T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

ELEKTİF SEZARYEN PLANLANAN GEBELERİN ANESTEZİYE YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Sevinj BAYMAMMADLI

İZMİR 2025

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

ELEKTİF SEZARYEN PLANLANAN GEBELERİN ANESTEZİYE YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Sevinj BAYMAMMADLI

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

Prof. Dr. Bahar KUVAKİ BALKAN

İZMİR 2025

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
TABLOLAR LİSTESİ ii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ iii
TÜRKÇE ÖZET iv
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT) v
GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 2
2.1. Sezaryen 2
2.1.1. Sezaryen Doğumlarda Aciliyet Durumuna Göre Sınıflama 3
2.1.2. Sezaryen Sıklığı 4
2.1.3. Sezaryen Endikasyonları 6
2.2. Anestezi Yöntemleri 7
2.2.1. Spinal Anestezi 8
2.2.1.1. Spinal Anestezi Endikasyonları 8
2.2.1.2. Spinal Anestezi Kontrendikasyonları 8
2.2.2. Epidural Anestezi 9
2.2.3. Kombine Spinal-Epidural Anestezi 10
2.2.3. Genel Anestezi 11
2.3. Nöroaksiyel Anestezi Uygulamalarında Gözlemlenen Komplikasyonlar 13
2.4. Anksiyete 14
2.4.1. Gebelik ve Anksiyete 14
2.4.2. Preoperatif Anksiyete 15
2.5. Anesteziye İlişkin Bilgi Eksikliği 16
2.6. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI) 17
3. GEREÇ VE YÖNTEM 18
6. TARTIŞMA 36

7. SONUÇLAR 42
8. KAYNAKLAR 43
9. EKLER 52
EK 1: ETİK KURUL ONAYI 52
EK 2: ANKET SORULARI 53
EK 3: DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ - KISA VERSİYONU 58

TEŞEKKÜR

Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık eğitimimde bilgi birikimi, rehberliği ve anlayışıyla her zaman yanımda olan, tezimin planlanmasından yazımına kadar tüm süreçlerinde büyük bir özveriyle bana yol gösteren, akademik donanımı ve mesleki duruşuyla her zaman örnek aldığım çok değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Bahar Kuvaki Balkan'a en içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Mesleki gelişimimde katkısı büyük olan, etik ilkeler doğrultusunda hekimliğe ve anesteziyolojiye dair bakış açımı şekillendiren, bilgi ve deneyimlerini paylaşarak bana yol gösteren Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyelerine ve uzmanlarımıza teşekkür ederim.

Asistanlık sürecinde omuz omuza çalıştığım, mesleki dayanışma ve dostluğu birlikte paylaştığım asistan arkadaşlarıma,

Her zaman bizlere destek olan Anabilim Dalı sekreterlerimize,

Asistanlığımız boyunca gece gündüz yanımızda olan anestezi teknikerlerimize,

Hayatım boyunca her koşulda yanımda olan, sevgisiyle, fedakârlığıyla ve bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan canım aileme teşekkür ederim.

Sevinj Baymammadli

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. LUCAS sınıflandırması 3
Tablo 2. RCOG 2010 kılavuzlarına göre sezaryen aciliyet kategorileri ve endikasyonları 4
Tablo 3. Yıllara ve Sektörlere göre Sezaryen ve Primer Sezaryen Ameliyatlarının Hastane Doğumları İçindeki Oranı, (%) 5
Tablo 4. Sezaryen endikasyonları 6
Tablo 5. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri (N=331) 20
Tablo 6.Gebelerin Anestezi ile İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı 22
Tablo 7. Gebelerin STAI Maddelerine Verdiklerine Cevapların Dağılımı..... 25
Tablo 8. Gebelerin STAI Maddelerine Verdiklerine Cevapların Puan Bazında İstatistikleri..... 26
Tablo 9. Anestezi Tercihine Göre Eğitim Durumu, Anestezi Bilgisi ve Preoperatif Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması 27
Tablo 10. Gebelerin Eğitim Durumuna Göre STAI Maddelerinin Puan Karşılaştırmalar..... 28
Tablo 11. Gebelerin Anestezi Bilgi Durumuna Göre STAI Maddelerinin Puan Karşılaştırmaları..... 29
Tablo 12. İlk doğum yapanlar ile daha fazla doğum yapanların STAI Maddelerinin Puan Karşılaştırmaları..... 29
Tablo 13. Daha önce anestezi almış olma durumuna göre STAI Maddelerinin Puan Karşılaştırmaları..... 30
Tablo 14. Bebekte Normal Dışı Bir Durum Olma Durumuna Göre STAI Maddelerinin Puan Karşılaştırmaları 31
Tablo 15. Yaş ile STAI Maddelerinin Puanları Arasındaki İlişki..... 31
Tablo 16. Daha önce anestezi deneyimi olan ve olmayanlar arasında anestezi bilgisinin karşılaştırılması 32
Tablo 17. STAI Skorları Üzerine Etki Eden Faktörlerim Doğrusal Regresyon Analizleri ile Değerlendirilmesi..... 33

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

APGAR: Appearance,Pulse,Grimace,Activity,Respiration

CTG: Cardiotocography

DM: Diabetes Mellitus

ED95: Effective Dose 95

EVE: Epidural Volüm Ekstansiyonu

HIV: Human Immunodeficiency Virus

HSV: Herpes Simplex Virus

HT: Hipertansiyon

KSE: Kombine Spinal - Epidural

NAP5: 5th National Audit Project

NMBA: Nöromüsküler Blokaj Ajanları

RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

STAIS-5: Durumluk Kaygı Envanteri Kısa Versiyonu (The Short Versions of the Stait-Trait Anxiety İnventory)

STAIT-5: Sürekli Kaygı Envanteri Kısa Versiyonu (The Short Versions of the Stait-Trait Anxiety İnventory)

STAI: State-Trait Anxiety Inventory

STAIS: Durumluk Kaygı Envanteri Kısa Versiyonu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

VAS: Visual Analog Scale

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, hastanemizde elektif sezaryen planlanan gebelerin anesteziye ilişkin bilgi düzeylerini, rejyonel ve genel anesteziye yönelik tutumlarını ve tercih nedenlerini değerlendirmeyi; bunun yanı sıra, preoperatif anksiyete düzeylerini değerlendirmeyi ve bu anksiyete düzeyleri ile tercih edilen anestezi türü arasındaki korelasyonu araştırmayı amaçlamaktadır.

Gereç (Hastalar) ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel türde olan bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Doğumhane Ünitesinde yürütülmüştür. Çalışmaya, elektif sezaryen planlanan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan, 18 yaş üzeri toplam 331 gebe dahil edilmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanan yapılandırılmış anket formu ve Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri'nin kısa versiyonu (STAIS) aracılığıyla toplanmıştır. İstatistiksel analizler SPSS v30 programında gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 331 gebenin yaş ortalaması 30,5±5,3, gebelik haftası ortalaması 37,8±2,3 idi. Katılımcıların %90,3'ü anesteziyi daha önce duymuş, %70,1'i spinal anesteziyi tercih ettiğini belirtmiştir. Bu tercihin en sık nedeni doğum sonrası bebeği hemen görebilme isteğiydi (%77,9). Gebelerin %54,1'i rejyonel anestezi yöntemleri hakkında az bilgiye sahipti. STAIS ölçeğinin kısa versiyonu ile değerlendirilen anksiyete düzeyleri, anestezi bilgisi olmayan, ilk doğumunu yapacak, daha önce anestezi almamış ve daha genç yaştaki gebelerde anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Regresyon analizlerinde yaş, doğum sayısı ve anestezi deneyimi, anksiyete üzerinde bağımsız etkili faktörler olarak saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışma, elektif sezaryen planlanan gebelerin önemli bir kısmının anestezi konusunda bilgi eksikliği yaşadığını göstermiştir. Spinal anestezi en çok tercih edilen yöntem olup, tercih nedenlerinde bebeği hemen görebilme ve erken emzirebilme arzusu ön plandadır. Anestezi bilgisi, önceki anestezi deneyimi ve yaş gibi faktörler preoperatif anksiyete düzeylerini anlamlı şekilde etkilemektedir. Bu bulgular, preoperatif dönemde etkili bir bilgilendirme sürecinin ve bireyselleştirilmiş anestezi danışmanlığının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: sezaryen, gebe, bilgi, tutum, anksiyete

ABSTRACT

Aim: This study aims to evaluate the knowledge levels of pregnant women scheduled for elective cesarean section at our hospital regarding anesthesia, as well as their attitudes and reasons for preferring regional or general anesthesia. In addition, it seeks to determine their preoperative anxiety levels and investigate the relationship between preoperative anxiety and the preferred type of anesthesia.

Materials (Patients) and Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted in the Delivery Room of Dokuz Eylul University Faculty of Medicine Hospital. A total of 331 pregnant women aged 18 years and older who were scheduled for elective cesarean section and voluntarily agreed to participate were included in the study. Data were collected through a structured face-to-face questionnaire designed by the researcher and the short form of the Spielberger State Anxiety Inventory (STAIS). Statistical analyses were performed using SPSS version 30. A p-value of <0.05 was considered statistically significant.

Results: Among the 331 pregnant women who participated in the study, the mean age was 30.5±5.3 years and the mean gestational week was 37.8±2.3. Of the participants, 90.3% had previously heard of anesthesia, and 70.1% stated that they preferred spinal anesthesia. The most common reason for this preference was the desire to see their baby immediately after delivery (77.9%). Additionally, 54.1% of the participants reported having limited knowledge about regional anesthesia techniques. Anxiety levels assessed using the short form of the STAIS scale were significantly higher among those who lacked knowledge about anesthesia, were primiparous, had no prior anesthesia experience, and were of younger age ($p<0.05$). Regression analyses identified age, parity, and previous anesthesia experience as independent factors associated with anxiety levels.

Conclusion: This study demonstrated that a significant proportion of pregnant women scheduled for elective cesarean section have insufficient knowledge about anesthesia, which contributes to elevated levels of preoperative anxiety. Spinal anesthesia

emerged as the most commonly preferred method, primarily due to the desire to see the baby immediately after birth and to initiate early breastfeeding. Factors such as anesthesia knowledge, previous anesthesia experience, and maternal age were found to significantly influence preoperative anxiety levels. These findings highlight the importance of effective preoperative education and individualized anesthesia counseling.

Keywords: Cesarean section, pregnant, knowledge, attitude, anxiety

GİRİŞ VE AMAÇ

Sezaryen doğum anormal fetal prezentasyon, obstetrik hemoraji ve doğum distosisi gibi potansiyel olarak yaşamı tehdit eden durumlarda, anne ve bebek sağlığı açısından hayat kurtarıcı bir müdahale niteliği taşımaktadır (1). Sezaryen doğumlar genellikle rejyonel veya genel anestezi altında gerçekleştirilmekte olup (2), maternal ve fetal güvenlik açısından rejyonel anestezi öncelikli olarak tercih edilmektedir (3). Ancak, gebelerin anesteziye yönelik bilgi düzeyi ve tutumları, uygulanacak anestezi yöntemine ilişkin kararlarını etkileyebilmektedir. Literatürde, birçok hastanın anestezi uygulamaları hakkında eksik ya da hatalı bilgiye sahip olduğu; bunun da kaygı düzeylerini artırarak karar süreçlerini olumsuz etkileyebildiği bildirilmektedir (4). Preoperatif dönemde hastalara verilen standart anestezi eğitiminin, bilgi düzeyini artırarak kaygıyı azaltabileceği ve hasta sonuçlarını olumlu yönde etkileyebileceği gösterilmiştir (5).

Gebelik sürecine özgü hormonal ve duygusal değişiklikler, daha önceki olumsuz doğum deneyimleri ya da bireysel faktörler, gebelerde anksiyete düzeyini artırabilmektedir. Nitekim obstetrik hastalarda, diğer cerrahi popülasyonlara kıyasla preoperatif anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (6,7). Yüksek kaygı düzeyleri, bazı hastaların rejyonel anesteziden kaçınarak genel anesteziyi tercih etmesine neden olabilmektedir (8).

Bu çalışmada; hastanemizde sezaryen doğum planı ile doğumhaneye başvuran gebelerin, anestezi yöntemine ilişkin bilgi düzeylerinin, rejyonel ve genel anesteziye yönelik tutumlarının ve tercih nedenlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, anestezi yöntemi ile ilgili tercihlerinin gebelerin demografik özellikleri, önceki anestezi deneyimleri ve anksiyete düzeyleri ile ilgili ilişkileri de incelenmiştir. Anksiyete düzeyinin değerlendirilmesinde, uygulama kolaylığı ve zaman verimliliği göz önünde bulundurularak Durumluk Kaygı Envanteri'nin kısa versiyonu (STAIS) tercih edilmiştir. STAIS ölçeğinin kısa versiyonu, yaygın olarak kullanılan ve geçerliliği kanıtlanmış bir ölçektir. Özgün versiyona kıyasla daha etkili bulunmuş olup, iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayısı 0.896 ile 0.950 arasında rapor edilmiştir. Bu form, özgün ölçekten seçilmiş altı maddeden oluşmaktadır (9).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sezaryen

Sezaryen doğum, fetüsün laparotomi ve ardından histerotomi yoluyla doğurtulması olarak tanımlanır. Sezaryen doğumun iki temel türü mevcuttur: primer sezaryen, ilk kez histerotomi uygulanan olguları ifade ederken; sekonder sezaryen, daha önce bir ya da birden fazla histerotomi geçirmiş uteruslara uygulanan işlemleri tanımlar. Bu tanımlar, uterus rüptürü veya abdominal gebelik gibi durumlarda fetüsün karın boşluğundan çıkarılmasını kapsamaz (10).

Sezaryen doğum, antik çağlardan itibaren çeşitli toplumlarda uygulanan ve hem annenin hem de çocuğun sağ kaldığına ilişkin anlatılarla desteklenen bir cerrahi yöntem olarak kayıtlara geçmiştir. Yunan mitolojisinde, Apollon'un, dini tıp kültünün kurucusu kabul edilen Asklepios'u annesi Koronis'in karnından çıkardığı anlatılmaktadır. Sezaryen doğumun tarihsel kökenleri ise büyük ölçüde efsanelerle şekillenmiş olup, kesin tarihi verilerle desteklenmemektedir. "Sezaryen" teriminin kökenine dair yaygın inanış, Julius Caesar'ın bu yöntemle doğduğudur. Terimin kökeni ayrıca, "kesmek" anlamına gelen Latince "caedere" fiiline ya da postmortem doğumla dünyaya gelen çocuklar için kullanılan "caesones" terimine dayandırılmaktadır. Ancak, "sezaryen" teriminin tam olarak ne zaman ve nasıl ortaya çıktığına dair kesin bir bilgi bulunmamaktadır. On altıncı ve on yedinci yüzyıllara kadar prosedür, "sezaryen operasyonu" olarak adlandırılmaktayken, Jacques Guillimeau'nun 1598 yılında yayımladığı ebelik kitabında "section" teriminin kullanımıyla birlikte, zamanla "operation" ifadesinin yerini "section" almıştır.

Orta Çağlar genellikle bilim ve tıpta duraklama dönemi olarak kabul edilse de, sezaryen doğuma ilişkin bazı anlatılar, bu operasyonun bir gün başarıyla gerçekleştirilebileceğine dair umutların korunmasına ve gelişmesine katkıda bulunmuştur. Annenin ve bebeğin sezaryen doğum sonrasında sağ kaldığına dair bilinen ilk yazılı kayıt, 1500 yılında İsviçre'de gerçekleşmiştir. Bir domuz hadımcısı olan Jacob Nufer, doğum süreci günlerce süren ve on üç ebeden yardım aldığı halde bebeğini dünyaya getiremeyen eşine sezaryen uygulamıştır. Anne hayatta kalmış ve daha sonra, aralarında ikizlerin de bulunduğu beş çocuğu normal doğumla dünyaya getirmiştir. Sezaryen ile doğan çocuk ise 77 yaşına kadar yaşamıştır. Ancak, bu olayın

kayıt altına alınması doğumdan 82 yıl sonra gerçekleştiği için, tarihçiler hikâyenin doğruluğunu sorgulamaktadır (11).

2.1.1. Sezaryen Doğumlarda Aciliyet Durumuna Göre Sınıflama

Sezaryen doğum, operasyonun aciliyet durumuna göre yapılan değerlendirmeyle sınıflandırılır. Bu sınıflandırma, cerrahi girişimin zamanlamasına ve uygulanma hızına ilişkin karar süreçlerinde yol gösterici bir rol üstlenir. Ayrıca sağlık ekibi arasındaki iletişimi güçlendirerek maternal ve perinatal açıdan daha iyi sonuçların elde edilmesine katkı sağlar (12).

