejyonel anestezi tercih etti (Tablo 13). Hastaların çalışma durumu ile anestezi tercih dağılımları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,01$).

Tablo 13. Gebelerin Çalışma Durumu ile Anestezi Tercihi Arasındaki İlişki. Veriler sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

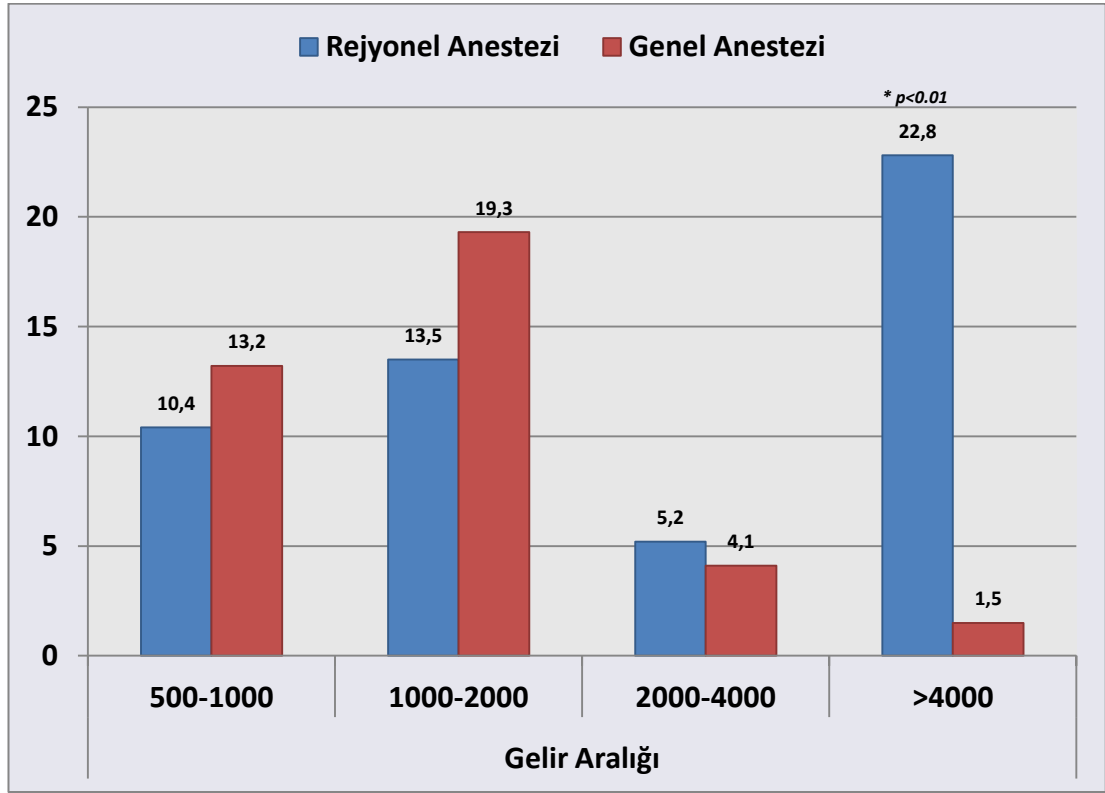
Çalışma Durumu	Rejyonel Anestezi	Genel anestezi
Çalışan	210 / % 28,0	121 / % 16,1*
Çalışmayan (ev hanımı)	182 / % 24,3	237 / % 31,6

* $p < 0.01$

7. Aylık Gelir Düzeyi ile Anestezi Tercihi Arasındaki İlişki

Hastalar aylık gelir düzeylerine göre 4 gruba ayrıldı. 750 gebenin 177'si (% 23,6) 500-1000 TL gelir grubunda yer alırken, 246'sı (% 32,8) 1000-2000 TL gelir grunda, 70'i (% 9,3) 2000-4000 TL gelir grubunda ve 257'si (% 34,3) 4000 TL üzeri gelir grubunda yer aldı. Hastaların gelir düzeyi arttıkça rejyonel anestezi tercih oranının da arttığı tespit edildi. Rejyonel anestezi tercih oranı en yüksek olan grup gelir düzeyi en yüksek olan grup olarak bulundu. Hastaların aylık gelir düzeyi ile

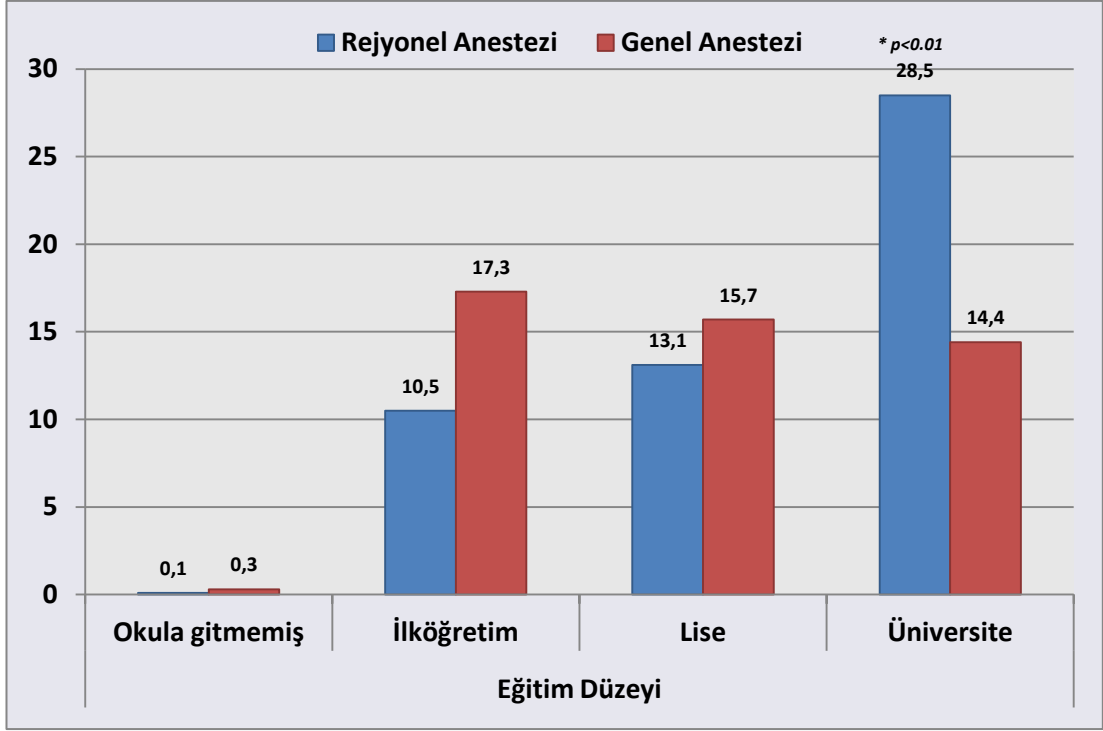
anestezi tercihi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,01$) (Grafik 5).



Grafik 5. Aylık Gelir Düzeyi ile Anestezi Tercih Yüzdeleri

8. Eğitim Düzeyi ile Anestezi Tercihi Arasındaki İlişki

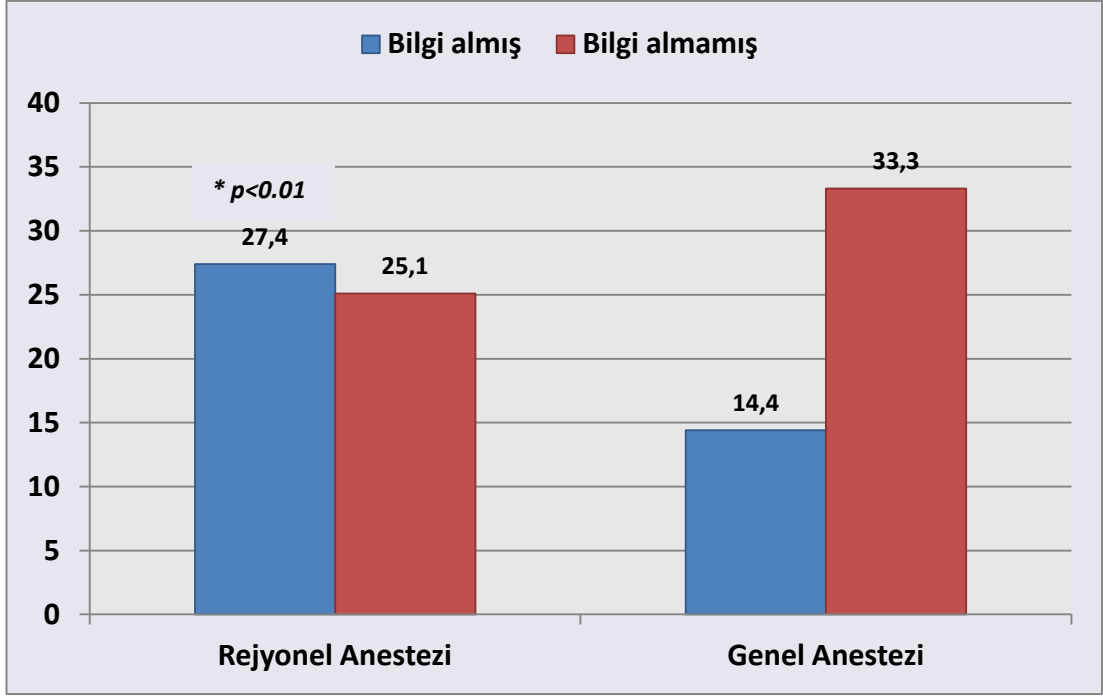
Gebelerin eğitim düzeyi dört grup olarak sınıflandırıldı. Okula gitmemiş, ilköğretim mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu olarak gruplandırıldı. Eğitim düzeyi arttıkça rejyonel anestezi tercihinin arttığı tespit edildi. Üniversite mezunu 322 kişiden % 66,5'i rejyonel anestezi yöntemini tercih etti. Toplam değerlere bakıldığında gebelerin % 52,3'ü rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken % 47,7'si genel anestezi yöntemini tercih ettiği tespit edildi. Bu oranın rejyonel anestezi açısından % 28,5'ini üniversite mezunu gebelerin oluşturduğu tespit edildi. Hastaların eğitim düzeyleri ile anestezi tercih dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p< 0,01$) (Grafik 6).



