

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON**  
**ANABİLİM DALI**

**ELEKTİF SEZARYEN OPERASYONU PLANLANAN GEBELERDE İLK SEZARYEN  
İLE MÜKERRER SEZARYEN OLACAK OLANLARIN ANKSİYETESİNİN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Mukadder ASLAN**

**TRABZON - 2017**

**T.C.**  
**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON**  
**ANABİLİM DALI**

**ELEKTİF SEZARYEN OPERASYONU PLANLANAN GEBELERDE İLK SEZARYEN  
İLE MÜKERRER SEZARYEN OLACAK OLANLARIN ANKSİYETESİNİN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**THE COMPARISON OF ANXIETY OF PREGNANT PATIENTS HAS PLANNED  
ELECTİVE CESAREAN WHICH ARE ON GOING FIRST TIME CESARIAN AND  
REPEATED CESAREAN**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Mukadder ASLAN**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hatice Nesrin ERCEYES**

**TRABZON - 2017**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım; Anabilim Dalı Başkanımız; Prof. Dr. Erdem Nail DUMAN'a,

Tezimin her aşamasında ve ihtisasım süresince sabır ve hoş görüyle, bilgi ve becerisini benimle paylaşan hocam; Prof. Dr. Hatice Nesrin ERCEYES'e, Prof. Dr. Gamze ÇAN'a diğer hocalarıma,

Her zaman yanımda olan ve sadece eğitimimde değil hayatımın her aşamasında desteklerini benden esirgemeyen aileme;

Zor zamanlarımda hep yanımda olan dostlarıma, uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım asistan arkadaşlarıma, anestezi teknikerlerine, ameliyathane, yoğun bakım ve poliklinik ekibimize;

SONSUZ TEŐEKKÜRLERİMLE...

Dr. Mukadder ASLAN

Trabzon, 2017

## ÖZET

### **ELEKTİF SEZARYEN OPERASYONU PLANLANAN GEBELERDE İLK SEZARYEN İLE MÜKERRER SEZARYEN OLACAK OLANLARIN ANKSİYETESİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Operasyon öncesi dönemde anestezi ve cerrahiyle ilişkili birçok nedene bağlı olarak hastalarda anksiyete hali mevcut olduğu bilinmektedir. Anksiyeteye sebep olan bu nedenlerin bilinmesi, preoperatif dönemde premedikasyonda bu endişe halinin giderilmesi için kullanılacak olan yöntemlerin seçilmesini kolaylaştırır. Sezaryen olacak olan gebelerde preoperatif anksiyete, peroperatif ve postoperatif komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Gebelerde preoperatif anksiyetenin derecesinin bilinmesi bu kaygı ile baş etmek için kullanılan premedikasyon yönteminin belirlenmesinde önemlidir.

Gebelerde preoperatif anksiyeteyi birçok faktör etkilemektedir. Bu çalışmada elektif sezaryen geçirecek olan gebelerin, ilk kez sezaryen olacak olanla mükerrer sezaryen olacakların anksiyetesini STAI-1 ve STAI-2 ölçeği ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Preoperatif dönemde anestezi polikliniğimizde, hastaların demografik bilgi formu dolduruldu sonrasında durumluluk ve süreklilik anksiyetesini ölçen STAI-1 ve STAI-2 testlerine yanıt vermesi istendi.

Çalışma sonucunda preoperatif dönemde elektif sezaryen olacak olan gebelerde ilk kez sezaryen olacak olanla, mükerrer sezaryen olacak olan arasında hem durumluluk hem de süreklilik anksiyete skorları arasında anlamlı fark görülmedi. Ancak eğitim durumu lise ve altı olan, çalışmayan, sigara kullanan, abortus ve/veya ölü doğum öyküsü olan, bebeğinde ek hastalığı olan, bilgilendirilmeyen, kız çocuğu ya da çocukları olup farklı cinsiyet beklentisi olan, gebelik takiplerinde gebeliğe bağlı ek hastalığı olan gebelerin anksiyeteleri yüksek bulundu.

**Anahtar Sözcükler:** *Preoperatif Anksiyete, Elektif Sezaryen, STAI*

## SUMMARY

### **THE COMPARISON OF ANXIETY OF PREGNANT PATIENTS HAS PLANNED ELECTIVE CESARIAN WHICH ARE ON GOING FIRST TIME CESAREAN AND REPEATED CESAREAN**

It is well-known that patients have anxiety during preoperative period due to many reasons related with anesthesia and surgery. Knowing these reasons causing anxiety may be beneficial for choosing methods in premedication for reducing this anxious state during preoperative period. In pregnant who will undergo cesarean, preoperative anxiety may cause perioperative and postoperative complications. Being aware of the degree of preoperative anxiety in pregnant is important for identifying premedication method which will be used for dealing with this anxiety.

Various factors may influence preoperative anxiety in pregnant. In this study, we aimed to compare anxiety of pregnant who were planned for their first cesarean and who were planned for their repeated cesarean by using STAI-1 (state) and STAI-2 (trait). Demographic information form was filled by patients in our anesthesiology polyclinic in preoperative period; then they were asked for answering STAI-1 and STAI-2 tests measuring state-trait anxiety.

In conclusion, there were no significant difference between pregnant who were planned for their first cesarean and who were planned for their repeated cesarean as elective cesarean during preoperative period in terms of state-trait anxiety scores. However; pregnant with low education (high school or below), who were unemployed, who had abortus and/or stillbirth, whose babies had comorbid illness, who were not acknowledged, who had baby girls but had expected different gender, who have had additional illness related with pregnancy during pregnancy follow-ups had high anxiety.

**Key Words:** Pre-operative Anxiety, Elective Cesarean, *STAI*

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	3
ÖZET .....	ii
SUMMARY .....	iii
İÇİNDEKİLER .....	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ .....	vii
TABLolar DİZİNİ .....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
1-GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2- GENEL BİLGİLER .....	3
1. Anksiyete .....	3
1.1. Anksiyetenin Tanımı:.....	3
1.2. Anksiyetenin Tarihçesi .....	3
1.3. Anksiyetenin Etyolojisi:.....	4
1.3.1. Psikolojik Yaklaşımlar .....	4
1.3.2. Biyolojik Kuramlar .....	4
1.3.2.1. Genetik Çalışmalar.....	4
1.3.2.2. Hayvan Modelleri .....	4
1.3.3. Nöroendokrin ve Otonom Sinir Sistemi.....	4
1.3.4. Nöroanatomik Görüşler.....	5
1.4. Anksiyete Tipleri: .....	5
1.4.1. Normal ve Patolojik Anksiyete;.....	5
1.4.2- Eksojen (dış) ve Endojen (iç) Anksiyete; .....	6
1.4.3. Durumluk ve Sürekli Anksiyete;.....	6
1.4.4. Psikodinamik Yaklaşım Açısından Anksiyete Tipleri .....	7
1.5. Anksiyete Belirtileri; .....	7
1.5.1. Duyusal- algısal belirtiler.....	7
1.5.2. Düşünce zorlukları .....	7
1.5.3. Duygusal (affektif) belirtiler .....	7
1.5.4. Davranışsal belirtiler .....	7

1.5.5. Fizyolojik belirtiler: .....	7
2. Preoperatif Anksiyete.....	8
2.1. Anksiyetenin Sık Görüldüğü Cerrahi Türleri; .....	9
2.1.1. Obstetri (sezaryen):.....	9
2.1.2. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi.....	9
2.1.3. Plastik Cerrahi.....	9
2.1.4. Beyin Cerrahisi .....	9
2.1.5. Baş-Boyun Cerrahisi .....	9
2.1.6. Ortopedi .....	9
2.1.7. Kanser Cerrahisi.....	9
2.1.8. Transplantasyon .....	9
2.1.9. Yanık.....	9
2.2. Preoperatif Anksiyete Ölçme Yöntemleri:.....	9
2.2.1. Yaygın Kullanılan Skorlar; .....	10
3. Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler.....	10
4 . Gebelikte Anksiyete .....	11
5. Doğum Korkusu .....	12
5.1. Primer Tokofobi:.....	12
5.2. Sekonder Tokofobi: .....	12
5.3. Prenatal Depresyon Belirtisi Şeklindeki Tokofobi: .....	12
5.4. Doğum Korkusunun Nedenleri ve İlişkili Faktörler; .....	12
5.4.1. Biyolojik Nedenler:.....	12
5.4.2. Psikolojik Nedenler.....	13
5.5. Doğum Korkusunun Gebelik ve Doğum Eylemi Üzerine Etkileri .....	14
6.1. Psikolojik Hazırlık .....	15
7. Sezaryen .....	16
7.1. Tanım .....	16
7.2. Tarihçe: .....	16
7.3. Sezaryen Sıklığı .....	17
7.4. Sezaryen Endikasyonları;.....	17
7.4.1. Maternal: .....	17
7.4.2. Maternal-fetal:.....	18

7.4.3. Fetal: .....	18
3- MATERYAL VE METOD.....	19
1. Araştırmanın Modeli .....	19
2. Araştırma Evreni ve Örneklemi .....	19
3. Veri Toplama Araçları .....	20
5. Verilerin İstatistiksel Analizi .....	23
4- BULGULAR VE YORUMLAR .....	24
5- TARTIŞMA .....	47
6- SONUÇ.....	57
7- KAYNAKLAR.....	59
EKLER.....	70



## KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

**STAI:** Sürekli Durum Anksiyete Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory)

**STAI-I:** (Durumluk Kaygı Ölçeği)

**STAI-II:** (Süreklilik Kaygı Ölçeği)

**HADS:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası (Hospital Anxiety and Depression Scale)

**MAACL:** Çoklu Etki Belirleme Listesi (Multiple Affect Adjective List)

**APAIS:** Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Skalası (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale)

**ACTH:** Adrenokortikotropik Hormon

**ASA:** American Society of Anesthesiology

**VAS:** Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale)

**CRH:** Kortikotropin Salgılatıcı Faktör

**TSH:** Tiroid Stimulan Hormon

**TRH:** Tirotropin Salgılatıcı Hormon

**IVF:** Invitro fertilizasyon

**KHD:** Kadın hastalıkları ve doğum

**BA:** Bazal amigdala

**LA:** Lateral amigdala

**Vb:** Ve benzeri

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Hasta Profili .....	26
Tablo 2. Gruplara Göre Demografik Dağılım .....	28
Tablo 3. Gruplara Göre Anksiyete skorları .....	31
Tablo 4. Anksiyete skorunun yaş ile karşılaştırması .....	32
Tablo 5. Anksiyete skorunun ASA ile karşılaştırması .....	33
Tablo 6. Anksiyete skorunun Eğitim durumu ile karşılaştırması .....	33
Tablo 7. Anksiyete skorunun meslek ile karşılaştırması .....	34
Tablo 8. Anksiyete skorunun Abortus /ölü doğum öyküsü ile karşılaştırması .....	36
Tablo 9. Anksiyete skorunun IVF gebelik ile karşılaştırması .....	37
Tablo 10. Anksiyete skorunun Tekil/Çoğul gebelik ile karşılaştırması .....	38
Tablo 11. Anksiyete skorunun sigara durumu ile karşılaştırması .....	38
Tablo 12. Anksiyete skorunun gebelik takibinde ek hastalık ile karşılaştırması .....	39
Tablo 13. Anksiyete skorunun bebekte ek hastalık ile karşılaştırması .....	40
Tablo 14. Anksiyete skorunun bebeğin cinsiyeti ile karşılaştırması .....	41
Tablo 15. Anksiyete skorunun çocukların cinsiyet farklılığı ile karşılaştırması .....	42
Tablo 16. Anksiyete skorunun çocukların cinsiyet farklılığı ile karşılaştırması .....	43
Tablo 17. Anksiyete skorunun bilgi alma durumu ile karşılaştırması .....	43
Tablo 18. Anksiyete skorunun bilgi kaynağı ile karşılaştırması .....	44
Tablo 19. Anksiyete skorunun bilgi kaynağı ile karşılaştırması .....	45
Tablo 20. Anksiyete skorunun önceki anestezi şekli ile karşılaştırması .....	46

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İS-MS Grupları eğitim Durumu Karşılaştırması .....	34
Şekil 2. İS-MS Grupları Çalışma Durumu Karşılaştırması .....	35
Şekil 3. İS-MS Grupları Abortus/Ölü Doğum Öyküsü Karşılaştırması .....	37
Şekil 4. İS-MS Grupları Bebekte Ek Hastalık Karşılaştırması.....	41
Şekil 5. İS-MS Grupları Bilgi Alma Durumu Karşılaştırması .....	44
Şekil 6. İS-MS Grupları Bilginin Kaynağı ile İlgili Karşılaştırma.....	45

## 1-GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan bir bunalıtı duygusudur. Bireyin kendini güvende hissetmediği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepki ve yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur (1). Ameliyat fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyimdir (2).

Hastaların çoğunda ameliyat öncesi farklı derecelerde kaygı ve korku görülmektedir. Cerrahi uygulanacak hastaların %60-80'inde ameliyat öncesi anksiyete bildirilmiştir (3). Bu kaygı ve korku anestezi tipine bağlı olabildiği gibi, hastanın önceki deneyimlerine, kişilik özelliklerine, cerrahi girişime ait endişelere ve ameliyat sonrası dönemdeki ağrılarına da bağlı olabilir (4, 5).

Preoperatif değerlendirme, hastanın fizik ve psikolojik durumunun belirlenmesi ile farmakolojik ve terapotik hikayesinin alınması, laboratuvar incelemeleri ve anestezi risk belirlemesini içerir. Bunu hastanın bilgilendirilmesi, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle preoperatif hazırlık takip eder. Preoperatif hazırlığın pek çok amacı vardır. Fakat en önemlilerinden biri anksiyetenin giderilmesidir. Anksiyete; cerrahiyi, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkiler (6, 7, 8).

Preoperatif anksiyete; hastanın anestezi veya analjeziye karşı yanıtını, anestezi indüksiyonunu ve hasta derlenmesini de etkileyebilir (5, 9). Preoperatif anksiyete, artmış postoperatif ağrı, analjezik gereksinimi ve uzamış hastanede kalış süresi ile de bağlantılı bulunmuştur (10).

Hastaların anksiyete seviyelerini düşürmek amacıyla çok çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Preoperatif dönemde anestezist tarafından yapılan görüşme ve bu görüşmede verilen bilgiler ile premedikasyon amacıyla uygulanan ilaçlar bunlardan

bazılarıdır (11). Preoperatif dönemde hastaların bilgilendirilmesinin anksiyete ve analjezik gereksinimini azalttığı, memnuniyeti arttırdığı gösterilmiştir (12). Hastaya, her aşamada yapılan işlemin ne olduğu ve niçin yapıldığı konusunda bilgi verildiğinde ise hastaların anksiyete düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir (13).

Anksiyete ölçümü için tıpta en yaygın kullanılan test, Stait- Trait Anxiety Inventory (STAI) skalasıdır. STAI skalası Spielberg ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olup, envanterin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Öner N. tarafından yapılmıştır (14).

Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreç olmasına karşın, kadın vücudu için önemli bir yük ve stres oluşturmaktadır. Gebelik dönemi fizyolojik olduğu kadar kalıcı psikolojik değişikliklere neden olmaktadır. Anne karnında gelişen bebeğin varlığına bağlı gebeliğe özgü fizyolojik ve hormonal değişiklikler, psikolojik değişikliklerin kaynağını oluşturmaktadır (15). Gebelerde özellikle doğum ve yenidoğan ile ilgili endişeler son trimesterde artmaktadır (16). Doğumun da sezaryen ile yapılıyor olması anksiyete düzeyini etkilediği düşünülmektedir. Son yıllarda sezaryen doğum en sık yapılan majör cerrahi girişimlerden biridir (17).

Preoperatif anksiyetenin derecesi peroperatif ve postoperatif komplikasyonlarla birliktelik göstermektedir. Gebelerde preoperatif anksiyetenin derecesinin bilinmesi, bu kaygı ile baş etmek için kullanılan premedikasyon yönteminin belirlenmesinde önemlidir. Gebelerde premedikasyonda kullanılacak yöntemin belirlenmesinde birçok faktör düşünülmektedir. Biz çalışmamızda elektif sezaryen geçirecek gebelerin gebelikle ilişkili verileri, çeşitli demografik özellikleri ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırarak ve anksiyetelerine etki edebilecek faktörleri tartışarak bu hastaların preoperatif kaygılarının giderilmesi için kullanılacak yöntemin belirlenmesine katkı sağlamayı amaçlıyoruz.

## 2- GENEL BİLGİLER

### 1. Anksiyete

#### 1.1. Anksiyetenin Tanımı:

Anksiyete sözcüğü sıkışma darlık anlamına gelen “angh” kökünden türemiştir (18).

Anksiyete, kendini belirsiz bir tehlike hissiyle gösteren ve çoğunlukla otonom belirtilerin bir arada görüldüğü bir duygudur. Anksiyete kişiye tehlikeyi haber veren ve tehlikeyle başa çıkabilmek için önlem almaya iten bir sinyaldir (19).

Anksiyete çoğu zaman herhangi bir hastalık belirtisi olmadan yaşamın olağan bir parçası olarak yaşanır. Anksiyete genellikle kayıp ya da tehdit olarak algılanan durumlarda yaşanır (20).

Normalde anksiyete uyum sağlayıcı bir işlev görür. Bireyi iç ve dış tehditlere karşı önlem alması konusunda uyarır (21). Anksiyete hisseden kişide ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler anksiyetenin periferik belirtileri olarak tanımlanır. Bu belirtiler; çarpıntı, huzursuzluk, titreme, terleme, sersemlik, ekstremitelerde karıncalanma, reflekslerde canlılık, hipertansiyon, pupillerde genişleme, epigastrik rahatsızlık, sık idrar yapma olarak sıralanabilir (19).

#### 1.2. Anksiyetenin Tarihçesi:

Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt milattan önce 3000’lerde yazılan Gılgamış destanıdır. Bu destanda Gılgamış kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir (22). Descartes (1937) ve De la Mettrie’nin (1748) ve çalışmalarlarıyla birlikte anksiyete artık psikolojik bir sorun olarak ele alınmaya başlanmıştır (23).

Anksiyete kavramının anlaşılabilmesinde en önemli katkılardan biri Karen Horney'dan gelmiştir. Horney, anksiyete ve korku kavramını sıkça birlikte kullanarak bu iki kavram arasındaki yakınlığı ifade etmiştir (24)

Anksiyete kapsamına giren çeşitli klinik durumların birbirinden ayrılarak farklı klinik durumlar olarak tanımlanması 1960'lardan sonra elde edilen veriler sonucu 1980'de DSM-III ile gerçekleştirilmiştir.

### **1.3. Anksiyetenin Etyolojisi:**

#### **1.3.1. Psikolojik Yaklaşımlar**

#### **1.3.2. Biyolojik Kuramlar**

##### **1.3.2.1. Genetik Çalışmalar**

Kalıtımın rolü giderek daha belirgin olmaktadır; birinci derece akrabalarda anksiyete bozukluğu olasılığı %15-18 arasındayken, ikinci derece akrabalarda %6'dır (25).

##### **1.3.2.2. Hayvan Modelleri**

#### **1.3.3. Nöroendokrin ve Otonom Sinir Sistemi**

Uyarılara verilen uyanıklık artması, enerji depolarının boşalması, kardiyovasküler işlev artışı gibi adaptif yanıtlarda, hipotalamik-pitüiter-adrenal ekseninde, sempatik ve parasempatik otonom sinir sisteminin uyum işlevi rol oynar. Stres ve tehlike uyarılarına karşı verilen biyolojik yanıtlar uygunsuz ya da kronik bir şekilde uzun süreli ise, bu uyum güclüğü anksiyete oluşumuna neden olmaktadır (23).