Elektif sezaryen, herhangi bir obstetrik aciliyet veya risk bulunmaksızın, belirlenmiş bir zamanda planlı olarak gerçekleştirilen sezaryen doğum yöntemidir (13). Acil sezaryen ise, anne ve bebek hayatını tehdit eden nedenler dolayısıyla akut ve plansız bir şekilde gerçekleştirilen operasyondur (14). Acil sezaryen kendi içinde farklı kategorilere ayrılmaktadır. Tablo 1'de Lucas ve arkadaşlarının 2000'li yıllarda geliştirdiği acil sezaryen doğumlara yönelik klinik temelli sınıflandırma gösterilmiştir. Bu tablo, sezaryen doğumların klinik aciliyetini derecelendirerek hangi durumlarda hızlı müdahale gerektiğini belirlemede rehberlik eder. Böylece hem hasta güvenliği artırılır hem de ekip içi iletişim kolaylaştırılır (15).

Tablo 1. LUCAS sınıflandırması

Kategori	Tanım
Kategori 1	Anne veya fetüsün hayatı tehlikede olduğu acil bir durum mevcut
Kategori 2	Anne veya fetüsün hayatını tehdit eden faktörler bulunmakla beraber, operasyonun hemen gerçekleştirilmesini gerektirecek düzeyde bir aciliyet söz konusu değildir
Kategori 3	Erken doğum gerekli, fakat anne ve fetüsün hayati tehlikesi yok
Kategori 4	Sezaryenle doğum, anne ve doğum ekibi için uygun zamanda elektif şartlarda gerçekleşir

Tablo 2'de acil sezaryen doğumlar Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) 2010 kılavuzlarına göre dört kategori halinde sınıflandırılmıştır (16). Kategori 1 ve Kategori 2 maternal veya fetal aciliyet gerektiren durumlardır. Karar ile doğum arasındaki sürenin sırasıyla 30 ve 45 dakika içinde olması gerekir (17).

Tablo 2. RCOG 2010 kılavuzlarına göre sezaryen aciliyet kategorileri ve endikasyonları

Kategori	Karar ile doğum arasındaki süre	Endikasyonlar
Kategori 1	<30 dk	Fetal distres / fetal bradikardi, kord prolapsusu, şiddetli plasental abrupsiyon, maternal hipovolemi ile birlikte antepartum kanama, uterus rüptürü
Kategori 2	30-45 dk	Maternal hipovolemi olmadan antepartum kanama, başarısız normal doğum, anormal Doppler, güven vermeyen CTG
Kategori 3	45-75 dk	Sefalopelvik orantısızlık, makat gelişi
Kategori 4	>75 dk veya belirli bir zaman yok	Planlı sezaryen, anormal pozisyonlar, ikiz gebelikte bebeklerden birinin makat gelişi, isteğe bağlı sezaryen

2.1.2. Sezaryen Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü, vajinal yolla doğumun yapılamayacağı durumlarda başvurulması gerektiğini belirtmekte ve dünya çapında giderek yaygınlaşan sezaryen oranının %15'ten fazla olmamasını önermektedir (18). Sezaryen oranları, Asya ülkelerinden Bangladeş'te %30,7, Japonya'da %19,7 ve Afrika ülkelerinden Mısır'da %51,8, Güney Sudan'da ise %0,6 olarak saptanmıştır. Kıtalara bakıldığında, Avrupa ülkelerinin bazı örneklerinde sezaryen oranları Finlandiya'da %16,4, Almanya'da

%30,5, Danimarka'da %19,5 olup; Amerika Birleşik Devletleri'nden Dominik Cumhuriyeti'nde %58,1, Brezilya'da ise %55,5 olarak belirlenmiştir (1,19).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'nın 1993 verilerine bakıldığında ülkemizdeki sezaryen oranının %7 olduğunu, daha sonra yayınlanan TNSA verilerine bakıldığında ise 1998, 2003, 2008, 2013 ve 2018'de de bu oranın yükselerek sırasıyla %13,9, %21,2, %37, %48,0 ve %52 olduğu görülmüştür (20). Tablo 3'te yıllara ve sektörlere göre sezaryen ameliyatlarının hastane doğumları içinde oranı gösterilmiştir (21). İlgili tablo incelendiğinde, hem yıllara hem de sağlık hizmeti sunan kurum türlerine göre sezaryen ve primer sezaryen oranlarında artış eğilimi gözlemlenmektedir. 2022 yılı verilerine göre, sezaryen ve primer sezaryen oranları Sağlık Bakanlığı hastanelerinde sırasıyla %46,4 ve %18,5 ile en düşük seviyelerde kaydedilmiştir. Öte yandan, özel hastanelerde bu oranlar belirgin şekilde daha yüksektir; sezaryen oranı %78,1, primer sezaryen oranı ise %46,2 olarak raporlanmıştır. Üniversite hastanelerinde ise sezaryen doğum oranı %62,8 ile özel sektöre oldukça yakın bir düzeyde gerçekleşmiştir (22).

Tablo 3. Yıllara ve Sektörlere göre Sezaryen ve Primer Sezaryen Ameliyatlarının Hastane Doğumları İçindeki Oranı, (%)

Kurum	**Sezaryen Ameliyatı**			**Primer Sezaryen Ameliyatı**		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Sağlık Bakanlığı	42.8	44.6	46.4	16.8	17.5	18.5
Üniversite	71.4	73.1	74.4	36.4	36.8	38.8
Özel	74.1	75.5	78.1	41.8	42.3	46.2
Toplam	59.6	60.9	62.8	30.0	30.3	32.5

2.1.3. Sezaryen Endikasyonları

Maternal ve fetal açıdan yaşamsal risk oluşturan durumların söz konusu olduğu ve vajinal doğumun güvenli bir şekilde tamamlanmasının mümkün olmadığı koşullarda, sezaryen doğum endikasyonu bulunmaktadır (23). Tablo 4'te sezaryen doğum endikasyonları, maternal, fetal ve fetomaternal nedenler olmak üzere üç ana başlık altında sınıflandırılmaktadır. Sezaryen doğumların %85'inden fazlası, anormal prezantasyon, fetal distress, distosi ve geçirilmiş uterin cerrahi gibi dört ana endikasyon nedeniyle gerçekleştirilmektedir (10).

Tablo 4. Sezaryen endikasyonları

MATERNAL	Geçirilmiş sezaryen öyküsü Plasenta invazyon anomalileri Klasik histerotomi öyküsü Uterin insizyonda dehisens Geçirilmiş tam kat myomektomi Kalıcı serklaj Geçirilmiş trakelektomi Genital kanalı darlığa sebep olan kitle İnvaziv servikal kanser Geçirilmiş pelvik rekonstrüktif cerrahi Perineal travma Pelvik deformitesi HSV ya da HIV Kardiyak veya pulmoner hastalık Serebral anevrizma ya da arterio-venöz malformasyon Perimortem sezaryen ile doğum Geçirilmiş yenidoğan travması
MATERNAL-FETAL	Sefalopelvik uyumsuzluk Başarısız vajinal doğum Plasenta previa ya da ablasyo plasenta
FETAL	Güven vermeyen fetal durum Malprezentasyon Makrozomi Konjenital anomali Anormal umblikal kord doppler bulguları Trombositopeni

2.2. Anestezi Yöntemleri

Sezaryen operasyonlarında tercih edilen anestezi yöntemi, anesteziye bağlı komplikasyonların görülme sıklığını etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalarda, genel anestezi uygulanan olgularda mortalite ve morbidite oranlarının, rejyonel anesteziye kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Genel anestezi sırasında meydana gelen ölümlerin büyük bir kısmı; entübasyonun başarısız olması, yetersiz oksijenlenme ve ventilasyon ile mide içeriğinin akciğerlere kaçması gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Rejyonel anestezi ile ilişkili ölüm vakalarının ise daha çok epidural anestezi sırasında ortaya çıktığı, spinal anestezide ise bu oranın daha düşük olduğu rapor edilmiştir. Bu ölümlerin başlıca nedenleri arasında lokal anesteziklerin sistemik toksik etkileri ve blok seviyesinin beklenenden yüksek olması yer almaktadır (24). Gebelerde meydana gelen fizyolojik değişiklikler, anestezistler için bilinmesi gereken önemli konular arasındadır. Gebelik sürecinde kardiyak debi ve kalp hızı artarken, plazma hacmi, ventilasyon sayısı ve oksijen tüketimi de yükselir. Bununla birlikte, sistemik vasküler direnç azalır, dilüsyonel anemi gelişir, fonksiyonel rezidüel kapasite düşer ve hiperkoagulabilite gözlenir. Ayrıca, gebelerde havayolu ödemi, mide içeriğinin aspirasyona yatkın hale gelmesi, fonksiyonel rezidüel kapasitenin azalması ve artan oksijen tüketimi nedeniyle hızlı desaturasyon riski hava yolu yönetiminde zorluklara yol açabilir (25,26).

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde altı yıllık inceleme döneminde toplam 10.819 doğum gerçekleşmiş olup bunların 5953'ü sezaryen ile sonuçlanmıştır. Sezaryen yapılan olgularda 1479 hastaya genel anestezi, 4474 hastaya ise rejyonal anestezi uygulanmıştır. Rejyonal anestezi yöntemleri incelendiğinde; 1203 hastada spinal anestezi (%26,9), 830 hastada epidural anestezi (%18,5) ve 2441 hastada kombine spinal-epidural anestezi (%54,6) tercih edilmiştir. Ayrıca 2005 yılında %63,8 olan rejyonal anestezi oranının, 2010 yılına gelindiğinde %84,6'ya yükseldiği belirlenmiştir (27).

2.2.1. Spinal Anestezi

Spinal anestezi, spinal sinir köklerinde nöronal iletinin geçici olarak blokajını sağlayan bir yöntemdir. Subaraknoid aralığa enjekte edilen lokal anestezikler, opioidler ve klonidin gibi ilaçlar, somatik ve visseral duyu ile motor ve otonomik impuls iletimini baskılar. Böylece, amaçlanan doğrultuda analjezi veya anestezi oluşturulur. İnsanlarda ilk spinal anestezi uygulaması, 1898 yılında August Bier tarafından kokain kullanılarak gerçekleştirilmiştir (28). Erişkinlerde spinal kordun sonlanma seviyesi genellikle L1 düzeyinde olup, T12 ile L3 arasında değişkenlik gösterebilir. Bu nedenle, spinal kord hasarını önlemek amacıyla lumbar ponksiyonun L3-4, L4-5 veya L5-S1 aralıklarından yapılması tercih edilir (29).

2.2.1.1. Spinal Anestezi Endikasyonları

Spinal anestezi; alt ekstremite ve kalça cerrahisi, perineal ve rektal girişimler, alt karın operasyonları, kasık fıtığı onarımları, ürolojik endoskopik işlemler, lomber düzeyde spinal girişimler, alt ekstremite damar cerrahisi ve amputasyonları ile birlikte doğum ve sezaryen gibi obstetrik müdahalelerde sıkça kullanılan bir anestezi yöntemidir (23).

2.2.1.2. Spinal Anestezi Kontrendikasyonları

Spinal anestezi uygulamasının kontrendike olduğu durumlar kesin, göreceli ve tartışmalı kontrendikasyonlar olarak sınıflandırılmaktadır (30).

Kesin Kontrendikasyonlar:

- Enjeksiyon bölgesinde enfeksiyon varlığı
- Hastadan onam alınamaması
- Koagülopati ya da diğer kanama diyatezlerinin bulunması
- Ciddi hipovolemi
- İntrakraniyal basınç artışı

Göreceli Kontrendikasyonlar:

- Sepsis
- Kooperasyonun sağlanamadığı hastalar
- Önceden mevcut nörolojik defisit
- Demiyelinizan hastalıklar
- Stenotik kalp kapağı hastalığı
- Sol ventrikül çıkış darlığı (hipertrofik obstrüktif kardiyomiyopati)
- İleri derecede spinal deformite

Tartışmalı rölatif kontrendikasyonlar:

- Enjeksiyon bölgesine yönelik geçirilmiş sırt cerrahisi
- Komplike cerrahiler
- Uzun sürecek cerrahiler
- Majör kan kaybı öngörülen durumlar
- Solunumu riske atabilecek manevralar

2.2.2. Epidural Anestezi

Epidural anestezi, ilk olarak 1890'lı yıllarda Cathelin'in sakral bölgedeki uygulamalarıyla klinik kullanıma girmiştir. Daha sonra 1921 yılında Pages, bu yöntemi lomber bölgeye adapte ederek geliştirmiştir. Spinal anestezi amacıyla Tuohy tarafından 1945 yılında geliştirilen kateter tekniğinin, Carbelo tarafından epidural blok sırasında uygulanmaya başlanması ise, epidural anestezi açısından çığır açıcı bir gelişme olarak değerlendirilmektedir (23).

Epidural anestezi, kateter aracılığıyla lokal anestezik ajanların istenilen blok seviyesine göre titrasyonuna olanak sağlaması, anestezi süresinin uzatılabilmesi ve postoperatif dönemde uzun süreli analjezi uygulanabilmesi gibi özellikleriyle spinal anesteziye göre bazı avantajlar sunan bir rejyonel anestezi tekniğidir. Doğum

analjezisi amacıyla epidural kateter yerleştirilmiş gebelerde, cerrahi müdahale gerektiğinde mevcut kateter üzerinden epidural anestezi uygulamasına geçilmesi mümkündür. Dura ponksiyonu içermemesi nedeniyle postdural ponksiyon baş ağrısı insidansı spinal anesteziye kıyasla daha düşüktür. Ancak, epidural iğne ya da kateterin durayı kazara delmesi durumunda, baş ağrısı gelişme riski spinal anesteziye oranla artış gösterebilir. Anestezik etkinin yavaş başlaması nedeniyle epidural anestezi, acil obstetrik girişimlerde tercih edilmeyebilir. Bununla birlikte, yüksek riskli obstetrik olgularda sempatik blokajın daha yavaş gelişmesi sayesinde hemodinamik stabilitenin korunmasına katkı sağlaması önemli bir avantaj olarak değerlendirilmektedir.

Epidural anestezinin başlıca dezavantajları arasında, teknik olarak uygulamasının daha karmaşık olması, spinal anesteziye kıyasla kullanılan lokal anestezik dozlarının yaklaşık 5 ila 10 kat daha fazla olması nedeniyle maternal sistemik toksisite riskinin artması ve kullanılan ilaçların plasental bariyeri geçerek fetüs üzerinde potansiyel etkiler oluşturabilmesi yer almaktadır. Ayrıca, spinal anesteziye göre eşdeğer düzeyde motor ve duyusal blok sağlanamaması da önemli bir sınırlılıktır. Özellikle L5 ve S1 gibi kalın spinal sinir köklerinin lokal anesteziklere karşı daha dirençli olması nedeniyle sakral bölgede yetersiz anestezi gelişebilir. Bununla birlikte, ilaçların sefalad yönde yayılımındaki sınırlılıklar, bazı olgularda cerrahi sırasında ek sistemik analjezik gereksinimini doğurabilir (24).

2.2.3. Kombine Spinal-Epidural Anestezi

Kombine spinal-epidural anestezi (KSE), spinal ve epidural tekniklerin avantajlarını bir arada sunan bir bölgesel anestezi yöntemidir. Spinal anestezinin hızlı başlangıçlı ve yoğun blok etkisi ile epidural anestezinin süreklilik sağlayan ve titrasyon yapılabilen yapısı bu teknikte birleştirilmiştir. Obstetrik anestezide özellikle sezaryen operasyonlarında sık tercih edilmektedir.

KSE, intratekal alana düşük doz lokal anestezik uygulanmasının ardından, epidural alana kateter yerleştirilmesi ile gerçekleştirilir. Bu uygulama ile hızlı duyusal ve motor blok elde edilirken, epidural kateter aracılığıyla anestezinin süresi

uzatılabilir, ek dozlarla blok seviyesi ayarlanabilir. Böylece hemodinamik stabilite korunur, anestezi derinliği gerektiğinde modifiye edilebilir. Spinal komponentte genellikle 2.5–9 mg arasında değişen düşük doz bupivakain tercih edilmekte, ardından epidural aralığa verilen serum fizyolojik veya lokal anestezik ile epidural volüm ekstansiyonu (EVE) sağlanarak blok seviyesinin genişlemesi amaçlanmaktadır. Bu uygulama "düşük doz ardışık KSE" tekniği olarak adlandırılır. EVE yöntemi sayesinde intratekal lokal anestezik dozu popülasyonun %95'inde etkili olan dozun (ED95) altında tutulabilir, bu da hipotansiyon riskini azaltmakta ve maternal hemodinamik stabiliteyi desteklemektedir.