Grafik 6. Eğitim Düzeyi ile Anestezi Tercih Yüzdeleri

9. Gebelerin Bilgilendirilmeleri ile Anestezi Tercihindeki İlişki

Toplam 750 gebenin 438'i sezaryen gününe kadar doğum ve anestezi yöntemleri ile ilgili bilgi almadığını belirtti. Bu 438 gebenin 250'si genel anestezi yöntemini tercih etti. Rejyonel ve genel anestezi hakkında önceden bilgilendirilmiş olan 312 gebeden 108'i genel anestezi tercih ederken 204'ü rejyonel anestezi tercih etti. Bilgilendirilmiş olan gebe oranı toplam gebelerin % 41,6'sını oluştururken bu gebelerin % 65,4'ü rejyonel anestezi yapılmasını tercih etti. Gebelerin doğum ve anestezi yöntemleri hakkında bilgi alma durumu ile anestezi tercih dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,01$) (Grafik 7).



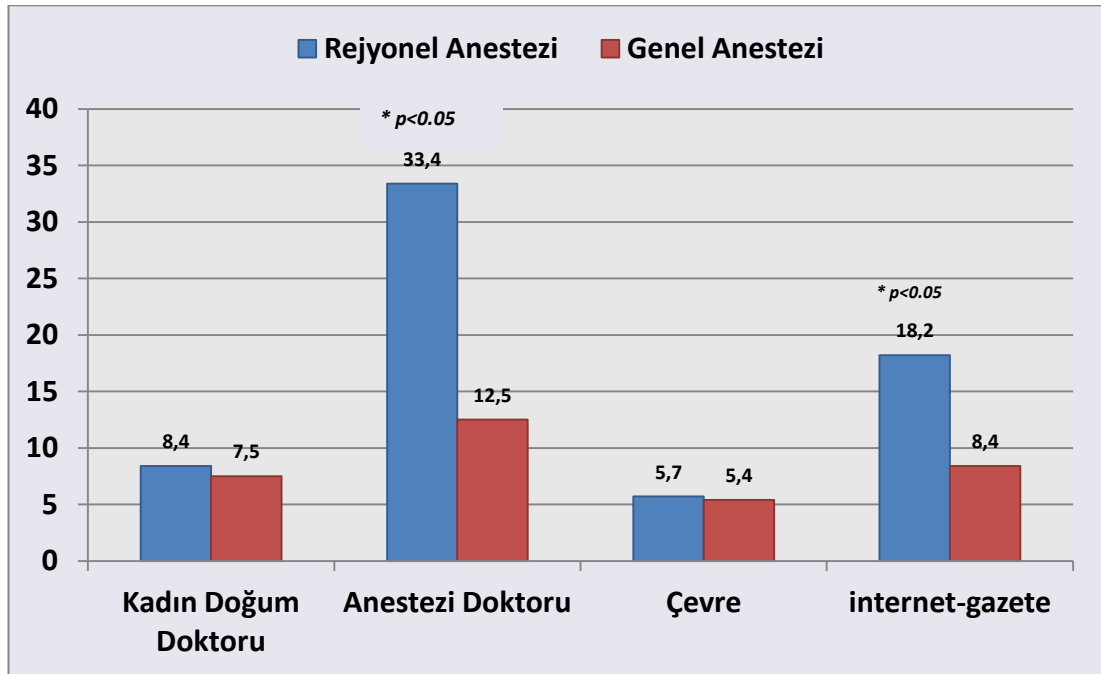
Grafik 7. Bilgilendirilme Durumları ile Anestezi Tercih Yüzdeleri. Sayılar % değer olarak verilmiştir.

10. Gebelerin Doğum ve Anestezi Yöntemi ile İlgili Bilgiyi Nereden Edindiği ile Anestezi Tercihindeki İlişki

Gebelerin doğum ve anestezi yöntemleri ile ilgili bilgi kaynakları anestezi doktoru, kadın doğum doktoru, internet-gazete ve çevre olarak dört başlıkta sınıflandırıldı. Çalışmaya katılan 750 gebeden 335'i bu gruplardan birinden bilgi edindiğini bildirdi. 335 gebenin 156'sı anestezi doktorundan, 53'ü kadın doğum doktorundan, 89'u internet-gazeteden ve 37'si çevresinden bilgi aldığını belirtti. Anestezi doktorundan bilgi edinen 156 gebenin 114'ü (% 73,3) rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken 42'si (% 27,3) genel anestezi yöntemini tercih etti. Kadın doğum doktorundan bilgi edinen 55 gebenin 28'i (% 52,8) rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken 25'i (% 47,2) genel anestezi yöntemini tercih etti. İnternet ve gazeteden bilgi edinen 89 gebenin 61'i (% 68,5) rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken 28'i (% 31,5) genel anestezi yöntemini tercih etti. Çevresinden bilgi edinen 37 gebenin 19'u (% 51,4) rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken 18'i (% 48,6) genel anestezi yöntemini tercih etti.

Toplam olarak 335 gebenin 222'si (% 66,3) rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken 113'ü (% 33,7) genel anestezi yöntemini tercih etti (Grafik 8).

Sonuç olarak bilginin nereden edinildiğinden bağımsız olarak bilgi alma ile anestezi tercih dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.01$). Bilgi anestezi doktorundan edinildiğinde rejyonel anestezi tercih yüzdesinin diğerlerine göre oldukça yüksek olduğu tespit edildi ve bilginin kaynağı ile anestezi tercih dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0.017$).

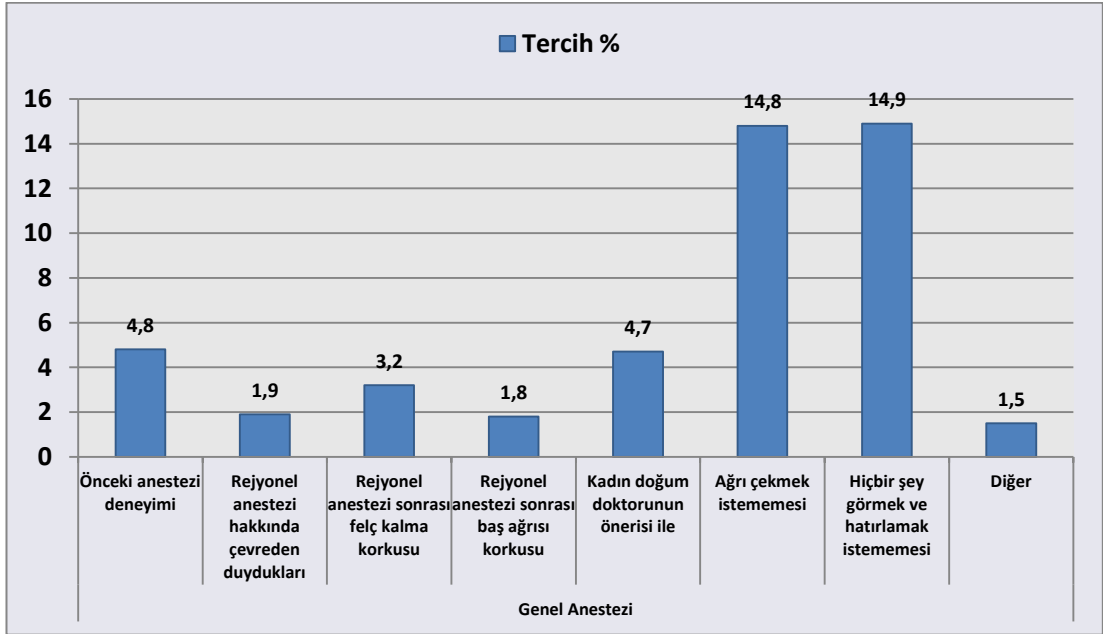


Grafik 8. Gebelerin Doğum ve Anestezi Yöntemi ile İlgili Bilgiyi Nereden Edindiği ile Anestezi Tercih Arasındaki İlişki