Parasempatik sistem; anksiyetede izlenen gastrointestinal ve ürogenital sistemle ilgili belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynar.

Sempatik sistem; aktivasyonu ile anksiyetede izlenen kan basıncı ve kalp hızı artışı, terleme, piloereksiyon, pupiller dilatasyon vb. belirtilerin ortaya çıkmasında rol oynar.

Anksiyete bozukluğu olan kişilerde artmış bazal ACTH (Adrenokortikotropik Hormon) ve kortizol düzeyleri, TRH (Tirotropin Salgılatıcı Hormon)'dan bağımsız TSH (Tiroid Stimülan Hormon) ve prolaktin cevapları, CRF (Kortikotropin Salgılatıcı faktör)'den bağımsız ACTH salınımı, anormal kortizol cevapları gibi nöroendokrin değişiklikler saptanmıştır (26).

#### **1.3.4. Nöroanatomik Görüşler**

İnsan beyninde korku şartlandırılmasının değerlendirilmesi ve ifadesinden sorumlu merkez amigdaladır. Amigdala kortikal ve subkortikal girdiler aracılığıyla öğrenilmiş bilgiler ve duyuşal girdilerden gelen bilgileri integre ederek, refleks tehlike yanıtını koordine eder. Amigdala medial temporal lobda yer alır ve 13 çekirdekten oluşur. Bunlardan BA (bazal amigdala), LA (lateral amigdala) ve santral çekirdek korku yanıtından esas sorumlu yapılardır (27).

LA'dan kalkan uyarı beyin sapı ve hipotalamusda yerleşmiş efektör alanlara gider ve akut korku yanıtının otonomik ve davranışsal semptomlarını ortaya çıkartır. Çalışmalar lateral amigdalanın korku şartlanması ile ilgili hafızanın oluşturulması ve plastisiteden sorumlu bölge olduğuna işaret etmektedir (28; 29).

#### **1.4. Anksiyete Tipleri:**

##### **1.4.1. Normal ve Patolojik Anksiyete;**



**Normal Anksiyete:** İnsanda doğuştan itibaren var olan ve belirli düzeye kadar sağlıklı yaşanması gereken bir duygu durumudur. Çünkü kişinin kendini geliştirmesine, başarılı olabilmek için daha aktif biçimde çalışmasına, kendi varlığını sürdürmesine engel olabilecek tehlikeli konularda onu uyararak gerekli tedbirleri alması, daha yaratıcı, daha üretici olmasına yol açar. Belli bir düzeye kadar performansı artırır, onu motive eder (30).

**Patolojik (hastalıklı, zararlı) Anksiyete:** Burada yaşanan anksiyete duygusu artık belli bir eşiği aşmış kişiyi olumsuz biçimde etkilemeye, günlük yaşamını bozmaya yani ona zarar vermeye başlamıştır. Kişinin bu duyguyla baş edebilme gücünü aştığı için, onu yaşam biçimini değiştirmek zorunda bırakabilir, kaçınma ve kaçma davranışı izlenebilir, hatta yaşamı bazen tümüyle altüst olabilir. Bu nedenle hastalıklı ve tedavisi gerekli bir duygudur. Yoğunluğu, süresi ve şiddeti uyarılarla orantılı değildir. Başlangıç ve bitişinde dış etkenler değil, içsel uyarılar rol oynar. Kişi bu duyguya neden olabilecek objektif neden tanımlayamadığından korkuları da artar (30).

#### **1.4.2- Eksojen (dış) ve Endojen (iç) Anksiyete;**

**Eksojen (dış) Anksiyete:** Dış dünyadan gelen uyarılara (örneğin; dış tehlikeler, tehditler, duygusal travmalar, stresler gibi) bir yanıt olarak ortaya çıkar. Belirtiler beklenmeyen dalgalanmalar göstermez (30).

**Endojen (iç) Anksiyete:** Ataklar şeklinde ortaya çıkar. Belirtiler inişli çıkışlıdır. Dış dünyadan gelen uyarılarla ilgisi ya yoktur ya da çok azdır. Daha çok kişiye özel ve içsel nedenlerle ilgili olduğu, ayrıca kalıtsal ve metabolik etkenlerin de rol oynadığı düşünülmektedir (30).

#### **1.4.3. Durumluk ve Sürekli Anksiyete;**

**Durumluk Anksiyete (state anksiyete):** Gerek dış, gerekse içsel etkenler rol oynar. Kişi tarafından gerçek ya da geçmiş gibi algılanan tehlike yaşantıları biçiminde ve akut olarak (o anda, o durumda) yaşanan bir duygu durumudur (30).

**Sürekli Anksiyete (trait anksiyete):** Burada kişinin kişilik yapısı, algılama ve yorumlama biçimi anksiyete oluşturmaya yatkınlık gösterir. Bu nedenle anksiyete duygusu sürekli ve kronik bir biçimde yaşanır (30).

#### **1.4.4. Psikodinamik Yaklaşım Açısından Anksiyete Tipleri**

Alt benlik (id) anksiyetesi, iğdiş edilme (kastasyon) anksiyetesi, ayrılma (seperasyon) anksiyetesi, üst benlik (süper ego) anksiyetesi gibi başlıklar altında açıklanmaktadır (30).

#### **1.5. Anksiyete Belirtileri;**

##### **1.5.1. Duyusal- algısal belirtiler**

##### **1.5.2. Düşünce zorlukları**

##### **1.5.3. Duygusal (affektif) belirtiler**

##### **1.5.4. Davranışsal belirtiler**

##### **1.5.5. Fizyolojik belirtiler:**

Bunlar genellikle organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Hormonal, sempatik ya da parasempatik sinir sistemlerinin çalışmasındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkarlar. Örneğin kalp hızı, kan basıncı, solunumda izlenen artışlar kişinin tehlikeden kaçabilmesi için gerekli sempatik sistem aktivasyonunu gösterirler. Parasempatik sistemle ilgili olaylar ise çaresizliği, çözüm bulamamayı işaret ederler. (31, 32)

##### **Kalp-damar sistemi belirtileri**

##### **Solunum sistemi belirtileri**

##### **Kas-iskelet ve sinir sistemi belirtileri**

##### **Sindirim sistemi belirtileri**

##### **Boşaltım ve genital sistem belirtileri**

##### **Cilt belirtileri**

## 2. Preoperatif Anksiyete

Ameliyat, fizyolojik olduğu kadar psikolojik olarak da hastayı tehdit eden bir deneyimdir (2). Hasta ameliyat olacağını bildiği için ve sonrasını bilmediği için korkar ve anksiyete duyar (33). Bireye anksiyete ve korku yaşatan ameliyat öncesi dönem, bireyin yaşamında yer alan bir kriz dönemidir (34).

Preoperatif değerlendirme, hastanın fizik ve psikolojik durumunun belirlenmesi ile farmakolojik ve terapötik hikayesinin alınması, laboratuvar incelemeleri ve anestezi risk belirlemesini içerir. Bunu hastanın bilgilendirilmesi ile farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle preoperatif hazırlık takip eder (6). Anestezistin ameliyat öncesi vizitinin amacı, hastayı yapılacak işlem ile ilgili bilgilendirmektir. Fakat en önemlisi anksiyetenin giderilmesidir (7). Bir insanın yaşayabileceği en acılı duygu olarak tanımlanabilen anksiyete; anesteziyi, cerrahiye, postoperatif iyileşmeyi olumsuz etkilemektedir (8).

Ameliyat öncesinde anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda ameliyat sonrasında daha fazla tıbbi komplikasyon geliştiği ve yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir (35). Preoperatif anksiyete; cerrahi planlanan hastaların %60-80'inde görülmektedir (10).

Ameliyat öncesinde hastanın anksiyete düzeyini, yapılacak işlemler hakkında bilgi sahibi olmamak, hastanın kişisel özellikleri, yaşı, daha önceki anestezi ve cerrahi deneyim, yapılacak operasyon tipi etkilemektedir (36).

Evinden ve yakınlarından uzaklaşma, günlük işlerin kesintiye uğraması gibi endişelerin yanı sıra, ameliyat esnasında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonların endişesi, uygulanacak anestezi ve cerrahi hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, ameliyat sonunda uyanamama, anestezi kaygısı, beden imajının değişmesi ve beğenilmeme, kendi vücudunu kontrol edememe, vücut parçalarını kaybetme, cinsel yeterliliğin kaybı, ameliyat sırası ve sonrasında ağrı duyma gibi endişeler preoperatif anksiyete nedenleri arasında gelmektedir (37).

Hastanın kaygı ve endişelerinin dinlenmesi kaygı ile başa çıkma yeteneğini güçlendirmektedir. Hasta psikolojisinin tanınmasında, anksiyete derecesi ve anksiyete

nedenlerinin bilinmesi, hastalığın niteliği, anestezi uygulaması, cerrahi girişim, postoperatif dönemle ilgili konularda kaygısını arttırmayacak şekilde yeterli düzeyde bilgilendirme önemlidir. Hastaya müzik dinletme, akapunktur uygulama, gevşeme egzersizleri yaptırma gibi nonfarmakolojik yöntemler de anksiyete ile baş etmek amacıyla kullanılabilen diğer yöntemlerdir (38).

## **2.1. Anksiyetenin Sık Görüldüğü Cerrahi Türleri;**

### **2.1.1. Obstetri (sezaryen):**

Gebelik bir kadın için başlı başına bir anksiyete kaynağıdır ve özellikle doğum ve yenidoğan ile ilgili endişeler son trimesterde artmaktadır. Doğumun da sezaryen ile yapıyor olması anksiyete düzeyini etkilediği düşünülmektedir. Son yıllarda dünyada ve ülkemizde sezaryen ile doğum en sık yapılan majör cerrahi girişimlerden biridir (39).

### **2.1.2. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi**

### **2.1.3. Plastik Cerrahi**

### **2.1.4. Beyin Cerrahisi**

### **2.1.5. Baş-Boyun Cerrahisi**

### **2.1.6. Ortopedi**

### **2.1.7. Kanser Cerrahisi**

### **2.1.8. Transplantasyon**

### **2.1.9. Yanık**

## **2.2. Preoperatif Anksiyete Ölçme Yöntemleri:**

Hasta memnuniyetini arttırmak amacıyla, anestezi ile ilgili sorunları, istenmeyen etkileri, hasta memnuniyetini sorgulayan anketlerin kullanımı oldukça eskiye dayanmaktadır. Bu anketlere dayanan çalışmalar, hastaların ortaya çıkabilecek ihtiyaçları,

beklentileri ve algılamaları ile ilgili bilgi sağlamaları açısından önemlidir. Anketlerin ölçüm elemanları haline gelebilmeleri için dikkatlice yapılandırılmaları, arındırılmaları ve standardize edilmeleri gerekmektedir. Ancak yine de hasta memnuniyetini belirlemek için anket kullanmak tek yol gibi görünmektedir. Kullanılan anketin yaygın kabul edilen bir anket olması yukarıda sözü edilen sorunları azaltabilir (40).

### **2.2.1. Yaygın Kullanılan Skorlar;**

- Sürekli Durum Anksiyete Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory, **STAI**) (41).
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası (Hospital Anxiety and Depression Scale, **HADS**) (42).
- Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale, **VAS**) (43).
- Çoklu Etki Belirleme Listesi (Multiple Affect Adjective List, **MAACL**) (44).
- Amsterdam Preoperatif Anksiyete ve Bilgi Skalası (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale, **APAIS**) olarak sıralanabilir (45, 46).

STAI 1970 yılında Amerika’da Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. STAI, hastaların durumluluk anksiyete düzeyini ölçmeyi hedefleyen 20 soru ve süreklilik anksiyete düzeyini ölçmeyi hedefleyen 20 soru olmak üzere iki ayrı bölümden oluşmuştur. Soru sayısının çok olması, fazla zaman alması ve hastaların uygulama sırasında sıkılması STAI’nin dezavantajlarından (41).

### **3. Gebelikte Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler**

Gebelik dönemi birçok insan için özel bir dönem olarak kabul edilmekle birlikte, yeni doğan çocuğunu kucağına alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi için riskli bir dönem olmaktadır. Gebelerde fizyolojik

değişikliklerin görülmesi, hızlı hormonal değişimlerin olması, duygu durum ve diğer psikiyatrik sendromların ortaya çıkmasının bir nedeni olarak ileri sürülmektedir (47). Gebelik ve doğum kadının yaşam süresinde fizyolojik olay olarak görülmekle birlikte gebe ve ailesi için ciddi biyopsikososyal adaptasyon gerektiren yaşam dönemidir (48). Gebelik dönemi kadınların ruhsal olarak en hassas oldukları ve bu nedenle psikiyatrik hastalık riskinin arttığı bir dönemdir (49).

#### **4 . Gebelikte Anksiyete**

Doğurganlık dönemindeki kadın, gebelik ve doğumla birlikte önemli organik ve psikolojik değişiklikler yaşadığından, gebelik ve doğum anksiyeteye yol açmaktadır. Önceki çalışmalar bize gebelik dönemindeki anksiyetenin oldukça yüksek düzeyde olduğunu ve bununla özellikle üçüncü trimesterde yüksek olduğunu göstermektedir (50).

Gebelikte yaşanan anksiyetenin nedeni ise kadının kendisinden çok fetusa odaklı olmasına bağlanmıştır. Buna göre malformasyonlu ya da yaralanmış incinmiş bir bebeğe sahip olmak, operasyonlu doğum, yabancı bir ortamda yalnız kalıp herhangi bir şeyi yanlış yapmak ya da doğumun nasıl olacağı gibi, bebeğin sağlık durumu ve doğumda ortaya çıkabilecek bir takım risklerin bebeğe zarar verme ihtimali gebelerde anksiyeteye yol açmaktadır (50).

Gebelikte Duygulanım Bozukluğu Anksiyete bozukluklarının gebelik sürecinde ortaya çıkma riskini arttıran faktörler arasında düşük eğitim düzeyi, evlilikten tatmin olamama, perinatal stresörler, çocuk için gerekli tıbbi koşulların bulunmaması, hayat koşullarındaki değişiklikler ve kendi aileleriyle ilgili sıkıntılı anılar sayılabilir (50).

Orta şiddette anksiyetesi olan hastalara farmakolojik olmayan psikolojik yaklaşımlar (dinamik psikoterapi, destekleyici psikoterapi ve bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımları) uygulanabilirken anksiyetesi günlük yaşamını etkileyen hastalarda psikolojik yaklaşımların yanı sıra medikal tedavide tercih edilebilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda gebelerin çoğunun antepartum dönemde gebelik ve doğuma ilişkin korkular

yaşadığı bu korkuların daha çok doğum korkusu şeklinde olduğu ve doğum korkusunun da anksiyete düzeyini arttırdığı yönünde sonuçlar elde edilmiştir (50).

## **5. Doğum Korkusu**

Sağlık bakım hizmetlerindeki gelişmelere birlikte gebelik, doğum ve doğum sonu süreç günümüzde nispeten daha az komplikasyonla sonuçlanmasına karşın, birçok kadın bu sürece ilişkin korku yaşamaktadır (51, 52). Ancak doğum korkusu gebelikten önce oluşur ya da bu korku çok şiddetli boyutlara ulaşırsa “tokofobi” olarak adlandırılmaktadır. Hofberg ve Brockington tokofobiyi gebeliğe özgü spesifik bir anksiyete çeşidi şeklinde tanımlamışlardır (53). Tokofobi primer, sekonder ve prenatal depresyon belirtisi şeklindeki tokofobi olarak üç grupta toplanmaktadır (53, 54).

**5.1. Primer Tokofobi:** Gebe kalmadan önce başlayan doğum korkusudur. Primer tokofobi adölesan veya erken erişkinlik döneminde ortaya çıkabilir. Primer tokofobisi olan kadın doktorundan elektif sezaryen talep edebilir (53).

**5.2. Sekonder Tokofobi:** Primer tokofobiden farklı olarak ikincil travmatik bir obstetrik olaydan sonra gelişir. Bu travmatik obstetrik olayın en tipik şekli “travmatik doğum eylemidir”. Ancak bazen normal doğum, düşük yapma, ölü fetus ya da gebeliğin sonlandırılmasını takipeden dönemde kadın için travmatik olabilir (54).

**5.3. Prenatal Depresyon Belirtisi Şeklindeki Tokofobi:** Prenatal dönemde yaşanan depresyon, kendisini tokofobiyle birlikte gösterebilir. Nadir olarak bazı kadınlar doğum öncesi dönemde depresyon belirtisi olarak yoğun fobi ve doğumdan kaçınma davranışı gösterebilir. Bu gibi vakalarda kadın, sürekli olarak bebeğini doğuramayacağını, doğum yapsa bile öleceğini düşünür (53).

## **5.4. Doğum Korkusunun Nedenleri ve İlişkili Faktörler;**

### **5.4.1. Biyolojik Nedenler: Örneğin doğum ağrısı**

#### 5.4.2. Psikolojik Nedenler

**Kişilik Özellikleri:** Gebenin kişilik özellikleri doğumdan beklentilerini, beklentileri ise doğum sırasındaki deneyim ve davranışları etkilemektedir. Gebenin yaşadığı son doğuma ilişkin değerlendirmesi bir sonraki doğuma ilişkin korku ve anksiyete düzeyinin belirlenmesinde rol oynar (54). Saisto ve arkadaşlarının Finlandiya’da yaptığı çalışmada nevroitik kişilik, savunmasızlık, depresyon, düşük benlik saygısı gibi kişisel özellikler gebelik anksiyetesi ve doğum korkusu ile ilişkili bulunmuştur (55). Yapılan ileri analizde doğum korkusunun oluşmasında genel anksiyete en önemli belirleyici olarak saptanmıştır (55).

**Önceki Travmatik Olaylar:** Daha önce travmatik bir olay yaşayan kadınlar daha fazla doğum korkusu yaşar. Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmanın doğum korkusunun yaşanmasında önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (56).

**Sosyal Destek Eksikliği ve Ekonomik Nedenler:** Gebenin sosyal destek sistemlerinin eksik olması doğum korkusuna neden olabilir. Yapılan çalışmalar sosyal desteği olmayan gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşadıklarını göstermiştir (57).

Özellikle düşük eğitim seviyesine sahip, yaşı genç, işsiz ve gelir düzeyi düşük olan gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşadığı gösterilmiştir (57).

**Önceki Doğum Deneyimi:** Parite doğum korkusunun içeriğini etkiler. Nulliparlar genellikle bilinmeyenden, doğum ağrısından ve kontrol kaybı yaşamaktan korkarlar. Multiparların doğum korkusunun altında yatan temel neden ise ikincil doğum korkusu diye tanımlanan önceki doğum deneyimidir (58). Nulliparlar multiparlara göre daha yüksek oranlarda doğum korkusu yaşar. Ancak multiparların yaşadığı doğum korkusunun düzeyi nulliparlara göre daha şiddetlidir. Nulliparlar genellikle orta derecede korku yaşarken, multiparlar isteğe bağlı sezaryena neden olan şiddetli düzeyde korku yaşamaktadır (59). Bunun yanı sıra önceki doğumda acil sezaryen, vakum uygulaması ve dayanılmaz ağrı sonraki gebeliklerde yaşanan doğum korkusu ile ilişkili bulunmuştur (58).



Önceki doğum deneyimi ve doğum süreci arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada önceki doğum deneyimini travmatik olarak tanımlayıp doğum korkusu yaşayan gebelerde sezaryen doğum 5.2 kat artmıştır (60).