KSE'nin en belirgin avantajları arasında hızlı ve etkili blok başlangıcı, epidural yol ile analjezi süresinin uzatılabilmesi ve gerektiğinde tekrar doz uygulanabilmesi yer alır. Bununla birlikte, blok yüksekliğinin tam olarak öngörülememesi ve nadiren total spinal bloğa dönüşme riski, bu tekniğin dikkatle uygulanmasını gerektirir (24).

2.2.3. Genel Anestezi

Genel anestezi, geçmişte hem vajinal doğumlar hem de sezaryen için birincil anestezi yöntemi olarak kullanılmaktaydı. Obstetrik anestezi alanındaki gelişmelerle birlikte, genel anestezi büyük ölçüde rejyonal anestezi teknikleriyle yer değiştirmiştir. ABD'de obstetrik anestezi uygulamalarına yönelik gerçekleştirilen en güncel on yıllık ankette, sezaryenlerde genel anestezi kullanımının 1981'de %35 iken 2011'de %25'in altına düştüğü ve vakaların büyük çoğunluğunun acil durumlara ait olduğu bildirilmiştir (31). Günümüzde, sezaryen operasyonlarının yaklaşık %6'sında hala genel anestezi ve trakeal entübasyon uygulanması gerektiği tahmin edilmektedir (32).

Genel anesteziye bağlı en ciddi komplikasyonlar arasında başarısız trakeal entübasyon ve aspirasyon riski ile bunun sonucunda gelişen aspirasyon pnömonisi yer almaktadır (33). Obstetrik anestezi pratiğinde zor entübasyon yönetimine yönelik ayrıntılı kılavuzlar geliştirilmiş olsa da trakeal ekstübasyon ve postoperatif dönemde de dikkatli olunması gerektiği vurgulanmalıdır (34). Michigan, ABD'de gerçekleştirilen maternal mortaliteye ilişkin bir incelemede, 18 yıllık süre zarfında anestezi ile ilişkili sekiz ölüm

raporlanmış olup, bu vakaların beşi hava yolu obstrüksiyonu veya hipoventilasyon nedeniyle gelişmiş ve ekstübasyon sonrası ya da derlenme ünitesinde meydana gelmiştir (35).

Genel anestezi indüksiyonu sırasında baş yukarı pozisyonunun rutin olarak kullanılması önerilmektedir, çünkü bu pozisyon büyük memelere sahip gebelerde hava yolu manevralarını ve laringoskopiyi kolaylaştırmaktadır. Anestezi indüksiyonu ve entübasyon sırasında desatürasyonu önlemek amacıyla aşağıdaki önlemlerin kombinasyon halinde uygulanması önerilmektedir: end-tidal oksijen seviyesi %90'a ulaşana kadar en az üç dakika süreyle sıkı oturan bir yüz maskesi ile preoksijenizasyon, entübasyon öncesinde maske ventilasyonu (maksimum pik inspiratuar hava yolu basıncı 20 cmH_2O olacak şekilde) ve 5–15 L/dak hızında nazal kanül aracılığıyla apneik oksijenasyon sağlanması. Obstetrik olmayan hastalarda, yüksek akımlı nemlendirilmiş nazal oksijen (60 L/dak'ya kadar) preoksijenizasyon ve hızlı seri indüksiyon sırasında apneik oksijenasyon sağlamak amacıyla kullanılabileceğine dair kanıtlar mevcuttur. Ancak, gebelerde yapılan güncel çalışmalar, yüksek akımlı nemlendirilmiş oksijenin yüz maskesi ile preoksijenizasyona kıyasla daha az etkili olabileceğini öne sürmekle birlikte, bu çalışmalar apneik oksijenasyonun avantajlarını araştırmamıştır (36).

Obstetrik anestezide hızlı seri entübasyon için propofol kullanımı, bazı önemli avantajlar sunmaktadır. Bunlar arasında, yaygın kullanımı ve erişilebilirliği, ilaç hatası riskinin azalması ve tiopentale kıyasla hava yolu reflekslerinin daha etkin baskılanması yer almaktadır. İngiliz Anestezistler Kraliyet Koleji'nin 5. Ulusal Denetim Projesi (NAP5), obstetrik hastalarda ve beklenmedik zor hava yolu vakalarında genel anestezi sırasında intraoperatif farkındalık insidansının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu nedenle, zor hava yolu ile karşılaşıldığında ek indüksiyon ajanı dozlarının hazır bulundurulması ve gerektiğinde uygulanması önerilmektedir (37).

Entübasyon koşulları, anafilaksiye ilişkin görece riskler ve sugammadeksin yüksek maliyeti gibi tartışmalı konular nedeniyle, nöromüsküler bloker ajan (NMBA) seçimi konusunda süksametonyum ile sugammadeks desteğinde rokuronyum

kullanımı arasındaki tercih halen tartışmalıdır. Obstetrik anestezide genel anestezi indüksiyonunun rutin bir parçası olarak kısa etkili opioidlerin kullanılması konusunda fikir birliği bulunmamaktadır. Bununla birlikte, preeklampsi, maternal kardiyak hastalık veya nörolojik yetmezlik varlığında, indüksiyon öncesinde dikkatli dozlarda opioid uygulanması, entübasyona bağlı hipertansif yanıtı azaltarak kardiyovasküler stabiliteyi sağlamakta ve intraoperatif farkındalık riskini düşürmektedir (38,39).

2.3. Nöroaksiyel Anestezi Uygulamalarında Gözlemlenen Komplikasyonlar

Nöraksiyel anestezi uygulamalarında yaygın görülebilecek komplikasyonların önlenebilmesi için hasta seçimi dikkatle yapılmalı ve uygun bakım koşulları sağlanmalıdır. Bu komplikasyonların büyük bir kısmı oldukça düşük sıklıkla görülse de klinik açıdan farkında olunmaları önem arz etmektedir (40).

Sıklıkla karşılaşılan bazı komplikasyonlar: (41,42)

- Sırt ağrısı: Özellikle epidural anestezi uygulamalarından sonra daha sık görülmektedir.
- Postdural ponksiyon baş ağrısı
- Bulantı ve kusma
- Hipotansiyon
- Düşük frekanslı işitme kaybı
- Total spinal anestezi
- Nörolojik yaralanmalar
- Spinal hematom oluşumu
- Araknoidit
- Geçici nörolojik sendrom: Lidokain kullanımı ile ilişkilendirilmektedir

2.4. Anksiyete

Anksiyete kelimesi, Latince 'angor' isim kökünden ve 'ango' (sıkmak, boğmak) fiilinden türetilmiştir. Bu terimlerle kökensel olarak ilişkili olan 'angustus' kelimesi ise 'dar' anlamına gelir. Bu kelimelerin tamamı, modern Almanca'da 'Angst' biçiminde görülen ve Hollandaca, Danca, Norveççe ile İsveççe'de benzer formlara sahip olan terimlere kaynaklık eden bir Hint-Avrupa köküne dayanmaktadır. Anlam bakımından darlık ile anksiyete arasındaki bu ilişki, Tevrat İbranicesinde de karşımıza çıkmaktadır (43).

Anksiyete; korku, gerginlik ve huzursuzluk duygularıyla birlikte seyreden, birey açısından rahatsızlık verici bir emosyonel durum olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete iki biçimde tanımlanmıştır: durumluk (state) anksiyete ve sürekli (trait) anksiyete (44). Ameliyat adayı hastaların %60 ila %80'inde preoperatif anksiyete görülmektedir (45). Preoperatif anksiyetenin azaltılması, cerrahi sonuçların iyileştirilmesine, hastanede kalış süresinin kısaltılmasına ve yaşam tarzında oluşabilecek bozulmaların en aza indirilmesine katkı sağlar (46). Ameliyat öncesinde bilgi verilmesi, hastaların anksiyetesini azaltabilir (47).

2.4.1. Gebelik ve Anksiyete

Gebelik, kadınlar için ruhsal hastalıkların gelişimine karşı hassasiyetin arttığı özel bir dönemdir (48). Bu dönemde ortaya çıkan anksiyete, yalnızca annenin fiziksel ve ruhsal sağlığını değil, aynı zamanda doğum sonuçlarını ve çocuğun yaşam boyu sürecek davranışsal ve biyolojik gelişimini de olumsuz etkileyebilmektedir (49,50). Ancak, gebelik süresince değerlendirilen genel anksiyete düzeylerinin, fetüs sağlığı ve doğum sonuçlarındaki değişkenliğin yalnızca sınırlı bir kısmını açıklayabildiği bildirilmektedir (51).

Bu bulgular, gebelikle özgül olarak ilişkili anksiyetenin, yaygın anksiyete bozukluklarından ve depresyondan farklı bir yapıya sahip olduğunu ve gebelik bağlamına özgü kaygıları daha iyi yansıttığını düşündürmektedir (50,52,53). Gebeliğe özgü anksiyete; annenin gebeliği, doğum süreci, fetüs veya yenidoğanın sağlığı, sosyal

destek düzeyi ve ekonomik kaygılar gibi özgün konulara dair korku, endişe ve kaygıları kapsamaktadır (51). Ayrıca, gebelikteki beden algısı, annelik rolüyle başa çıkabilme yeterliliği ve ebeveynlik sorumluluklarına yönelik duyulan kaygılar da bu kapsamda değerlendirilmektedir (54).

Gebelikle ilişkili anksiyete, yalnızca gebelik sürecini değil; doğumun seyri, doğum sonrası dönemde anne ve çocuk sağlığı ile psiko-sosyal uyumu da etkileyen önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır (50). Bu tür anksiyete ile artmış maternal mortalite (55), erken doğum riski (56), çocuklarda bilişsel gelişim bozuklukları (57), düşük doğum ağırlığı (58), zayıf anne-bebek bağlanması ile anlamlı ilişkiler saptanmıştır (59).

2.4.2. Preoperatif Anksiyete

Perioperatif anksiyete; preoperatif, intraoperatif ve postoperatif dönem boyunca ortaya çıkan, kaygı ve huzursuzluk hissiyle karakterize edilen ve olası tehditlere karşı gelişen duygusal bir yanıt olarak tanımlanmaktadır (60,61). Bu anksiyete durumunun fizyolojik etkileri de söz konusudur; sempatik adrenal-medüller sistemin aktive olmasıyla dolaşım sistemi etkilenebilmekte, bu da maternal koroner arterlerde daralmaya, kan viskozitesinin artmasına ve kalp krizi riskinin artmasına yol açabilmektedir (62). Bu nedenle, perioperatif dönemde artmış anksiyetenin erken dönemde tanınması ve uygun şekilde yönetilmesi büyük önem taşımaktadır. Aksi takdirde, iyileşme süreci uzayabilir, hastanede yatış süresi artabilir ve maternal ağrı algısında artış meydana gelerek analjezik ilaçlara olan gereksinim artabilir (63,64).

Preoperatif anksiyete, anestezi ve cerrahi sırasında artmış mortalite nedenlerinden biridir (65). Hastaların hemodinamikleri üzerinde önemli bir etkisi olup, preoperatif dönemde gereksiz bir şekilde kalp hızı ve arteriyel kan basıncında artışa yol açarak akut miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği ve pulmoner ödem gelişimine neden olabilir; bu durum kardiyak mortalite oranlarının artmasıyla sonuçlanır (66). Ayrıca, preoperatif anksiyete spinal anestezi sonrası hipotansiyon insidansını artırabilir (67) ve bu durum sıvı replasmanı ile vazopresör kullanım gereksinimini

doğurur (68). Preoperatif anksiyete, kadınların sezaryen doğumu reddetmesine yol açabilir ve bu da yalnızca anksiyete ile ilişkili komplikasyonlar değil, aynı zamanda fetüs ve anne açısından ölümcül sonuçlara neden olabilir (66,69). Ayrıca, neonatal sonuçlar üzerinde de olumsuz etkileri bulunmakta olup, yenidoğanın Cilt rengi, Nabız, Yüz ifadesi, Refleks yanıtı ve Solunum (APGAR) skorunda düşüşe neden olabilir (70). Preoperatif anksiyete, tekrar hastaneye yatışların önde gelen nedenlerinden biridir (65); hastanede kalış süresinin uzaması, enfeksiyon gelişimi, artmış analjezik gereksinimi ve hastane maliyetlerini artırarak maternal memnuniyetin azalmasına neden olur (64,65,71,72).

Literatürde, gebelik sürecinde annelerin yaklaşık %30,9'unun anksiyete yaşadığı bildirilmektedir (73). Prenatal anksiyete, maternal kortizol düzeylerinde artışa, anti-inflamatuar sitokinlerde değişimlere ve emzirme oranlarında azalmaya yol açabilirken; neonatal dönemde ise erken doğum riskini artırabilmektedir (74).

2.5. Anesteziye İlişkin Bilgi Eksikliği

Hastalarda anesteziye ilişkin bilgi eksikliği, çeşitli düzeylerde kaygıların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Kanada'da gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık %20'si ameliyat sırasında uyanık kalma, beyin hasarı ve hafıza kaybı gibi ciddi komplikasyonlara dair endişe duyduğunu belirtmiştir. Bunun yanı sıra, %12'si operasyon sırasında ölüm, %9'u ameliyat sonrası ağrı ve %12'si bulantı-kusma gibi yan etkiler konusunda kaygı yaşadığını ifade etmiştir. Katılımcıların çoğu ise preanestezik değerlendirmenin cerrahi hazırlık sürecinde önemli bir basamak olduğunu kabul etmektedir. Özellikle nadir görülen ancak ağır sonuçlar doğurabilecek durumlara yönelik bu yaygın kaygılar, preoperatif bilgilendirme süreçlerinin hastaların korkularını azaltacak şekilde planlanmasının önemini ortaya koymaktadır. Buna karşılık, daha sık gözlenen ancak yönetilebilir olan bulantı, kusma ve postoperatif rahatsızlık gibi komplikasyonların daha az endişe yarattığı görülmektedir (75).

Daha önce yapılan çalışmalar, hastaların çoğunlukla anestezistleri tanımadıklarını, onların eğitim düzeyleri hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ve ameliyathanedeki görevlerinden habersiz olduklarını ortaya koymuştur (76–78).

Anestezi uygulamaları hakkında hastaların bilgi düzeyini artırmak amacıyla hazırlanan kitap ve broşürler etkili olmuştur (79). Anesteziye dair verilen bilgiler, hastanın kaygı ve stres düzeyini azaltmaktadır (80).

2.6. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)

Anksiyete gelişmiş ya da gelişme olasılığı bulunan bireylerde, en sık başvurulan değerlendirme araçlarından biri Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteridir (STAI) (81). STAI, her biri 20 maddeden oluşan Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı alt ölçeklerini içeren toplam 40 maddelik bir ölçektir (82). Spielberger tarafından geliştirilen 40 maddelik Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, bireylerin kaygı düzeylerini iki ayrı boyutta ölçmeyi amaçlamaktadır. Durumluk Kaygı Envanteri bireyin mevcut psikolojik durumunu değerlendirir ve katılımcıların "şu anda" nasıl hissettiklerine odaklanır. Bu alt ölçek; huzursuzluk, gerginlik, endişe, korku gibi subjektif duygular ile otonom sinir sisteminin uyarılma düzeyini ölçmeye yönelik maddeler içerir. Sürekli Kaygı Envanteri ise bireyin kaygıya karşı yatkınlığını, yani kişilik yapısının daha stabil ve kalıcı bir yönünü değerlendirir. Bu kapsamda, bireyin genel anlamda sakinlik, güven ve öz güven düzeyleri ele alınmaktadır (83).

Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 1977 yılında Necla Öner tarafından yapılmış ve başarılı sonuçlar elde edilmiştir (84).

Ölçeğin kısa versiyonları bağımsız çalışmalarla geliştirilmiştir. Marteau ve Bekker tarafından 1992 yılında bu ölçeğin 20 maddeden oluşan kısa formu geliştirilmiş (85). S-Anxiety alt ölçeğinde verilen yanıtlar, bireyin "şu anda" hissettiği duyguların yoğunluğunu değerlendirmeyi amaçlar ve şu seçeneklerle derecelendirilir: 1) hiç, 2) biraz, 3) oldukça, 4) çok. T-Anxiety alt ölçeği ise bireyin duygularını "genel olarak" ne sıklıkla yaşadığını ölçer; yanıt seçenekleri şu şekildedir: 1) neredeyse hiç, 2) bazen, 3) sık sık, 4) neredeyse her zaman (82).

Spielberger tarafından geliştirilen 40 maddelik Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri uzun olması nedeniyle uygulamada bazı pratik zorluklara yol açmaktadır (83). Bu nedenle Zsido ve arkadaşları tarafından ölçeğin 10 maddelik kısa versiyonu Durumluk Kaygı Envanteri Kısa Versiyonu ve Sürekli Kaygı Envanteri Kısa Versiyonu (STAIS-5 ve STAIT-5) geliştirilmiş (86). Türkçeye uyarlama ve geçerlik–

güvenirlik çalışması daha önceden yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, kısa formun Türkçe versiyonunun psikometrik açıdan geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle, kısa versiyon STAI ölçekleri, zaman kısıtlı ortamlarda kaygı düzeylerinin değerlendirilmesinde etkili bir araç olarak önerilmektedir (87).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Doğumhane Ünitesinde, elektif sezaryen planlanan gebelerin anesteziye yönelik bilgi düzeyleri ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmış, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Doğumhane ünitesinde doğum amacıyla başvuran ve elektif sezaryen operasyonu planlanan gebeler oluşturmuştur.