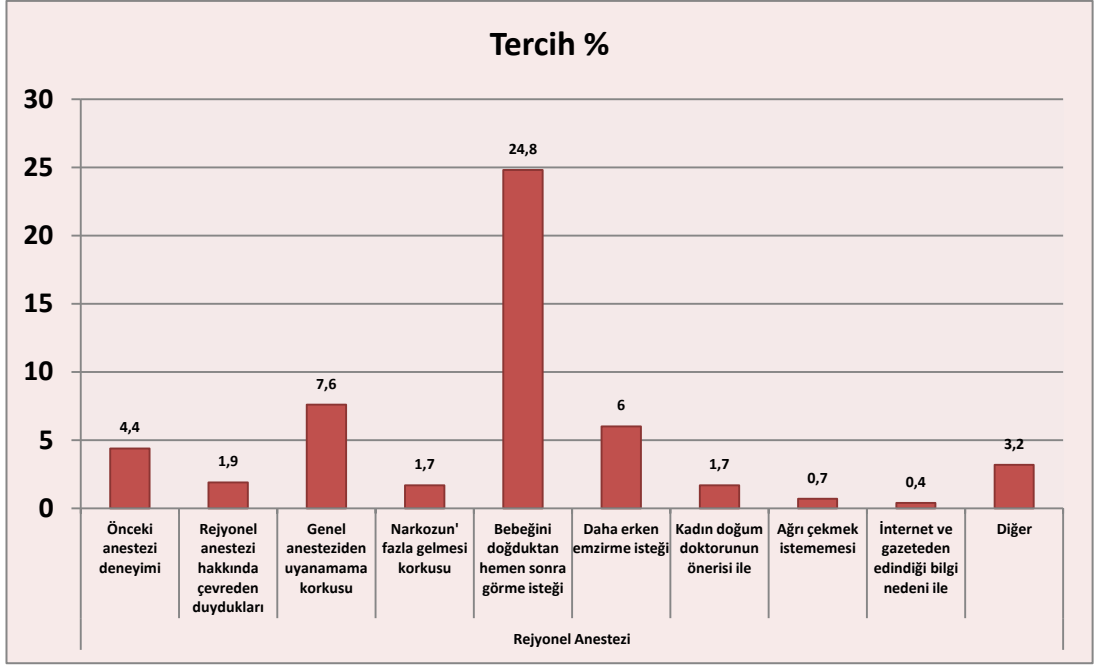
11. Anestezi Tercih ile Tercih Sebepleri Arasındaki ilişki

Rejyonel ve genel anestezi tercihini belirleyen gebelere tercihlerini etkileyen faktörler 14 başlık altında soruldu. Sebepler arasında önceki anestezi deneyimi (memnun kalması veya memnun kalmaması), rejyonel anestezi hakkında çevreden duydukları (olumlu veya olumsuz), genel anesteziden bir daha uyanamama korkusu, anestezinin fazla gelmesi korkusu, rejyonel anestezi sonrası felç kalma korkusu,

rejyonel anestezi sonrası baş ağrısı korkusu, bebeğini doğduktan hemen sonra görme isteği, daha erken emzirme isteği, kadın doğum doktorunun önerisi, hiçbirşey hissetmek ve ağrı çekmek istememesi, hiçbir şey görmek ve hatırlamak istememesi, internet-televizyon ve gazeteden edindiği bilgiler bulunmaktadır. Son şık olan diğer başlığını seçen 35 gebe tespit edildi. Bunların 24'ü rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken 11 gebe genel anestezi yöntemini tercih etti. Bu sebeplerin içerisinde; takibinde olduğu İmmunoloji doktoru önerisi, bel fitiği tanısı bulunması, anestezi doktoru önerisi, astım hastalığı tanısı bulunması, sonda takılmasını hissetmek istememesi, bebeğinin anestezi maddeye maruz kalmasını istememesi bulunmaktadır. Bebeğini doğduktan hemen sonra görme isteği rejyonel anestezi yönteminin en sık tercih nedeni olarak tespit edildi. Rejyonel anestezi tercih eden 392 gebeden 186'sı (% 47,4) bebeğini doğduktan hemen sonra görmek istediği için rejyonel anestezi yöntemini tercih ettiğini belirtti. Genel anestezi yöntemi tercihinin en sık nedeni ise gebelerin hiçbirşey görmek ve hatırlamak istememesi olarak tespit edildi. Genel anestezi yöntemini tercih eden 348 gebeden 112'si (% 32,1) bu sebepten tercih ettiğini belirtti (Grafik 9 ve 10).



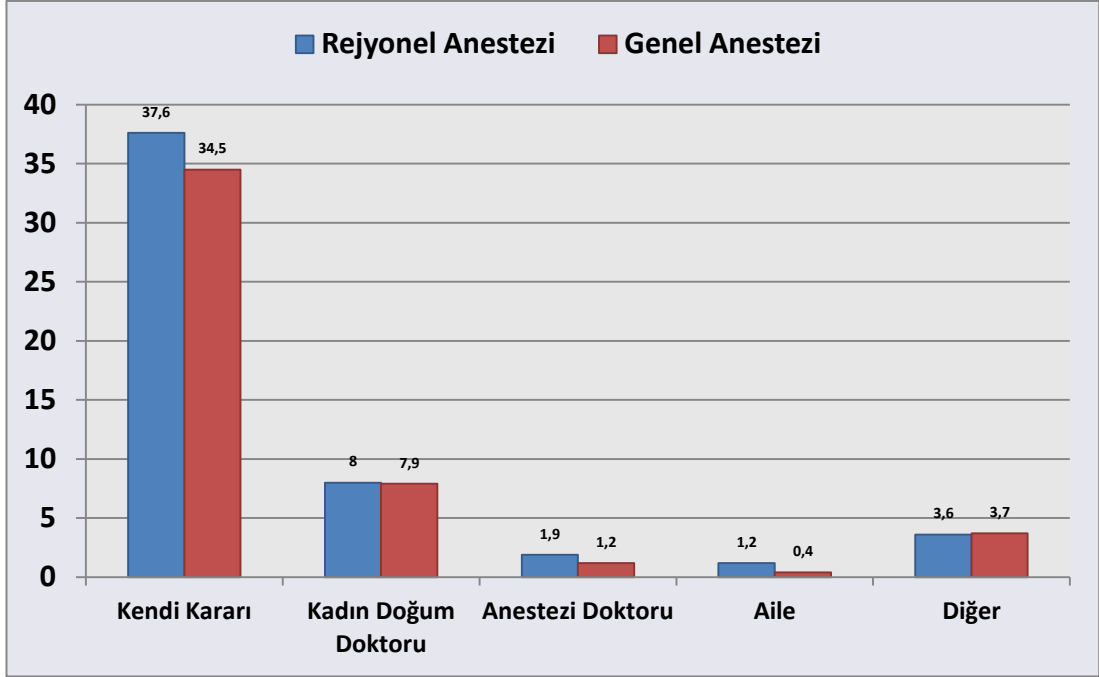
Grafik 9. Genel Anestezi Tercih Nedenleri ve Yüzdeleri



Grafik 10. Rejyonel Anestezi Tercih Nedenleri ve Yüzdeleri

12. Gebelerin Anestezi Tercihlerinde Etkili Olan Kişi ile Anestezi Tercihini Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılan 750 gebeden 541' inin (% 72,1) kararını etkileyen bir kişi olmadığı tespit edildi ve anestezi tercihini kendi kararı doğrultusunda yaptığı belirlendi. 119 gebenin kararında kadın doğum doktorunun etkili olduğu tespit edilirken 23 gebenin kararında anestezi doktoru, 12 gebenin kararında ise ailesinin etkili olduğu tespit edildi. 55 gebenin kararında bu kişilerin dışında kişilerin etkili olduğu tespit edildi. Bu 55 gebeden 17'sinde takibinde olduğu Kardiyoloji doktorunun, 13'ünde takibinde olduğu Hematoloji doktorunun, 9'unda takibinde olduğu Göğüs Hastalıkları doktorunun, 8'inde takibinde olduğu Nöroloji doktorunun, 5'inde takibinde olduğu Beyin Cerrahisi doktorunun, 3'ünde takibinde olduğu İmmünoloji doktorunun etkili olduğu tespit edildi (Grafik 11).



Grafik 11. Gebelerin Anestezi Tercihinde Etkili Olan Kişilerin Yüzde Dağılımı

Anestezi tercihinde altta yatan psikiyatrik patolojinin rol oynayıp oynamadığını anlamak için hastalara 6 adet soru soruldu. Bu sorular Psikiyatri Bölümü ile işbirliği içinde hazırlandı. Aşağıda bu sorular ve cevapları ile ilgili tablolar ve sonuçlar ayrıntılı olarak ele alındı.

13. Panik Bozukluk - Anksiyete Bozukluğu Belirtileri Olup Olmaması ile Anestezi Tercihindeki İlişki

Çalışmaya katılan gebelere panik bozukluk belirtileri olup olmadığını anlayabilmek için dönem dönem 10 dakika süren çarpıntı, nefes darlığı, titreme, terleme, tansiyon yüksekliği belirtilerine huzursuzluk kaygı korku endişenin eşlik ettiği ataklarının olup olmadığı soruldu. 750 gebenin 101'i (% 13,5) bu belirtilere sahip olduğunu belirtti. 101 gebenin 45'i (% 6) rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken 56'sı (% 7,5) genel anestezi yöntemini tercih etti. Panik bozukluk belirtileri olması ile anestezi tercihi arasında anlamlı istatistiksel bir ilişki bulunmadı.

Panik bozukluk belirtilerine sahip 101 gebeden 61'i daha önce Psikiyatri bölümüne başvurduğunu belirtti. Psikiyatri başvurusu bulunan 61 gebeden 23'ü (% 37,7) rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken 38'i (% 62,3) genel anestezi

yöntemini tercih etti. Panik bozukluk tanısı ile anestezi tercih dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,018$).