### **5.5. Doğum Korkusunun Gebelik ve Doğum Eylemi Üzerine Etkileri**

Doğum korkusu doğum eylemine ait komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Doğum korkusu gebede sempatik sinir sistemini ve kan damarlarında vazokonstriksiyonu aktive eden çeşitli mekanizmaları harekete geçirir (61). Gebenin doğum sırasında korkulu ve endişeli olması katekolaminler (adrenalin, noradrenalin) gibi stres hormonlarının salınımını artırır. Katekolaminler uterusu giden kan akımında azalmaya neden olur. Uterusa giden kan miktarındaki azalma plasental akımdaki oksijen seviyesinin azalmasına sebep olur. Fetusa giden oksijen azaldığından fetusta distres gelişir. Bu durum gebeye tıbbi müdahale gereksinimini artırır. Korku ve endişe durumunda artan adrenalin, doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya, doğum eyleminin uzamasına, hatta durmasına neden olur. Ayrıca anksiyeteli gebelerde daha fazla kanama olabilir (62).

Doğum korkusunun doğum sürecine etkisini inceleyen başka bir çalışmada, doğum korkusu yaşayanların doğum sürecinin daha uzun olduğu, enstrümantal doğum ve acil sezaryen doğumların daha fazla olduğu gösterilmiştir (63). İsveç'te yapılan çalışmada doğum korkusu yaşayanlarda isteğe bağlı sezaryen, acil sezaryen daha fazla görülmüş ve daha fazla indüksiyon kullanıldığı saptanmıştır (64).

### **6. Gebelerde Preoperatif Değerlendirme:**

Preoperatif değerlendirme sırasında en çok ilgiye ve bilgiye ihtiyacı olan doğuma veya sezaryen operasyonuna girecek olan gebelerdir. Bu grup hastalar diğer operasyona hazırlanan hastalardan farklı olarak ek kaygı nedenlerine sahiptirler (65). Normal bir

cerrahi anestezide sadece bir kişinin güvenliği ve en uygun koşullar sağlanmaya çalışılırken; sezaryende annenin ve annede oluşan her türlü değişiklikten etkilenen fetusun da güvenliği sağlanmak zorundadır (66).

Preoperatif vizitte hastaya uygulanacak anestezi yöntemi hakkında bilgi verilmeli, korku ve endişesi giderilmelidir. Preoperatif değerlendirmenin nedeni açıklandıktan sonra, amacına uygun olarak gerekli bilgi, sırayla, düzenli bir şekilde alınmalı ve kaydedilmelidir. Hastanın psikolojik ve fiziksel olarak cerrahi sırasındaki stresi tolere edip edemeyeceği değerlendirilerek cerrahinin hastanın daha rahat tolere edeceği şekilde planlanması, sedasyon gerekip gerekmeyeceği, ne tür anestezi gerekeceği ve uygulanacak ilaçlar yönünden bir kontrendikasyon olup olmadığı preoperatif değerlendirilmenin temelini oluşturur (67).

Gebelerde eski deneyimler preoperatif endişeyi azaltmamaktadır (68, 69). Gebe hayvan modellerinde annenin psikolojik stresi fetusun intrauterin koşullarını olumsuz olarak etkilemektedir. Anksiyete vital bulgular ve fetal oksijenizasyondaki değişikliklerle kendini göstermektedir. Bu nedenle annenin endişesinin azaltılması sadece gebeyi değil fetusun koşullarını da düzeltmektedir (70).

### **6.1. Psikolojik Hazırlık**

Obstetrik hastalar diğer cerrahi geçirecek olan hasta grubundan farklıdır. Çünkü bebeklerinin anestezide maruziyetine ilişkin ek kaygılar taşımaktadırlar (65). Psikolojik değerlendirilme, hastanın anksiyetesini değerlendirme ve gidermeye yöneliktir. Hastanın yapılacak işlem hakkında bilgisi olmaması, daha önceki olumsuz deneyimleri, anksiyeteyi ve hatta sistemik sorunları artırır. Genellikle hastalar ağrı duyma, farkında olma, istem dışı konuşma ve uyanamama gibi endişeler taşırlar (71).

Anksiyöz bir hasta ile karşılaşıldığında daha önceki girişimlerdeki tepkileri konusunda iyi bir hikaye alınmalıdır. Hasta sosyokültürel düzeyine uygun bir dille, yapılacak işlem hakkında aydınlatılmalı, ağrısının nasıl önleneceği konusunda

bilgilendirilmelidir. En önemlisi, hastaya işlem sırasında ve sonrasında ağrısının nasıl kesileceği ayrıntılı güven sağlanarak anlatılabilirse, anksiyeteleri azaltılabilir (72).

Preoperatif değerlendirmede hastanın psikolojik durum değerlendirmesi ve viziti yapan hekimin önerileri ayrıntılı preoperatif değerlendirme formuna kaydedilmelidir. Kayıt tutulması hem preoperatif değerlendirmeyi yapan hekim ile anestezi verecek hekimin farklı olduğu durumlarda hem de daha sonraki anestezilerinde yol gösterici olmaktadır (73).

## **7. Sezaryen**

### **7.1. Tanım**

Sezaryen doğum; fetusun laparotomi ve sonrasında histerotomi ile gerçekleşen doğumudur. Sezaryen doğumun iki genel türü vardır; primer ve sekonder. Primer; ilk kez histerotomi yapılmasını, sekonder; bir veya daha fazla histerotomi insizyonu öyküsü olan uterus bulunmasını tanımlar (74).

### **7.2. Tarihçe:**

Operasyonun ismini nereden aldığı ile ilgili üç ayrı görüş vardır.

- a - Julius Caesar'ın bu şekilde doğmuş olduğuna dair görüşler bulunmaktadır ancak tarihi veriler bunları doğrulamamaktadır.
- b- Orta Çağda Latince bir fiil olan caedere'nin kesmek anlamına geldiği ve sezaryenin bu kökten türediği düşünülmektedir.
- c- Roma yasalarına göre gebeliğinin son birkaç haftasında ölen kadınların bebeğini kurtarma ümidiyle uygulanan işlemin, önce “lex regia” daha sonra “lex caesarea” olarak adlandırıldığı şeklindedir (74).

Sezaryende dönüm noktası 1882'de 28 yaşında bir asistan olan Max Sanger'in Leipzig'de üniversite kliniğinde uterus duvarının dikilmesini ortaya atmasıyla yaşanmıştır. 1926'da Kerr yukarı doğru uzanan hilal şeklinde uterus insizyonunu önermiştir ve günümüzde Kerr tekniği en çok uygulanan sezaryen tipidir. Antibiyotik tedavisinin ve modern kan transfüzyonu tekniklerinin gelişmesi ile sezaryen bugün en sık uygulanan major operatif işlemlerden biri haline gelmiştir (74).

### **7.3. Sezaryen Sıklığı**

1970-1990 yılları arasında sezaryen sıklığı % 5'lerden % 20-25 düzeylerine çıkmış, 1997'lere kadar inişe geçmişse de bu tarihten itibaren sıklığı tekrar artmıştır. Her ne kadar bu oranlar ülkeden ülkeye farklılık gösterse de sezaryen operasyon sıklığı genel olarak bütün dünyada önemli artış göstermiştir (74). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2015 yılındaki sonuçlarına göre yaklaşık 30 yıldır uluslararası sağlık toplumu sezaryen hızının %10-15 olmasını ideal olarak kabul etmektedir (75). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı sağlık istatistikleri yayınlığı 2015 verilerine göre hastanedeki doğumların içindeki sezaryen doğumların payı 2002 de % 21 iken 2011 de % 49,7, 2015 te % 53,9 oranında gerçekleşmiş.

Uluslararası sezaryen oranları karşılaştırıldığında tüm doğumlar içinde sezaryen oranları 2014 yılında dünyada %17, Avrupa da %25, Türkiye de %53 oranında gerçekleşmiş. En yüksek sezaryen oranı olan ülkeler ise sırasıyla; Çin, Brezilya ve Türkiye olarak sıralanmıştır (76).

### **7.4. Sezaryen Endikasyonları;**

**7.4.1. Maternal:** Sezaryen doğum öyküsü, anormal plesantasyon, anne isteği, klasik histerektomi öyküsü, bilinmeyen uterin skar tipi, tam kat miyomektomi öyküsü,

kalıcı serklaj, pelvik deformite, HSV(herpes simplex virüs), HIV( insan immun yetmezlik virüsü), kardiak veya pulmuner hastalık, eş zamanlı batın içi cerrahi gerektiren patoloji

**7.4.2. Maternal-fetal:** Baş pelvis uyumsuzluğu, başarısız müdahaleli vajinal doğum, plasenta anomalileri

**7.4.3. Fetal:** Güven vermeyen fetal durum (fetal distres), malprezentasyon, makrozomi, konjenital anomali, yenidoğan doğum tamvası öyküsü (74).



### **3- MATERYAL VE METOD**

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizi hakkında bilgiler verilmiştir.

Bu çalışma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 08.03.2016 tarih Karar No: 8 ve 2015/86 dosya nolu ile onay alınmıştır.

#### **1. Araştırmanın Modeli**

Bu çalışmada elektif sezaryen operasyonu planlanan gebelerde ilk sezaryen ile mükerrer sezaryen olacak olanların anksiyete düzeyleri prospektif olarak anket çalışması yapılarak karşılaştırılmıştır.

#### **2. Araştırma Evreni ve Örnekleme**

Çalışma evrenini 1 Mart 2016 – 30 Aralık 2016 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Polikliniğine sezaryen operasyonu nedeniyle preoperatif değerlendirme amacıyla başvuran 18 ile 45 yaşları arası ASA (American Society of Anesthesiology) I ve II grubu hastalar oluşturmaktadır. Ankete 36 ile 40.gebelik haftası arasında olan gebeler dahil edildi. Çalışma evrenine alınan hastaların eğitim durumuna bakılmaksızın (anket soruları okur-yazar olmayan hastalara teker teker okunup yeterli düşünme süresi tanınarak, hastanın verdiği cevaplara göre işaretlenmiştir) çalışmaya katılımları gönüllülük esasına ve onamlarının alınmasıyla sağlanmıştır. Çalışmaya iletişim kurulabilen hastalar dahil edilmiş, bilinen psikiyatrik rahatsızlığı olan, acil alınan gebeler, iletişim problemi yaşanan gebeler, mental açıdan sorulara cevap veremeyecek durumda olan gebeler ve anketi cevaplamak istemeyen gebeler çalışma dışı bırakılmıştır.

### 3. Veri Toplama Araçları

Anket formları gebelere preoperatif değerlendirme sonrası anestezi doktoru veya poliklinik hemşiresi tarafından tek tek ve anlaşılır bir şekilde okunarak yeterli zamanın tanınması sonucu hastaların verdiği cevaplara göre doldurulması sağlanmıştır.

Preoperatif dönemde yapılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır;

Birinci bölümde;

Yaş, ASA, eğitim durumu, aktif olarak çalışma durumu, abortus yada ölü doğum öyküsü, gebeliğinin IVF (invitro fertilizasyon) olma durumu, planlanan sezaryenin ilk yada mükerrer oluşu, mükerrer sezaryen olanlarda kullanılan anestezi yöntemleri (sadece rejyonel anestezi, sadece genel anestezi, hem rejyonel hem genel anestezi), bebeğin cinsiyeti, mevcut gebeliğindeki bebeğin cinsiyeti ile çocuk/çocuklarının cinsiyetinin aynı yada farklı olma durumu, mevcut gebeliğin tekil yada çoğul durumu, uygulanabilecek anestezi yöntemleri ile ilgili bilgilendirilme durumu ve kim tarafından bilgilendirildiği; anestezi doktoru, kadın hastalıkları ve doğum (KHD) doktoru, kendi bilgisi yada başka bir kaynaktan bilgi edinme (diğer), annede gebeliğinin takiplerinde gebeliğine bağlı ek problem varlığı (düşük tehdidi, gebelikte ortaya çıkan ancak ilaçla regüle olan hipertansiyonu, gebelikte ortaya çıkan ancak tedavi ile kontrol altında alınan diyabet mellitus, plasenta anomalileri, gebelik kolestazi vs.), bebekte takiplerinde problem varlığı (büyüme gelişme geriliği, osteogenezis imperfecta, spina bifida, arnold chiari, makrosefali, diafragma hernisi gibi konjenital anomaliler vs.), sigara kullanımı bilgileri var yada yok şeklinde kaydedilmiştir.

İkinci bölümde;

STAI-I (Durumluk Kaygı Ölçeği) ve STAI-II'ye (Süreklilik Kaygı Ölçeği) yanıt vermesi istenmiştir. STAI skalasında üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılıp ve puanlanmamıştır.

4. STAI, 1964 yılında Speilberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmeye başlanmış olan envanter ile normal ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk kaygı

düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Envanter maddelerinin hazırlanmasında Cattell ve Scheier'in Kaygı Ölçeği (Anxiety Scale), Taylor'ın "Açık Kaygı Ölçeği" (Manifest Anxiety Scale) ve Welsh'in Kaygı Ölçeği (Anxiety Scale) maddelerinden yararlanılmıştır (10).

Türk toplumunda geçerliliği Necla Öner tarafından gösterilmiştir (10). Türkçeye Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri olarak çevrilmiştir.

STAI durumluk ve süreklilik kaygı düzeylerini ölçer. Yirmişer maddeden oluşan iki ayrı ölçeği vardır. STAI, bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir. Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. Envanter okuma yazma bilmeyenlere bireysel olarak uygulandığında, maddeler uygulamacı tarafından okunup, verilen yanıtlar yine uygulamacı tarafından form üzerinde işaretlenir. On dört yaş ve üstünde bilinçli olan hastalara uygulanabilir. Testin kullanımı için özel eğitim gerekmez.

STAI değerlendirmesine göre yüksek puan yüksek kaygıyı, düşük puan ise düşük kaygıyı göstermektedir.

Durumluk Kaygı Ölçeği; bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Preoperatif anksiyete ölçümünde yaygın olarak kullanılır. (STAI-1)

Süreklilik Kaygı Ölçeği; bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. (STAI-2)

Durumluk kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre "hiç, biraz, çok, tamamıyla" şıklarından birinin seçilmesi; süreklilik kaygı ölçeğinin yanıtlanmasında ise maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre, "hemen, hiçbir zaman, bazen, çok zaman ve hemen her zaman" şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir.

Durumluk kaygı ölçeğinde, dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla şeklinde olup Süreklilik kaygı ölçeğinde ise (1) Hiçbir zaman, (2) Bazan, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir. Ölçeklerde iki



türlü ifade bulunur. Bunlara doğrudan ya da düz (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4' e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadeler örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane (1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler), sürekli kaygı ölçeğinde ise yedi tane (21,26,27,30,33,36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanlama elle yapılabildiği gibi bilgisayar yardımıyla da yapılabilir.

Bilgisayarda puanlama: Büyük örneklem gruplarında, ölçeklerin puanlanması ve maddelerin temel istatistik işlemlerinin yapılması için bilgisayar programlarından yararlanılabilir.

Elle puanlama: Yapılan puanlamada, doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerdeki toplam ağırlıklı puan çıkarılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer durumluk kaygı ölçeği için 50, süreklilik kaygı ölçeği için 35'tir. Her iki ölçekten elde edile toplam puan 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini gösterir. Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanterindeki değerlere göre hastanın anksiyete durumu 0-19 arası puanda; anksiyete yok, 20-39 puanda; anksiyete hafif, 40-59 puanda; anksiyete orta, 60-79 puanda; anksiyete ağır, 80 ve üzeri için panik yada şiddetli anksiyete olarak değerlendirilir. Bu çalışmada STAI skorunun hesaplanmasında elle puanlama kullanılmıştır.

## 5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Değerlendirme sonuçlarında kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma olarak verilmesinin yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı. Parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında t testi ve Varyans Analizi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

#### 4- BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde, elektif sezaryen için 1 Mart 2016 – 30 Aralık 2016 tarihleri arasında anestezi polikliniğine başvuran 332 hastadan 271'nin ölçekler yoluyla toplanan verilerinin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Kadınların doğum şekli değişkenine göre; 129'u (%47,6) İS (ilk sezaryen) Grubu, 142'si (%52,4) MS (mükerrer sezaryen) Grubu olarak dağılmaktadır.

Kadınların yaş değişkenine göre; 118'i (%43,5) <30, 153'ü (%56,5) 31-45 olarak dağılmaktadır.

Kadınların ASA değişkenine göre; 154'ü (%56,8) ASA I, 117'si (%43,2) ASA II olarak dağılmaktadır.

Kadınların eğitim durumu değişkenine göre 131'i (%48,3) İlköğretim, 63'ü (%23,2) Lise, 77'si (%28,4) Yüksekokul olarak dağılmaktadır.

Kadınların meslek değişkenine göre 184'ü (%67,9) çalışmıyor, 87'si (%32,1) çalışıyor olarak dağılmaktadır.

Kadınların abortus/ölü doğum öyküsü değişkenine göre 194'ü (%71,6) yok, 77'si (%28,4) var olarak dağılmaktadır.

Kadınların IVF gebelik değişkenine göre 245'i (%90,4) yok, 26'sı (%9,6) var olarak dağılmaktadır.

Kadınların tekil/çoğul değişkenine göre 256'sı (%94,5) tekil, 15'i (%5,5) çoğul olarak dağılmaktadır.

Kadınların mevcut gebeliğin cinsiyeti değişkenine göre 146'sı (%54,9) kız, 120'si (%45,1) erkek olarak dağılmaktadır.

Kadınların çocuklarının cinsiyet farklılık değişkenine göre;

36'sı (%20,8) EE-E ( erkek çocuk/çocuklar olup erkek bebek bekleyen)

23'ü (%13,3) EE-K ( erkek çocuk/çocuklar olup kız bebek bekleyen)

31'i (%17,9) KK-E ( kız çocuk/ çocuklar olup erkek bebek bekleyen)

32'si (%18,5) KK-K ( kız çocuk/çocuklar olup kız bebek bekleyen)

32'si (%18,5) KE-E (hem kız hemde erkek çocuk olup erkek bebek bekleyen)

19'u (%11,0) KE-K (hem kız hemde erkek çocuk olup erkek bebek bekleyen) olarak dağılmaktadır.

Kadınların uygulanacak anestezi yöntemi ile ilgili bilgi alma durumu değişkenine göre 169'u (%62,4) bilgi almamış, 102'si (%37,6) bilgi almış olarak dağılmaktadır.

Kadınların bilgi kimden alındı değişkenine göre 46'sı (%45,1) anestezi doktoru, 40'ı (%39,2) kadın doğum doktoru, 16'sı (%15,7) diğer olarak dağılmaktadır.

Kadınların sigara değişkenine göre 197'si (%72,7) hiç kullanmamış, 53'ü (%19,6) kullanıyormuş gebeliğinde bırakmış, 21'i (%7,7) kullanmaya devam etmiş olarak dağılmaktadır.

Kadınların gebelik takibinde gebeliği ile ilgili ek problem değişkenine göre 208'i (%76,8) yok, 63'ü (%23,2) var olarak dağılmaktadır.

Kadınların bebekte ek hastalık değişkenine göre 230' u (%84,9) yok, 41'i (%15,1) var olarak dağılmaktadır.

MS Gurubundaki kadınların önceki anestezi şekli değişkenine göre;

22'si (%15,5) R+G (hem rejyonel hemde genel anestezi ile sezaryen öyküsü var)

62'si (%43,7) R (sadece rejyonel anestezi ile sezaryen öyküsü var)

58'i (%40,8) G (sadece genel anestezi ile sezaryen öyküsü var) olarak dağılmaktadır.

Kadınların STAI-1 değişkenine göre 99'u (%36,5) hafif anksiyete, 143'ü (%52,8) orta anksiyete, 29'u (%10,7) ağır anksiyete olarak dağılmaktadır.

Kadınların STAI-2 değişkenine göre 82'si (%30,3) hafif anksiyete, 179'u (%66,1) orta anksiyete, 10'u (%3,7) ağır anksiyete olarak dağılmaktadır.