Çalışmaya, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 23.10.2024 tarih ve 2024/35-14 Karar no'lu onayı alındıktan sonra sezaryen doğum amacıyla doğumhaneye yatırılan 18 yaş üstü 331 gebe dahil edildi.

Gebelerden araştırmaya katılım için gerekli olan bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle anket soruları yöneltildi ve katılımcılardan Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri'nin kısa formunu (STAIS) bireysel olarak yanıtlamaları istendi (EK-2, EK-3). Bu form toplam altı ifadeden oluşmakta olup, bireyin mevcut durumda hissettiği anksiyete düzeyini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Katılımcılar, her ifadeye 1 (hiç) ile 4 (çok) arasında puan vererek cevapladı.

Dışlama Kriterleri :

1. Anketi cevaplamak istemeyen
2. Türkçe bilmeyen
3. Sezaryen aciliyet kategorisi 1 ve 2 olan gebeler
4. İletişim kurulamayan

4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 30 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (*n*), yüzde (%), ortalama ± standart sapma, medyan, kartiller arası uzaklık, minimum, maksimum değerleri olarak verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk normallik testi ile değerlendirildi. Sayısal değişkenler için iki grup karşılaştırmaları Mann-Whitney U testi ile yapıldı. Sayısal değişkenler için ikiden fazla grup karşılaştırmaları Kruskal-Wallis analizi ile yapıldı. Çoklu karşılaştırma testi olarak Dunn-Bonferroni testi kullanıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirildi. STAIS maddeleri üzerinde etkili faktörler çoklu doğrusal regresyon analizleri ile değerlendirildi. Kategorik değişkenler regresyon modellere kukla (dummy) değişken olarak alındı. Sonuç modele geriye doğru eleme yöntemi ile ulaşıldı. Kategorik değişkenler Yates Kikare testi ile karşılaştırıldı. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde, https://www.calculator.net/sample-size-calculator.html adresinde yer alan örneklem hesaplayıcısı kullanıldı. Bilinen oranlara göre tek popülasyon örneklem formülü esas alındı. Daha önce yapılan benzer bir çalışmada, sezaryen uygulanacak gebe hastalarda anestezi hakkında bilgi sahibi olma oranı yaklaşık %31,3 olarak bildirilmiştir (39). Bu orana göre %95 güven düzeyi ($\alpha = 0,05$) ve %5 hata payı ile çalışmamız için gerekli örneklem büyüklüğü 331 olarak hesaplandı.

5. BULGULAR

Çalışmada 331 gebe yer almıştır. Tablo 5'e göre gebelerin yaşların 19-45 yıl aralığındadır ve ortalama yaş 30,5±5,3'tür. Ortalama gebelik haftası 37,8±2,3'tür. İlk gebeliği olan gebe sayısı 113'tür (%34,1). Beş ve üzeri gebeliği olan gebe sayısı 29'dur (%8,8). Normal dışı bir durum 54 (%16,3) bebekte söz konusudur. Sağlık sorunu olan 122 (%36,9) gebe bulunmaktadır. Hipotiroidi 35 (%10,9), preeklamsi 32 (%9,7), gestasyonel diyabet 24 (%7,3) gebede mevcuttur. Gebelerin 157'si (%47,4) lise, 108'i (%32,7) üniversite mezunudur. Ev hanımı olan gebe sayısı 174'tür (%52,6).

Tablo 5. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri (N=331)

Değişkenler	**İstatistikler**
Yaş, (*yıl*)	30,5±5,3 (19-45)
Gebelik Haftası	37,8±2,3 (25,6-41,0)
Kaçıncı Gebelik, *n* (%)	
Bir	113 (34,1)
İki	106 (32,0)
Üç	51 (15,4)
Dört	32 (9,7)
Beş ve üzeri	29 (8,8)
Bebekte beklenen normal dışı bir durum, *n* (%)	
Hayır	277 (83,7)
Evet	54 (16,3)
Herhangi bir Sağlık Sorunu, *n* (%)	
Yok	209 (63,1)
Var	122 (36,9)
Sağlık Sorunu*, *n* (%)	
Hipotiroidi	35 (10,6)
Preeklampsi	32 (9,7)
Gestasyonel DM	24 (7,3)
Astım	20 (6,0)
HT	19 (5,7)
Hashimato	10 (3,0)

Tablo 5. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri (N=331)
(devamı)

Değişkenler	**İstatistikler** *n* (%)
Eğitim Durumu, *n* (%)	
Lise	157 (47,4)
Üniversite	108 (32,7)
Ortaokul	48 (14,5)
İlkokul	18 (5,4)
Meslek, *n* (%)	
Ev hanımı	174 (52,6)
Memur	50 (15,1)
İşçi	40 (12,1)
Serbest meslek	34 (10,3)
Diğer	33 (10,0)

n: Gebe sayısı, %: Yüzde değer, sayısal değişkenler ortalama±standart sapma [medyan (min-max)] olarak verilmiştir.

Tablo 6'ya göre gebelerin 299'u (%90,3) daha önce herhangi bir cerrahi işlemle ilgili anesteziyi duyduğunu ve 265 (%80,1) gebe duydukları anestezinin sezaryen anestezisi ile ilgili olduğunu belirtmiştir. Doğumunun sezaryen girişim ile yapılmasının nedenini "Tıbbi nedenle öyle olması gerekiyor" olarak ifade eden gebe sayısı 164 (%49,5), "Doktorum öyle uygun gördü, nedenini bilmiyorum" olarak ifade eden gebe sayısı 55'tir (%16,6). Sezaryen anestezisi ile ilgili bilgiyi anestezi doktorundan edinen gebe sayısı 73 (%22,1), internet/sosyal medyadan edinen gebe sayısı 62'dir (%18,7). Sezaryen için spinal anestezi (belden) yöntemini duyan 230 (%69,5), genel anestezi (uyutularak) yöntemini duyan 161 (%48,6) gebe mevcuttur. Gebelerin 207'sine (62,5) daha önce doğum veya diğer herhangi bir cerrahi işleminde anestezi uygulanmıştır. Sezaryen doğum için belden (spinal/epidural) anestezi uygulanan gebe sayısı 115 (%34,7), normal doğum için belden (spinal/epidural) anestezi uygulanan gebe sayısı 18'dir (%5,4). Daha önce kendisine uygulanan anestezi ile ilgili herhangi bir yan etki yaşayan gebe sayısı 63'tür (%). Yan etki olarak 27 (%8,2) gebe ameliyat sonrası baş ağrısı, 27 (%8,2) gebe ameliyat sonrası bulantı, kusma yaşamıştır. Gebelerin 179'u (%54,1) spinal veya belden uygulanan diğer anestezi yöntemleri hakkında az bilgisi olduğunu belirtmiştir. Spinal anesteziyi doğumunda

tercih edecek gebe sayısı 232'dir (%70,1). Anestezi yöntemini tercih nedenlerinden birini "Doğum yaptıktan sonra bebeğimi hemen görmek istiyorum" olarak belirten gebe sayısı 258 (%77,9), "Bebeğimi daha erken emzirmeye başlamak istiyorum" olarak belirten gebe sayısı 146'dır (%44,1). Anestezi öncesi bilgi paylaşımının çok önemli olduğunu 276 (%83,4) gebe belirtmiştir. "Sezaryen ile doğum için anestezi yöntemi ile ilgili bilgiyi kimden ve/veya nasıl edinmek istersiniz?" sorusuna 263 (%79,5) gebe "Sezayen tarihi belli olduğunda anestezi doktorundan", 98'i (%29,6) "Sezaryen tarihi belli olduğunda kadın doğum doktorundan" cevabını vermiştir.

Tablo 6. Gebelerin Anestezi ile İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

Değişkenler	**İstatistikler** *n* (%)
Daha önce herhangi bir cerrahi işlemle ilgili anesteziyi duydunuz mu?	
Evet	299 (90,3)
Hayır	32 (9,7)
Duyduysanız bu sezaryen anestezisi ile ilgili miydi?	
Evet	265 (80,1)
Hayır	66 (19,9)
Doğumunuzun sezaryen girişim ile yapılmasının nedeni nedir?	
Tıbbi nedenle öyle olması gerekiyor	164 (49,5)
Doktorum öyle uygun gördü, nedenini bilmiyorum	55 (16,6)
Bebeğimin sağlığı ile ilgili bir nedenle	47 (14,2)
Benim sağlığım ile ilgili bir nedenle	41 (12,4)
Ben öyle istiyorum	11 (3,3)
Normal doğumdan koktuğum için	11 (3,3)
Normal doğum sırasında ağrı çekmek istemiyorum	2 (0,6)
Sezaryen anestezisi ile ilgili bilgiyi nereden edindiniz?	
Anestezi doktorundan	73 (22,1)
İnternet/sosyal medya	62 (18,7)
Sezaryen anestezisi ile ilgili bilgim yok	56 (16,9)
Kadın doğum doktorundan	56 (16,9)
Komşu/arkadaşlarımdan	47 (14,2)
Ailemden	31 (9,4)
Diğer	6 (1,8)

Değişkenler	İstatistikler *n* (%)
Sezaryen için hangi tip anestezi yöntemlerini duydunuz?	
Spinal anestezi (belden)	230 (69,5)
Genel anestezi (uyutularak)	161 (48,6)
Epidural anestezi (belden)	137 (41,4)
Herhangi bir anestezi yöntemi duymadım	37 (11,2)
Daha önce doğum veya diğer herhangi bir cerrahi işleminizde anestezi uygulandı mı?	
Evet	207 (62,5)
Hayır	124 (37,5)
Sezaryen doğum için	
Belden (spinal/epidural)	115 (34,7)
Genel anestezi	21 (6,3)
Normal doğum için	
Belden (spinal/epidural)	18 (5,4)
Diğer girişimler	
Genel anestezi	101 (30,5)
Belden (spinal/epidural)	7 (2,1)

n: Gebe sayısı, %: Yüzde değer, *: Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Tablo 6. Gebelerin Anestezi ile İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı (devamı)

Değişkenler	İstatistikler
Daha önce size uygulanan anestezi ile ilgili herhangi bir yan etki yaşadınız mı?	
Hayır	268 (81,0)
Evet	63 (19,0)
Yanıtınız evet ise aşağıdakilerden hangi yan etkileri yaşadınız?*	
Ameliyat sonrası baş ağrısı	27 (8,2)
Ameliyat sonrası bulantı, kusma	27 (8,2)
Ameliyat sonrası baş dönmesi	17 (5,1)
Ameliyat sırasında ağrı	6 (1,8)
Ameliyat sırasında uyanık olma	4 (1,2)
Spinal veya belden uygulanan diğer anestezi yöntemleri hakkında ne kadar bilgi sahibisiniz?	
Az bilgim var	179 (54,1)
Orta derecede bilgim var	83 (25,1)
Hiçbir bilgim yok	66 (19,9)
Çok fazla bilgim var	3 (0,9)
Sezaryen ile gerçekleştirilecek olan doğumunuzda hangi anestezi yöntemini tercih edersiniz?	
Spinal anestezi	232 (70,1)
Genel anestezi	55 (16,6)
Epidural anestezi	44 (13,3)
Anestezi yöntemi tercihinizin nedenleri?*	
Doğum yaptıktan sonra bebeğimi hemen görmek istiyorum	258 (77,9)
Bebeğimi daha erken emzirmeye başlamak istiyorum	146 (44,1)
Önceki anestezi deneyimim	76 (23,0)
Genel anesteziden dolayı bir daha uyanamama korkusu	41 (12,4)
Spinal anestezi sonrasında felç kalma korkusu	30 (9,1)
Genel anesteziden dolayı narkozun fazla gelmesi korkusu	22 (6,6)
Spinal anestezi sonrası baş ağrısı korkusu	17 (5,1)
Anestezi öncesi bilgi paylaşımı sizin için ne kadar önemlidir?	
Çok önemli	276 (83,4)
Orta derecede önemli	53 (16)
Az önemli	1 (0,3)
Hiç önemli değil	1 (0,3)
Sezaryen ile doğum için anestezi yöntemi ile ilgili bilgiyi kimden ve/veya nasıl edilmek istersiniz?*	
Sezayen tarihi belli olduğunda anestezi doktorundan	263 (79,5)
Sezaryen tarihi belli olduğunda kadın doğum doktorundan	98 (29,6)
Gebelik kontrolleri sırasında bana verilecek olan bir video aracılığıyla	33 (10,0)
Sezaryen doğum için doğumhaneye/ameliyathane geldiğimde bilgilendirilmem yeterli	26 (7,9)

n: Gebe sayısı, %: Yüzde değer, *: Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Tablo 7. Gebelerin STAIS Maddelerine Verdiklerine Cevapların Dağılımı

Unsurlar	İstatistikler
NEGATİF MADDELER	
Şu anda sinirlerim gergin , *n* (%)	
Hiç	115 (34,7)
Bazen	102 (30,8)
Sık	64 (19,3)
Tamamıyla	50 (15,1)
Üzgün hissediyorum, *n* (%)	
Hiç	260 (78,5)
Bazen	58 (17,5)
Sık	9 (2,7)
Tamamıyla	4 (1,2)
Şu anda endişeliyim, *n* (%)	
Hiç	64 (19,3)
Bazen	105 (31,7)
Sık	84 (25,4)
Tamamıyla	78 (23,6)
POZİTİF MADDELER	
Şu anda sakinim, *n* (%)	
Hiç	137 (41,4)
Bazen	114 (34,4)
Sık	32 (9,7)
Tamamıyla	48 (14,5)
Kendimi rahat hissediyorum, *n* (%)	
Hiç	53 (16,0)
Bazen	132 (39,9)
Sık	104 (31,4)
Tamamıyla	42 (12,7)
Şu anda halimden memnunum, *n* (%)	
Hiç	25 (7,6)
Bazen	96 (29,0)
Sık	114 (34,4)
Tamamıyla	96 (29,0)

n: Gebe sayısı, %: Yüzde değer

Tablo 7'ye göre negatif maddelerden "Şu anda sinirlerim gergin" maddesine gebelerin 115'i (%34,7) hiç, 102'si (%30,8) bazen cevabını vermiştir. "Üzgün hissediyorum" maddesine hiç cevabını veren gebe sayısı 260 (%78,5), bazen cevabını veren gebe sayısı 58'dir (%78,5). "Şu anda endişeliyim" maddesine hiç cevabını veren

gebe sayısı 64 (%19,3), bazen cevabını veren gebe sayısı 105'tir (%31,7). Pozitif maddelerden "Şu anda sakinim" maddesine hiç cevabını veren gebe sayısı 137 (%41,4), bazen cevabını veren gebe sayısı 114'tür (%34,4). "Kendimi rahat hissediyorum" maddesine hiç cevabını veren gebe sayısı 53 (%16,0), bazen cevabını veren gebe sayısı 132'dir (%39,9). "Şu anda halimden memnunum" maddesine hiç cevabını veren gebe sayısı 25 (%7,6), bazen cevabını veren gebe sayısı 96'dır (%29,0).

Tablo 8. Gebelerin STAIS Maddelerine Verdiklerine Cevapların Puan Bazında İstatistikleri

(Hiç: 1, Bazen: 2, Sık: 3, Tamamıyla: 4)

Maddeler	İstatistikler
Negatif Maddeler	
Şu anda sinirlerim gergin	2,15±1,06 [2,0 (1,0-4,0)]
Üzgün hissediyorum	1,27±0,57 [1,0 (1,0-4,0)]
Şu anda endişeliyim	2,53±1,05 [2,0 (1,0-4,0)]
Pozitif Maddeler	
Şu anda sakinim	1,97±1,05 [2,0 (1,0-4,0)]
Kendimi rahat hissediyorum	2,41±0,90 [2,0 (1,0-4,0)]
Şu anda halimden memnunum	2,85±0,93 [3,0 (1,0-4,0)]

Sayısal değişkenler ortalama±standart sapma [medyan (min-max)] olarak verilmiştir.

Tablo 8'de gebelerin STAIS maddelerine verdiklerine cevapların puan bazında istatistikleri yer almaktadır. Maddelere verilen puanlar 1-4 aralığında değişmektedir. Medyan değerler "Üzgün hissediyorum" maddesi için 1; diğer maddeler için 2'dir. (Negatif maddelerde yüksek puanlar, pozitif maddelerde düşük puanlar yüksek kaygı düzeyini göstermektedir.)