Çalışmaya katılan gebelerin 71'i daha önce panik bozukluk/anksiyete bozukluğu tanısı aldığını belirtti. Hastaların 61'i Psikiyatri bölümü tarafından tanı aldığını belirtirken 10'u Dahiliye ve Kardiyoloji bölümleri tarafından aldığını belirtti. Ancak bu 10 hasta tanı aldıktan sonra tanının doğurulanması için Psikiyatri bölümüne başvurmadıklarını belirtti. Bu hastaların 29'u reyonel anestezi yöntemini tercih ederken 42'si genel anestezi yöntemini tercih etti. Panik bozukluk/anksiyete bozukluğu tanısı ile anestezi tercih dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,043$).

Anksiyete bozukluğu tanısı bulunan 71 hastanın 32'si anestezi tercihlerinde mevcut hastalıklarının etkisi olduğunu belirtti. Bu hastaların 6'sı reyonel anestezi yöntemini tercih ederken 26'sı genel anestezi yöntemini tercih etti. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,01$).

Çalışmaya katılan 750 gebeye daha önce istekleri dışında bedensel bütünlüklerine zarar verecek cinsel istismar veya taciz gibi bir yaşantıları olup olmadığı soruldu. Yaşanılan bu olumsuz yaşantının anestezi tercihinde rol oynayıp oynamadığının bulunması amaçlandı. Hastaların 3 tanesi daha önce böyle bir olumsuz yaşantıya sahip olduğunu belirtti. Bu 3 gebeden 2'si genel anestezi yöntemini tercih ederken 1'i reyonel anestezi yöntemini tercih etti. Bu 3 gebeden 1'i olumsuz yaşantısının anestezi tercihinde rolü olduğunu belirtti. Bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,511$, $p=0,295$).

5. TARTIŞMA

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde sezaryen planlanan 750 gebeye anestezi tercihi ve anestezi tercihini etkileyen faktörleri bulmayı amaçlayan 20 sorudan oluşan bir anket çalışması yaptık. Çalışma sonucunda anestezi tercihinde gebenin yaşının, gravidenin, önceki doğum şeklinin, önceki anestezi deneyiminin, çalışma durumunun, aylık gelir düzeyinin, eğitim durumunun, anestezi ile ilgili önceden bilgi almış olmasının, anestezi yöntemi ile ilgili bilgiyi nereden edindiğinin, panik bozukluk tanısı almış olmasının anestezi tercihinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu tespit ettik ($p<0,05$).

Çalışmamıza katılan 750 gebenin 392'si (% 52,3) rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken, 358'i (% 47,7) genel anestezi yöntemini tercih etti. Kocamanoğlu ve ark.'larının sezaryen operasyonlarında uygulanan anestezi yöntemi ile ilgili yapmış oldukları retrospektif çalışmada 1997-2002 yılları arasındaki sezaryen operasyonları araştırılmış ve 1997'de % 3 olan rejyonel anestezi uygulamasının 2002 yılında % 26,9'a yükseldiğini tespit etmişlerdir (48). Bunun nedeninin yıllar içinde rejyonel anestezi yöntemlerinin uygulanmasını kolaylaştıran anestezi setlerinin gelişmesinin, anesteziistlerin bu teknikleri uygulamada bilgi ve becerilerinin artmasının olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde Gülhaş ve ark. 2009-2011 yılları arasında sezaryen yapılan 2534 vakayı retrospektif olarak anestezi takip formlarından incelemiş ve bu hastaların % 74'üne rejyonel anestezi yönteminin uygulandığını % 26'sına genel anestezi yönteminin uygulandığını tespit etmişler ve 1994 yılından itibaren elektif sezaryen operasyonlarında rejyonel anestezi yöntemini ilk tercih olarak uygulamakta olduklarını belirtmişlerdir (54). Çalışmamızda rejyonel anestezi yönteminin oranı her iki çalışmada olduğu gibi yüksek bulunmuştur. Rejyonel anestezi yöntemi ile ilgili bilginin artması ile bu yöntemin tercih sıklığının arttığı düşüncesindeyiz. Gülhaş ve ark.'larının oranları ile karşılaştırıldığında bizim sonuçlarımızın daha düşük olması engel teşkil eden bir durum olmadıkça gebelerin tercih ettikleri yöntemi uygulamış olmamızdan kaynaklandığını düşünmekteyiz. Gülhaş ve ark.'larının çalışması retrospektif olarak anestezi takip formlarından yapılmış ve gebelerin tercihlerine değinilmemiştir.

Çalışmamızda yaş grupları, gebelik için riskli yaş grubu olarak kabul gören <20 yaş ve 35-44 yaş aralığı ile ideal doğum yaşı olan 21-34 yaş aralığı olarak 3'e ayrılmıştır. <20 yaş grubunda hastalar çoğunlukla genel anestezi yöntemini tercih ederken, diğer yaş gruplarında daha çok rejyonel anestezi yöntemi tercih edilmiştir. <20 yaş grubundaki hastaların genel anesteziyi daha fazla tercih etmeleri rejyonel anestezi ve doğum ile ilgili kaygılarından kaynaklanmakta olduğunu düşünmekteyiz. Bu yaş grubundaki gebelerin eğitim düzeyinin ilköğretim olmasının ve çalışmayan grupta yer almalarının da tercihlerinde etkili olduğu görülmektedir. Genel olarak eğitim düzeyi yüksek olan, çalışan gruptaki gebelerin ve internet kullanımı ile daha kolay bilgiye ulaşan gebelerin rejyonel anestezi tercihinin fazla olması da bu düşüncemizi desteklemektedir. <20 yaş grubunda bulunan gebelerin rejyonel anestezi yöntemi ile ilgili bilgilendirildiklerinde bu yöntemle karşı olan önyargıları ortadan kalkmaktadır. Ancak gözleme dayanan bu öngörünün, çalışma grubunda bu kanaati destekleyecek veri olmadığından bir başka çalışma ile değerlendirilmesi gerekmektedir. Yaş grubu olarak riskli gebelik grupları arasında tercih açısından fark olması, bu tercihi riskli gebeliğin etkilemediğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda parite sayısı arttıkça hastalar daha fazla oranda genel anestezi yöntemini tercih etmişlerdir. Benzer şekilde Büyükbayrak ve ark'ları (55) ile Fuglenes ve ark'larının (56) sezaryen ve normal vajinal doğum tercihinin karşılaştıran çalışmalarında parite sayısı arttıkça sezaryen tercihinin de arttığı gösterilmiştir. Doğum sayısı arttıkça doğumun kolaylaşmasına rağmen gebelerin sezaryen doğumu tercih etme nedenleri, tüp ligasyonu isteği, doğum ağrısını çekmek istememeleri (önceki kötü deneyim), epizyotomi korkusu ve daha önce bir kez sezaryen geçirildiğinde diğer doğumların da sezaryen yöntemi ile yapılması gerektiği yönünde yanlış bilgiye dayalı yerleşmiş düşünceye bağlanmaktadır. Çalışmamızdaki gebelerin rejyonel anestezi yöntemine göre daha konforlu ve ağrısız bir yöntem olduğunu düşündükleri için genel anestezi yöntemini tercih ettiklerini düşünmekteyiz. Parite sayısı yüksek olan hasta grubunda önceki doğum şekli de bu kararlarını etkilemektedir. Önceki doğumlarını normal doğum yöntemi ile gerçekleştirmiş olan gebelerde uzamış doğum eylemi, NST'de deselerasyon tespiti gibi olumsuz bir nedenden sezaryen doğum tercih ediliyor ise bu gebeler sezaryen doğuma neden olan olumsuzluğun kaygısı ile de uyanık olma fikrinden uzaklaşmaktadırlar. Nullipar

hasta grubunda daha önce yaşanmış kötü bir doğum ve anestezi deneyimi olmaması, kendileri ile ilgili kaygıları olmaması nedeniyle de daha çok bebeği düşünebildikleri, erken emzirme düşüncesi ve bebekle erken karşılaşma isteği bu tercihe neden olmaktadır.

Hastaların önceki doğum şekline göre anestezi tercihleri sorgulandığında daha önce doğum deneyimi olmayan hasta grubunda reyonel anestezi yöntemi tercih oranının daha yüksek olduğu, diğer gruplarda ise her iki anestezi yönteminin benzer oranda tercih edildiği gözlemlendi. Daha önce normal doğum veya sezaryen doğum deneyimi olan hasta gruplarında genel anestezi yönteminin doğum deneyimi olmayan hasta grubuna göre daha fazla tercih edilmiş olmasını önceki doğum deneyimlerine dair korku ve kaygılarına bağlanabilir. Doğum deneyimi olmayan hasta grubunda yaşanmış kötü bir deneyim olmaması nedeniyle, doğum ve ağrı çekmek ile ilgili, herşeyi görmek ve hatırlamak ile ilgili kaygılarının olmayışı nedeni ile reyonel anestezi yöntemini tercih edilmektedir. Bu hasta grubunda kendileri ile ilgili kaygılarının olmayışı gebenin bebeğe daha fazla odaklanmasına neden olmaktadır.