**Tablo 1. Hasta Profili**

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Doğum Şekli	İS Grubu	129	47,6
	MS Grubu	142	52,4
	Toplam	271	100,0
Yaş (yıl)	< 30yaş	118	43,5
	31-45 yaş	153	56,5
	Toplam	271	100,0
ASA Durumu	ASA I	154	56,8
	ASA II	117	43,2
	Toplam	271	100,0
Eğitim Durumu	İlköğretim	131	48,3
	Lise	63	23,2
	Yüksekokul	77	28,4
	Toplam	271	100,0
Meslek (çalışma) Durumu	Çalışmıyor	184	67,9
	Çalışıyor	87	32,1
	Toplam	271	100,0
Abortus/Ölü doğum öyküsü	Yok	194	71,6
	Var	77	28,4
	Toplam	271	100,0
IVF Gebelik	Yok	245	90,4
	Var	26	9,6
	Toplam	271	100,0
Tekil/Çoğul gebelik	Tekil	256	94,5
	Çoğul	15	5,5
	Toplam	271	100,0
Mevcut Gebeliğin Cinsiyeti	Kız	146	54,9
	Erkek	120	45,1
	Toplam	266	100,0
Cinsiyet Farklılık Durumu	EE-E	36	20,8
	EE-K	23	13,3
	KK-E	31	17,9
	KK-K	32	18,5
	KE-E	32	18,5
	KE-K	19	11,0
	Toplam	173	100,0

Uygulanacak Anestezi Yöntemi İle İlgili Bilgi Alma Durumu	Bilgi Almamış	169	62,4
	Bilgi Almış	102	37,6
	Toplam	271	100,0
Bilgi Kimden Alındı	Anestezi Doktoru	46	45,1
	KHD Doktoru	40	39,2
	Diğer	16	15,7
	Toplam	102	100,0
Sigara Durumu	Hiç Kullanmamış	197	72,7
	Kullanıyormuş Gebeliğinde Bırakmış	53	19,6
	Kullanmaya Devam Etmiş	21	7,7
	Toplam	271	100,0
Gebelik Takibinde Gebeliği İle İlgili Ek Problem	Yok	208	76,8
	Var	63	23,2
	Toplam	271	100,0
Bebekte Ek Hastalık	Yok	230	84,9
	Var	41	15,1
	Toplam	271	100,0
Mükerrer Sezaryende Önceki Anestezi Şekli	R+G	22	15,5
	R	62	43,7
	G	58	40,8
	Toplam	142	100,0
STAI-1 (durumluluk Anksiyetesi)	Hafif Anksiyete	99	36,5
	Orta Anksiyete	143	52,8
	Ağır Anksiyete	29	10,7
	Toplam	271	100,0
STAI-2 (süreklilik Anksiyetesi)	Hafif Anksiyete	82	30,3
	Orta Anksiyete	179	66,1
	Ağır Anksiyete	10	3,7
	Toplam	271	100,0

**Tablo 2. Gruplara Göre Demografik Dağılım**

		İS Grubu (n=129)		MS Grubu (n=142)		p
		N	%	n	%	
Yaş (yıl)	<30 yaş	66	%51,2	52	%36,6	<b>X<sup>2</sup>=5,815</b>
	31-45 yaş	63	%48,8	90	%63,4	<b>p=0,011</b>
ASA Durumu	ASA I	75	%58,1	79	%55,6	X <sup>2</sup> =0,173 p=0,385
	ASA II	54	%41,9	63	%44,4	
Eğitim Durumu	İlköğretim	45	%34,9	86	%60,6	X <sup>2</sup> =19,307 <b>p=0,000</b>
	Lise	38	%29,5	25	%17,6	
	Yüksekokul	46	%35,7	31	%21,8	
Meslek(çalışma) Durumu	Çalışmıyor	80	%62,0	104	%73,2	X <sup>2</sup> =3,907 <b>p=0,032</b>
	Çalışıyor	49	%38,0	38	%26,8	
Abortus/Ölü doğum öyküsü	Yok	94	%72,9	100	%70,4	X <sup>2</sup> =0,199 p=0,378
	Var	35	%27,1	42	%29,6	
IVF Gebelik	Yok	106	%82,2	139	%97,9	X <sup>2</sup> =19,250 <b>p=0,000</b>
	Var	23	%17,8	3	%2,1	
Tekil/çoğul gebelik	Tekil	121	%93,8	135	%95,1	X <sup>2</sup> =0,209 p=0,423
	Çoğul	8	%6,2	7	%4,9	
Mevcut Gebeliğin Cinsiyeti	Kız	62	%48,8	84	%60,4	X <sup>2</sup> =3,514 p=0,138
	Erkek	65	%51,2	55	%39,6	
Cinsiyet Farklılık Durumu	EE-E	6	%16,7	30	%21,9	X <sup>2</sup> =13,803 <b>p=0,017</b>
	EE-K	9	%25,0	14	%10,2	
	KK-E	2	%5,6	29	%21,2	
	KK-K	9	%25,0	23	%16,8	
	KE-E	9	%25,0	23	%16,8	
	KE-K	1	%2,8	18	%13,1	
Uygulanacak Anestezi Yöntemi İle İlgili Bilgi Alma Durumu	Bilgi Almamış	79	%61,2	90	%63,4	X <sup>2</sup> =0,132 p=0,406
	Bilgi Almış	50	%38,8	52	%36,6	
Bilgi Kimden Alındı	Anestezi Doktoru	18	%36,0	28	%53,8	X <sup>2</sup> =3,536 p=0,171
	KHD Doktoru	22	%44,0	18	%34,6	
	Diğer	10	%20,0	6	%11,5	
Sigara	Hiç Kullanmamış	101	%78,3	96	%67,6	X <sup>2</sup> =16,751 <b>p=0,000</b>
	Kullanıyormuş Gebeliğinde Bırakmış	27	%20,9	26	%18,3	
	Kullanmaya Devam Etmiş	1	%0,8	20	%14,1	
Gebelik Takibinde Gebeliği İle İlgili Ek Problem	Yok	98	%76,0	110	%77,5	X <sup>2</sup> =0,085 p=0,441
	Var	31	%24,0	32	%22,5	
Bebekte Ek Hastalık	Yok	97	%75,2	133	%93,7	X <sup>2</sup> =17,955 <b>p=0,000</b>
	Var	32	%24,8	9	%6,3	

STAI-1	Hafif Anksiyete	44	%34,1	55	%38,7	X <sup>2</sup> =0,698 p=0,706
	Orta Anksiyete	70	%54,3	73	%51,4	
	Ağır Anksiyete	15	%11,6	14	%9,9	
STAI-2	Hafif Anksiyete	41	%31,8	41	%28,9	X <sup>2</sup> =1,036 p=0,596
	Orta Anksiyete	82	%63,6	97	%68,3	
	Ağır Anksiyete	6	%4,7	4	%2,8	

Yaş açısından İS ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,011<0,05). İS Grubundaki kadınların 66'sının (%51,2) <30, 63'ünün (%48,8) 31-45; MS Grubundaki kadınların 52'si (%36,6) <30, 90'ının (%63,4) 31-45 olduğu görülmektedir.

ASA açısından İS ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,385>0,05). İS Grubundaki kadınların 75'i (%58,1) ASA II, 54'ünün (%41,9) ASA 2; MS Grubundaki kadınların 79'unun (%55,6) ASA I, 63'ünün (%44,4) ASA II olduğu görülmektedir.

Eğitim durumu açısından İS ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,000<0,05). İS Grubundaki kadınların 45'i (%34,9) ilköğretim, 38'i (%29,5) lise, 46'sının (%35,7) yüksekokul; MS Grubundaki kadınların, 86'sı(%60,6) ilköğretim, 25'i (%17,6) lise, 31'i (%21,8) yüksekokul olduğu görülmektedir.

Meslek açısından İS ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,032<0,05). İS Grubundaki kadınların 80'i (%62,0) çalışmıyor, 49'unun (%38,0) çalışıyor; MS Grubundaki kadınların 104'ünün (%73,2) çalışmıyor, 38'i (%26,8) çalışıyor olduğu görülmektedir.

Abortus/ölu doğum öyküsü açısından İS ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,378>0,05). İS Grubundaki kadınların 94'ünde (%72,9) yok, 35'inde (%27,1) var; MS Grubundaki kadınların 100'ünde (%70,4) yok, 42'sinde (%29,6) var olduğu görülmektedir.

IVF gebelik açısından İS ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,000<0,05). İS Grubundaki kadınların 106'sının (%82,2) yok, 23'ünün (%17,8)



var; MS Grubundaki kadınların 139'unun (%97,9) yok, 3'ünün (%2,1) var olduğu görülmektedir.

Tekil/çoğul açısından İS ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,423>0.05$ ). İS Grubundaki kadınların 121'i (%93,8) tekil, 8'i (%6,2) çoğul; MS Grubundaki kadınların 135'i (%95,1) tekil, 7'si (%4,9) çoğul olduğu görülmektedir.

Mevcut gebeliğin cinsiyeti açısından İS ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,138>0.05$ ). İS grubundaki kadınların 62'si (%48,8) kız, 65'i (%51,2) erkek; MS Grubundaki kadınların 84'ünün (%60,4) kız, 55'i (%39,6) erkek olduğu görülmektedir.

Cinsiyet farklılık açısından İS ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,017<0.05$ ). İS Grubundaki kadınların 6'sının (%16,7) EE-E, 9'unun (%25,0) EE-K, 2'si (%5,6) KK-E, 9'unun (%25,0) KK-K, 9'unun (%25,0) KE-E, 1'i (%2,8) KE-K; MS grubundaki kadınların 30'unun (%21,9) EE-E, 14'ünün (%10,2) EE-K, 29'unun (%21,2) KK-E, 23'ünün (%16,8) KK-K, 23'ünün (%16,8) KE-E, 18'i (%13,1) KE-K olduğu görülmektedir.

Uygulanacak anestezi yöntemi ile ilgili bilgi alma durumu açısından İS ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,406>0.05$ ). İS Grubundaki kadınların 79'unun (%61,2) bilgi almamış, 50'si (%38,8) bilgi almış; MS Grubundaki kadınların 90'nın (%63,4) bilgi almamış, 52'si (%36,6) bilgi almış olduğu görülmektedir.

Bilginin kimden alındığına bakıldığında İS ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,171>0.05$ ). İS Grubundaki kadınların 18'i (%36,0) anestezi doktoru, 22'si (%44,0) KHD doktoru, 10'unun (%20,0) diğer; MS Grubundaki kadınların 28'i (%53,8) anestezi doktoru, 18'i (%34,6) KHD doktoru, 6'sının (%11,5) diğer olduğu görülmektedir.

Sigara kullanma durumu açısından İS ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,000<0.05$ ). İS Grubundaki kadınların 101'i (%78,3) hiç kullanmamış, 27'si (%20,9) kullanıyormuş gebeliğinde bırakmış, 1'i (%0,8) kullanmaya devam etmiş; MS Grubundaki kadınların 96'sının (%67,6) hiç kullanmamış, 26'sı (%18,3)

kullanıyormuş gebeliğinde bırakmış, 20'si (%14,1) kullanmaya devam etmiş olduğu görülmektedir.

Gebelik takibinde gebeliği ile ilgili ek problem açısından İS ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,441>0,05$ ). İS Grubundaki kadınların 98'i (%76,0) yok, 31'i (%24,0) var; MS Grubundaki kadınların 110'unun (%77,5) yok, 32'si (%22,5) var olduğu görülmektedir.

Bebekte ek hastalık açısından İS ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,000<0,05$ ). İS Grubundaki kadınların 97'si (%75,2) yok, 32'si (%24,8) var; MS Grubundaki kadınların 133'ünün (%93,7) yok, 9'unun (%6,3) var olduğu görülmektedir.

STAI-1 açısından İS ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,706>0,05$ ). İS Grubundaki kadınların 44'ünün (%34,1) hafif anksiyete, 70'i (%54,3) orta anksiyete, 15'i (%11,6) ağır anksiyete; MS Grubundaki kadınların 55'i (%38,7) hafif anksiyete, 73'ünün (%51,4) orta anksiyete, 14'ünün (%9,9) ağır anksiyete olduğu görülmektedir.

STAI-2 açısından İS ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,596>0,05$ ). İS Grubundaki kadınların 41'i (%31,8) hafif anksiyete, 82'si (%63,6) orta anksiyete, 6'sının (%4,7) ağır anksiyete; MS Grubundaki kadınların 41'i (%28,9) hafif anksiyete, 97'si (%68,3) orta anksiyete, 4'ünün (%2,8) ağır anksiyete olduğu görülmektedir.

**Tablo 3. Gruplara Göre Anksiyete skorları**

	İS Grubu (n=129)		MS Grubu (n=142)		T	P
	Ort	Ss	Ort	Ss		
STAI-1 (durumluluk anksiyetesi)	44,860	12,176	42,780	11,466	1,447	0,149
STAI -2 (süreklilik anksiyetesi)	43,920	9,216	43,610	8,292	0,291	0,771

Kadınların durumluluk anksiyetesi puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda

grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,149>0,05$ ).

Kadınların süreklilik anksiyetesi puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,771>0,05$ ).

**Tablo 4. Anksiyete skorunun yaş ile karşılaştırması**

			İS Grubu			MS Grubu			P
			N	Ortalama	SS	n	Ortalama	SS	
Yaş	STAI-1	<30 yaş	66	46,86	11,57	52	43,10	12,18	0,089
		31-45 yaş	63	42,76	12,53	90	42,60	11,10	0,933
	P		0,055			0,805			
	STAI -2	<30 yaş	66	44,17	9,20	52	44,12	9,03	0,976
31-45 yaş		63	43,67	9,30	90	43,32	7,88	0,805	
P		0,759			0,585				

30 yaş ve altı olan kadınlarda İS Grubu ile MS Grubu arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

31-45 yaş arası kadınlarda İS Grubu ile MS Grubu arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

İS Grubuda; 30 yaş ve altı kadınlarda; durumluluk anksiyetesi puanı, 31-45 yaş arasındaki kadınlardan yüksek olmakla beraber anlamlı fark bulunmadı. ( $p=0,055>0,05$ ).

İS Grubuda; 30 yaş ve altı kadınlarla 31-45 yaş arasındaki kadınlar arasında süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı. ( $p>0,05$ ).

MS Grubuda; 30 yaş ve altı kadınlar ile 31-45 yaş arasındaki kadınlar arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı. ( $p>0,05$ ).

**Tablo 5. Anksiyete skorunun ASA ile karşılaştırması**

			İS Grubu			MS Grubu			P
			N	Ortalama	SS	n	Ortalama	SS	
ASA	STAI-1	ASA I	75	43,12	12,04	79	41,14	11,62	0,301
		ASA II	54	47,28	12,06	63	44,84	11,01	0,256
	P		0,055			0,056			
	STAI-2	ASA I	75	44,11	9,56	79	43,14	8,60	0,510
		ASA II	54	43,67	8,80	63	44,21	7,92	0,728
	P		0,790			0,448			

ASA I olan kadınlarda; İS Grubu ile MS Grubu arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

ASA II olan kadınlarda; İS Grubu ile MS Grubu arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı. ( $p>0,05$ ).

İS Grubuda; ASA I olan kadınlarla ile ASA II kadınlar arasında hem durumluluk ve hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

MS Grubuda; ASA I olan kadınlar ile ASA II olan kadınlar arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6. Anksiyete skorunun Eğitim durumu ile karşılaştırması**

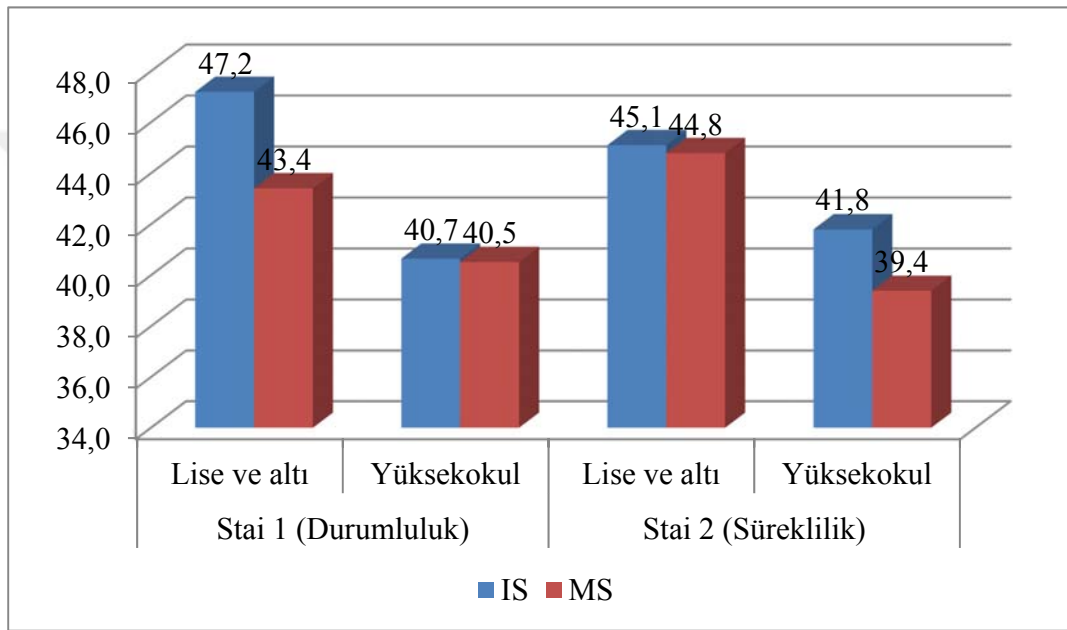
			İS Grubu			MS Grubu			p
			N	Ortalama	SS	N	Ortalama	SS	
Eğitim durumu	STAI -1	Lise ve altı	83	47,19	10,01	111	43,41	11,70	<b>0,023</b>
		Yüksekokul	46	40,65	13,29	31	40,52	10,46	0,962
	p		<b>0,003</b>			0,215			
	STAI -2	Lise ve altı	83	45,10	9,35	111	44,79	8,36	0,812
		Yüksekokul	46	41,80	8,67	31	39,39	6,58	0,192
	p		0,052			<b>0,001</b>			

İS Grubu ile MS Grubu arasında, eğitim durumu lise ve altı olan kadınlarda; durumluluk anksiyetesi anlamlı olarak yüksek bulunurken ( $p=0,023<0,05$ ), süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı( $p>0,05$ ).

Eğitim durumu yüksekokul olan kadınlarda; İS Grubu ile MS Grubu arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı( $p>0,05$ ).

İS Grubunda; yüksekokul grubundaki kadınlarda durumluluk anksiyetesi, lise ve altı grubuna göre anlamlı olarak düştü ( $p=0,003<0,05$ ).

MS Grubunda; yüksekokul grubundaki kadınlarda süreklilik anksiyetesi, lise ve altı grubuna göre anlamlı olarak düştü ( $p=0,001<0,05$ ).