Tablo 9. Anestezi Tercihine Göre Eğitim Durumu, Anestezi Bilgisi ve Preoperatif Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Anestez Tercihi			**Test İstatistikleri**	
	Genel	Spinal	Epidural	Test değeri	*p değeri*
Eğitim Durumu, *n* (%)					
İlkokul	4 (7,3)	12 (5,2)	2 (4,5)		
Ortaokul	12 (21,8)	32 (13,8)	4 (9,1)	8,085	0,232¥
Lise	27 (49,1)	112 (48,2)	18 (40,9)		
Üniversite	12 (21,8)	76 (32,8)	20 (45,5)		
Anestezi Bilgisi, *n* (%)					
Hayır	11 (20,0)^a	20 (8,6)^b	1 (2,3)^b	9,770	**0,008**¥
Evet	44 (80,0)^a	212 (91,4)^b	43 (97,7)^b		
Negatif Maddeler					
Gergin hissediyorum	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	2,0 (1,8)	4,085	0,130‡
Üzgün hissediyorum	1,0 (1,0)	1,0 (0,0)	1,0 (0,0)	5,566	0,062‡
Endişeli hissediyorum	3,0 (2,0)	2,0 (1,0)	2,0 (1,8)	3,553	0,169‡
Pozitif Maddeler					
Şu anda sakinim	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	2,0 (2,0)	1,429	0,489‡
Kendimi rahat hissediyorum	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	3,0 (1,0)	5,053	0,080‡
Şu anda halimden memnunum	3,0 (2,0)	3,0 (2,0)	3,0 (2,0)	0,941	0,625‡

n: Gebe sayısı, %Sütun yüzdesi, sayısal veriler medyan (çeyreklikler arası uzaklık) olarak verilmiştir. ‡: Kruskal-Wallis analizi, ¥: Pearson kikare testi, *a* ve *b* üst simgeleri her bir satırda gruplar arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgeleri içeren gruplar istatistiksel olarak farklı değildir.

Tablo 9'a göre anestezi tercihine göre eğitim durumu, negatif ve pozitif maddelerin dağılımı istatistiksel olarak farklı değildir. Anestezi bilgisine göre anestezi tercihlerinin dağılımı istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Daha önce anestezi bilgisi olanların oranı genel anestezi grubunda %80,0, spinal anestezi grubunda %91,4 ve epidural anestezi grubunda %97,7'dir. Spinal ve epidural anestezi gruplarında daha önce anestezi bilgisi olanların oranı genel anestezi grubuna göre istatistiksel olarak yüksektir. Spinal ve epidural anestezi gruplarında daha önce anestezi bilgisi olanların oranı istatistiksel olarak farklı değildir.

Tablo 10. Gebelerin Eğitim Durumuna Göre STAIS Maddelerinin Puan Karşılaştırmaları

	Eğitim Durumu				Test İstatistikleri	
Maddeler	İlkokul *n*=18	Ortaokul *n*=48	Lise *n*=157	Üniversite *n*=108	Test değeri	*p değeri*
Negatif Maddeler						
Şu anda sinirlerim gergin	1,0 (1,0)^{a}	1,0 (1,0)^{a}	2,0 (2,0)^{b}	2,0 (2,0)^{b}	18,308	**<0,001**‡
Üzgün hissediyorum	1,0 (0,3)	1,0 (0,0)	1,0 (1,0)	1,0 (0,0)	4,404	0,221‡
Şu anda endişeliyim	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	3,0 (2,0)	3,0 (1,0)	6,021	0,129‡
Pozitif Maddeler						
Şu anda sakinim	2,5 (1,3)^{a}	2,5 (3,0)^{ab}	2,0 (1,0)^{b}	2,0 (1,0)^{b}	13,311	**0,004**‡
Kendimi rahat hissediyorum	3,0 (2,0)^{a}	2,5 (1,0)^{ab}	2,0 (1,0)^{b}	2,0 (1,0)^{b}	9,560	**0,023**‡
Şu anda halimden memnunum	3,0 (1,0)	3,0 (2,0)	3,0 (2,0)	3,0 (2,0)	5,131	0,162‡

Veriler medyan (çeyreklikler arası uzaklık) olarak verilmiştir. ‡: Kruskal-Wallis analizi, *a* ve *b* üst simgeleri her bir satırda gruplar arası farklılığı göstermektedir. Aynı üst simgeleri içeren gruplar istatistiksel olarak farklı değildir.

Tablo 10'a göre "Şu anda sinirlerim gergin" maddesine verilen puanlar gebelerin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Lise ve üniversite mezunlarının puanları ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre istatistiksel olarak yüksektir. İlkokul ve ortaokul mezunlarının puanları istatistiksel olarak farklı değildir. Lise ve üniversite mezunlarının puanları istatistiksel olarak farklı değildir. "Üzgün hissediyorum" ve "Şu anda endişeliyim" maddelerine verilen puanlar eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklı değildir. "Şu anda sakinim" maddesine verilen puanlar gebelerin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Lise ve üniversite mezunlarının puanları ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre istatistiksel olarak düşüktür. İlkokul ve ortaokul mezunlarının puanları istatistiksel olarak farklı değildir. Lise ve üniversite mezunlarının puanları istatistiksel olarak farklı değildir. "Kendimi rahat hissediyorum" maddesine verilen puanlar gebelerin eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. Lise ve üniversite mezunlarının puanları ilkokul mezunlarına göre istatistiksel olarak düşüktür. Ortaokul mezunlarının puanları ilkokul, lise ve üniversite mezunlarından istatistiksel olarak farklı değildir. Lise ve üniversite mezunlarının puanları istatistiksel olarak farklı değildir. "Şu anda halimden memnunum" maddelerine verilen puanlar eğitim durumuna göre istatistiksel olarak farklı değildir.

Tablo 11. Gebelerin Anestezi Bilgi Durumuna Göre STAIS Maddelerinin Puan Karşılaştırmaları

	Anestezi Bilgi Durumu		**Test İstatistikleri**	
Maddeler	Hayır *n*=32	Evet *n*=299	Test değeri	*p değeri*
Negatif Maddeler				
Şu anda sinirlerim gergin	3,0 (2,0)	2,0 (2,0)	**3,414**	**0,001**[&]
Üzgün hissediyorum	2,0 (1,0)	1,0 (0,0)	**3,349**	**0,001**[&]
Şu anda endişeliyim	3,5 (2,0)	2,0 (1,0)	**3,319**	**0,001**[&]
Pozitif Maddeler				
Şu anda sakinim	1,0 (1,0)	2,0 (2,0)	**2,819**	**0,005**[&]
Kendimi rahat hissediyorum	2,0 (1,0)	2,5 (1,0)	**3,235**	**0,001**[&]
Şu anda halimden memnunum	2,5 (1,0)	3,0 (2,0)	**2,064**	**0,039**[&]

Veriler medyan (çeyreklikler arası uzaklık) olarak verilmiştir. [&]: Mann Whitney *U* testi

Tablo 11'e göre anestezi bilgisi olmayan gebelerin negatif madde puanları anestezi bilgisi olan gebelere göre istatistiksel olarak yüksektir. Anestezi bilgisi olmayan gebelerin pozitif madde puanları anestezi bilgisi olan gebelere göre istatistiksel olarak düşüktür.

Tablo 12. İlk doğum yapanlar ile daha fazla doğum yapanların STAIS Maddelerinin Puan Karşılaştırmaları

	Doğum Sayısı		**Test İstatistikleri**	
Maddeler	İlk Doğum *n*=113	Daha Fazla Doğum *n*=218	Test değeri	*p değeri*
Negatif Maddeler				
Şu anda sinirlerim gergin	2,5 (1,0)	2,0 (2,0)	**4,150**	**<0,001**[&]
Üzgün hissediyorum	1,0 (1,0)	1,0 (0,0)	1,593	0,111[&]
Şu anda endişeliyim	3,0 (2,0)	2,0 (1,0)	**2,735**	**0,006**[&]
Pozitif Maddeler				
Şu anda sakinim	1,0 (1,0)	2,0 (2,0)	**3,276**	**0,001**[&]
Kendimi rahat hissediyorum	2,0 (1,0)	2,5 (1,0)	**3,063**	**0,002**[&]
Şu anda halimden memnunum	2,5 (2,0)	3,0 (2,0)	**2,636**	**0,008**[&]

Veriler medyan (çeyreklikler arası uzaklık) olarak verilmiştir. [&]: Mann Whitney *U* testi

Tablo 12'ye göre ilk doğum yapanların negatif maddelerden "Şu anda sinirlerim gergin" ve "Şu anda endişeliyim" puanları daha fazla doğum yapanlara göre istatistiksel olarak yüksektir. "Üzgün hissediyorum" puanları doğum sayısına göre istatistiksel olarak farklı değildir. İlk doğum yapanların pozitif madde puanları daha fazla doğum yapanlara göre istatistiksel olarak düşüktür.

Tablo 13. Daha önce anestezi almış olma durumuna göre STAIS Maddelerinin Puan Karşılaştırmaları

	Daha önce anestezi aldı mı?		**Test İstatistikleri**	
Maddeler	Hayır *n*=124	Evet *n*=207	Test değeri	*p değeri*
Negatif Maddeler				
Şu anda sinirlerim gergin	2,5 (1,0)	2,0 (2,0)	**4,362**	**<0,001**[&]
Üzgün hissediyorum	1,0 (1,0)	1,0 (0,0)	1,429	0,153[&]
Şu anda endişeliyim	3,0 (2,0)	2,0 (1,0)	**3,104**	**0,002**[&]
Pozitif Maddeler				
Şu anda sakinim	1,0 (1,0)	2,0 (2,0)	**3,202**	**0,001**[&]
Kendimi rahat hissediyorum	2,0 (1,0)	3,0 (1,0)	**3,773**	**<0,001**[&]
Şu anda halimden memnunum	2,0 (1,0)	3,0 (2,0)	**3,998**	**<0,001**[&]

Veriler medyan (çeyreklikler arası uzaklık) olarak verilmiştir. [&]: Mann Whitney *U* testi

Tablo 13'e göre daha önce anestezi almayanların negatif maddelerden "Şu anda sinirlerim gergin" ve "Şu anda endişeliyim" puanları daha önce anestezi alanlara göre istatistiksel olarak yüksektir. "Üzgün hissediyorum" puanları daha önce anestezi almış olma durumuna göre göre istatistiksel olarak farklı değildir. daha önce anestezi almayanların pozitif madde puanları daha önce anestezi alanlara göre istatistiksel olarak düşüktür.

Tablo 14. Bebekte Normal Dışı Bir Durum Olma Durumuna Göre STAIS Maddelerinin Puan Karşılaştırmaları

	Bebekte Normal Dışı Bir Durum		**Test İstatistikleri**	
Maddeler	Hayır *n*=277	Evet *n*=54	Test değeri	*p değeri*
Negatif Maddeler				
Şu anda sinirlerim gergin	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	1,382	0,167[&]
Üzgün hissediyorum	1,0 (0,0)	1,5 (1,0)	2,782	**0,005**[&]
Şu anda endişeliyim	2,0 (1,0)	2,5 (2,0)	0,172	0,864[&]
Pozitif Maddeler				
Şu anda sakinim	2,0 (1,5)	2,0 (1,0)	0,503	0,615[&]
Kendimi rahat hissediyorum	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	0,916	0,360[&]
Şu anda halimden memnunum	3,0 (2,0)	3,0 (2,0)	0,860	0,390[&]

Veriler medyan (çeyreklikler arası uzaklık) olarak verilmiştir. [&]: Mann Whitney *U* testi

Tablo 14'e göre bebeğinde normal dışı bir durum olanların "Üzgün hissediyorum" puanları bebeğinde normal dışı bir durum olmayanlara göre istatistiksel olarak yüksektir. Bebeğinde normal dışı bir durum olma durumuna göre "Şu anda sinirlerim gergin" ve "Şu anda endişeliyim" puanları istatistiksel olarak farklı değildir. Bebeğinde normal dışı bir durum olma durumuna göre pozitif madde puanları istatistiksel olarak farklı değildir.

Tablo 15. Yaş ile STAIS Maddelerinin Puanları Arasındaki İlişki

Maddeler	Yaş	
	rho	*p*
Negatif Maddeler		
Şu anda sinirlerim gergin	-0,399	<0,001
Üzgün hissediyorum	-0,288	<0,001
Şu anda endişeliyim	-0,316	<0,001
Pozitif Maddeler		
Şu anda sakinim	0,310	<0,001
Kendimi rahat hissediyorum	0,323	<0,001
Şu anda halimden memnunum	0,274	<0,001

rho: Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 15'e göre gebelerin yaşları ile negatif madde puanları arasında istatistiksel olarak zayıf düzey negatif korelasyon bulunmaktadır. Gebelerin yaşları ile pozitif madde puanları arasında istatistiksel olarak zayıf düzey pozitif korelasyon bulunmaktadır.

Tablo 16. Daha önce anestezi deneyimi olan ve olmayanlar arasında anestezi bilgisinin karşılaştırılması

	Daha önce anestezi aldı mı?		**Test İstatistikleri**	
	Hayır *n*=124	Evet *n*=207	Test değeri	*p değeri*
Anestezi Bilgisi, *n* (%)				
Hayır	31 (25,0)	1 (0,5)	**50,604**	**<0,001$^{\Phi}$**
Evet	93 (75,0)	206 (99,5)		

n: Gebe sayısı, %Sütun yüzdesi, $^{\Phi}$: Yates kikare testi

Tablo 16'ya göre daha önce anestezi almayan gebelerin %75,0'inin ve daha önce anestezi alan gebelerin %99,5'inin anestezi bilgisi bulunmaktadır. Anestezi bilgisi olanların oranı daha önce anestezi alanlarda istatistiksel olarak yüksektir.

Tablo 17. STAIS Skorları Üzerine Etki Eden Faktörlerim Doğrusal Regresyon Analizleri ile Değerlendirilmesi

	Regresyon Katsayıları						
	β	*se*	*zβ*	*t*	*p*	*β* için %95,0 *GA*	
						Alt Sınır	*Üst Sınır*
Madde 1: Şu anda sinirlerim gergin							
Sabit	4,571	0,311		14,687	<0,001	3,959	5,184
Doğum Sayısı							
İlk Doğum	Referans						
Daha fazla Doğum	-0,295	0,116	-0,132	-2,534	0,012	-0,524	-0,066
Yaş	-0,073	0,010	-0,364	-7,003	<0,001	-0,094	-0,052
Modele Alınan Değişkenler: Eğitim Durumu, Anestezi Bilgi Durumu, Doğum Sayısı, Daha önce anestezi aldı mı? Yaş Model İstatistikleri: F=35,056; p<0,001; R^2=0,176; *Düzeltilmiş* R^2=0,171							
Madde 2: Üzgün hissediyorum							
Sabit	2,103	0,176		11,967	<0,001	1,758	2,449
Bebekte Normal Dışı Bir Durum							
Yok	Referans						
Var	0,220	0,081	0,143	2,728	0,007	0,061	0,379
Yaş	-0,029	0,006	-0,267	-5,072	<0,001	-0,040	-0,018
Modele Alınan Değişkenler: Anestezi Bilgi Durumu, Bebekte Normal Dışı Bir Durum, Yaş Model İstatistikleri: F=17,120; p<0,001; R^2=0,098; *Düzeltilmiş* R^2=0,089							
Madde 3: Şu anda endişeliyim							
Sabit	4,449	0,322		13,798	<0,001	3,814	5,083
Yaş	-0,063	0,010	-0,316	-6,034	<0,001	-0,083	-0,042
Modele Alınan Değişkenler: Anestezi Bilgi Durumu, Doğum Sayısı, Daha önce anestezi aldı mı? Yaş Model İstatistikleri: F=36,410; p<0,001; R^2=0,100; *Düzeltilmiş* R^2=0,097							
Madde 4: Şu anda sakinim							
Sabit	0,220	0,321		0,685	0,494	-0,412	0,851
Doğum Sayısı							
İlk Doğum	Referans						
Daha fazla Doğum	0,237	0,120	0,108	1,979	0,049	0,001	0,474
Yaş	0,052	0,011	0,265	4,854	<0,001	0,031	0,074
Modele Alınan Değişkenler: Eğitim Durumu, Anestezi Bilgi Durumu, Doğum Sayısı, Daha önce anestezi aldı mı? Yaş Model İstatistikleri: F=17,809; p<0,001; R^2=0,098; *Düzeltilmiş* R^2=0,092							

Tablo 17. STAIS Skorları Üzerine Etki Eden Faktörlerim Doğrusal Regresyon Analizleri ile Değerlendirilmesi (devamı)

	Regresyon Katsayıları						
	β	*se*	*zβ*	*t*	*p*	*β* için %95,0 *GA*	
						Alt sınır	*Üst sınır*
Madde 5: Kendimi rahat hissediyorum							
Sabit	0,723	0,275		2,632	0,009	0,183	1,263
Daha önce anestezi aldı mı?							
Hayır	Referans						
Evet	0,205	0,101	0,110	2,028	0,043	0,006	0,404
Yaş	0,051	0,009	0,299	5,515	<0,001	0,033	0,069
Modele Alınan Değişkenler: Eğitim Durumu, Anestezi Bilgi Durumu, Doğum Sayısı, Daha önce anestezi aldı mı? Yaş Model İstatistikleri: F=22,481; p<0,001; R^2=0,121; *Düzeltilmiş* R^2=0,115							
Madde 6: Şu anda halimden memnunum							
Sabit	1,360	0,284		4,787	<0,001	0,801	1,919
Daha önce anestezi aldı mı?							
Hayır	Referans						
Evet	0,306	0,105	0,16	2,924	0,004	0,100	0,511
Yaş	0,043	0,01	0,243	4,445	<0,001	0,024	0,061
Modele Alınan Değişkenler: Anestezi Bilgi Durumu, Doğum Sayısı, Daha önce anestezi aldı mı? Yaş Model İstatistikleri: F=19,658; p<0,001; R^2=0.107; *Düzeltilmiş* R^2=0,102							

Tek değişkenli analizlerde STAIS maddeleri ile ilişkili bulunan değişkenler çoklu doğrusal regresyon analizine dahil edilmiştir. Sonuç modele ulaşmak için geriye doğru eleme yöntemi kullanılmıştır. Her bir madde için sonuçlar Tablo 17'de verilmiştir.