Hastaların daha önceki doğumlarında uygulanan anestezi yönteminin hastaların tercihlerini aksi yönde etkilediği gözlemlendi. Her hangi bir anestezi deneyimi olmayan hastaların % 55,6'sı reyonel anestezi yöntemini tercih ederken % 44,4'ü genel anestezi yöntemini tercih etti. Daha önce reyonel anestezi deneyimi olan hastaların % 36,9'u reyonel anestezi yöntemini tercih ederken % 63,1'i genel anestezi yöntemini tercih etti. Bu hastaların önceki anestezi deneyimlerinde reyonel anestezi uygulaması sırasında ağrı hissetmiş olmalarının, başarısız girişim öyküsü olmasının, sezaryen sırasında çevrede olanları ve konuşmaları duymuş olmalarının bu karara neden olduğu belirlendi. Genel anestezi deneyimi olan hastaların ise % 68,1'i reyonel anestezi yöntemini tercih ederken % 31,9'u genel anestezi yöntemini tercih ettiği tespit edildi. Bu hastaların genel anestezi sonrası ilk gün ile ilgili yeterince anı hatırlayamıyor olmaları, bebeklerini ilk gördükleri anda bilinçlerinin yerinde olmasını istemeleri, genel anestezi sonrası ilk gün bulantı ve kusma şikayetlerinin olmuş olması reyonel anestezi yöntemini daha çok tercih etmelerine neden olduğu belirlendi. Her iki anestezi yöntemini de denemiş olan hastaların % 42,9'u reyonel anestezi yöntemini tercih ederken % 57,1'i genel anestezi yöntemini

tercih ettiği tespit edildi. Anestezi deneyimi olmayan hastaların hem uyanık olma ile ilgili kaygılarının daha az olması nedeni ile hem de her iki yöntem hakkında yeterince deneyimlerinin olmaması nedeni ile rejyonel anesteziyi daha çok tercih ettiği kanısındayız. Daha önce anestezi deneyimi olan hastaların ise önceki yöntemin aksine diğer yöntemi tercih ediyor olmalarını önceki anestezi deneyimlerinden memnun kalmamalarına ve diğer yöntemin daha konforlu olabileceğini düşünmelerine bağlamaktayız.

Çalışmamıza katılan gebelerin % 44,1'inin çalışan grupta yer alırken % 55,9'unun çalışmayan (ev hanımı) grubunda yer almakta olduğu tespit edildi. Çalışan gebelerin % 63,4'ü rejyonel anestezi yöntemini tercih ederken, çalışmayan gebe grubunda ise bu oran % 43,4 olarak tespit edildi. Çalışmayan gebe grubunda genel anestezi yönteminin daha fazla tercih edilmesinin nedeninin çalışan gebelerin eğitim düzeyinin daha yüksek olmasına, internet ile bilgi erişiminin daha fazla olmasına, çevrelerindeki kişilerin deneyimlerine bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan gebelerin aylık gelir düzeyleri sorgulandığında, % 23,6'sının 500-1000 TL gelir grubunda, % 32,8'inin 1000-2000 TL gelir grubunda, % 9,3'ünün 2000-4000 TL gelir grubunda ve % 34,3'ünün > 4000 TL gelir grubunda yer aldığı tespit edildi. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu'nun yayınladığı Ekim 2010 ve Ekim 2011 yoksulluk sınırı verilerine göre çalışmamızdaki hastaların % 23,6'sı aylık gelir düzeyi 500-1000 TL ile açlık sınırında, % 32,8'i aylık gelir düzeyi 1000-2000 TL ile ve % 9,3'ü aylık gelir düzeyi 2000-4000 TL ile yoksulluk sınırında yer aldığı tespit edildi (57). Çalışmamızda hastaların gelir düzeyi arttıkça rejyonel anestezi yöntemi tercih oranının arttığı gözlenmiştir. Çalışmamızda gelir düzeyi ile eğitim düzeyinin birbiri ile bağlantılı olduğu, gelir düzeyi yüksek gebelerin daha çok çalışan gebe grubunda olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla gelir düzeyi yüksek olan grupta rejyonel anestezi yöntemi tercihinin daha yüksek olmasını sadece gelir düzeyi ile ilişkili olmadığı bu grubun eğitim düzeyi, rejyonel anestezi hakkında daha fazla bilgi edinme olasılığı olmasına, internet kullanımının daha fazla olmasına, çalışan grupta olmaları nedeniyle çevrelerindeki kişilerden rejyonel anestezi ile ilgili daha fazla bilgi edinebilmelerine bağlamaktayız.

Çalışmamıza katılan gebelerin eğitim düzeyi sorgulanmış ve % 0,04'ünün okula gitmemiş, % 27,9'unun ilköğretim mezunu, % 28,8'inin lise mezunu, % 42,9'unun üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Okula gitmemiş olan grupta % 66,7, ilköğretim mezunu olan grupta % 66,2, lise mezunu olan grupta % 54,6 gibi yüksek oranlarda genel anestezi yöntemi tercih edildiği tespit edilmiştir. Üniversite mezunu olan grupta ise % 66,5 oranında rejyonel anestezi yöntemi tercih edildiği tespit edildi. Büyükbayrak ve ark'larının sezaryen veya vajinal doğum yöntemi tercihini karşılaştırdıkları çalışmalarında hastaların eğitim düzeyinin, çalışma durumunun ve aylık gelir düzeyinin hastaların doğum yöntemi ile ilgili tercihlerini etkilemediği gösterilmiştir (55). Bu çalışmada eğitim düzeyi yüksek grupta, çalışan gebe grubunda ve aylık gelir düzeyi yüksek gebe grubunda sezaryen tercih edilmeyişinin nedeni normal doğumun daha fizyolojik olması, daha erken iyileşme ve hastaneden daha erken çıkma isteği, anestezi ve ameliyat korkusu olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda ise eğitim düzeyi ile anestezi yöntem tercihi arasında anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek olan grupta rejyonel anestezi yönteminin daha fazla tercih edildiği tespit edilmiştir. Bunun nedenini eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin rejyonel anestezi yöntemi ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmalarına ve bu nedenle bu yöntemden daha az korkmalarına, anestezi ilaçlarından bebeklerinin olabildiğince az etkilenmesini istemelerine, bebeklerini doğduktan sonra görme ve en erken dönemde emzirme isteklerine bağlamaktayız.

Çalışmamızda hastaların anestezi yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyi arttıkça rejyonel anestezi tercihinin de arttığı gösterilmiştir. Hastaların bilgiyi nereden edindiğinin de tercihlerinde oldukça etkili olduğu tespit edilmiştir. Kocamanoğlu ve ark.'larının Anestezi Anabilim Dalı'ndan 40 ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan 22 öğretim üyesi ve araştırma görevlisine sezaryende anestezi tercihlerini sordukları çalışmada obstetrisyenlerin % 81,8'inin cerrahi alanda yeterli kas gevşemesi sağlanamaması, pozisyon ile ilgili sıkıntı yaşanması ve gecikmelerin yaşanması gibi nedenlerle genel anestezi yöntemini tercih ettiklerini, anestezi uzmanlarının ise sadece % 15'inin genel anestezi yöntemini tercih ettiklerini tespit etmişlerdir (48). Cerrahların rejyonel anestezi yöntemi ile ilgili dirençleri 9 ay gibi uzun süre takip ettikleri gebelere de yansımaktadır. Anestezi doktoru ve internet aracılığı ile bilgilendirilen gebelerde ise rejyonel anestezi yöntemi daha fazla tercih edilmiştir.

Yöntemle ilgili bir önyargısı olmayan, teknik olarak daha iyi bilgi sahibi bir kişiden bilgi almanın ve internet gibi aranan bilgi ile ilgili tüm detaylara ulaşılabilen bir yerden bilgi almanın hastalardaki rejyonel anestezi yöntemine karşı olan korkuyu ve önyargıyı kırdığı kanısındayız.

Bukar ve ark.'larının sezaryen uygulanan 254 hastada yaptıkları bir çalışmada anestezi tercihleri incelendiğinde % 70,1'i genel anesteziyi tercih ederken, % 29,9'u rejyonel anesteziyi tercih etmiştir (58). Yapılan çalışmada genel anestezi seçiminin daha fazla olma nedenini uyanık olma korkusu ve anksiyete olarak bildirilmiştir. Bukar ve ark.'larının çalışmalarında nadir nedenler arasında yer alan ağrı çekmek ve hiçbirşeyi görmek, hatırlamak istememek gibi nedenler bizim çalışmamızda genel anestezi yönteminin tercih edilmesinin en sık nedeni olarak tespit edilmiştir. Ağrı subjektif bir tecrübedir (59). Eski zamanlardan bu yana bilinen pratik gerçek kadınların erkeklerden farklı, düşük ağrı eşiğine sahip olduğudur (60). İnsanlarda ağrı algısında cinsiyet farkları üzerine laboratuvar ortamlarında pek çok çalışma yapılmıştır (61). Ağrı duyarlılığı sosyokültürel faktörlerden (yaş, etnik kimlik, aile öyküsü, cinsiyet vb), psikososyal faktörlerden (anksiyete, depresyon, kognitif ve davranış şekilleri gibi) ve biyolojik faktörlerden (genetik yapı, gonadal hormaonlar) etkilenecek şekilde şekillenmektedir (62). Bizim çalışmamızda da gebelerin genel anestezi tercihinde ağrı çekme korkusunun büyük ölçüde rol oynaması bu duruma bağlanabilir. Bukar ve ark.'larının çalışmasında rejyonel anestezi tercih nedeni genellikle olup biteni bilme isteği veya uyanamama korkusu iken bizim çalışmamızda hastaların rejyonel anestezi yöntemini tercih etme nedenleri bebeğini doğduktan hemen sonra görmek istemeleri olarak belirlenmiştir. Bukar ve ark.'larının çalışması ile bizim çalışmamızın sonuçlarındaki farklılığın iki gruptaki gebelerin çalışma durumlarındaki farklılıktan kaynaklandığını düşünmekteyiz. Bukar ve ark.'larının çalışmasına katılan gebelerin yaş, eğitim durumu çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Ancak çalışmamıza katılan gebelerin % 44,1'i çalışan grupta iken Bukar ve ark.'larının çalışmasında % 16,5 gebe çalışan grupta yer almıştır. Bukar ve ark.'larının çalışmasının yapıldığı bölgede rejyonel anestezi yönteminin yavaş yavaş popüler olmaya başladığı, insanlar tarafından kabul görmeye başladığı ve sonuçlarının önceki çalışmalara göre yükselmekte olduğu belirtilmiştir.