Şekil 1. İS-MS Grupları eğitim Durumu Karşılaştırması

Tablo 7. Anksiyete skorunun meslek ile karşılaştırması

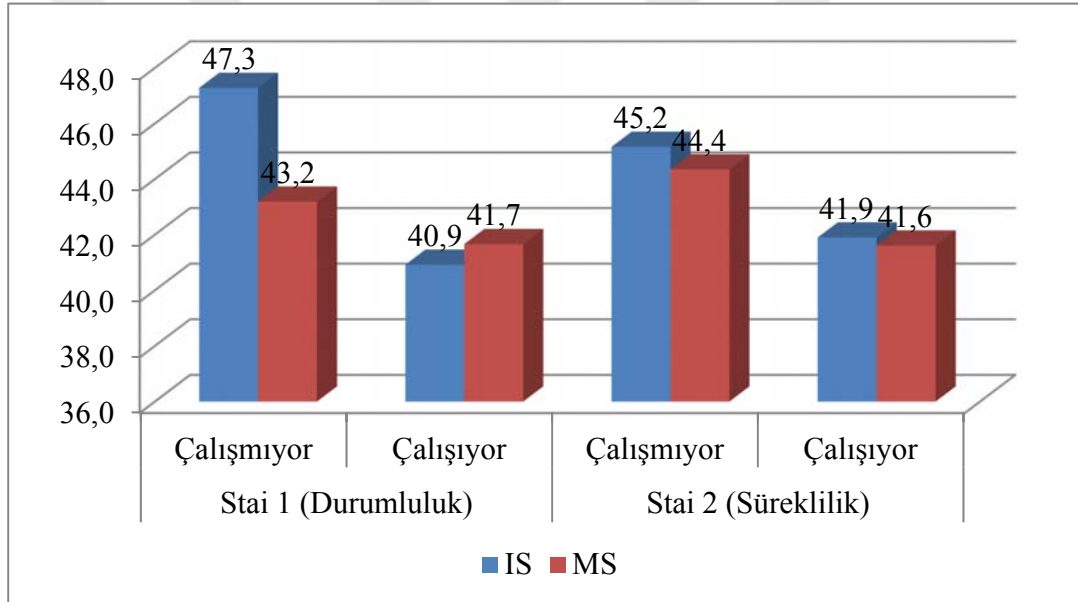
			İS Grubu			MS Grubu			P
			N	Ortalama	SS	n	Ortalama	SS	
Meslek	STAI-1	Çalışmıyor	80	47,28	10,31	104	43,19	12,03	<b>0,016</b>
		Çalışıyor	49	40,92	13,96	38	41,66	9,82	0,782
	<b>p</b>		<b>0,004</b>			0,482			
	STAI-2	Çalışmıyor	80	45,16	9,28	104	44,35	8,65	0,539
Çalışıyor		49	41,90	8,83	38	41,61	6,95	0,867	
<b>p</b>		<b>0,051</b>			0,081				

Çalışmayan kadınlarda; İS Grubu ile MS grubu arasında durumluluk anksiyetesi açısından anlamlı fark bulundu ( $p=0,016 < 0,05$ ).

İS Grubunda; çalışmayan kadınlarda durumluluk anksiyetesi, çalışanlara göre anlamlı olarak yüksekti ( $p=0,004 < 0,05$ ).

İS Grubunda; çalışmayan kadınların süreklilik kaygı düzeyi, çalışan kadınlardan anlamlı olarak yüksekti ( $p=0,050 < 0,051$ ).

MS Grubunda; çalışmayan kadınlarla çalışan kadınlar arasında hem süreklilik hemde durumluluk anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunamadı.



**Şekil 2. İS-MS Grupları Çalışma Durumu Karşılaştırması**

**Tablo 8. Anksiyete skorunun Abortus /ölü doğum öyküsü ile karşılaştırması**

			İS Grubu			MS Grubu			P
			n	Ortalama	SS	N	Ortalama	SS	
Abortus/ Ölü doğum	STAI-1	yok	94	44,01	11,93	100	41,98	11,49	0,229
		var	35	47,14	12,70	42	44,69	11,31	0,373
	p		0,195			0,200			
	STAI-2	yok	94	43,07	9,07	100	42,53	8,05	0,658
		var	35	46,20	9,35	42	46,19	8,38	0,996
	p		0,087			0,016			

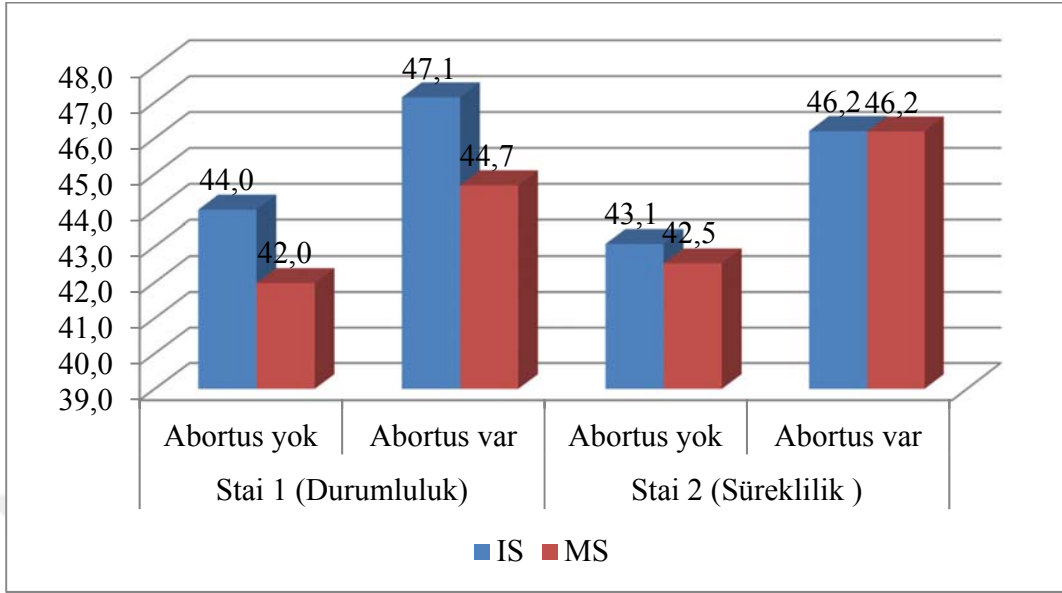
Abortus/ölü doğum hikayesi olmayan kadınlarda; İS Grubu ile MS Grubu arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Abortus/ölü doğum hikayesi olan kadınlarda; İS Grubu ile MS Grubu arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

İS Grubunda; abortus/ölü doğum hikayesi olanlarla olmayanlar arasında durumluluk ve süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

MS Grubunda; abortus/ölü doğum hikayesi olanlarla olmayanlar arasında durumluluk anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

MS Grubunda; abortus/ölü doğum hikayesi olan kadınların süreklilik kaygı düzeyi, olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti ( $p=0,016<0,05$ ).



**Şekil 3. İS-MS Grupları Abortus/Ölü Doğum Öyküsü Karşılaştırması**

**Tablo 9. Anksiyete skorunun IVF gebelik ile karşılaştırması**

			İS Grubu			MS Grubu			P
			n	Ortalama	SS	n	Ortalama	SS	
IVF ile Gebelik	STAI-1	Yok	106	45,77	11,89	139	42,83	11,49	0,055
		var	23	40,65	12,85	3	40,67	12,50	0,999
	<b>p</b>		0,067			0,748			
	STAI-2	yok	106	44,41	9,23	139	43,75	8,28	0,559
		var	23	41,70	8,99	3	37,33	7,57	0,432
<b>p</b>		0,202			0,186				

IVF olmayan kadınlarda; İS Grubu ile MS Grubu arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

IVF olan kadınlarda İS Grubu ile MS Grubu arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

İS Grubunda; IVF olan ve olmayanlar arasında durumluluk ve süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

MS Grubunda; IVF olan ve olmayanlar arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı. ( $p>0,05$ ).



**Tablo 10. Anksiyete skorunun Tekil/Çoğul gebelik ile karşılaştırması**

			İS Grubu			MS Grubu			P
			N	Ortalama	SS	n	Ortalama	SS	
Tekil/ Çoğul	STAI-1	Tekil	121	44,64	12,25	135	42,46	11,16	0,136
		Çoğul	8	48,13	11,26	7	49,00	16,17	0,904
P			0,436			0,142			
Tekil/ Çoğul	STAI-2	Tekil	121	43,88	9,43	135	43,35	7,92	0,627
		Çoğul	8	44,63	5,24	7	48,71	13,52	0,442
P			0,825			0,095			

Mevcut gebeliği tekil olan kadınlarda; İS Grubu ile MS Grubu arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Mevcut gebeliği çoğul olan olan kadınlarda; İS Grubu ile MS Grubu arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

İS Grubuda; mevcut gebeliği tekil olanlar ile çoğul olanlar arasında durumluluk ve süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

MS Grubuda; mevcut gebeliği tekil olanlar ile mevcut gebeliği çoğul olanlar arasında durumluluk ve süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 11. Anksiyete skorunun sigara durumu ile karşılaştırması**

			İS Grubu			MS Grubu			P	
			N	Ortalama	SS	N	Ortalama	SS		
Sigara	STAI-1	Hiç kullanmamış ya da gebeliğinde bırakmış	128	44,63	11,95	122	41,46	10,77	<b>0,029</b>	
		Kullanmaya devam etmiş	1	74	-	20	50,85	12,54	-	
	P			-			<b>0,001</b>			
	STAI-2	Hiç kullanmamış ya da gebeliğinde bırakmış	128	43,79	9,13	122	42,96	7,89	0,444	
Kullanmaya devam etmiş		1	61	-	20	47,60	9,69	-		
P			-			<b>0,020</b>				

Hiç sigara kullanmamış ya da gebelikte bırakmış olan kadınlarda; İS Grubunda MS Grubuna göre durumluluk anksiyetesi anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p=0,029<0,05$ ).

Hiç sigara kullanmamış ya da gebelikte bırakmış olan kadınlarda; İS Grubu ile MS Grubu arasında süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Gebeliğinde sigara kullanmaya devam edan kadınlarda; İS Grubu ile MS Grubu arasındaki anksiyete, İS Grubundaki gebelerde sigara kullananların sayısı yetersiz olduğu için değerlendirilemedi.

MS Grubunda; gebeliğinde sigara kullanmaya devam etmiş kadınlarda durumluluk anksiyete düzeyi, hiç kullanmamış ya da gebeliğinde bırakmış kadınların durumluluk anksiyete düzeyinden anlamlı olarak yüksekti ( $p=0,001<0,05$ ).

MS Grubunda; gebeliğinde sigara kullanmaya devam etmiş kadınların süreklilik anksiyete düzeyi, hiç kullanmamış ya da gebeliğinde bırakmış kadınların süreklilik anksiyete düzeyinden anlamlı olarak yüksekti ( $p=0,020<0,05$ ).

**Tablo 12. Anksiyete skorunun gebelik takibinde ek hastalık ile karşılaştırması**

			İS Grubu			MS Grubu			P
			N	Ortalama	SS	n	Ortalama	SS	
Gebelik takibinde ek problem	STAI-1	yok	98	43,84	12,50	110	41,32	11,11	0,125
		var	31	48,10	10,64	32	47,81	11,43	0,284
	<b>P</b>			0,090			<b>0,004</b>		
	STAI-2	yok	98	43,49	9,34	110	43,15	8,46	0,335
		var	31	45,29	8,81	32	45,19	7,59	0,103
	<b>P</b>			0,345			0,223		

Gebelik takibinde gebeliği ile ilgili ek problem olmayanlarda; İS Grubu ile MS grubu arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından İS Grubu ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmadı( $p>0,05$ ).

Gebelik takibinde gebeliği ile ilgili ek problem olanlarda; İS Grubu ile MS Grubu arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından İS Grubu ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmadı( $p>0,05$ ).

İS Grubunda; gebelik takibinde gebeliği ile ilgili ek problem olmayanlar ile olanlar arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı( $p>0,05$ ).

MS Grubunda; gebelik takibinde gebeliği ile ilgili ek problem olan kadınların durumluluk kaygı düzeyi, gebelik takibinde gebeliği ile ilgili ek problem olmayan kadınların durumluluk kaygı düzeyinden anlamlı olarak yüksekti. ( $p=0,004<0,05$ ).

MS Grubunda; gebelik takibinde gebeliği ile ilgili ek problem olan ile olmayanlar arasında süreklilik kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmadı( $p>0,05$ ).

**Tablo 13. Anksiyete skorunun bebekte ek hastalık ile karşılaştırması**

			İS Grubu			MS Grubu			P
			N	Ortalama	SS	n	Ortalama	SS	
Bebekte ek hastalık	STAI -1	Yok	97	41,76	11,23	133	42,03	11,09	0,858
		Var	32	54,25	10,03	9	53,89	11,79	0,927
	p		<b>0,000</b>			<b>0,002</b>			
	STAI -2	Yok	97	42,92	9,07	133	43,24	8,13	0,777
		Var	32	46,97	9,13	9	49,11	9,25	0,539
	p		<b>0,030</b>			<b>0,039</b>			

Bebeğinde ek hastalık olan kadınlarda; İS Grubu ile MS Grubu arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

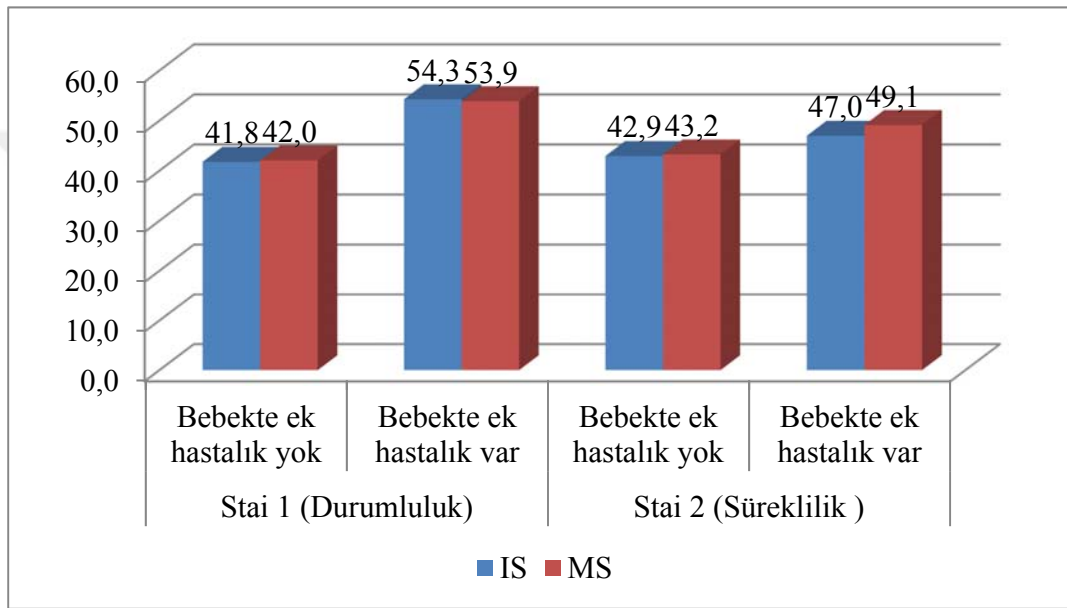
Bebeğinde ek hastalık olmayan kadınlarda; İS Grubu ile MS Grubu arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

İS Grubunda; bebekte ek hastalık olan kadınların durumluluk kaygı düzeyi, bebeğinde ek hastalık olmayanlardan durumluluk kaygı düzeyinden anlamlı olarak yüksekti ( $p= 0.000 <0,05$ ).

İS Grubunda; bebekte ek hastalık olan kadınların süreklilik kaygı düzeyi, bebeğinde ek hastalık olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti. ( $p= 0.030 < 0,05$ ).

MS Grubunda; bebekte ek hastalık olan kadınların durumluluk kaygı düzeyi, bebeğinde ek hastalık olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti. ( $p= 0.002 < 0,05$ ).

MS Grubunda; bebekte ek hastalık olan kadınların süreklilik kaygı düzeyi, bebeğinde ek hastalık olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti. ( $p= 0.039 < 0,05$ ).



**Şekil 4. İS-MS Grupları Bebeğe Ek Hastalık Karşılaştırması**

**Tablo 14. Anksiyete skorunun bebeğin cinsiyeti ile karşılaştırması**

			İS Grubu			MS Grubu			P
			n	Ortalama	SS	n	Ortalama	SS	
Bebeğin cinsiyeti	STAI-1	Kız	62	45,06	11,78	84	41,96	10,04	0,062
		Erkek	65	44,25	12,63	55	45,00	12,45	0,466
	P		0,674			0,056			
	STAI-2	Kız	62	44,29	8,29	84	42,51	7,81	0,187
		Erkek	65	43,55	10,16	55	45,15	8,68	0,363
	P		0,656			0,065			

Kız bekleyen gebelerde; hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından İS Grubu ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmadı( $p>0,05$ ).

Erkek bekleyen gebelerde; hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından İS Grubu ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmadı( $p>0,05$ ).

İS Grubunda; kız bekleyen gebelerle erkek bekleyen gebeler arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı( $p>0,05$ ).

MS Grubunda; kız bekleyen gebelerle erkek bekleyen gebeler arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmadı( $p>0,05$ ).

**Tablo 15. Anksiyete skorunun çocukların cinsiyet farklılığı ile karşılaştırması**

			İS Grubu			MS Grubu			P
			N	Ortalama	SS	n	Ortalama	SS	
Cinsiyet farklılık	STAI-1	EE-E	6	45,50	8,22	30	43,17	9,43	0,577
		EE-K	9	47,22	9,27	14	39,00	12,00	0,096
		KK-E	2	34,00	5,66	29	35,21	7,90	0,835
		KK-K	9	48,67	10,63	23	48,48	9,53	0,961
		KE-E	9	46,22	11,69	23	42,61	10,32	0,080
		KE-K	1	47,33	9,24	67	44,12	10,50	0,188
	STAI-2	EE-E	6	46,83	6,05	30	42,63	6,92	0,176
		EE-K	9	46,44	10,49	14	41,29	8,59	0,211
		KK-E	2	38,00	5,66	29	40,52	7,12	0,630
		KK-K	9	46,44	4,59	23	47,70	7,49	0,645
		KE-E	9	43,78	11,00	23	43,91	8,75	0,761
		KE-K	1	37,00	-	18	46,17	10,15	-

Gebelere sahip olduğu çocuk/çocukların cinsiyeti ile mevcut gebeliğindeki bebeğin cinsiyet farklılığı açısından bakıldığında; İS ile MS Grubu arasındaki hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunamadı( $p>0,05$ ).

**Tablo 16. Anksiyete skorunun çocukların cinsiyet farklılığı ile karşılaştırması**

			İS Grubu			MS Grubu			P
			n	Ortalama	SS	n	Ortalama	SS	
Cinsiyet farklılık	STAI-1	KK-E	2	34,00	5,66	29	35,21	7,90	0,835
		Diğer	24	47,33	9,24	67	44,12	10,50	0,188
	P		0,059			0,000			
	STAI -2	KK-E	2	38,00	5,56	29	40,52	7,12	0,630
Diğer		24	46,54	7,32	67	44,09	7,83	0,184	
P		0,123			0,038				

İS Grubunda; cinsiyet farklılığı KK-E olan gebelerle; cinsiyet farklılığı diğer olan gebeler arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyete düzeyi açısından anlamlı olarak fark bulunamadı( $p>0,05$ ).

MS Grubunda; cinsiyet farklılığı KK-E olan kadınların durumluluk anksiyete düzeyi, cinsiyet farklılığı diğer olan kadınların durumluluk anksiyete düzeyinden anlamlı olarak düşüktü ( $p=0,000<0,05$ ).

MS Grubunda; cinsiyet farklılığı KK-E olan kadınların süreklilik anksiyete düzeyi, cinsiyet farklılığı diğer olan kadınların süreklilik anksiyete düzeyinden anlamlı olarak düşüktü ( $p=0,038<0,05$ ).