"Şu anda sinirlerim gergin" maddesi üzerinde doğum sayısı ve yaş etkili bulunmuştur. Daha fazla doğum yapanların "Şu anda sinirlerim gergin" skorları ilk doğum yapanlara göre ortalama 0,295 puan düşüktür. Yaş arttıkça "Şu anda sinirlerim gergin" maddesine verilen skorlar 0,073 puan azalmaktadır.

"Üzgün hissediyorum" maddesi üzerinde bebekte normal dışı bir durum ve yaş etkili bulunmuştur. Bebekte normal dışı bir durum olanların "Üzgün hissediyorum" skorları bebekte normal dışı bir durum olmayanlara göre ortalama 0,220 puan fazladır.

Yaş arttıkça "Üzgün hissediyorum" maddesine verilen skorlar 0,029 puan azalmaktadır.

"Şu anda endişeliyim" maddesi üzerinde yaş etkili bulunmuştur. Yaş arttıkça "Şu anda endişeliyim" maddesine verilen skorlar 0,063 puan azalmaktadır.

"Şu anda sakinim" maddesi üzerinde doğum sayısı ve yaş etkili bulunmuştur. Daha fazla doğum yapanların "Şu anda sakinim" skorları ilk doğum yapanlara göre ortalama 0,237 puan yüksektir. Yaş arttıkça "Şu anda sakinim" maddesine verilen skorlar 0,052 puan artmaktadır.

"Kendimi rahat hissediyorum" maddesi üzerinde daha önce anestezi alma durumu ve yaş etkili bulunmuştur. Daha önce anestezi alanların "Kendimi rahat hissediyorum" skorları almayanlara göre ortalama 0,205 puan yüksektir. Yaş arttıkça "Kendimi rahat hissediyorum" maddesine verilen skorlar 0,051 puan artmaktadır.

"Şu anda halimden memnunum" maddesi üzerinde daha önce anestezi alma durumu ve yaş etkili bulunmuştur. Daha önce anestezi alanların "Şu anda halimden memnunum" skorları almayanlara göre ortalama 0,306 puan yüksektir. Yaş arttıkça "Şu anda halimden memnunum" maddesine verilen skorlar 0,043 puan artmaktadır.

Tablo 17'de kurulan regresyon modellerin tamamı istatistiksel olarak anlamlıdır.

6. TARTIŞMA

Bu çalışmada, elektif sezaryen doğum planlanan gebelerin anesteziye ilişkin bilgi düzeyleri, anestezi türüne yönelik tercih ve tutumları ve preoperatif anksiyete düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışmamıza katılan 331 gebenin 232'i (%70,1) spinal anesteziyi, 44'ü (%13,3) epidural anesteziyi tercih ederken, 55'i (%16,6) genel anesteziyi tercih etmiştir. Elde edilen bulgular, gebelerin büyük çoğunluğunun (%90,3) anestezi hakkında bilgi sahibi olduğunu, ancak bu bilginin önemli ölçüde informal kaynaklara (internet/sosyal medya, aile, arkadaş) dayandığını göstermektedir. Jemal ve ark. çalışmasında gebelerin %69,7'sinin farklı anestezi teknikleri hakkında bilgi sahibi olmadığını, bilgi kaynağının çoğunlukla kişisel çabalara dayalı olduğunu belirtmiştir (39). Rabiu ve ark. çalışmasında ise gebelerin %68,8'i anestezi hakkında bilgi sahibi olduğunu ve bu bilginin kaynağının büyük çoğunluğu hastane ortamından (%44,5) olduğu bildirilmiştir (88). Endalew ve ark .çalışmasında sezaryen planlanan 354 gebenin %56,5'inin anesteziye ilişkin iyi bilgi düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (89).

Çalışmamızda gebelerin %70,1'i spinal anesteziyi tercih etmiş olup, bu tercihte en çok etkili olan neden "bebeğimi hemen görmek istiyorum" (%77,9) ve "erken emzirmeye başlamak istiyorum" (%44,1) olarak öne çıkmıştır. Rabiu ve ark. gebelerin %73'ünün rejyonel anesteziyi tercih ettiğini ve en sık gerekçelerin "daha güvenli olduğunu düşünmek" ve "doğum anında uyanık olmak" olduğunu bildirmiştir (88). Jemal ve ark. çalışmasında da rejyonal anesteziyi tercih edenler arasında bebeği doğum anında görmek isteme (%12,6) nedeni etkili olmuştur. Carvalho ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doğum sonrası bebeğin sağlığı ve temas süresi, anestezi yöntemine ilişkin hasta tercihinde belirleyici bir faktör olarak tanımlanmıştır (6).

Çalışamızda gebelerin önemli bir kısmı (%54,1), spinal anestezi hakkında yalnızca "az bilgi" sahibi olduğunu belirtmiş; %19,9'u ise hiçbir bilgiye sahip olmadığını ifade etmiştir. Gebelerin anesteziye ilişkin bilgi düzeyleri ile preoperatif anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, anestezi bilgisi olmayan gebelerin STAIS maddelerinde daha yüksek negatif madde puanlarına ("gergin", "üzgün" ve

“endişeli hissediyorum”) ve daha düşük pozitif madde puanlarına (“şu anda sakinim”, “kendimi rahat hissediyorum”, “şu anda halimden memnunum”) sahip oldukları görülmüştür. Bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu, bilgi eksikliğinin anksiyete düzeylerini artırabileceğini ve bilgi sahibi olmanın gebelerdeki belirsizlik hissini azaltarak emosyonel durumu olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Kalliyath ve ark. elektif sezaryen planlanan gebelere yönelik spinal anestezi hakkında verilen preoperatif eğitimin anksiyeteyi azalttığını ve postoperatif ağrıyı hafiflettiğini bildirmiştir (90). Maghalian ve ark. tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analizde, bilgilendirici video gibi yapılandırılmış bilgi kaynaklarının preoperatif anksiyeteyi azaltma potansiyeli olduğu gösterilmiştir (91). Özellikle videolu bilgilendirme ve internet tabanlı materyallerin, anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir (92). Çakmak ve ark. çalışmasında spinal anestezi uygulanacak hastalara verilen yazılı, sözlü ve videolu eğitimin, sadece yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılan gruba kıyasla anksiyete düzeyini anlamlı şekilde azalttığı ve hasta memnuniyetini artırdığı gösterilmiştir (93).

Çalışmamızda eğitim düzeyi, doğum sayısı ve daha önce anestezi alma durumu gibi bireysel faktörlerin anksiyete düzeyleri üzerinde belirgin etkileri olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyine göre “gergin” ve “sakin” hissetme durumları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Lise ve üniversite mezunlarının “şu anda sinirlerim gergin” puanları, ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre anlamlı derecede yüksektir. Bu bulgu, bilgiye daha kolay ulaşabilen ve sağlık süreçlerini daha bilinçli takip eden bireylerde, risk farkındalığının kaygı düzeyini artırabileceğini düşündürmektedir. Kindler ve arkadaşları, benzer şekilde, daha eğitimli bireylerin preoperatif kaygıyı daha ayrıntılı ifade edebildiklerini ve bu durumun Visual Analog Scale (VAS) ile yapılan anksiyete ölçümlerine yansıdığını bildirmiştir (94).

Özmen ve ark. tarafından yapılan geniş örneklemli retrospektif analizde, eğitim düzeyinin anestezi tercihini doğrudan etkilemediği belirtilmiştir (95). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde eğitim düzeyi ile anestezi tercihi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Literatürde, eğitim düzeyinin anesteziye yönelik tutum üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğu yönünde bulgular mevcuttur. Naod ve ark. çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin anesteziye karşı daha olumlu tutum sergiledikleri bildirilmiştir (96). Endalew ve ark. çalışmasında eğitim düzeyi ile sezaryen için anesteziye yönelik tutum arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ortaöğretim düzeyinde eğitime sahip gebelerin, okuma yazma bilmeyen gebelere kıyasla anesteziye olumlu tutum sergileme olasılıkları 6,7 kat; yükseköğretim (üniversite ve üzeri) düzeyinde olanların ise 13,6 kat daha yüksek bulunmuştur (89).

Çalışmamızda eğitim düzeyinin bazı anksiyete unsurları üzerinde anlamlı etkileri olduğu bulunmuştur. Özellikle "Şu anda sinirlerim gergin", "Şu anda sakinim" ve "Kendimi rahat hissediyorum" ifadelerine verilen puanlar, eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermiştir. Lise ve üniversite mezunu gebeler, ilkokul ve ortaokul mezunlarına kıyasla daha yüksek "gerginim" puanları verirken; "sakinim" ve "rahatım" ifadelerinde ise daha düşük puanlar bildirmiştir. Bu bulgular, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin preoperatif süreç hakkında daha fazla farkındalığa sahip olduklarını, bu nedenle risk ve komplikasyonlara ilişkin daha fazla kaygı taşıyabileceklerini düşündürmektedir.

Doğum sayısı açısından yapılan değerlendirmelerde, ilk doğum yapan gebelerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum, "gergin", "endişeli" hissetme puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olmasıyla desteklenmiştir. Aynı şekilde, "şu anda sakinim" ve "kendimi rahat hissediyorum" gibi pozitif STAIS ifadelerinde de ilk doğum yapan gebelerin puanları düşüktür. Bu bulgular, doğuma yönelik bilinmezlik ve deneyim eksikliğinin kaygıyı artırdığını göstermektedir. Benzer şekilde Fentie ve arkadaşları ilk doğum yapan ve daha önce cerrahi deneyimi olmayan gebelerde anksiyetenin belirgin olarak yüksek olduğunu ortaya koymuştur (9).

Önemli bir diğer bulgu, daha önce anestezi deneyimi olan gebelerde kaygı düzeylerinin anlamlı şekilde daha düşük olmasıdır. Bu gruptaki bireylerin, hem negatif STAIS maddelerinde daha düşük, hem de pozitif maddelerde daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Ayrıca, bu grup bilgi düzeyi açısından da daha avantajlıdır; daha önce anestezi deneyimi olan gebelerin %99,5'i anesteziye dair bilgi sahibi olduğunu

belirtmiştir. Bu sonuçlar, bilgi düzeyinin kaygı azaltıcı etkisini desteklemektedir. Shafer ve arkadaşlarının çalışmasında, geçmişte olumlu bir anestezi deneyimi olan bireylerin anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu ve anesteziye yönelik tutumlarının daha olumlu geliştiği ifade edilmiştir (97).

Bulgularımız, gebelerin anksiyete düzeylerini etkileyen diğer önemli faktörlerin de altını çizmektedir. Özellikle "bebekte normal dışı bir durum" varlığı, "üzgün hissediyorum" maddesine verilen puanlarda anlamlı bir artış ile ilişkilendirilmiştir. Bu sonuç, annenin yalnızca kendisiyle ilgili değil, fetüsün sağlığına dair taşıdığı endişelerin de preoperatif anksiyeteye katkı sağladığını göstermektedir. Domar ve arkadaşlarının belirttiği gibi, preoperatif anksiyetenin sadece işlem kaygısıyla değil, aynı zamanda gebeliğe özgü emosyonel yüklerle de şekillendiği bilinmektedir (98).

Anesteziye dair bilgilerin edinildiği kaynakların da anksiyete düzeyleri üzerinde etkili olduğu gözlemlenmiştir. Kaynağın niteliği, bilginin güvenilirliği ve ne zaman sunulduğu, anksiyete düzeyini belirleyici faktörler arasında yer almaktadır. Tulgar ve arkadaşları yaptığı çalışmalar, doğru zamanda ve profesyonel ekip tarafından yapılan bilgilendirmenin, özellikle spinal anestezi uygulamaları öncesinde kaygıyı anlamlı düzeyde azalttığını göstermektedir (92). Maheshwari ve arkadaşlarının elektif sezaryen planlanan 154 gebe ile gerçekleştirdiği çalışmada, anesteziye dair bilgiyi anestezist yerine farklı kaynaklardan edinen kadınların preoperatif anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bu gebelerin genel anesteziye yönelme eğiliminde oldukları belirlenmiştir (69).

Çalışmamızda gebelerin yaşı ile preoperatif anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaş arttıkça hem negatif duygulara yönelik STAIS puanlarının azaldığı hem de pozitif duygulara yönelik puanların arttığı gözlemlenmiştir. Çok değişkenli regresyon analiz sonuçları da bu bulguyu desteklemekte olup, yaşın "gergin", "endişeli" ve "üzgün" hissetme durumlarını anlamlı düzeyde azalttığı saptanmıştır. Klafta ve Roizen'in çalışmasında yaş ve önceki cerrahi ya da anestezi deneyiminin, bireylerin anesteziye yönelik tutumlarını olumlu yönde etkileyebileceği; özellikle daha genç yaştaki bireylerin anestezi sürecine ilişkin daha fazla kaygı taşıyabileceği belirtilmiştir (99). Benzer şekilde Fentie ve arkadaşları,

yaş, doğum tecrübesi ve cerrahi öykü eksikliğini anksiyete için temel belirleyiciler olarak bildirmiştir (9).

Çok değişkenli regresyon analizleri bireysel değişkenlerin STAIS maddeleri üzerindeki bağımsız etkilerini ortaya koyarak çalışmanın en güçlü yönlerinden birini oluşturmaktadır. Bu analiz sonuçlarına göre, "gergin hissediyorum" maddesi üzerinde hem yaş hem de doğum sayısı anlamlı belirleyici faktörler olarak ortaya çıkmıştır. Daha fazla doğum yapanların bu maddeye verdikleri puan, ilk doğum yapanlara göre ortalama 0,295 puan daha düşüktür. Bu durum, doğum deneyiminin yalnızca bireysel olarak değil, istatistiksel düzeyde de anksiyete düzeylerini azalttığını göstermektedir. Yaşın her bir yıl artışında, "gerginlik" puanında 0,073 puanlık azalma gözlenmiştir. Bu bulgular, yaş ve doğum sayısının birlikte değerlendirildiğinde kaygı üzerinde sinerjik bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Carvalho ve arkadaşlarının çalışmasında daha önce doğum yapmış olan gebelerin doğum sürecini daha kontrol edilebilir ve yönetilebilir bir deneyim olarak algıladıkları bilinmektedir. Bu bireyler, ağrı yönetimi ve doğum sürecinin işleyişi konusunda önceki deneyimlerine dayanarak daha hazırlıklı hissetmekte ve bu durum anksiyete düzeylerinin azalmasına katkı sağlamaktadır (6).

"Üzgün hissediyorum" maddesi üzerinde etkili bulunan en önemli faktör ise bebekte normal dışı durum varlığı olmuştur. Bebekte anomalisi olan gebelerin üzgünlük skorları, olmayanlara göre 0,22 puan daha yüksek bulunmuştur. Yaş yine negatif yönlü etkisini bu maddede de göstermektedir. Bu durum, annenin endişesinin sadece işlemle sınırlı olmadığını; bebeğin sağlığına ilişkin duygusal yüklerin de kaygıya katkıda bulunduğunu teyit etmektedir.