Ülkemizde uzun yıllardır rejyonel anestezi yönteminin kullanılıyor olması da sonuçlar arasındaki farkı açıklamaktadır.

Doğum kaygısı, anne yaşının küçük olması, nulliparite, daha önceden psikolojik problemlerin ve istismar hikayesinin olması gibi çeşitli faktörlerle ilişkilidir (63). Doğumla ilgili anksiyete farklı yönler içermektedir. Gebe kadınların % 20'sinin doğum korkusu yaşadığı ve bunların % 6'sında bu korkunun ciddi şekilde güçsüzlük korkusu olduğu bildirilmiştir. Doğum korkusu olan 100 gebenin incelendiği bir çalışmada, gebelerin % 46'sında geçmişte komplikasyonlu doğum öyküsü olduğu, % 73'nün doğum ekibi ve uygun destek sağlanması konusunda güven eksikliği bildirdiği, % 65'nin fiziksel ve zihinsel olarak doğum yapmadaki yeteneksizliklerinden korktukları, % 55'inde ölüm korkusu ve % 44'ünde doğum esnasında kontrol kaybı korkusu olduğu, % 43'ünün ise doğum esnasında dayanılmaz ağrı beklentisi içinde olduğu bulunmuştur (64,65,66). Gebelikte yaşanan anksiyete belirtilerinin hastaların anestezi tercihini etkileyebileceği düşünülerek çalışmamızda gebeler bu açıdan da değerlendirildi. Çalışmamıza dahil olan 750 gebenin 101'inde (% 13,5) huzursuzluk, kaygı, korku, endişenin eşlik ettiği panik bozukluk belirtilerinin olduğu fakat bu hastalarda anestezi tercihi açısından anlamlı bir fark olmadığı gözlemlendi. Panik bozukluk belirtisine sahip olduğunu belirten 101 hastanın 61'i psikiyatri, 10'u da dahiliye ve kardiyoloji bölümlerinde panik bozukluk tanısı aldığını belirtti. Hastalar panik bozukluk tanısı alma durumuna göre değerlendirildiğinde ise hastaların anestezi tercihleri arasında anlamlı fark olduğu gözlemlendi. Panik bozukluk tanısı alan gebelerin genel anestezi yöntemini daha fazla tercih ettiği gözlemlendi. Bu tercih nedeninin, ameliyat sırasında uyanık olmanın yarattığı anksiyeteden kaçınmak, ağrı çekme korkusu ve yaşamının daha sonraki dönemlerinde kötü olacağını düşündükleri bu deneyimi hatırlama kaygısı olduğunu düşünmekteyiz.

Çocukluk çağı ve cinsel gelişim döneminde yaşanan olumsuz deneyimler de doğum korkusuna neden olmaktadır (65,66). Bu nedenle çalışmamıza katılan gebelere de daha önce istekleri dışında bedensel bütünlüklerine zarar verecek cinsel istismar veya taciz gibi yaşantıları olup olmadığı sorularak yaşanan bu olumsuz yaşantının anestezi tercihinde rol oynayıp oynamadığının araştırılması amaçlandı.

Çalışmaya katılan gebelerden sadece 3'ü daha önce böyle bir yaşantılarının olduğunu belirtirken, 1'i bu olumsuz yaşantısının anestezi tercihinde rolü olduğunu belirtti. Bu gebenin rejyonel anestezi yöntemini tercih etmesinin nedeninin hastanın uyanırken kendini daha güvende hissetmesiyle ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

6. SONUÇ

Çalışmamızın sonucunda, gebenin yaşının, gravidenin, önceki doğum şeklinin, önceki anestezi deneyiminin, çalışma durumunun, aylık gelir düzeyinin, eğitim durumunun, anestezi ile ilgili önceden bilgi almış olmasının, anestezi yöntemi ile ilgili bilgiyi nereden edindiğinin, panik bozukluk tanısı almış olmasının anestezi tercihinde etkili olduğunu tespit ettik . Bebeğini doğduktan hemen sonra görme isteği rejyonel anestezi yönteminin en sık tercih nedeni olarak tespit edildi. Genel anestezi yöntemi tercihinin en sık nedeni ise gebelerin hiçbirşey görmek ve hatırlamak istememesi olarak tespit edildi. Eğitim düzeyi yüksek olan gebelerde, çalışan gebelerde ve aylık gelir düzeyi yüksek olan gebelerde rejyonel anestezi yönteminin daha fazla tercih edilmiş olmasını, bu gebelerin anestezi yöntemleri ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olmalarına, internet kullanımının daha yaygın olmasına, çevrelerinden edindikleri bilginin rejyonel anestezi yöntemine önyargısız olmasına bağlı olduğunu tespit ettik. İleride eğitim düzeyinin yükselmesi ve hasta popülasyonumuzun daha fazla bilinçlenmesi ile hastalarımızın daha fazla araştırma yapacaklarını ve bunun tercih oranlarını değiştireceği düşüncesindeyiz. Daha önce anestezi yöntemleri ile ilgili bilgi almış gebelerin, özellikle anestezi doktorundan ve internet aracılığı ile bilgi almış olanların rejyonel anestezi yöntemini daha çok tercih etmesi de bu düşüncemizi desteklemektedir.

ÖZET

SEZARYEN YAPILACAK GEBELERDE ANESTEZİ TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Giriş: Günümüzde sezaryen operasyonunun daha güvenli hale gelmesiyle, sezaryen hızında çok belirgin bir artış olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün sezaryen konusundaki önerisi; sezaryen oranının % 15 ile sınırlı kalması yönündedir. Ancak pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranı, bu hedefin üzerindedir. Sezaryen anesteziinde, genel ve rejyonel anestezi teknikleri kullanılmaktadır. Son yıllarda rejyonel anestezi hastanın isteği, bilincinin açık olması, aspirasyon riski taşımaması, yenidoğanda solunum depresyonu yapmaması, uterus atonisine yol açmaması gibi avantajları nedeniyle tercih edilmektedir.

Çalışmamızda; sezaryen yapılacak gebelerin anestezi yöntemi tercihleri, genel anestezi ve rejyonel anestezi oranlarını, genel anestezi ve rejyonel anestezi tercih sebepleri ve tercihlerini etkileyen faktörleri araştırmayı amaçladık.

Metot: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde Şubat 2010 – Şubat 2011 tarihleri arasında elektif sezaryen operasyonu için başvuran gebelere tercih ettikleri anestezi şeklini ve tercihlerini etkileyen nedenleri araştırmak amacıyla hazırlanan 20 sorudan oluşan bir anket çalışması yapıldı. Uygulamayı kabul edip çalışmaya dahil edilen gebeler anket hakkında bilgilendirilip sözlü ve yazılı onayları alındı.

Anket çalışması bir gün önce vizit sırasında veya sezaryen olmak için bekleme odasında bekledikleri sırada yapıldı. Ankete 26 ile 40. gebelik haftası arasında olan gebeler dahil edildi. Acil alınan gebeler, iletişim problemi yaşanan gebeler, mental açıdan sorulara cevap veremeyecek durumda gebeler ve anketi cevaplamak istemeyen gebeler çalışma dışı bırakıldı.

İstatistiksel analizde anestezi tercihlerinin değerlendirilmesi ve ilgili faktörlerin araştırılması amacıyla hazırlanmış anketin uygulanması sonucunda elde edilen

verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 paket programı kullanıldı. Normallik testleri uygulanmaksızın parametrik olmayan test yöntemleri seçildi. Kategorik değişkenlerin gruplardaki dağılımlarının test edilmesinde ki-kare ya da Fisher'in "exact" testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışma sonucunda anestezi tercihinde gebenin yaşının, gravidenin, önceki doğum şeklinin, önceki anestezi deneyiminin, çalışma durumunun, aylık gelir düzeyinin, eğitim durumunun, anestezi ile ilgili önceden bilgi almış olmasının, anestezi yöntemi ile ilgili bilgiyi nereden edindiğinin, panik bozukluk tanısı almış olmasının anestezi tercihinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu tespit ettik ($p<0,05$).