**Tablo 17. Anksiyete skorunun bilgi alma durumu ile karşılaştırması**

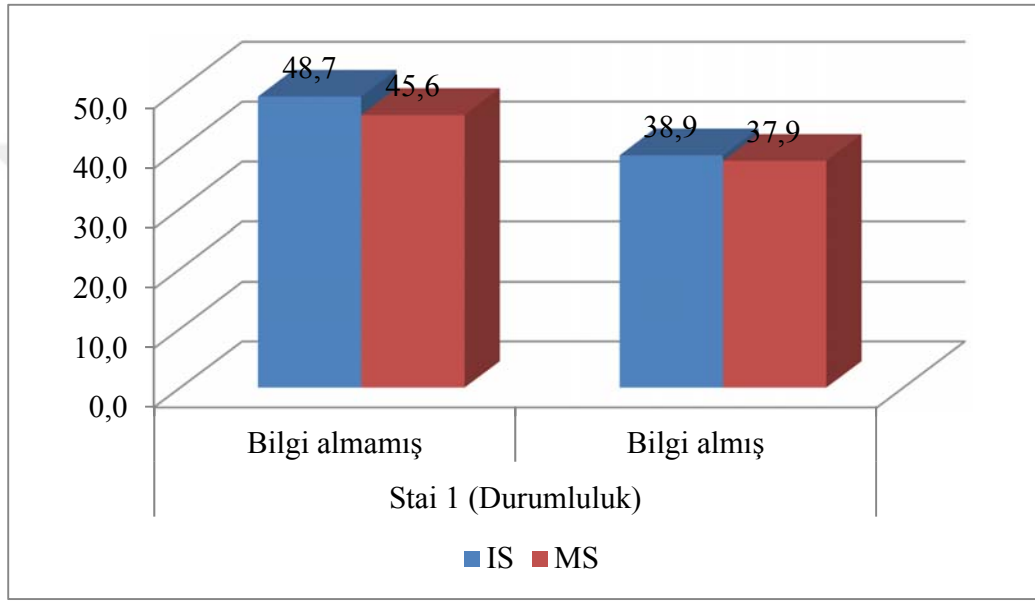
			İS Grubu			MS Grubu			P
			N	Ortalama	SS	N	Ortalama	SS	
Uygulanacak anestezi yöntemi ile ilgili bilgi alma durumu	STAI -1	Bilgi almamış	79	48,66	10,95	90	45,59	11,54	0,079
		Bilgi almış	50	38,86	11,68	52	37,92	9,65	0,659
	p		0,000			0,000			

Uygulanacak anestezi yöntemi ile ilgili bilgi almamış olan kadınlarda; İS Grup ile MS Grup arasında durumluluk anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunamadı( $p>0,05$ ).

Uygulanacak anestezi yöntemi ile ilgili bilgi almış olan kadınlarda; İS Grup ile MS Grup arasında durumluluk anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunamadı( $p>0,05$ ).

İS Grubunda; uygulanacak anestezi yöntemi ile ilgili bilgi almış olan kadınların durumluluk anksiyete düzeyi, bilgi almamış kadınların durumluluk anksiyete düzeyinden anlamlı olarak düşüktü ( $p=0,000<0,05$ ).

MS Grubunda; uygulanacak anestezi yöntemi ile ilgili bilgi almış olan kadınların durumluluk anksiyete düzeyi, bilgi almamış kadınların durumluluk anksiyete düzeyinden anlamlı olarak düşüktü ( $p=0,000<0,05$ ).



Şekil 5. İS-MS Grupları Bilgi Alma Durumu Karşılaştırması

Tablo 18. Anksiyete skorunun bilgi kaynağı ile karşılaştırması

			İS Grubu			MS Grubu			P
			n	Ortalama	SS	N	Ortalama	SS	
Bilginin kimden alındığı	STAI -1	Anestezi doktoru	18	32,00	8,12	28	34,14	7,37	0,079
		KHD doktoru	22	40,77	11,87	18	43,00	11,12	0,360
		Diğer	10	45,00	10,60	6	40,33	7,53	0,547

Sezaryen olacak olan gebelerde sezaryende uygulanabilecek anestezi yöntemleri ile ilgili bilgilendirilen hastalarda bilginin kimden alındığına bakıldığında; anestezi

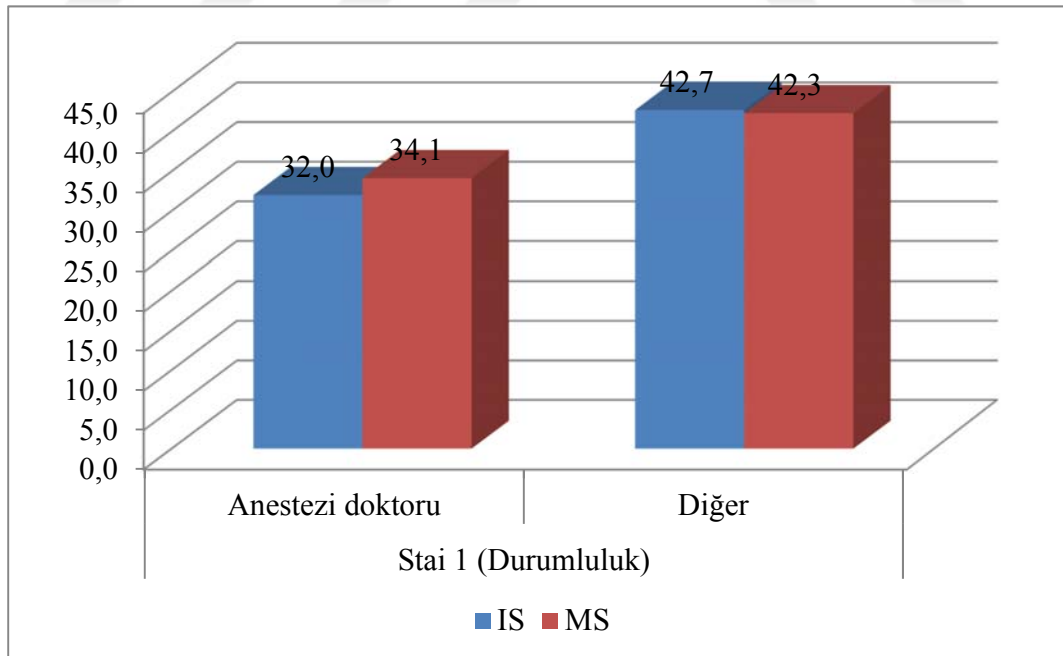
doktoru, KHD doktoru, diğer grupları arasında, durumluluk anksiyetesi açısından İS Grubu ile MS Grubu arasında anlamlı fark yoktu ( $p>0,05$ )

**Tablo 19. Anksiyete skorunun bilgi kaynağı ile karşılaştırması**

			İS Grubu			MS Grubu			P
			N	Ortalama	SS	n	Ortalama	SS	
Bilgi kimden alındı	STAI-1	Anestezi doktoru	18	32,00	8,12	28	34,14	7,37	0,360
		Diğer	32	42,72	11,69	24	42,33	10,26	0,898
P			0,001			0,002			

İS Grubunda; uygulanacak anestezi yöntemi ile ilgili anestezi doktorundan bilgi alan kadınların durumluluk anksiyete düzeyi, diğerlerinden anlamlı olarak düşüktü( $p=0,001<0,05$ ).

MS Grubunda; uygulanacak anestezi yöntemi ile ilgili anestezi doktorundan bilgi alan kadınların durumluluk anksiyete düzeyi, diğerlerinden anlamlı olarak düşüktü( $p=0,002<0,05$ ).



**Şekil 6. İS-MS Grupları Bilginin Kaynağı ile İlgili Karşılaştırma**



**Tablo 20. Anksiyete skorunun önceki anestezi şekli ile karşılaştırması**

			<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>P</b>
MS'de önceki anestezi şekli	STAI-1	R+G	22	42,41	12,35	0,736
		R	62	43,63	11,14	
		G	58	42,02	11,61	
	STAI -2	R+G	22	44,73	7,67	0,735
		R	62	43,69	8,25	
		G	58	43,10	8,65	

MS Grubunda; önceki sezaryenlerinde verilen ve/veya uygulanan anestezi şekline göre R+G, R, G uygulanan hastalar arasında, İS ile MS Grubları arasında hem durumluluk hemde süreklilik kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark yoktu ( $p>0,05$ ).

## 5- TARTIŞMA

Bu çalışmada, elektif sezaryen olacak olan gebelerde, ilk kez sezaryen olacak olanla daha önce sezaryen olmuş gebelerin preoperatif durumluluk ve süreklilik anksiyetelerini kıyasladığımızda her iki kaygı düzeyinde anlamlı fark bulunamadı. Ancak anksiyeteyi etkileyebileceğini düşündüğümüz bazı parametrelerle birlikte değerlendirdiğimizde gebelerdeki; eğitim durumu, aktif olarak çalışmıyor olma durumu ve sigara kullanım öyküsü, İS Grup ile MS Grup arasında durumluluk anksiyetesi açısından anlamlı fark oluşturduğu bulundu.

Gebelik kadınların hayatında fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin olduğu, korku ve endişenin arttığı bir dönemdir. Preoperatif dönemde hastaların endişe seviyelerinin özellikle; genç, kadın ve daha önceden operasyon deneyimi olmayan gruplarda daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu bilgiler ışığında sezaryen olacak gebelerinde kaygılarının yüksek olması beklenen bir durumdur (77). Aydın ve arkadaşlarının sezaryen ile doğum yapacak olan 100 miad gebede ameliyat öncesi durumluluk kaygı puanlarını; kaygı yok, hafif ve yüksek olarak üç katogoriye ayırdığında % 66'ında yüksek kaygı yaşadıkları saptanmış (39). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada da gebelerde % 36,5 hafif anksiyete, %52,8 orta anksiyete, % 10,7 ağır durumluluk anksiyetesi yaşadıklarını bulduk. Çalışmamız Aydın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki anksiyete şiddetinin yüzde dağılımı ile uyumlu idi.

Ameliyat öncesi anksiyete ölçümünde kullanılan STAI (State-TraitAnxiety Inventory) literatürde altın standart olarak gösterilmektedir (78). Biz de çalışmamızda preoperatif anksiyete düzeyini değerlendirmek için STAI anketini kullandık.

Domar ve arkadaşlarının % 57'sini jinekolojik hastaların oluşturduğu 523 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada STAI ölçeğine göre ortalama anksiyete skorunu; 45 (orta anksiyete) olarak bildirmişler (79). Gönüllü ve arkadaşları da 83 hastada preoperatif anksiyete

düzeyini araştırmak amacı ile yaptıkları çalışmada cerrahiden iki gün önce hastalara STAI anketi doldurulmuş ve ölçülen ortalama anksiyete skorunu 40,76 (orta anksiyete) olarak tespit etmişler (80). ASLAN ve arkadaşlarının 800 gebe üzerinde yapmış olduğu çalışmada preoperatif STAI-1 puan ortalaması 46,50 (orta anksiyete) olarak bulunmuş (81). Bizim alışmamızda bu çalışmalarla uyumlu olarak İS Grubunda STAI-1 ortalaması 44,86 (orta anksiyete) , MS Grubunda STAI-1 ortalaması 42,78 (orta anksiyete) olarak bulundu.

Bahar'ın çalışmasında ilk gebeliği olanların kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuş bu durum ilk kez doğum yapacak olan kadınların bilinmezlik kaygılarıyla, daha önce doğum yapmış olanlarda ise süreç hakkındaki negatif deneyimlerin olmasıyla açıklanmış (82). Aydın ve arkadaşlarının yapmış olduğu sezaryenle doğum yapacak kadınların ameliyat öncesi anksiyete düzeylerini belirmesi çalışmasında ise, sezaryen doğum yapacak olan tüm annelerin, durumluluk anksiyete puanlarının yüksek olmasına rağmen daha önce sezaryen olma durumunun anlamlı bir farklılık saptanmamış (39). Bizim alışmamızda da İS Grup ile MS Grubu arasında hem durumluluk hem de srekliyet anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunamadı.

Yaş ve preoperatif anksiyete arasındaki ilişkiyle ilgili daha önceki çalışmalarda farklı sonuçlar mevcuttur. Bazı araştırmacılar yaşın preoperatif anksiyete düzeyini etkilemediğini bildirmişlerdir (46,10). Ramsey çalışmasında; anksiyete oranlarını 13-21 yaş grubunda % 61, 22-41 yaş grubunda % 84, 42-60 yaş grubunda %80, 62-82 yaş grubunda % 57 olarak bildirmiş, orta yaş grubunda anksiyete oranlarının yüksek olduğunu belirlemiş. Bunu da orta yaş grubundaki hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının fazla olmasına bağlamıştır (83). Shevde ve arkadaşları benzer şekilde yaşlılarda daha düşük preoperatif anksiyete düzeyi bildirmiş bunuda yaşlılarda gençlerden farklı olarak daha kaderci bir bakış açısının oluşu, gençlerin iletişim araçlarını daha yakından takip edebilmeleri ve sağlık alanında yaşanan olumsuz olaylardan haberdar olmalarının bu sonuçta etkili olabileceğini düşünmüşler (84). Grabow ve arkadaşları gençlerde preoperatif anksiyete düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Bunuda kişilik karakterlerinden kaynaklanan ie dönüklük dışa dönüklük, emosyonel labilite ve stabilite

ile ilişkilendirmişler (85). Aykent ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada 30 yaş altındaki hastaların preoperatif anksiyete oranlarının, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (86). Aslan ve arkadaşlarının 800 gebenin preoperatif anksiyetesinin değerlendirildiği çalışmada 30 yaş ve 31-45 yaş arasında STAI-1 puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur (81). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada da İS Grubu ile MS Grubu arasında 30 yaş altı ve 31-45 yaş arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyete skorları açısından anlamlı fark bulunamadı ancak 30 yaş altında İS Grubunda durumluluk anksiyete skoru MS Grubundan istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte yüksek bulundu. İS Grubunda 30 yaş altı durumluluk anksiyete skorunda, 31-45 yaş arasına göre istatistiksel olarak anlamlıya yakın fark bulundu ( $p=0,055$ ). Bunuda hastanemizin üniversite hastanesi olması sebebiyle dış merkezlerden ilk sezaryen endikasyonu konulan problemlili gebeliklerin hastanemize kabul edilmesi ve bunların çoğununda 30 yaş altı olmasından kaynaklanabileceği kanaatindeyiz.

Çalışmalarda, ASA durumunun preoperatif anksiyete için belirleyici olduğu saptanmıştır (86,87). Caumo ve arkadaşları ASA III kategorisini preoperatif anksiyete için risk faktörü olarak bildirmişlerdir (87). Romanik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ASA ile preoperatif ve postoperatif anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (88). Mıngır ve arkadaşlarının elektif cerrahi hazırlanan 1010 hastada yapmış oldukları çalışmada ASA-I olguların anksiyete skorları, ASA-II grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuş (89). Elmastaş ve arkadaşlarının kadın hastalarda sezaryen ve diğer elektif cerrahilerin preoperatif anksiyetelerinin karşılaştırıldığı çalışmalarında ASA skorları ile preoperatif anksiyete arasında anlamlı fark saptanmamış (90). Bu çalışmaya benzer olarak bizim çalışmamızda da İS ile MS Grup arasında ASA skorları açısından hem durumluluk hemde süreklilik anksiyeteleri arasında anlamlı fark bulunamadı. Grup içi bakıldığında; ASA-I hastalarla ve ASA-II hastalar arasında da anksiyete skorları açısından anlamlı fark bulunamamıştır.

Bazı çalışmalarda artan eğitim düzeyi ile birlikte anksiyetenin arttığı belirtilirken, bazı çalışmalarda eğitim durumunun anksiyeteyi etkilemediği bildirilmiştir (79), bunun yanı sıra daha az eğitilmiş hastaların korkularının daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar da

mevcuttur (91). Sağır ve arkadaşlarının 210 hasta üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada eğitim durumunun preoperatif anksiyeteyi etkilemediğini göstermişlerdir (92). Buna karşı Caumo ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde preoperatif anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (87). Gotlib ve Whiffen eğitim düzeyi yükseldikçe kadının kendi yaşamı üzerinde etkinliğinin arttığı ve benlik saygısının yükseldiğini, depresyon oranının azaldığını bildirmiştir (93). Sertbaş da araştırmasında, eğitim düzeyi yüksek olanlarda sürekli kaygı seviyesinin daha düşük olduğu ve stres ile baş etmede daha etkin beceriler geliştirmiş olduğunu öne sürmüştür (94). Dağlar ve arkadaşlarının 227 gebenin anksiyetesinin Beck Anksiyete Envanteri(BEA) ile değerlendirdiği çalışmalarında çalışmaya katılan ilkokul ve ortaokul mezunu gebelerin depresyon ve anksiyete puanı, lise ve üzeri eğitime sahip gebelerin puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (95). Akyıldız ve arkadaşlarının 100 gebenin preoperatif anksiyetesinin STAI-1 testi ile değerlendirdikleri çalışmasında preoperatif anksiyete ile eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiş olmakla birlikte preoperatif anksiyete en sık okuryazar olmayan grupta saptanmıştır (96). Bizim yaptığımız çalışmada eğitim durumu lise ve altı olan kadınlarda, İS Grubunun durumluluk anksiyetesi MS Grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p=0,023<0,05$ ). İS grubunda yüksekokul mezunu kadınlarda durumluluk anksiyetesi, lise ve altı mezunlarına göre anlamlı olarak düşüktü. ( $p=0,003<0,05$ ). MS grubunda yüksekokul mezunu kadınlarda süreklilik anksiyetesi, lise ve altı mezunlarına göre anlamlı olarak düşüktü ( $p=0,001<0,05$ ). Taşdemir ve arkadaşlarının hastaların eğitim durumları ile STAI farkı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte bilgilendirmeden en fazla fayda görenlerin üniversite mezunları olduğu tespit edilmiş (97). Çalışmamızda buna benzer şekilde sonuçlar elde edilmiş olup eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin; anestezi ve cerrahi ile ilgili bilgiye daha kolay ulaşmaları, yani bilinmezlik faktörünün daha az oluşu, daha önce yaşamış oldukları sezaryen deneyimleri ile bilgilerini entegre etmeleri ile kaygı düzeylerinin azaldığını düşünmekteyiz.

Saisto ve arkadaşlarının araştırmalarında düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim durumu ve işsizliğin doğum korkusunu artırdığını belirtmişler (98). Mesleğin

preoperatif anksiyeteye etkisinin incelendiği araştırmalarda; meslek ile anksiyete arasında bir kolerasyon bulunamamıştır (84,79). Tekgöz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; gebelerin çalışıp çalışmamasının anksiyeteyi etkilemediğini bulmuşlar (99). Dağlar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; çalışmayan gebelerin anksiyete düzeyi çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (95). Taşdemir ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada meslek durumu değerlendirildiğinde preoperatif dönemde en yüksek STAI-1 değerinin; ev hanımı grubunda, en düşük STAI-1 değerinin anlamlı olmamakla birlikte memur grubunda olduğu tespit edilmiş (97). Aydın ve arkadaşları; sezaryen doğum yapacak kadınlarda, çalışmayanların (ev hanımı), çalışanlara (memur, serbest meslek, işçi) göre durumluluk anksiyete puanlarını değerlendirmişler ve çalışmayanlarda anksiyete yüksek olmasına rağmen anlamlı fark bulamamışlar (39). Biz, alışmayan kadınlarda İS Grubunda, durumluluk anksiyete puanlarını MS Grubundan anlamlı olarak yüksek bulduk. İS Grubunda alışmayan kadınlarda; hem durumluluk anksiyete hemde süreklilik anksiyete düzeyi, çalışanlardan anlamlı olarak yüksek idi. Biz bunun alışmayan İS Grubunun daha genç hastalardan oluşması, çalışmama durumunun maddi sıkıntılarını beraberinde getirmesi ve doğacak olan çocuğun bakımı konusunda maddi yetersizlik kaygılarıyla baş etmede, mükerrer sezaryen olanlara göre daha az tecrübeli olmalarının etkili olabileceği düşüncesindeyiz.

