

**T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**EPİDURAL SEZARYENDE STANDART VE PLANLANMIŞ
AMELİYAT ÖNCESİ HASTA EĞİTİMİNİN ANKSİYETE
DÜZEYİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hemşire Esra DEMİRCAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ



İSTANBUL, 2014

**T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**EPİDURAL SEZARYENDE STANDART VE PLANLANMIŞ
AMELİYAT ÖNCESİ HASTA EĞİTİMİNİN ANKSİYETE
DÜZEYİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hemşire Esra DEMİRCAN

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Feride YİĞİT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL, 2014

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



Hemşire Esra DEMİRCAN



İÇİNDEKİLER

| | Sayfa No |
|---|-----------------|
| 1.ÖZET..... | 1 |
| 2.SUMMARY..... | 2 |
| 3.GİRİŞ | 3 |
| 4.GENEL BİLGİLER..... | 6 |
| 4.1.DOĞUM NEDİR?..... | 6 |
| 4.2.SEZARYEN TANIMI VE TARİHÇESİ..... | 6 |
| 4.2.1.Sezaryen Sıklığı..... | 7 |
| 4.2.2.Sezaryen Endikasyonları..... | 8 |
| 4.2.3.Sezaryen Komplikasyonları..... | 9 |
| 4.3.DOĞUM VE ANESTEZİ..... | 10 |
| 4.3.1.Epidural Anestezi..... | 10 |
| 4.3.1.1.Epidural Anestezinin Kontrendikasyonları..... | 11 |
| 4.3.1.1.1.Kesin Kontrendikasyonlar..... | 11 |
| 4.3.1.1.2.Göreceli Kontrendikasyonlar..... | 11 |
| 4.4.ANKSIYETE NEDİR?..... | 13 |
| 4.4.1.Korku ve Anksiyete..... | 13 |
| 4.4.2.Anksiyete Kuramları..... | 14 |
| 4.4.3.Anksiyete Seviyeleri..... | 15 |
| 4.4.3.1.Hafif Anksiyete (MildAnxiety)..... | 15 |
| 4.4.3.2.Orta Düzeyde Anksiyete (ModerateAnxiety)..... | 15 |

| | |
|--|----|
| 4.4.3.3.Şiddetli Anksiyete (Severe Anxiety)..... | 16 |
| 4.4.3.4.Panik Düzeyde Anksiyete..... | 16 |
| 4.4.4.Anksiyetenin Belirtileri..... | 16 |
| 4.4.4.1.Fizyolojik Belirtiler..... | 16 |
| 4.4.4.2.Affektif Belirtiler..... | 18 |
| 4.4.4.3.Davranışsal Belirtiler..... | 18 |
| 4.4.4.4.Bilişsel Belirtiler..... | 18 |
| 4.5.CERRAHİ HASTALAR VE ANKSİYETE..... | 19 |
| 4.5.1.Cerrahinin Hastalar Üzerine Etkisi..... | 19 |
| 4.5.2.Preoperatif Anksiyete Nedenleri..... | 19 |
| 4.6.SEZARYEN ÖNCESİ HASTALARIN HEMŞİRELERDEN BEKLENTİSİ...21 | |
| 4.7.HEMŞİRELİK BAKIMI..... | 22 |
| 4.8.HASTA EĞİTİMİ..... | 27 |
| 5.MATERYAL VE YÖNTEM..... | 31 |
| 5.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ..... | 31 |
| 5.1.1.Araştırmanın Hipotezleri..... | 31 |
| 5.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH..... | 32 |
| 5.3.ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ..... | 32 |
| 5.4.VAKALARIN BELİRLENMESİ..... | 33 |
| 5.5.VERİLERİN TOPLANMASI..... | 33 |
| 5.5.1.Veri Toplama Araçları..... | 33 |
| 5.5.1.1.Veri Toplama Formu..... | 33 |

| | |
|--|----|
| 5.5.1.2.Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği ve Puanlama Sistemi..... | 33 |
| 5.5.2.Veri Toplamada İzlenen Yol..... | 35 |
| 5.5.3.Gebe Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi..... | 35 |
| 5.6.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ..... | 36 |
| 5.7.ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ..... | 36 |
| 5.8.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI..... | 37 |
| 6.BULGULAR..... | 38 |
| 6.1.GRUPLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA AİT BULGULAR..... | 38 |
| 6.2.DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİNE AİT BULGULAR..... | 44 |
| 7.TARTIŞMA..... | 53 |
| 7.1.GRUPLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ TARTIŞMA..... | 53 |
| 7.1.1.Grupların Obstetrik Özellikleri İle İlgili Tartışma..... | 56 |
| 7.1.2.Grupların Gebelikteki Deneyimlerinin Dağılımı İle İlgili Tartışma..... | 58 |
| 7.1.3.Grupların Sezaryen Endikasyonları İle İlgili Tartışma..... | 59 |
| 7.2.GRUPLARIN DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ TARTIŞMA..... | 59 |
| 8.SONUÇ..... | 64 |
| 9.TEŞEKKÜR..... | 68 |
| 10.KAYNAKLAR..... | 69 |
| EKLER | |