Sonuç: Eğitim düzeyi yüksek olan gebelerde, çalışan gebelerde ve aylık gelir düzeyi yüksek olan gebelerde rejyonel anestezi yönteminin daha fazla tercih edilmiş olmasını, bu gebelerin anestezi yöntemleri ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olmalarına, internet kullanımının daha yaygın olmasına, çevrelerinden edindikleri bilginin rejyonel anestezi yöntemine önyargısız olmasına bağlı olduğunu tespit ettik. İleride eğitim düzeyinin yükselmesi ve hasta popülasyonumuzun daha fazla bilinçlenmesi ile hastalarımızın daha fazla araştırma yapacaklarını ve bunun tercih oranlarını değiştireceğini düşünmekteyiz. Daha önce anestezi yöntemleri ile ilgili bilgi almış gebelerin, özellikle anestezi doktorundan ve internet aracılığı ile bilgi almış olanların rejyonel anestezi yöntemini daha çok tercih etmesi de bu düşüncemizi desteklemektedir.

Anahtar Sözcükler: Sezaryen, Anestezi Tercihi, Anket Çalışması

ABSTRACT

FACTORS AFFECTING ANAESTHESIA PREFERENCES OF THE GRAVID WOMEN WHO ARE TO DELIVER BY CAESAREAN SECTION

Introduction:

Since the caesarean operation has become safer at the present time, a very remarkable increase has been noted in the rate of delivery by caesarean. World Health Organization advises that caesarean rate should be limited by 15%. Yet, as it is in many countries, the caesarean rate is also above this target in our country. In caesarean anaesthesia, general and regional anaesthesia techniques are used. Recently, regional anaesthesia is preferred with regard to such advantages that the patient consents it, she remains conscious, and it does not have aspiration risk, and it does not cause respiratory depression in the newborn baby and it does not result in uterine atony.

In our study, we aim to evaluate the preferences for anaesthesia methods of gravid women who are to deliver baby by caesarean section, the rates of general anaesthesia and regional anaesthesia, the reasons for preferences of general anaesthesia and regional anaesthesia and the factors affecting these preferences.

Method: A questionnaire consisting of 20 questions were applied to gravid women applying for delivery by elective caesarean operation, at Ankara University Faculty of Medicine Hospital for Gynaecology and Obstetrics between February 2010 and February 2011, in order to study the anaesthesia technique they prefer and the reason behind their preferences. Those gravid women who accepted to take part in the study

were provided information about the questionnaire and their oral and written approvals were obtained.

The questionnaire was applied to them in visit queue a day before or while they were in waiting room for caesarean operation. The gravid women who were between 26th and 40th week of their pregnancy were included in the questionnaire. Those who were taken into emergency service, those with communication problems, those whose mental conditions deter them to answer questions and those who did not want to answer the questions on the questionnaire were excluded from the study.

The data obtained at the end of execution of the questionnaire which was prepared to evaluate anaesthesia preferences and to make research into related factors were evaluated in the statistical analysis using SPSS 15.0 software package. Without applying normality tests, non-parametric test methods were chosen. In testing the distribution of categorical variables over groups, chi-square or Fisher's "exact" test was employed.

Findings: As a result of the study, we have determined that gravid women's age, their gravidity, method of previous delivery, previous anaesthesia experience, working status, monthly-income level, educational status, whether they were informed about anaesthesia before, where they obtained information about anaesthesia and whether they were diagnosed with panic disorder are statistically significant in terms of their anaesthesia preferences. ($p < 0,05$).

Conclusion: We have found out that the reason why gravid women who have higher educational status, who work and have high level of monthly-income prefer regional anaesthesia method more depends on the fact that they have more information on anaesthesia method, they have more common use of the internet and the information

they obtain from the people around them is not prejudiced against regional anaesthesia method. We believe that as the education levels rise in the future and the patient population becomes more aware, which will direct them to do more research, their preference rates will change. The fact that gravid women who obtained information about anaesthesia methods before, those who were informed particularly by anaesthesia doctor or via the internet prefer regional anaesthesia method more supports our belief in this regard.

Keywords: Caesarean, Anaesthesia Preferences, Questionnaire Study

KAYNAKLAR

- 1- Batislam Y. Obstetrik Anestezi. In: Tulunay M, Cuhruk H, Eds. Klinik Anesteziyoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2008: 890 - 922.
- 2- Önderoğlu L, Karamürsel BS, Taşkiran Ç. Obstetrikal Operasyonlar. In: Güneş H, Ed. Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi. Ankara: Güneş Kitabevi, 2005; 1549 - 71.
- 3- Konakçı S, Kılıç B. İzmir’de sezaryen sıklığı ve buna etki eden faktörler. T Klin Jinekol Obst. 2004; 14(2): 88 - 95.
- 4- Hacettepe Üniversitesi web portal. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Sonuçları 2008. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf2008
- 5- Türkiye İstatistik Kurumu web portal. Türkiye İstatistik Kurumu 2008 Verileri.<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=61642008>
- 6- Aydın SD, Yayla M. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Sonuçlarının Antenatal Bakım, Fetal Perinatal ve Neonatal Prognoz Yönünden İrdelenmesi. Perinataoloji Dergisi 2010; 3: 85 - 91.
- 7- Özgünen T, Evrüke C. Sezaryen. In: Beksac S, Ed. Obstetrik Maternal-Fetal Tıp & Perinatoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2001: 1322 - 28.
- 8- Pickett JA. History of Obstetric Analgesia and Anesthesia. In: Collis R, Plaat F, Urquhart J, Eds. Text Book of Obstetric Anesthesia. Greenwich Medical Media, 2002: 1 – 21.
- 9- Erdem MK, Özgen S, Coşkun F. Obstetrik Anestezi ve Analjezi. In: Kışnişçi H, Gökşin E, Eds. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Melisa Matbaacılık, 1996: 173 - 186.
- 10- Erdine S. Sinir Blokları. İstanbul: Emre Matbaacılık, 1993: 9 - 24.

- 11- Yegül İ. Obstetride Rejyonel Analjezi ve Anestezi. VI. Uludağ Kış Sempozyumu, 5-8 Aralık 1996, Bursa Özet Kitabı 1996: 80 - 85.
- 12- Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. İstanbul: ROCHE Müstahzarları Sanayi A.Ş, 1993: 203 - 207.
- 13- Kuğu N, Akyüz G. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2001; 23(1): 61 - 64.
- 14- Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. Eight Edition, Mass Publishing Co, Egypt, 1998.
- 15- Birnbach JD, Browne MI. Anesthesia for Obstetrics. In: Miller RD, Ed. Miller's Anesthesia seventh edition. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2010: 2203 - 2236.
- 16- Günaydın B. Obstetrik ve Jinekolojik Anestezi. In: Keçik Y, Alkış N, Yörükoğlu D, Alanoğlu Z, Eds. Temel Anestezi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2012: 549 - 569.
- 17- Şahin Ş. Obstetrik Anestezi ve Analjezi. In: Tüzüner F, Alkış N, Aşık İ, Yılmaz Ali A, Eds. Anestezi Yoğun Bakım Ağrı. Ankara: Medikal ve Nobel, 2010: 973 - 93.
- 18- Batıslam Y. Maternal ve Föetal Fizyoloji ve Anestezi. In: Tulunay M, Cuhruk H, Eds. Klinik Anesteziyoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2008: 874 - 890.
- 19- Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik; postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. 3P Dergisi, 2004; ek 4: 30 - 7.
- 20- Özkan S, Bozkurt O. Kadın Doğum ve Ruh Sağlığı. Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi, İstanbul 1999; 36 - 49.
- 21- Altınay SA, Aydemir Ç, Gökale E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. Kriz Dergisi 2002; 10(1): 11 - 8.

- 22- Kara B, Çakmaklı B, Nacak E, Türeci F. Doğum sonrası depresyon. STED 2001; 10(9): 333 - 4.
- 23- Gülpek D, Pırıldar ŞA, Bayraktar E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde panik bozukluğu ve tedavisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005; 15(2): 84 - 92.
- 24- Arkonaç O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999; p: 36 – 37.
- 25- Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003; 13: 78 – 87.
- 26- Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. Clin Psychol Rev. 2000; 20: 731 – 754.
- 27- Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2002; 5 (Ek Sayı:1): E5 - E13.
- 28- Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. In: Güleç C, Köroğlu E, Eds. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara; Hekimler Yayın Birliği 1997; p: 449 – 526.
- 29- Lesch KP. Gene environment interaction and the genetics of depression. Molecular and Clinical Psychobiology, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Universty of Wurzburg, Wurzburg Germany. J Psychiatry Neurosci 2004; 29(3): 174 - 184.
- 30- Prof. Dr. Ertuğrul Koroğlu. “Depresif Bozukluklar” Tamamlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara: HYB Yayıncılık; 2004; 253 - 77.
- 31- Stewart DE, Gucciardi E, Grace SL. Depression. BMC Women’s Health 2004, 4(Suppl I): S 19
- 32- Leibeluft E. Women and bipolar disorder: an update, Bulletin of The Menger Clinic 2000; 64: 5 - 17.