Arslan ve arkadaşlarının; 452 gebede yapmış olduğu çalışmada, ölü doğum hikayesi ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlılık gözlenmiş, ölü doğum sayısı arttıka anksiyete ve depresyon puanları artmakta olduğu bulunmuş Yine aynı çalışmada düşük sayısı ile anksiyete puanı arasında da anlamlı ilişki gözlenmiş, düşük sayısı arttıka anksiyete puanında yükseldiği bulunmuş (100). Genez' in yapmış olduğu çalışmada; düşük yapanların durumluluk kaygı düzeyi, düşük yapmayanlardan daha yüksek bulunmuş (101). Benzer şekilde Tekgöz ve arkadaşlarının son trimesterdeki 107 gebede yapmış olduğu çalışmada; düşük öyküsü olan gebelerin anksiyetesi olmayanlara göre yüksek bulunmuştur (99). Bizim alışmamızda; abortus/ölü doğum öyküsü olan gebelerde, İS Grup ile MS Grup arasında anksiyete puanları açısından anlamlı sonuç bulunamadı. Abortus/ölü doğum öyküsü olanlarda, olmayanlara göre her iki grupta durumluluk anksiyete puanları yüksek olmasına rağmen anlamlı sonuç bulunamadı. MS

Grubunda; abortus/ölü doğum öyküsü olanlarda, olmayanlara göre süreklilik anksiyetesi anlamlı olarak yüksek bulundu. Bununda MS Grubunda sayısal olarak daha fazla ölü doğum olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Son yıllarda sezaryen oranlarında ciddi bir artış söz konusudur (75). Menard çalışmasında bu artışın nedenlerinin; gebelik yaşının ilerlemesi, parite sayısının azalması, görüntüleme tekniklerinin gelişmesi, elektronik fetal monitörizasyonun yaygınlaşması, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanımı gibi nedenler olduğunu belirtmiştir (102). Bunun beraberinde tedavi sonrası gebelikte psikolojik karmaşa gerçekleşmekte, bir tarafta bebek bekleyen sabırsız bir anne varken diğer bir yanda her an gebeliğinin son bulacağı endişesi vardır (103). Hammarberg ve arkadaşları yaptıkları çalışmada infertilite tedavisi sonrası gebe kalan kadınların anksiyetesi spontan gebe kalan kadınlara benzer bulunmuş (104). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada da benzer şekilde IVF gebelik olanlarda; spontan gebelik olanlara göre hem süreklilik hemde durumluluk anksiyetesi arasında anlamlı fark bulunamadı. İlave olarak IVF gebelik olanlarda; İS Grubu ile MS Grubu arasında hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunamadı.

Son yıllarda yardımcı üreme tekniklerinin kullanımında artış ve bu artışa bağlı çoğul gebelik oranlarının yükselmesi beraberinde sezaryen oranlarında artışa neden olmaktadır (105). Sugimoto ve arkadaşlarının 130 çoğul (ikiz ya da üçüz) gebelik ile 860 tekil gebelik arasındaki anksiyetenin STAI skoru ile karşılaştırılması çalışmasında; çoğul gebelerin durumluluk anksiyete puanlarını tekil gebelerinkinden anlamlı derecede yüksek bulunmuş, süreklilik anksiyetesi açısından ise anlamlı fark bulunamamış (106). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hem İS Grup hemde MS Grupta çoğul gebelerin anksiyetesi, tekil gebelerden yüksek olmakla birlikte hem süreklilik hemde durumluluk anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunamadı. MS Grubtaki çoğul gebelik olanların anksiyetesi İS Gruptaki çoğul gebelerden anksiyeteleri fazla olmakla beraber anlamlı fark bulunamadı. MS Grubundaki gebelerde çocuk ya da çocuklarının olması şimdiki gebeliğininde ikiz olmasından kaynaklanan bakım konusundaki endişelerin fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

Annelerin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve çocuğun cinsiyeti gibi bazı değişkenler kaygı ve depresif duygudurum üzerinde etkili rol oynayabilir (107). Bunu destekler şekilde Erdem ve arkadaşlarının 49 gebe üzerinde yapmış olduğu çalışmada STAI anksiyete puanı, kız bebeği olanlarda ( $45,7 \pm 7,3$ ) erkek bebeği olanlardan ( $42,0 \pm 7,0$ ) daha yüksek olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamış. Bu durum çalışmanın yapıldığı hastanenin hizmet verdiği çevrede geleneklerden kaynaklı olarak, erkek çocuğun daha tercih edilir olmasına rağmen, çocuğun cinsiyetinin belirgin bir stres kaynağı olmadığı düşünülmüş ve buda gruptaki çoğu kişinin eğitim düzeyinin yüksekliğiyle ilişkili görülmüş (108). Bizim çalışmamızda; kız çocuk bekleyenlerde de erkek çocuk bekleyenlerde de hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi açısından İS Grubu ile MS Grubu arasında anlamlı fark bulunmadı. Hem İS ve hemde MS Grubunda kız çocuk bekleyenlerle, erkek çocuk bekleyenler arasında anksiyete puanları açısından anlamlı fark bulunamadı.

Gebelerin yaşayan çocuklarının cinsiyeti ile doğacak olan bebeğin cinsiyet farkı anksiyetesine bakıldığında, kız çocuğu ya da çocukları olup erkek bebek bekleyenlerin (KK-E) anksiyetesi, İS Grup ile MS Grup arasında anlamlı fark oluşturmazken, diğer olası gruplarla karşılaştırıldığında; MS Grupta hem süreklilik hemde durumluluk anksiyetesi anlamlı olarak düşük bulundu ( $p=0,038 < 0,05$ ,  $p=0,000 < 0,05$ ). Sosyokültürel nedenlerden dolayı gebelerde erkek çocuk beklentisi fazla olabilmekte, mükerrer sezaryen olanlarda doğum sayılarına kısıtlama getirilmesinden dolayı anksiyetenin anlamlı düşük olması mevcut gebeliğin cinsiyetindeki (KK-E) memnuniyetten kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Literatürde preoperatif anksiyeteyi azaltmaya yönelik olarak hasta bilgilendirmesi ile yapılan birçok çalışma mevcuttur (109). Leigh ve arkadaşları preoperatif dönemde bir anestezi uzmanı tarafından anestezi hakkında bilgilendirilen hastaların anksiyete düzeylerinin, hiçbir destek verilmeyen kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğunu bildirmişler. Yine bu yazarlar özellikle hastaları anestezi ile ilgili olarak ikna etmek üzere yazılmış olan bir kitapçığın, anestezi uzmanının yaptığı kişisel görüşmeye kıyasla anksiyetenin azaltılmasında önemli ölçüde daha az etkili olduğu görüşünü savunmuş (110). Elektif operasyon öncesinde hastaya bilgi vermenin, ameliyat ile başa çıkmasında hastanın



psikolojik yeteneği üzerindeki etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada; çeşitli biçimlerde verilen bilginin hastaların psikolojik olarak başa çıkma becerileri üzerinde olumlu bir etki sağladığı bulmuşlar ve bireyin ihtiyaçlarına uygun olması gerektiğini vurgulamışlar (111). şıvgın'ın 90 hasta üzerinde psikolojik premedikasyonun anksiyete üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmasında; anestezi uygulamasını başlatacak olan anestezi hekimi tarafından, ameliyathaneye gelmeden önce yapılacaklar ve ameliyathaneye geldikten sonra hastaya uygulanacak işlemler hakkında bilgi verilmiş daha sonra anestezi uygulamaları ile ilgili kendilerini endişelendiren, bilgi almak istedikleri konular sorulmuş, hastaya gereksiz ayrıntı vermekten kaçınılmış ve sorular olumlu telkinle yanıtlanmış. Sonuç olarak preoperatif anksiyeteyi azaltmada tek başına uygun bir bilgilendirmenin, ilaçlı premedikasyon kadar etkili olduğu tespit edilmiş (112). Elmastaş' ın yaptığı çalışmada sezaryenin diğer cerrahilere göre kadınlarda daha fazla anksiyeteye yol atığı ve anksiyete duyan hastaların daha fazla bilgi edinme isteği olduğunu kanaatine varmış (90). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada; bilgi almamış gebelerde İS Grubu ile MS Grubu arasında, İS Grubunun anksiyete puanları fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. Bilgi almış gebelerde İS Grubu ile MS Grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. Hem MS hemde İS grubunda bilgi almamış olanların anksiyetesi bilgi almış olanlardan anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p < 0,05$ ).

Darshana ve arkadaşları elektik sezaryen geçirecek gebelerde yapmış olduğu çalışmada; anesteziistten başka insanlardan bilgi alanlar daha endişeli olup genel anesteziye yönelirken aynı çalışmada rejyonel anestezi reddinde en önemli sebeplerden biri aile ve çevreden gelen bilgi ile yanlış anlamalar olarak görülmüş (113). Güzel'in çalışmasında gebelerde anestezi hakkında bilgi edinme yoluyla (doktor, evre, internet-tv, kitap, diğer) endişe durumu karşılaştırıldığında çevreden bilgi alan hastalarda anksiyete istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuş. Bizim alışmamızda da uygulanacak anestezi hakkında anestezi doktoru tarafından bilgilendirilenlerde, diğer bilgi kaynaklarına göre durumluluk anksiyetesi, hem İS hemde MS grubunda anlamlı olarak düşük bulundu ( $p=0,001 < 0,05$   $p=0,002 < 0,05$ ).

Sigara içiminin kronik olarak anksiyete yaratıcı etkisinin olduğu belirtilmektedir (114). Çuvaş ve arkadaşlarının 300 hasta üzerinde sigara içiminin preoperatif anksiyete üzerine etkisinin STAI testi ile değerlendirildiği araştırmasında; sigara içen hastalarda, içmeyenlere göre durumluluk anksiyete düzeyinin etkilemediği ancak bazal anksiyete düzeyinin yüksek olduğu kanısına varılmış (115). Arslan ve arkadaşlarının 452 gebede anksiyete ve depresyonu belirlemek için yapmış oldukları anket çalışmasında; sigara içme oranı % 10,6 olup sigara içenlerde anksiyete puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuş, depresyon puanı ise anlamlı bulunamamış (100). Bizim çalışmamızda gebelikte sigara içme oranı % 7,7 olup MS Grubunda 20 kişi gebeliğinde sigara kullanırken İS Grubunda sadece 1 kişi kullanmaktadır. MS Grubunda sigara kullanan gebelerde, kullanmayan ya da bırakmış olanlara göre hem durumluluk hemde süreklilik anksiyetesi anlamlı olarak yüksek bulundu. Bunuda sigara kullanan annelerin bazal anksiyete düzeyinin yüksek olmasından dolayı kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Son on yılda gebelikte morbidite nedenleri artmaktadır. Gebelerde hipertansif bozukluk, plasenta previa, gestasyonel diyabet gibi morbidite tanısı, kendi bedenlerini kontrol edememelerinden dolayı hayal kırıklığı ve anksiyete neden olmaktadır (116). Erdem ve arkadaşları ek hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir endişe oranı bulmuşlardır (117). Güzel'in çalışmasında, ek hastalığı olan gebelerle olmayanların anksiyetesi birbirine yakın olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış (72). Bizim çalışmamızda gebelik takiplerinde ek hastalık olanlarda İS Grup ile MS Grup arasında; hem süreklilik hemde durumluluk anksiyeteleri açısından anlamlı fark bulunamadı. İS Grupta annede ek hastalık olanla, olmayan arasında anksiyete açısından anlamlı fark yokken MS Grupta durumluluk anksiyetesi ek hastalık olan grupta anlamlı olarak yüksek bulundu. Gebe yaşı artması ile beraberinde ek hastalık artması daha fazla beklenmektedir. Mükerrer sezaryan olanların önceki gebeliklerinde de ek hastalıklarının ortaya çıkmış olabileceği ve bunlardan kaynaklanan olumsuz tecrübelerin yaşanmış olması, mevcut gebelik sürecinin anksiyeteli olarak geçirilmesine neden olduğu kanısındayız.

Sezaryen ameliyatının diğer ameliyat türlerinden farklı olan tarafı hem annenin hem de bebeğinin sağlığının söz konusu olmasıdır ve bu durum anksiyeteyi artırmaktadır

(39). Gebelikte anne ya da bebeği ilgilendiren fiziksel sorun varlığında psikiyatrik rahatsızlık görölme oranı anlamlı derecede arttığı bulunmuş (118). Titapant ve arkadaşlarının, prenatal fetal anomali tanısı alan 20 gebenin anksiyete seviyelerinin STAI anketi ile bakıldığı çalışmasında; üç aşamalı psikolojik distres yanıtı tespit edilmiş. İlk aşama fetal anomali tanısı öğrenildikten sonra ideal çocuğun kaybına tepki olarak şiddetli, olumsuz psikolojik reaksiyon görölmekte olduğu (STAI-1 ortalaması 52,40), ikinci aşama ise psikolojik iyileşme evresi olup başa çıkma mekanizmalarının ortaya çıktığı ve kaygıda azalmanın eşlik ettiği (STAI-1 ortalaması 38,00) ve son olarakta bebeğin geleceği ile ilgili belirsizlikten kaynaklanan olumsuz psikolojik etkinin yeniden ortaya çıktığı aşama (STAI-1 ortalaması 45,36) olarak değerlendirilmiş (119). Bizim çalışmamızın sonuçları da bu araştırmaları destekler niteliktedir. Çalışmamızda bebeklerinde ek hastalık olanlarda, İS grup ile MS grup arasında hem süreklilik hemde durumluluk anksiyetesi açısından anlamlı fark bulunmazken İS ve MS Grup içi karşılaştırmasında bebeğinde ek hastalık olanlarda, olmayanlara göre hem süreklilik hemde durumluluk anksiyete puanları anlamlı olarak yüksek bulundu.

Önceden geçirilen anestezi deneyiminin olumlu ya da olumsuz yönde olmasının preoperatif anksiyete üzerinde etkili olabileceği belirtilmektedir (5). Kindler ve arkadaşları daha önce negatif deneyim sahibi olan hastalarda daha yüksek kaygı puanları bulmuşlar (5). Daha önce ameliyat olan kişilerde ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin değişmediğini bildiren yayınlar olduğu gibi, anestezi deneyiminin erkeklerde anksiyeteyi azaltırken, kadınlarda etkilemediğini bildiren yayınlar bulunmaktadır (46). Güzel'in sezaryen olacak olan 200 gebede preanestezik değerlendirme sırasında yapılan anket çalışmasında; daha önce sezaryen olan hastalara, uygulanan anestezi yöntemleri karşılaştırılmış ( genel anestezi, spinal anestezi, epidural anestezi) ve hastalara uygulanan anestezi yöntemiyle, endişe durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış (72). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde MS Grubundaki gebelere önceki sezaryenlerinde verilen ve/veya uygulanan anestezi şekline göre (rejyonel+genel, sadece rejyonel, sadece genel ) hem durumluluk hemde süreklilik anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark yoktu. ( $p>0,05$ )

## 6- SONUÇ

- 1- Çalışmamızda elektif sezaryen olacak olan gebelerin çoğunun preoperatif dönemde hem durumluluk hem de süreklilik anksiyete ölçeği değerlerinin ortalaması yüksek olup orta anksiyete haline neden olduğu görüldü.
- 2- Sezaryenin ilk ya da mükerrer olmasının preoperatif anksiyete skorları arasında fark oluşturmadığı sonucuna varıldı.
- 3- Eğitim, çalışma ve sigara kullanma durumunun, ilk kez sezaryen olacaklarla mükerrer sezaryen olacaklar arasında anksiyete skorunu etkilediği görüldü. Buna göre ilk kez sezaryen olacak; lise ve altı, aktif olarak çalışmayan, sigara kullanmayan ya da bırakmış olan gebelerin durumluluk anksiyetesi mükerrer sezaryen olacak gebelerinkinden anlamlı olarak yüksek olduğu sonucuna varıldı.
- 4- Eğitim durumu yüksekliği ve özellikle anestezi doktoru tarafından bilgilendirme yapılması ilk kez sezaryen olacaklarda durumluluk anksiyetesini anlamlı olarak azalttığı sonucuna varıldı.
- 5- Gebenin çalışmıyor olması ve bebeğinde ek hastalık tespit edilmesi ilk kez sezaryen olacaklarda hem durumluluk hem de süreklilik anksiyetesini yükselttiği görülmüştür.
- 6- Mükerrer sezaryen olacak gebelerde; gebelik takibinde annede ek hastalık tespit edilmesi durumluluk anksiyetesini yükseltirken, preoperatif bilgilendirmenin yapılması ve bu bilgilendirmenin özellikle anestezi doktoru tarafından yapılmış olması durumluluk anksiyetesini azaltmıştır.
- 7- Çocuk ya da çocukları kız olup erkek bebek bekleme durumunun mükerrer sezaryen olacak gebelerde, durumluluk ve süreklilik anksiyete skorlarını düşürdüğü sonucuna varılmıştır.

8- Mükerrer sezaryen olacak gebelerde sigara kullanımı ya da bebeğinde ek hastalık tespit edilmesi, hem durumluluk ve hem de süreklilik anksiyetesini yükseltmiştir.

9- Mükerrer sezaryen olacak gebelerde eğitim durumunun yüksek olması süreklilik anksiyetesinin azalmasına neden olurken, abortus ya da ölü doğum öyküsü süreklilik anksiyetesinin artmasına neden olmuştur.

Cerrahi ve anestezi uygulamaları gebe hastalar için önemli bir stres faktörüdür. Son yıllarda sezaryen ile doğum oranları hızla arttığından, elde edilen bilgiler ışığında anestezi uzmanları sezaryen olacak gebelerde, preoperatif değerlendirmede, anksiyeteye neden olabilecek faktörleri sorgulayarak, gebenin anksiyete düzeylerini daha iyi tespit edebilecekler. Böylece uygun ve yeterli bilgilendirme yapılarak, farmakolojik veya nonfarmakolojik yöntemlerle anksiyetenin azaltılmasına yönelik çalışılmalar, cerrahi ve anesteziye bağlı komplikasyonları azaltıp hastaların memnuniyetinin artmasını sağlayacaktır. Çalışmamızın sonunda sezaryen ile doğum yapacak olan gebelerde anksiyeteye neden olabilecek faktörleri daha iyi belirlemenin ve sağlıklı ölçüm yöntemleri geliştirmeye yönelik araştırmalar yapmanın gerekli olduğunu düşünüyoruz. Bu alanda yapılacak çalışmaların anestezi uygulamalarının kalitesini arttıracak ve hastaların kendilerini daha güvende hissederek, daha az endişe duymalarını sağlayacağı kanısındayız.

## 7- KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry(çeviri ed) Aydın H, Bozkurt A. 8. baskı. İstanbul: Güneş Kitabevleri; 2007. 1559-1800.
2. Rothrock JC. Perioperative nursing research part 1: Preoperative pychoeducational unterventions: AORN Journal 1989; 49(2): 597-618.
3. Jlala HA, French JL, Foxall GL, Hardman JG. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesiology. Br J Anaesth 2010; 104: 369-74.
4. Shafer A, Fish MP, Gregg KM. Preoperative anxiety and fear: A comparison of assessments by patients nad anesthesia and surgery residents. Anesth. Analg 1996; 83: 1285-91.
5. Kindler CH, Harms C, Amsler F. The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients anesthetic concerns. Anesth Analg 2000; 90: 706-712.
6. Boeke S, Jelecic M. Preoperative anxiety variables as possible predictors of postoperative stay in hospital. Br J Clin Psychol.1992; 31-36.
7. Goldman L, Ogg TW, Levey AB. Hypnosis and day case anaesthesia: a study to reduce preoperative anaesthetic requirement. Anaesthesia. 1988; 43: 466- 469.
8. Weis OF, Sriwatanakul K, Weintraub M. Reduction of anxiety and postoperative analgesic requirements by audio visual instruction. Lancet. 1983; 1: 43.
9. Kiecolt-Glaser JK, Page GG, Maruha PT, Mac Callum RC. Psychological influences on surgical recovery. American Psychologist 1998; 53,11:1209-18.