"Şu anda endişeliyim" maddesi üzerinde anlamlı bir şekilde sadece yaş değişkeni etkili bulunmuştur. Bu madde özelinde, yaşla birlikte gelen psikolojik adaptasyonun ve tıbbi prosedürlere karşı artan toleransın etkili olduğu düşünülebilir. Öte yandan, "sakinim" ve "rahat hissediyorum" gibi pozitif maddeler üzerinde hem yaşın hem de doğum sayısının olumlu etkisi saptanmıştır. Daha önce anestezi deneyimi olanların "rahatlık" düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olması, hastaların geçmiş tecrübelerine dayanarak mevcut süreci daha öngörülebilir bulduklarını düşündürmektedir. Mary tarafından yapılan çalışmada da, daha önce epidural analjezi

alan kadınların, doğum sürecine karşı daha olumlu duygular besledikleri ve anestezi tercihlerini gönüllülükle yaptıkları ifade edilmiştir (100).

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırma, gebelerin anesteziye dair bilgi düzeylerini ve kaygı durumlarını ortaya koymak açısından değerli bulgular sağlamış olsa da, bazı metodolojik sınırlılıklar içermektedir. Öncelikle çalışmanın tek merkezli ve kesitsel olarak yürütülmesi, elde edilen sonuçların farklı hastaneler veya demografik gruplara genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Farklı bölgelerden örneklem alınarak yapılacak ileri düzey çalışmalarda, bu bulguların daha geniş bir perspektifte değerlendirilmesi mümkün olacaktır.

İkinci olarak, çalışma verileri tamamen katılımcıların beyanına dayanmakta olup, özellikle anesteziye ilişkin bilgi düzeyi ve anksiyete gibi öznel kavramlarda yanıt doğruluğu çeşitli etkenlerden (algı, hafıza, sosyal beklenti) etkilenmiş olabilir. Bu durum, ölçümlerin nesnelliğini sınırlayan potansiyel bir faktördür.

Araştırmamızın birincil amacı gebede anksiyete/kaygı değerlendirmesi olmadığından, preoperatif anksiyete düzeyi için klasik uzun anksiyete değerlendirme testleri kullanılmamıştır. Burada kullanılan STAIS kısa versiyonu her ne kadar geçerliliği kanıtlanmış bir ölçek olsa da, kaygının tüm psikolojik boyutlarını kapsayacak detayda bilgi sunmamaktadır. Özellikle doğuma özgü stres, korku ya da belirsizlik gibi alt başlıkların değerlendirilmemesi, anksiyetenin sınırlı bir açıdan ele alınmasına neden olmuştur. Ancak anksiyetenin anket yanıtlarına etkisi olabileceği düşüncesiyle ankete başlamadan hemen önce mevcut kaygı durumunun değerlendirilmesi gerektiğinden, daha kısa sürede tamamlanabilecek olan STAIS kısa formu kullanılmıştır.

Son olarak, araştırmada hekimin yönlendirme tarzı, acil durum ihtimali, mevcut obstetrik riskler gibi klinik karar mekanizmalarına etki eden dış faktörler değerlendirme dışında tutulmuştur. Bu gibi değişkenlerin, gebelerin hem tercihlerini hem de anksiyete düzeylerini etkileyebileceği düşünülmektedir.

7. SONUÇLAR

Bu araştırma, sezaryen planlayan gebelerin anesteziye ilişkin bilgi düzeylerinin, tercih eğilimlerinin ve preoperatif anksiyete düzeylerinin çok boyutlu analizini sunarak klinik uygulamalar açısından değerli bulgular ortaya koymuştur. Elde edilen veriler, bilgi düzeyi ile anksiyete arasında anlamlı bir ters ilişki olduğunu; ayrıca yaş, doğum sayısı ve daha önceki anestezi deneyimi gibi bireysel özelliklerin de bu durumu önemli ölçüde etkilediğini göstermiştir.

Gebelerin büyük bir çoğunluğu, anestezi yöntemine dair bilgilenmeyi talep etmekte ve bilgilendirme sürecini doğum öncesi hazırlığın vazgeçilmez bir parçası olarak görmektedir. Bu bağlamda, gebelere yönelik kişiselleştirilmiş, doğru ve zamanında sunulan bilgi aktarımı, yalnızca kaygıyı azaltmakla kalmamakta, aynı zamanda hasta güvenini, sağlık hizmetine katılımı ve genel memnuniyeti de belirgin şekilde artırmaktadır.

Özellikle ilk doğumunu yapacak, genç yaşta ve anestezi deneyimi olmayan kadınların daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Bu bulgu, bu gruba yönelik özel bilgilendirme ve psikososyal destek programlarının gerekliliğine işaret etmektedir. Ayrıca, görsel materyallerle desteklenen video temelli eğitimlerin, bireysel görüşmelerin ve multidisipliner yaklaşımların bu süreçte önemli bir rol oynayacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak, bu çalışma, doğuma hazırlık sürecinde anesteziye ilişkin bilgi eksikliğinin giderilmesinin, sadece anksiyeteyi azaltmakla kalmayıp, doğum deneyiminin bütününü iyileştiren önemli bir müdahale olduğunu ortaya koymaktadır. Klinik uygulamalarda hasta merkezli ve bütüncül yaklaşımların benimsenmesi, doğum hizmetlerinde kaliteyi ve hasta memnuniyetini artırmada kritik öneme sahiptir.

8. KAYNAKLAR

1. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. The Lancet. 2018 Oct;392(10155):1341–8.
2. Yeoh S, Leong S, Tiong Heng A. Anaesthesia for lower-segment caesarean section: Changing perspectives. Indian J Anaesth. 2010;54(5):409.
3. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019 Mar 18;2019(7).
4. Djagbletey R, Aryee G, Essuman R, Ganu V, Darkwa EO, Owoo C, et al. Patients' knowledge and perception of anaesthesia and the anaesthetist at a tertiary health care facility in Ghana. Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia. 2017 Feb 13;23(1):11–6.
5. Bilgin TE, Altun T, Saylam B, Erdem E. Effects of preoperative information team on postoperative pain and patient satisfaction. Türk Üroloji Dergisi/Turkish Journal of Urology. 2012 Jun 1;38(2):91–4.
6. Carvalho B, Cohen SE, Lipman SS, Fuller A, Mathusamy AD, Macario A. Patient Preferences for Anesthesia Outcomes Associated with Cesarean Delivery. Anesth Analg. 2005 Oct;101(4):1182–7.
7. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. Neurosciences (Riyadh). 2007;12(2):145-148.
8. Ismail S, Shafiq F, Malik A. Technique of anaesthesia for different grades of caesarean section: a cross-sectional study. J Pak Med Assoc. 2012 Apr;62(4):363–7.
9. Fentie Y, Yetneberk T, Gelaw M. Preoperative anxiety and its associated factors among women undergoing elective caesarean delivery: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 Aug 17;22(1):648.
10. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, et al., editors. Williams Obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2014.
11. National Library of Medicine. National Library of Medicine. [cited 2025 Apr 27]. Cesarean Section – A Brief History. Available from: https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/index.html

12. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for Cesarean Section: A Systematic Review. PLoS One. 2011 Jan 20;6(1).

13. Smith GCS, White IR, Pell JP, Dobbie R. Predicting Cesarean Section and Uterine Rupture among Women Attempting Vaginal Birth after Prior Cesarean Section. PLoS Med. 2005 Sep 13;2(9).

14. Choate JW, Lund CJ. Emergency cesarean section: an analysis of maternal and fetal results in 177 operations. Am J Obstet Gynecol. 1968 Mar 1;100(5):15.

15. Lucas DN, Yentis SM, Kinsella SM, Holdcroft A, May AE, Wee M, et al. Urgency of caesarean section: A new classification. J R Soc Med. 2000 Jul 1;93(7):346–50.

16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Royal College of Anaesthetists. Classification of urgency of caesarean section – a continuum of risk (Good Practice No.11) [Internet]. London; 2010. Available from: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/goodpractic.e11classificationofurgency.pdf

17. Nair VV., Nair SS, Venugopalan P. Decision to delivery interval in emergency LSCS and its impact on fetal outcome. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2019 Aug 26;8(9):3679.

18. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985 Aug 24;326(8452):436–437

19. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLoS One. 2016 Feb 5;11(2).

20. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018. Ankara; 2019.

21. Sağlık Bakanlığı. 2022 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara; 2022.

22. Topaktaş G, Beylik U. Türkiye sezaryen oranı durum analizi ve politika önerileri. Jinek Obstet Neonatol Tıp Dergisi. 2024;21(2):102–113

23. Zeynep Kayhan. Klinik Anestezi. 3rd ed. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2007.

24. Şükran Şahin; Medge D. Owen, editor. Doğumda Analjezi / Sezaryende Anestezi. 2nd ed. Bursa: Medyay Kitabevi; 2019. 117–132 p.

25. James Duke. Duke's Anesthesia Secrets. 5th ed. Brian M. Keech, editor. Philadelphia: Saunders; 2015.

26. American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia. Anesthesiology. 2016 Feb;124(2):270–300.

27. Aksoy Sari M, Kucukguclu S, Ozbilgin S, Gunenc FS, Mercan S, Esen A, et al. Retrospective Evaluation of Anaesthetic Techniques for Caesarean. Turk J Anaesthesiol Reanim. 2019 Dec 12;43(6):373–80.

28. Mandabach MG. The early history of spinal anesthesia. Int Congr Ser. 2002 Dec;1242:163–8.

29. Kim JT, Bahk JH, Sung J. Influence of Age and Sex on the Position of the Conus Medullaris and Tuffier's Line in Adults. Anesthesiology. 2003 Dec 1;99(6):1359–63.

30. Morgan GE; Mikhail MS, Murray MJ. Klinik Anesteziyoloji. 7th ed. Işık B (Çeviri editörü olarak), editor. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2024. 976 p.

31. Traynor AJ, Aragon M, Ghosh D, Choi RS, Dingmann C, Vu Tran Z, et al. Obstetric Anesthesia Workforce Survey: A 30-Year Update. Anesth Analg. 2016 Jun;122(6):1939–46.

32. Juang J, Gabriel RA, Dutton RP, Palanisamy A, Urman RD. Choice of Anesthesia for Cesarean Delivery: An Analysis of the National Anesthesia Clinical Outcomes Registry. Anesth Analg. 2017 Jun;124(6):1914–7.

33. Mendelson CL. The Aspiration of Stomach Contents into the Lungs During Obstetric Anesthesia. Am J Obstet Gynecol. 1946 Aug;52(2):191–205.

34. Mushambi MC, Kinsella SM, Popat M, Swales H, Ramaswamy KK, Winton AL, et al. Obstetric Anaesthetists' Association and Difficult Airway Society guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics. Anaesthesia. 2015 Nov 8;70(11):1286–306.

35. Mhyre JM, Riesner MN, Polley LS, Naughton NN. A Series of Anesthesia-related Maternal Deaths in Michigan, 1985–2003. Anesthesiology. 2007 Jun 1;106(6):1096–104.

36. Shippam W, Preston R, Douglas J, Taylor J, Albert A, Chau A. High-flow nasal oxygen vs. standard flow-rate facemask pre-oxygenation in pregnant patients: a randomised physiological study. Anaesthesia. 2019 Apr 20;74(4):450–6.

37. Pandit JJ, Andrade J, Bogod DG, Hitchman JM, Jonker WR, Lucas N, et al. The 5th National Audit Project (NAP5) on accidental awareness during general anaesthesia: summary of main findings and risk factors. Anaesthesia. 2014 Oct 9;69(10):1089–101.

38. Devroe S, Van de Velde M, Rex S. General anesthesia for caesarean section. Curr Opin Anaesthesiol. 2015 Jun;28(3):240–6.

39. Jemal B, Tesfaye M, Alemu M. Perception, Knowledge and Attitude of Developing Country Pregnant Mothers about Anesthesia for Cesarean Section. Universal Journal of Medical Science. 2016 Jan;4(1):31–7.

40. Moen V, Dahlgren N, Irestedt L. Severe Neurological Complications after Central Neuraxial Blockades in Sweden 1990–1999. Anesthesiology. 2004 Oct 1;101(4):950–9.

41. Halpern S, Preston R. Postdural Puncture Headache and Spinal Needle Design. Anesthesiology. 1994 Dec 1;81(6):1376–83.

42. Zaric D, Pace NL. Transient neurologic symptoms (TNS) following spinal anaesthesia with lidocaine versus other local anaesthetics. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009 Apr 15;

43. Crocq MA. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. Dialogues Clin Neurosci. 2015 Sep 30;17(3).

44. Gorkem U, Togrul C, Sahiner Y, Yazla E, Gungor T. Preoperative anxiety may increase postcesarean delivery pain and analgesic consumption. Minerva Anestesiol. 2016 Sep;82(9).

45. Wondemagegn BY, Ferede GL, Yeshanew HT, Habtu AG. Prevalence and factors associated with preoperative anxiety among elective surgical patients at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia, 2017: a cross-sectional study. International Journal of Surgery Open. 2018;10:21–29

46. Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG, Bedforth NM. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. Br J Anaesth. 2010 Mar;104(3).

47. Klopfenstein CE, Forster A, Van Gessel E. Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. Canadian Journal of Anesthesia. 2000 Jun;47(6).

48. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. British Journal of Psychiatry. 2017 May 2;210(5):315–23.

49. Li H, Bowen A, Bowen R, Muhajarine N, Balbuena L. Mood instability, depression, and anxiety in pregnancy and adverse neonatal outcomes. BMC Pregnancy Childbirth. 2021 Dec 25;21(1).

50. Blackmore ER, Gustafsson H, Gilchrist M, Wyman C, G O'Connor T. Pregnancy-related anxiety: Evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. J Affect Disord. 2016 Jun;197:251–8.

51. Bayrampour H, Ali E, McNeil DA, Benzies K, MacQueen G, Tough S. Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. Int J Nurs Stud. 2016 Mar;55:115–30.

52. Aguilera-Martín Á, Gálvez-Lara M, Blanco-Ruiz M, García-Torres F. Psychological, educational, and alternative interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: A systematic review. J Clin Psychol. 2021 Mar 20;77(3):525–55.

53. Huizink AC, Mulder EJH, Robles de Medina PG, Visser GHA, Buitelaar JK. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? Early Hum Dev. 2004 Sep;79(2):81–91.

54. Rini CK, Dunkel-Schetter C, Wadhwa PD, Sandman CA. Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. Health Psychology. 1999 Jul;18(4):333–45.

55. Wallace K, Araji S. An Overview of Maternal Anxiety During Pregnancy and the Post-Partum Period. J Ment Health Clin Psychol. 2020 Nov 1;4(4):47–56.

56. Glynn LM, Schetter CD, Hobel CJ, Sandman CA. Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. Health Psychology. 2008 Jan;27(1):43–51.

57. Acosta H, Tuulari JJ, Scheinin NM, Hashempour N, Rajasilta O, Lavonius TI, et al. Maternal Pregnancy-Related Anxiety Is Associated With Sexually Dimorphic Alterations in Amygdala Volume in 4-Year-Old Children. Front Behav Neurosci. 2019 Aug 6;13.

58. Shahhosseini Z, Pourasghar M, Khalilian A, Salehi F. A Review of the Effects of Anxiety During Pregnancy on Children's Health. Materia Socio Medica. 2015;27(3).

59. Challacombe FL, Potts L, Carter B, Lawrence V, Husbands A, Howard LM. Optimising psychological treatment for Anxiety DisordErs in Pregnancy (ADEPT): study protocol for a feasibility trial of time-intensive CBT versus weekly CBT. Pilot Feasibility Stud. 2021 Dec 30;7(1).

60. Ferede YA, Bizuneh YB, Workie MM, Admass BA. "Prevalence and associated factors of preoperative anxiety among obstetric patients who underwent cesarean section": A cross-sectional study. Annals of Medicine & Surgery. 2022 Feb;74.

61. McQueen K, Coonan T, Ottaway A, Dutton RP, Nuevo FR, Gathuya Z, et al. Anesthesia and Perioperative Care. In: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 1): Essential Surgery. The World Bank; 2015. p. 263–77.

62. Li Y, Dong Y. Preoperative music intervention for patients undergoing cesarean delivery. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2012 Oct 15;119(1):81–3.

63. Abarghoee SN, Mardani A, Baha R, Aghdam NF, Khajeh M, Eskandari F, et al. Effects of Benson Relaxation Technique and Music Therapy on the Anxiety of Primiparous Women Prior to Cesarean Section: A Randomized Controlled Trial. Anesthesiol Res Pract. 2022 Dec 23;2022:1–9.

64. Schaal NK, Hepp P, Heil M, Wolf OT, Hagenbeck C, Fleisch M, et al. Perioperative anxiety and length of hospital stay after caesarean section – A cohort study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2020 May;248:252–6.

65. Abate SM, Chekol YA, Basu B. Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Surgery Open. 2020;25:6–16.

66. Piščalkienė VBL. The Expression of Anxiety Among Women Before Cesarean Section and Other Operations: A Comparative Analysis. NERP. 2012;3:104–10.