- 33- Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyonun ilişkisi, Klinik Psikiyatri Dergisi Ek - 2. 2004; 70 - 74.
- 34- Kocabaşoğlu N, Başer ZS. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi No:62 Mart 2008 S: 349 - 354.
- 35- Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjö P, Cole S, Taffel S, Irgens L, Daltveit AK. Cesarean section delivery in the 1980s: International comparison by indication. Am J Obstet Gynecol. 1994; 170: 495 - 504.
- 36- Çicek MN, Akyürek C, Çetin Ç, Haberal A. Normal doğum: Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2. Baskı 2006 sy:217 – 237.
- 37- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ. Cesarean section and postpartum hysterectomy. In: Williams Obstetrics. 21st Ed 2001 p: 537 – 65.
- 38- Kerr JMM. The technic of cesarean section with special reference to the lower uterine segment incision. AM J Obstet Gynecol. 1926; 12: 729.
- 39- Adeshk JA, Peaceman AM, Lopez - Zeno JA, Minogue JP, Socol ML. Factors controbuting to the increased cesarean birth rate in older parturient women. Am J Obstet Gynecol. 1993; 169: 936 - 40.
- 40- Peipert JH, Morgan MA. Maternal age: An independent risk factor for cesarean delivery. Obstet Gynecol. 1993, 81: 200 - 5.
- 41- Gould JB, Davey B, Stafford FS: Socioeconomic differences in rates of cesarean section. NEngl J Med. 1989; 321: 233 - 239.
- 42- Kayhan Z: Klinik Anestezi. Genişletilmiş 3. Baskı. Ankara: Logos Yayıncılık, 2004: 740 - 755.
- 43- Toker K, Yılmaz A, Gürkan A, Baykara N, Canatay H, Özdamar D, Yıldız řT. Sezaryen Ameliyatlarında Anestezi Uygulaması, 5 Yıllık Retrospektif Değerlendirme. Türk Anest Rean Cem Mecmuası, 2003; 31: 26 - 30.

- 44- Purtuloğlu T, Özkan S, Teksöz E, Dere K, Ően H, Yen T, Dağlı G. Elektif sezaryen uygulanan olgularda genel ve spinal anestezinin maternal ve fetal etkilerinin karŐılaŐtırılması. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008; 50: 91 - 97.
- 45- OkumuŐ N, Önal EE, Türkyılmaz C, ve ark. Doğum Şekli ve anneye uygulanan anestezi tipinin postnatal erken dönemde yenidoğanlarda görölen tartı kaybına etkileri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2009; 3(1): 31 - 40.
- 46- Ezberci M, Zencirci B, Öksüz H, Güven AM. Sezaryenlerde genel ve epidural anestezinin bebek stres hormonları, kan gazları ve Apgar skoru üzerine olan etkilerinin karŐılaŐtırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*. 2005; 4: 284 - 289.
- 47- Ateş Y. Spinal, Epidural ve Kaudal Bloklar In: Tulunay M, Cuhruk H, Eds. *Klinik Anesteziyoloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2008: 289 - 324.
- 48- Kocamanoğlu İS, Sarıhasan B, Őener B, Tür A, Őahinođlu H, Sunter T. Sezaryen uygulamalarında uygulanan anestezi yöntemleri ve komplikasyonları: 3552 olgunun retrospektif değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J. Med. Sci* 2005; 25: 810 - 816.
- 49- Öztürk E, But A, Gülhaş N, Begeç Z, Doğan Z, Yapıcı E, Ersoy ÖM. Sezaryende bupivakain ve ropivakainin hemodinami üzerine etkileri. *Türk. Anest Rean Der Dergisi* 2006; 34(6): 355 - 360.
- 50- Şahin Ő, Owen M. Türkiye’de ve dünyada obstetrik analjezi ve anestezi. *TARCM*. 2002; 30: 52 - 9.
- 51- Brown David L. Spinal, Epidural and Caudal Anesthesia. In: Miller RD, Ed. *Miller’s Anesthesia seventh edition*. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2010: 1611 - 1639.
- 52- Yılmazlar A. Spinal, Epidural ve Kaudal Anestezi. In: Keçik Y, Alkış N, Yörükoğlu D, Alanoğlu Z, Eds. *Temel Anestezi*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2012: 797 - 820.

- 53- Göğüş Y. Spinal ve Epidural Anestezi. In: Tüzüner F, Alkış N, Aşık İ, Yılmaz Ali A, Eds. Anestezi Yoğun Bakım Ağrı. Ankara: Medikal ve Nobel, 2010: 545- 561.
- 54- Gülhaş N, Şanlı M, Özgül Ü, Bergeç Z, Durmuş M Sezaryenlerde Anestezi Yönetimi: Retrospektif Değerlendirme. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012; 19(3): 142 - 5.
- 55- Büyükbayrak EE, Kaymaz O, Kars B, Karşıdağ KYA, Bektas E, Unal O, Turan C. Caesarean delivery or vaginal birth: Preference of Turkish pregnant women and influencing factors. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2010; 30(2): 155 - 158.
- 56- Fuglenes D, Aas E, Botten G, Qian P, Kristiansen SI. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2011; 205: 45.
- 57- Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Ekim 2010 - Ekim 2011 Açlık Yoksulluk Sınırı www.turkis.org.tr
- 58- Bukar M, Kwari YD, Moruppa YJ, Ndonga ND. Anesthesia for caesarean delivery: Choice of technique among antenatal attendees in North-eastern Nigeria. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2010; 30(8): 822 - 825.
- 59- Mc Caffery M. Nursing practice theories related to cognition, bodily pain and man-environmental interactions, Los Angeles, CA: 1968. UCLA
- 60- Mogil J. Going beyond 'Where does it hurt?' McGill Reporter 2001; 34 (4).
- 61- Fillingim RB. Sex differences in analgesic responses: evidence from experimental pain models. Eur J Anaesthesiol Suppl 2002; 26: 16 – 24.
- 62- Yılmaz AA, Ateş Y. Ağrı Algılanmasında Kadın ve Erkek Farkları. Doktor Dergisi Haziran-Temmuz 2007; 84 – 88.

- 63- Adams SS, Eberhard – Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. BJOG 2012; 119: 1238 - 1246.
- 64- Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. Gynecol Obstet Invest 1981; 12: 262 - 266.
- 65- Levin JS, DeFrank RS. Maternal stress and pregnancy outcomes: a review of the psychosocial literature: J Psychosom Obstet Gynecol 1988; 9: 3 - 16.
- 66- Vartiainen H, Suonio S, Halonen P, Rimón R. Psychosocial factors, female fertility and pregnancy: a prospective study-Part II: pregnancy. J Psychosom Obstet Gynecol 1994; 15: 77 - 84.

EK - 1

ANKET FORMU

Ad-Soyad:

1. Yaş:
2. Gravide:
3. Parite:
4. Gebelik haftası:
5. Önceki doğum şekli:
6. Önceki anestezi şekli:
7. Meslek:
 - a. Çalışan gebe
 - b. Çalışmayan (ev hanımı)
8. Aylık gelir düzeyi
 - a. 500 - 1000 TL
 - b. 1000 - 2000 TL
 - c. 2000 - 4000 TL
 - d. 4000 TL üstü
9. Eğitim durumu:
 - a. okula gitmemiş
 - b. ilköğretim
 - c. lise
 - d. üniversite
10. Daha önce doğum ve anestezi yöntemleri ile ilgili detaylı bilgi aldınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
11. Evet ise bilgi kimden alındı.
 - a. Kadın doğum doktoru
 - b. Anestezi doktoru
 - c. Çevre
 - d. İnternet, Gazete, TV vb.
12. Anestezi tercihi
 - a. Rejyonel anestezi
 - b. Genel anestezi
13. Anestezi tercihinin nedenleri:
 - a. Önceki anestezi deneyimi (memnun olduğu veya olmadığı için)
 - b. Rejyonel anestezi hakkında cevreden duydukları
 - c. Genel anesteziden birdaha uyanamama korkusu
 - d. Narkozun fazla gelmesi korkusu
 - e. Rejyonel anestezi sonrası felç kalma korkusu
 - f. Rejyonel anestezi sonrası baş ağrısı korkusu
 - g. Bebeğini doğduktan hemen sonra görmek istemesi

- h. Daha erken emzirme isteği
- i. Kadın doğum doktorunun önerisi nedeni ile
- i. Hiç birşey hissetmek, ağrı çekmek istememesi nedeni ile
- j. Hiçbirşey görmek ve hatırlamak istememesi nedeni ile
- k. İnternet, televizyon, gazeteden edindiği bilgi
- l. Diğer:

14. Anestezi tercihinde sizin yerinize karar verenya da kararınızı önemli ölçüde etkileyen birisi oldu mu?
- a. Eş
 - b. Anne/baba
 - c. Tedaviyi yürüten hekim
 - d. Diğer
15. Dönem dönem ortalama 10 dk. kadar süren çarpıntı/nefes darlığı/titreme/terleme /tansiyon yüksekliği belirtilerine huzursuzluk/kaygı/korku endişenin eşlik ettiği ataklarınız oldumu?
16. Bu nedenle psikiyatri başvurunuz oldu mu?
17. Daha önce anksiyete bozukluğu tanısı aldınız mı(panik bozukluk/yaygın anksiyete bozukluğu gibi)?
18. Anksiyete bozukluğunuzun ya da tanı almamış olsa da bu olumsuz yaşantılarınızın anestezi tercihinde rolü var mı?
19. Daha önce istem dışı bedensel bütünlüğünüze zarar veren bir yaşantınız oldu mu(cinsel istismar/taciz/tecavüz)?
20. Bu olumsuz yaşantınızın anestezi tercihinde rolü var mı?