10. Badner NH, Nielson WR, Munk S. Preoperative anxiety detection and contributing factors. *Can Anaesth.* 1990; 37: 444- 447.
11. Hicks JA, Jenkins JG. The measurement of preoperative anxiety, *J R Soc Med* 1988; 81: 517-9.
12. Markland D, Hardy L. Anxiety, relaxation and anesthesia for day-case surgery. *Br J Clin Psychol* 1993; 32: 493-504.
13. Haugen AS, Eide GE, Olsen MV. Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesiology. *J Clin Nurs* 2009; 18: 2301-10.
14. Öner L, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 2. Baskı, İstanbul, 1998.
15. Gümüş AB, Çevik N, Hyusni SH, Keskin G. Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı ile İlişkili Özellikler. *Anatol J Clin Investig* 2011; 5:7-14
16. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum. *C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi*, 2001; 23 (1): 61-64
17. Şahin N. Seksio – Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 2009; 2 (3): 93-98.
18. Sürmeli A. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Cilt: 1, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1997.
19. Tükel R. Anksiyete Bozuklukları, *Psikiyatri Ders Kitabı*, İstanbul Üniv. Yayınları No:4139, Emek Matbaacılık, İstanbul 1998.
20. Akdağ A, Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, İstanbul Üniv. Psikoloji A.D. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2001.
21. Arıkan M.K. *Temel Psikiyatrik Sendromlar*, İstanbul 1999.

22. Tükel R, Akın T. Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006.
23. Işık E. Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Golden Print, 2006: 4-26.
24. Geçtan E. Psikanaliz ve Sonrası. 10. Baskı, İstanbul: Metis Yayıncılık, 2004: 3-15.
25. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2001: 6-2
26. Whitty PM, Shaw LH, Goodwin DR. Patient satisfaction with general anaesthesia. *Anaesthesia* 1996; 51: 327-332.
27. Sotres-bayon F, Cain CK, Ledoux JE. Brain mechanisms of fear extinction. Historical perspectives on the contribution of prefrontal cortex. *Biolpsychiatry* 2006; 60(4): 329-336.
28. Rauch SL, Savage CR, Alpert NM, Fichman AJ. The functional neuroanatomy of anxiety: A study of three disorders using positron emission tomography and symptom provocation. *Biol Psychiatry* 1997; 42: 446-452.
29. Akın T, Alptekin K. Yaygın anksiyete bozukluğu, Anksiyete Monograflan Serisi-4, Ankara: Medikomat, 1995:149-180.
30. Işık E. Nevrozlar. Ankara: Kent matbaa, 1996; 34-67
31. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hacettepe Taş Kitabevi, 2000; 153-161.
32. Klopfenstein EC, Forster A, Gessel EV. Anaesthetic assessment in an out patient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Can J Anaesth.* 2000; 47;6, 511-515.
33. Varcarolis EM. Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing: Philadelphia: WB. Saunders Company. 1990: 171-173.
34. Buldukoğlu K. Ameliyat öncesi hastaların ameliyata ilişkin tepkileri: Türk Hemşireler Dergisi 1988;38 (3-4): 31-32.



35. Bekaroğlu M, Uluutku N, Alp K. Ameliyat öncesi kaygı ve depresyon durumunun ameliyat komplikasyonlarına ve yatış süresine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2(4): 285-288.
36. Joseph-Kinzelman A, Taynor J, Ossa J, Rubin W, Risner PB. Client's perceptions of in voluntary hospitalization. *Journal of Psychosocial Nursing* 1994; 32(6): 28-32.
37. Hume MA, Kennedy B. Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care *Anaesthesia* 1994; 49: 715-8.
38. Kavak G, Akbulut S, Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Preoperatif Vizitin Anksiyete Üzerine Etkisi. Dicle ünversitesi Tıp Fak.Anest.Rean.AD Tez Çalışması. 2011
39. Aydın M, Kaya D, Erdoğan S. Sezaryen ile doğum yapacak kadınların ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* Cilt: 5. Sayı: 1. Ocak 2014
40. Y.Turhan, R.Avcı. Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi*. 2012; 20: 27–33.
41. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushen RE. *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA:Consulting Psychologists Press. 1970.
42. Snaith RP, Zigmond AS. The hospital anxiety and depression scale. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986; 292: 344
43. McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med*. 1988; 18: 1007–1019.
44. Zuckerman M. The development of an affect adjective check list for the measurement of anxiety. *J Consult Psychol*. 1960; 24: 457–62.
45. Boker A, Brownell L, Donen N. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Can J Anaesth*. 2002; 49: 792–8.
46. Moerman N, van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg*. 1996;82: 445–51.

47. Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik; postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. 3P Dergisi, 2004; ek 4: 30 - 7.
48. Özkan S, Bozkurt O. Kadın Doğum ve Ruh Sağlığı. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul 1999; 36 - 49.
49. Altınay SA, Aydemir Ç, Gökal E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. Kriz Dergisi 2002; 10(1): 1 – 8
50. Dağlar G, Naim Nur N, Bilgiç D, Kadioğlu M Gebelikte duygulanım bozukluğu. Kashed, 2015 2(1): 27-40
51. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Saisto T. Obstetric Outcome After Intervention for Severe Fear of Childbirth in Nulliparous Women – Randomised Trial. BJOG 2013; 120(1): 75-84.
52. Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of Childbirth During Pregnancy: A Study of more than 8000 Pregnant Women. J Psychosom Obstet Gynecol 2002; 23(4): 229-35.
53. Hofberg K, Brockington IF. Tokophobia: An Unreasoning Dread of Childbirth: A Series of 26 Cases. The British Journal of Psychiatry 2000; 176(1): 83-5.
54. Hofberg K, Ward M. Fear of Pregnancy and Childbirth. Postgraduate Medical Journal 2003; 79(935): 505-10.
55. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J, Halmesma E. Psychosocial Characteristics of Women and Their Partners Fearing Vaginal Childbirth. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2001; 108(5): 492-8.
56. Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. Childbirth and Criteria for Traumatic Events. Midwifery 2013; 30(2): 255-61.
57. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of Childbirth: Predictors and Temporal Changes Among Nulliparous Women in the Danish. National Birth Cohort BJOG 2008; 115(3): 354-60.

58. Storksens HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, EberhardGran. The Impact of Previous Birth Experiences on Maternal Fear of Childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92(3): 318-24.
59. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, M. Stewart SH. Prenatal Fear of Childbirth and Anxiety Sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2009; 30(3): 168-74.
60. Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A. Secondary Fear of Childbirth Prolongs the Time to Subsequent Delivery. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2013; 92(2): 210-4.
61. Reck C, Zimmer K, Dubber S, Zipser B, Schlehe B, Gawlik S. The Influence of General Anxiety and Childbirth-Specific Anxiety on Birth Outcome. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16(5): 363-69.
62. Alessandra S, Roberta L. Tokophobia: When Fear of Childbirth Prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* 2013; 1(1): 1-18
63. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of Childbirth and Duration of Labour: A Study of 2206 Women with Intended Vaginal Delivery. *BJOG* 2012; 119(10): 1238-46.
64. Sydsjö G, Sydsjö A, Gunnervik C, Bladh M, Josefsson A. Obstetric Outcome for Women who Received Individualized Treatment for Fear of Childbirth During Pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2012; 91(1): 44-9.
65. Carvalho B, Cohen SE, Lipman SS, Fuller A, Mathusamy AD. Patient Preferences for Anesthesia Outcomes Associated with Cesarean Delivery. *Anesth Analg.* 2005; 101: 1182-7
66. Kayhan Z. Klinik Anestezi 2. Baskı.İstanbul:Logos Yayıncılık Tic. A.Ş. 1997:623-658
67. King MS. Preoperative evaluation. *American Family Physician* 2000; 62: 387-96

68. Holdcroft A, Parshall A M, Knowles M G, Waite K E, Morgan B M. Factors associated with mothers selecting general anaesthesia for lower segment caesarean section. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16: 167–170.
69. Thorp J M, Kennedy B W, Millar K, Fitch W. Personality traits as predictors of anxiety prior to caesarean section under regional anaesthesia. *Anaesthesia* 1993; 48: 946–950.
70. Wyatt SS, Jones DA, Paech MJ, Gurrin L, Anxiety in patients having caesarean section under regional anaesthesia: a questionnaire and pilot study, *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2001; 10: 278–283
71. Tüzüner F, Alkış N. Anestezi Yoğun Bakım Ağrı. 1. Basım. Ankara: N M Medikal & Nobel; 2010. sayfa 983
72. Karaman S, Güzel M, Gebelerde Preanestezik Değerlendirme Sırasında Anket Çalışması Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon AD. 2011
73. Akıncı SB, Sarıcaoğlu F, Dal D, Aypar Ü, Preoperatif anestetik değerlendirme, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2005; 36: 91-97
74. Cunningham FG, Leveno KJ. Cesarean section. In: *Williams Obstetrics*. 21st Ed 2015 p: 587– 621.
75. Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması. World Health Organization 2015. [apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11WHO-RHR-15.02-tur.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11WHO-RHR-15.02-tur.pdf)
76. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. -TC Sağlık Bakanlığı e-istatistik [www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY-2015.pdf](http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY-2015.pdf)
77. Duman A, Öztin Öğün C, Şahin TK, Preoperatif korku ve endişeyi belirleyen faktörlerin değerlendirilmesi, *S.Ü tıp. Fak. Derg*, 2003;19: 21-26
78. Tenenbaum G, Furst D, Weingarten G. A statistical reevaluation of the STAI anxiety questionnaire. *J ClinPsychol*. 1985; 41: 239-44

79. Domar AD, Everett LL, Keller. Preoperative anxiety: Is predictable entity? *Anesth Analg*. 1989; 69: 763-770.
80. Gönüllü M, Turan ED, Erdem LK. Anestezi uygulanacak hastalarda anksiyete düzeyinin araştırılması. *Türk Anest ve Rean. Cem*. 1986; 14: 110- 113
81. Aslan B, Arıkan M, Horasanlı E. Gebe Hastalarda Preoperatif Anksiyete Sebepleri ve Değerlendirilmesi: STAI Skorlarının Karşılaştırılması. *Ortadoğu Tıp Dergisi* 2014 6(3): 129- 135
82. Bahar A. Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 9(4): 45-53
83. Ramsay MA. A survey of pre-operative fear. *Anaesthesia* 1972; 27: 396-402.
84. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 1991; 73: 190-8.
85. Grabow L, Buse R. Preoperative anxiety-anxiety about the operation, anxiety about anesthesia, anxiety about pain? *Psychother Psychosom Med Psychol* 1990; 40: 255-63.
86. Aykent R, Kocamanoğlu S, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. Preoperatif Anksiyete Nedenleri ve Değerlendirilmesi: APAIS ve STAI Skorlarının Karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim* 2007; 5: 7-13
87. Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, et al. Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45: 298-307.
88. Romanik W. Kanski A. Soluch P. Szymanska O. Preoperative anxiety assessed By questionnaires and patient declarations. *Anestezjologia I Intensywna Terapia*. 2009; 41(2): 94-9.
89. Mingır T, Ervatan Z, Turgut N. Spinal Anestezi ve Perioperatif Anksiyete Spinal Anaesthesia and Perioperative Anxiety. *Turk J Anaesth Reanim* 2014; 42: 190-5

90. Elmastaş D, Kuyumcu M, Elektif Cerrahi Planlanan Kadın Hastalarda Sezaryen Ve Diğer Elektif Cerrahiler Arasında Preoperatif Anksiyete Karşılaştırılması. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon AB. Tez Çalışması 2014.
91. Kale A, Kale E, Erdemlioğlu M, The effect of general and spinal anaesthesia on maternal and newborn cortisol levels in elective cesarean deliveries. J Perinatol 2006; 14: 117-54
92. Sağır G, Kaya M, Eskiçınar H, Özlem K. Spinal anestezi planlanan hastalarda görsel bilgilendirmenin preoperatif anksiyete üzerine etkisi. Turk J Anesth Reanim. 2012; 40(5): 274-8.
93. Goblit IH, Whiffen E, Mount JH. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression with depression in pregnancy and the postpartum. J Consult Clin Psychol 1989; 57(2): 269- 274
94. Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluluk-Süreklilik Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2010; 26: 66
95. Dağlar G, Nur N, Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyi İle İlişkisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014. 36: 429-441
96. Akyıldız M, Aksoy Y, Kaçar CK, Şahin ÖF, Elektif Sezaryen Ameliyatlarında Anestezi Yönteminin Preoperatif Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Turk J Anaesthesiol Reanim. 2017; 45: 36-40
97. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim, 2013; 41: 44-9.
98. Saisto T, Salmelo- Aro K, Nurmi JE, Psychosocial predictors of disappointment with delirery and puerperal depression. 2001; 80: 1, 39-45
99. Tekgöz İ, Sunay D, Çaylan A. Gebelikte son üç ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Türk Aile Hekimleri Dergisi 2009; 13(3): 132-136.

100. Arslan B, Arslan A, Kara S. Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Risk Faktörleri. Tepecik Eğit Hast Derg 2011; 21 (2): 79-84
101. Genez D, Hamile kadınların kaygı düzeyleri. On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Tez Çalışması 2002.
102. Menard KM. Cesarean Delivery Rates in the United States: The 990s. Obstet Gynecol Clin North Am 1999; 26: 275-86.
103. Olshansky EF. Psychosocial implications of pregnancy after infertility. NACOG Clin Issues Perinat Womens Health Nurs. 1991; 20: 309-317
104. Hammarberg K, Fisher JR. Psychological and social aspect of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: A systematic review. Hum reprod update. 2008; 14(5): 395-414
105. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. Biosci Trends 2011; 5: 139-150
106. Sugimoto M, Yokoyama Y, Wada S. Anxiety and associated factors in mothers of twins or triplets as compared with mothers singleton children. Japanese journal of public health 2008, 55(4): 213-220
107. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Sivas il merkezindeki kadınlarda postpartum depresyon yaygınlığı ve risk faktörleri. C.Ü Tıp Fakültesi Dergisi 2004. 26(2): 55-59
108. Erdem Ö, Bucaktepe G, Özen Ş, Prepartum ve Postpartum Dönemde Annelerin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Düzce Tıp Dergisi 2010; 12(3): 24-31
109. Gürsoy AA. Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeylerinin ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2001; 1: 23-9.
110. Leigh JM, Walker J, Janaganathan P. Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety. Br Med J 1977; 2: 987-9.
111. Gammon J, Mulholland CW. Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on psychological coping outcomes. Journal of Advanced Nursing 1996; 24: 303-308

112. Şıvgın S, Göker E, Elektif Operasyon Planlanan Hastalarda Psikolojik ve Farmakolojik Premedikasyonun Preoperatif Anksiyete Düzeyi Ölçülerek Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AB.Tez Çalışması. 2013
113. Maheshwari D, Ismail S, Preoperative anxiety in patients selecting either general or regional anesthesia for elective cesarean section. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*. 2015; 31(2): 196-200
114. West R, Hajek P. What happens to anxiety levels on giving up smoking? *Am J Psychiatry* 1997; 154: 89-92.
115. Cuvaş Ö, Aslanargun P, Aslan E, Sigara İçiminin Preoperatif Anksiyete Üzerine Etkisi. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dergisi* 2010; 38(5): 348-355
116. S.Meaney, J.E.Lutomski,L.Connor. Women's experience of maternal morbidity: a qualitative analysis. *BMC.Pregnancy and childbirth* 2016; 16:184
117. Erdem D, Ugiş C, Albayrak MD, Akan B, Perianal Bölge Ameliyatı Yapılacak Hastalarda Uygulanan Anestezi Yöntemlerinin Preoperatif ve Postoperatif Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisi, *Bakırköy Tıp Dergisi* 2011; 7: 11-16.
118. Kuruoğlu A, Akkoca Y. Doğum sonrasında anne-bebek bağlanmasını etkileyen faktörler. GÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2009.
119. Titapant V,Chuenwattana P. Psychological effects of fetal diagnoses of non-lethal congenital anomalies on the experience of pregnant women during the remainder of their pregnancy. *J. Obstet. Gynecol. Res.* 2015; 41(1) : 77-83.
120. Çakır L, Can H, Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleriyle ilişkisi. *The Journal of Turkish Family Physican.*1999; 3(2): 35-42



## **EKLER**

EK-1. Bilgilendirme ve Onam Formu

EK-2. Demografik Bilgi Formu (1)

EK-3. Demografik Bilgi Formu (2)

EK-4. STAI Form TX – 1

EK-5. STAI Form TX – 2



## EK-1

### K.T.Ü. TIP FAKÜLTESİ ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

Elektif Sezaryen Operasyonu Planlanan Gebelerde İlk Sezaryen İle Mükerrer Sezaryen Olacak Olanların Anksiyetesinin Karşılaştırılması

#### BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Prof. Dr.Hatice Nesrin ERCEYES ile Araş.Gör.Dr. Mukadder ASLAN tarafından yürütülmekte olan bu araştırma, anestezi ( narkoz ) uygulanacak hastaların ameliyat öncesi kaygı düzeylerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla çalışmaya katılan hastalar anksiyete anketi ile değerlendirilecektir.

Bu çalışmada hasta fiziksel ve ruhsal yönden zarar görmeyecektir. Çalışma mevcut tedavinizi ve uygulanacak olan anestezi seçiminizi etkilemeyecektir. Size uygulanacak anestezinin seçimi operasyon odasında görevli anestezi ekibi tarafından size sorulacak ve sizin seçiminize göre anestezi uygulanacaktır.

**Araştırma sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Normal tedavi giderleri dışında size ve sosyal güvenlik kurumunuza ek mali yük oluşturmayacak bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Bu hakları kullanmanız tedavinizde bir aksamaya yol açmayacaktır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.**

**Araştırmanın amacı ameliyat öncesi ve sonrası kaygıyı azaltmak,hasta memnuniyetini artırmaktır.**

Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız.

**YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE ÇALIŞMAYA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

ADI SOYADI :  
TARİH :  
İMZA :

## EK-2

AD SOYAD : Tarih :  
YAŞ : DOSYA NO:  
KİLO-BOY : ASA:  
GEBELİK HAFTASI :  
EĞİTİM DURUMU : Okur Yazar Değilim İlkokul Mezunu Lise Mezunu Yüksekokul  
MESLEK/ÇALIŞMA DURUMU :  
ABORTUS/ÖLÜ DOĞUM :  
BEBEĞİN CİNSİYETİ :

	Tekil Gebelik	Çoğul Gebelik	IVF
İLK SEZERYAN			
MÜKERRER SEZERYAN			

Çocuk Sayısı Cinsiyet	NORMAL	SEZERYAN		
		Epidural	Spinal	Genel
1.Çocuk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KIZ ERKEK				
2.Çocuk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KIZ ERKEK				
3.Çocuk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KIZ ERKEK				
4.Çocuk <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KIZ ERKEK				
Diğer				

### EK-3

#### Demografik Bilgi Formu

SEZERYAN AMELİYATINDA SİZE UYGULANABİLECEK ANESTEZİ YÖNTEMLERİNDEN BİLGİNİZ VAR MI ?

EYET

HAYIR

CEVABINIZ EVET İSE KİM TARAFINDAN BİLGİLENDİRİLDİNİZ ?

ANESTEZİ DOKTORU

--

KADIN DOĞUM DOKTORU

--

DİĞER

--

SİĞARA KULLANIYORMUZUNUZ ?


Hiç Kullanmadım

Gebe kalmadan önce kullandım, gebelikte bıraktım.

Gebelikte de kullandım

MEVCUT GEBELİĞİNDE ORTAYA ÇIKAN EK HASTALIK ?

	VAR	YOK
ANNE		
BEBEK		

ADRES:

TELEFON:

#### EK-4

### STAI FORM TX – I

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetsiniz **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

## EK-5

### STAI FORM TX – 2

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)