67. Soxhuku (Isufi) A. MA, SV, The Role of Maternal Preoperative Anxiety on Hypotension After Spinal Anaesthesia in Caesarean Delivery. Int J Health Sci Res. 2016;6(4):118–23.

68. Dutta A. Post-spinal hypotension in parturients undergoing lower segment Caesarean section: ‘preoperative anxiety’’ or “anti-hyperbaricity’’.”’ Br J Anaesth. 2013 May;110(5):845.

69. Maheshwari D, Ismail S. Preoperative anxiety in patients selecting either general or regional anesthesia for elective cesarean section. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2015;31(2).

70. Barros da Cunha AC, da Costa Gribel GP, Akerman LPF, Rocha AC. Pre-Anesthetic Consultation, Stress and Preoperative Anxiety in Risk Pregnant Women. Gynecology & Obstetrics Case report. 2018;04(01).

71. Hobson JA, Slade P, Wrench IJ, Power L. Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. Int J Obstet Anesth. 2006 Jan;15(1):18–23.

72. Ozturk Inal Z, Gorkem U, Inal HA. Effects of preoperative anxiety on postcesarean delivery pain and analgesic consumption: general versus spinal anesthesia. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2020 Jan 17;33(2):191–7.

73. Drzymalski DM, Lumbreras-Marquez MI, Tsen LC, Camann WR, Farber MK. The effect of patient-selected or preselected music on anxiety during cesarean delivery: a randomized controlled trial. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2020 Dec 16;33(24):4062–8.

74. Field T. Prenatal anxiety effects: A review. Infant Behav Dev. 2017 Nov;49:120–8.

75. Matthey P, Finucane BT, Finegan BA. The attitude of the general public towards preoperative assessment and risks associated with general anesthesia. Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie. 2001 Apr;48(4):333–9.

76. Gottschalk A, Seelen S, Tivey S, Gottschalk A, Rich G. What do patients know about anesthesiologists? Results of a comparative survey in an U.S., Australian, and German university hospital. J Clin Anesth. 2013 Mar;25(2).

77. Ribeiro CS, Mourão JI de B. Anesthesiologist: the patient's perception. Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition). 2015 Nov;65(6).

78. Aras D, Çil C, Akçaoğlu AC, Erbay RH, Zencir M. Denizli ili YenişehirSağlık Ocağı bölgesinde halkın anesteziyoloji uygulamalarına ilişkin bilgi, tutum ve önceki anestezi deneyimleri. Pamukkale Med J. 2009;2(2):60–66.

79. Baaj J, Takrouri MSM, Hussein BM, Al Ayyaf H. Saudi patients' knowledge and attitude toward anesthesia and anesthesiologists: a prospective cross-sectional interview questionnaire. Middle East J Anesthesiology. 2006;18(4):835–851.

80. Fitzgerald BM, Elder J. Will a 1-Page Informational Handout Decrease Patients' Most Common Fears of Anesthesia and Surgery? J Surg Educ. 2008 Sep;65(5):359–63.

81. Tluczek A, Henriques JB, Brown RL. Support for the Reliability and Validity of a Six-Item State Anxiety Scale Derived From the State-Trait Anxiety Inventory. J Nurs Meas. 2009 May;17(1):19–28.

82. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). Arthritis Care Res (Hoboken). 2011 Nov 7;63(S11).

83. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1970.

84. Öner N; LCA. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 1th ed. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1983.

85. Marteau TM, Bekker H. The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State—Trait Anxiety Inventory (STAI). British Journal of Clinical Psychology. 1992 Sep 12;31(3):301–6.

86. Zsido AN, Teleki SA, Csokasi K, Rozsa S, Bandi SA. Development of the short version of the spielberger state—trait anxiety inventory. Psychiatry Res. 2020 Sep;291.

87. Döner S, Efe YS, Elmalı F. Turkish adaptation of the state–trait anxiety inventory short version (STAIS-5, STAIT-5). Int J Nurs Pract. 2024 Dec 25;30(6).

88. Rabiu A, Abubakar I, Muhammad A. Knowledge, attitude, and perception of pregnant women toward anesthesia for cesarean section at Aminu Kano Teaching Hospital. Sahel Medical Journal. 2019;22(1).

89. Endalew M, Endalew N, Agegnehu A, Mekonnen Z, Teshome D. Knowledge and attitude towards anesthesia for cesarean section and its associated factors among pregnant women attending antenatal care: A cross sectional study. Annals of Medicine & Surgery. 2022 Mar;75.

90. Kalliyath A, Korula S, Mathew A, Abraham S, Isac M. Effect of preoperative education about spinal anesthesia on anxiety and postoperative pain in parturients undergoing elective cesarean section: A randomized controlled trial. Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care. 2019;9(1):14.

91. Maghalian M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Ranjbar M, Alamdary FA, Mirghafourvand M. Informational video on preoperative anxiety and postoperative satisfaction prior to elective cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychol. 2024 Jan 2;12(1):6.

92. Tulgar S, Boga I, Piroglu M, Ates N, Bombaci E, Can T, et al. Preoperative anxiety before spinal anesthesia: Does internet-based visual information/multimedia research decrease anxiety and information desire? A prospective multicentered study. Anesth Essays Res. 2017;11(2):390.

93. Cakmak M, Kose I, Zinzircioglu C, Karaman Y, Tekgul ZT, Pektas S, et al. Effect of video-based information on anxiety and satisfaction of patients undergoing spinal anesthesia. Brazilian Journal of Anesthesiology. 2018 May;68(3):274–9.

94. Kindler CH, Harms C, Amsler F, Ihde-Scholl T, Scheidegger D. The Visual Analog Scale Allows Effective Measurement of Preoperative Anxiety and Detection of Patients' Anesthetic Concerns. Anesth Analg. 2000 Mar;90(3):706–12.

95. Ozmen H, Aydinli B, Çitilcioğlu US, Titiz L, Derici Yildirim D, Dogru S. Sezaryen ameliyatında, anestezi yöntemi ile gebelerin eğitim düzeyinin ilgisi var mı? Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. 2023 May 30;13(2):394–398.

96. Naod B, Admasu W, Ahmed Y. Patients' knowledge and attitude towards anesthesia in Tikur Anbesa Specialized Hospital. Int J Anesthesiol Res. 2016;4(5):229–235.

97. Shafer A, Fish MP, Gregg KM, Seavello J, Kosek P. Preoperative Anxiety and Fear. Anesth Analg. 1996 Dec;83(6):1285–91.

98. Domar AD, Clapp D, Slawsby E, Kessel B, Orav J, Freizinger M. The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. Health Psychology. 2000;19(6):568–75.

99. Klafta JM, Roizen MF. Current Understanding of Patients' Attitudes Toward and Preparation for Anesthesia. Anesth Analg. 1996 Dec;83(6):1314–21.

100. Stark MA. Exploring Women's Preferences for Labor Epidural Analgesia. Journal of Perinatal Education. 2003;12(1).

9. EKLER

EK 1: ETİK KURUL ONAYI

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr. Bahar Kuvaki Balkan

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR**
TELEFON	**0 232 412 22 54-0 232 412 22 58**
FAKS	**0 232 412 22 43**
E-POSTA	**goaek@deu.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	9270-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Elektif Sezaryen Planlanan Gebelerin Anesteziye Yönelik Bilgi ve Tutumları**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Bahar Kuvaki Balkan Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	
	TEZ SAHİBİNİ ADI SOYADI	Sevinj Baymammadlı	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2024/35-14	Tarih:23.10.2024
	Prof.Dr. Bahar Kuvaki Balkan'ın sorumlusu olduğu **"Elektif Sezaryen Planlanan Gebelerin Anesteziye Yönelik Bilgi ve Tutumları"** isimli bilimsel araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Şükran Köse (Başkan Yardımcısı)	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Özgür Er	Endodonti A.D.	Diş Hekimliği Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	

EK 2: ANKET SORULARI

1.Yaş:

2.Gebelik haftası:

3.Kaçıncı gebelik:

4. Bebekte beklenen normal dışı bir durum var mı?

- Evet
- Hayır

5. Herhangi bir sağlık sorununuz var mı? (Varsa ilgili yere belirtiniz)

Gebelik ile ilgili .....

Gebelik ile ilgili olmayan .....

4. Eğitim durumunuz nedir?

- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite
- Yüksek lisans veya doktora

5. Mesleğiniz nedir?

- Ev hanımı
- Memur
- İşçi
- Serbest meslek
- Diğer ……

6. Daha önce herhangi bir cerrahi işlemle ilgili anesteziyi duydunuz mu?

- Evet
- Hayır

7. Duyduysanız bu sezaryen anestezisi ile ilgili miydi?

- Evet

- Hayır

8. Doğumunuzun sezaryen girişim ile yapılmasının nedeni nedir?

- Tıbbi nedenle öyle olması gerekiyor
- Bebeğim sağlığı ile ilgili bir nedenle
- Benim sağlığım ile ilgili bir nedenle
- Doktorum öyle uygun gördü, nedenini bilmiyorum
- Ben öyle istiyorum
- Normal doğumdan korktuğum için
- Normal doğum sırasında ağrı çekmek istemediğim için
- Çevremden daha iyi olduğunu duyduğum için
- Kendim internetten araştırdığım için

9. Sezaryen anestezisi ile ilgili bilgiyi nereden edindiniz?

- Sezaryen anestezisi ile ilgili bilgim yok
- Kadın doğum doktorumdan
- Anestezi doktorundan
- Ailemden
- Komşu/arkadaşlarımdan
- İnternet/sosyal medya
- Diğer

10. Sezaryen için hangi tip anestezi yöntemlerini duydunuz?

- Herhangi bir anestezi yöntemi duymadım
- Genel anestezi (uyutularak)
- Spinal anestezi (belden)
- Epidural anestezi (belden)

11. Daha önce doğum veya diğer herhangi bir cerrahi işleminizde anestezi uygulandı mı?

- Hayır
- Evet

Sezaryen doğum için

- Genel anestezi
- Belden (spinal/epidural)

Normal doğum için

- Belden (spinal/epidural)

Diğer girişimler

- Genel anestezi
- Belden (spinal/epidural)

12. Yanıtınız evet ise daha önce size uygulanan anestezi ile ilgili herhangi bir yan etki yaşadınız mı?

- Evet
- Hayır

13. Yanıtnız evet ise aşağıdakilerden hangi yan etkileri yaşadınız (Birden fazla seçebilirsiniz, önemli olduğunu düşündüğünüz bir yan etkiyi diğer şıkı yanına açık yazabilirsiniz)

- Ameliyat sonrası başağrısı
- Ameliyat sonrası bulantı,kusma
- Ameliyat sonrası baş dönmesi
- Ameliyat sırasında ağrı
- Ameliyat sırasında uyanık olma
- Diğer.....

14. Spinal veya belden uygulanan diğer anestezi yöntemleri hakkında ne kadar bilgi sahibisiniz?

- Hiçbir bilgim yok
- Az bilgim var
- Orta derecede bilgim var
- Çok fazla bilgim var

15. Sezaryen ile gerçekleştirilecek olan doğumunuzda hangi anestezi yöntemini tercih edersiniz?

- Genel anestezi
- Spinal anestezi
- Epidural anestezi

16. Yukarıda işaretlemiş olduğunuz anestezi yöntemi tercihinizin nedenleri? (Birden fazla seçebilirsiniz)

- Genel anesteziden dolayı bir daha uyanamama korkusu
- Genel anesteziden dolayı narkozun fazla gelmesi korkusu
- Spinal anestezi sonrasında felç kalma korkusu
- Spinal anestezi sonrası baş ağrısı korkusu
- Önceki anestezi deneyimim
- Doğum yaptıktan sonra bebeğimi hemen görmek istiyorum
- Bebeğimi daha erken emzirmeye başlamak istiyorum

17. Anestezi öncesi bilgi paylaşımı sizin için ne kadar önemlidir?

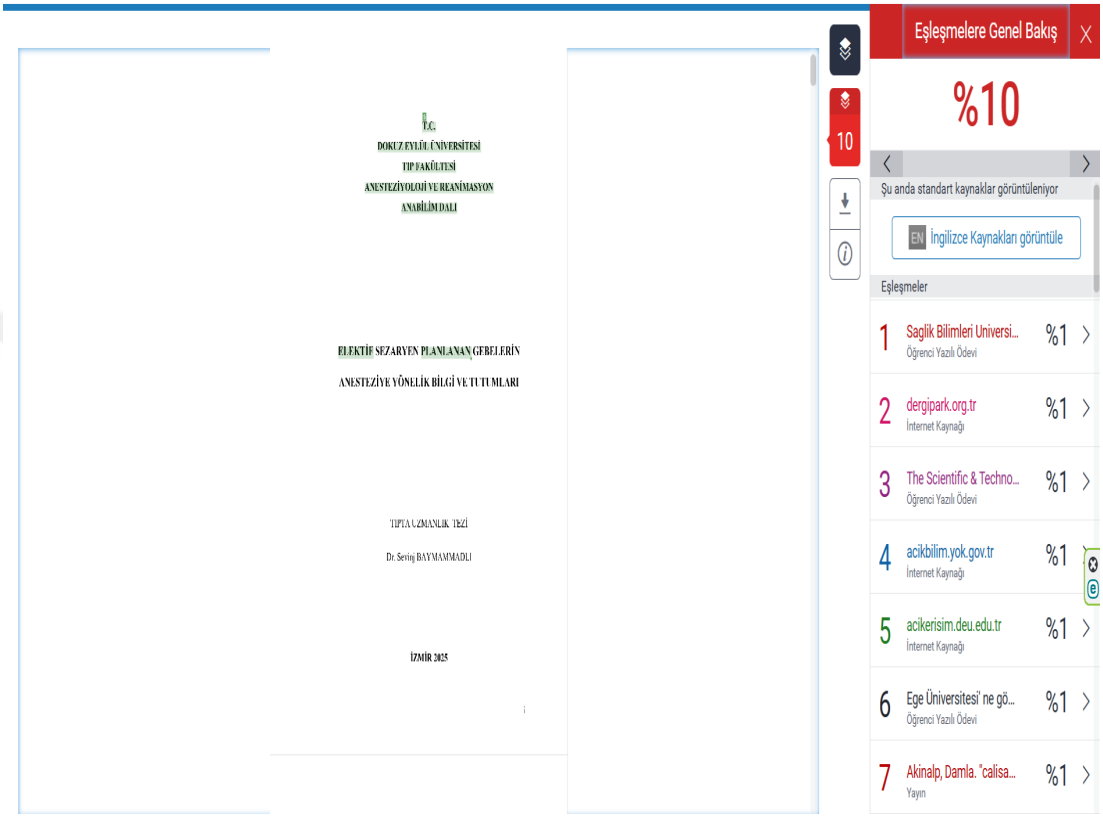
- Çok önemli
- Orta derecede önemli
- Az önemli
- Hiç önemli değil

18. Sezaryen ile doğum için anestezi yöntemi ile ilgili bilgiyi kimden ve/veya nasıl edinmek istersiniz? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Sezayen tarihi belli olduğunda anestezi doktorundan
- Sezaryen tarihi belli olduğunda kadın doğum doktorundan
- Gebelik kontrolleri sırasında bana verilecek olan bir video aracılığıyla
- Sezaryen doğum için doğumhaneye/ameliyathane geldiğimde bilgilendirilmem yeterli

EK 3: DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ - KISA VERSİYONU

MADDELER	HİÇ	BAZEN	ÇOK	TAMAMİYLE
Negatif Maddeler				
Şu anda sinirlerim gergin	1	2	3	4
Üzgün hissediyorum	1	2	3	4
Şu anda endişeliyim	1	2	3	4
Pozitif Maddeler				
Şu anda sakinim	4	3	2	1
Kendimi rahat hissediyorum	4	3	2	1
Şu anda halimden memnunum	4	3	2	1


T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON
ANABİLİM DALI
ELEKTİF SEZARYEN PLANLANAN GEBELERİN
ANESTEZİYE YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI
TIPTA UZMANLIK TEZİ
Dr. Seviş BAYMAMMADLI
İZMİR 2025
10
Eşleşmelere Genel Bakış
%10
Şu anda standart kaynaklar görüntüleniyor
İngilizce Kaynakları görüntüle
Eşleşmeler
1 Saglik Bilimleri Universi... %1
Öğrenci Yazılı Ödevi
2 dergipark.org.tr %1
İnternet Kaynağı
3 The Scientific & Techno... %1
Öğrenci Yazılı Ödevi
4 acikbilim.yok.gov.tr %1
İnternet Kaynağı
5 acikerisim.deu.edu.tr %1
İnternet Kaynağı
6 Ege Üniversitesi' ne gö... %1
Öğrenci Yazılı Ödevi
7 Akinalp, Damla. "calisa... %1
Yayın