SİMGE VE KISALTMALAR

| | |
|---------------|--|
| AAFB | :Amerikan Aile Hekimleri Birliği |
| ARK | :Arkadaşları |
| DM | :Diabetes Mellitus |
| DSÖ | :Dünya Sağlık Örgütü |
| HT | :Hipertansiyon |
| KG | :Kilogram |
| KW | :Kruskal Wallis |
| MÖ | :Milattan Önce |
| MW | :MannWhitney |
| n | :Örneklem (Gruplardaki Hasta Sayısı) |
| ORT | :Ortalama |
| STAI-I | :DurumlukAnksiyete Ölçeği |
| STFM | :Aile Hekimliği Eğiticileri Topluluğu(Society of Teachers of FamilyMedicine) |
| SPSS | :StatisticalPackageforSocialSciences |
| Ss | :Standart Sapma |
| TNSA | :Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması |
| WHO | :Dünya Sağlık Örgütü (Worth Health Organization) |

Araştırma Proje Numarası: HEM / 1482013

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

| | |
|---|----|
| Tablo 6.1.1. Grupların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması..... | 39 |
| Tablo 6.1.2. Grupların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması..... | 40 |
| Tablo 6.1.3. Grupların Gebelikteki Deneyimlerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması..... | 42 |
| Tablo 6.1.4. Grupların Sezaryen Endikasyonlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması..... | 43 |
| Tablo 6.2.1. Gruplar ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 44 |
| Tablo 6.2.2. Yaş Grupları ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 44 |
| Tablo 6.2.3. Eğitim Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 45 |
| Tablo 6.2.4. Ailenin Gelir Durumuna Göre Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 45 |
| Tablo 6.2.5. Sezaryen Endikasyonu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 46 |
| Tablo 6.2.6. Gebeliği Boyunca Kontrol İçin Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayısı ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 46 |
| Tablo 6.2.7. Eşin Ev İşinde Kendisine Yardımcı Olma Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 47 |
| Tablo 6.2.8. Gebelerin Kendilerini Anneliğe Hazır Hissetme Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 48 |
| Tablo 6.2.9. Meslek Grupları ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 48 |
| Tablo 6.2.10. Doğum Sonrası İşe Başlamayı Düşündüğü Zaman ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 49 |

| | |
|--|----|
| Tablo 6.2.11. Çocuk Sahibi Olma Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 49 |
| Tablo 6.2.12. Daha Önce Düşük Yaşama Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 49 |
| Tablo 6.2.13. Gebe Kalmayı Planlama Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 50 |
| Tablo 6.2.14. Hamilelik Süresince Sorun Yaşama Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 50 |
| Tablo 6.2.15. Gebelik Süresince Eşyle Uyumlu Olma Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 51 |
| Tablo 6.2.16. Bebeğin Bakımında Yardımcı Olacak Kimsenin Olma Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 51 |
| Tablo 6.2.17. Sosyal Güvencesinin Olma Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 51 |

1.ÖZET

Çalışma, epidural sezaryende standart ve planlanmış ameliyat öncesi hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla, randomize kontrollü deneysel olarak planlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini belirtilen tarihler arasında İstanbul’ da özel bir hastaneye başvuran, riskli gebeliği bulunmayan, iletişim kurulabilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 61 gebe kadın oluşturmuştur. Servise kabul edilen epidural sezaryen olacak gebelerden ayırım yapılmaksızın onam alınarak tanıtıcı bilgi formu doldurulmuş ve her birine standart hasta eğitimi verilmiştir. Bu gebelerden ilk 30’ u ayırım yapılmaksızın kontrol grubuna, sonraki 31’ i ise deney grubuna alınmıştır. Kontrol grubundaki gebelere standart hasta eğitimi sonrasında durumluk kaygı ölçeği uygulanmıştır. Deney grubuna alınan gebelere ise kontrol grubundan farklı olarak standart eğitime ek planlanmış hasta eğitimi verilmiş ve sonrasında durumluk kaygı ölçeği uygulanmış, eğitim sonunda eğitim dokümanı kitapçığı verilmiştir.

Veriler, istatistik uzmanı tarafından bilgisayarda Statistical Package for Social Sciences for Windows, 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırma sonucunda grupların, sosyo-demografik ve obstetrik özellikler bakımından benzer olduğu, homojen dağılım gösterdikleri saptanmıştır. Durumluk anksiyete puan ölçeği ortalaması deney grubunda 29,742 iken, kontrol grubunda bu değer 41,767 olarak bulunmuş. İki grup arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Sezaryen, epidural anestezi, hemşirelik eğitimi, anksiyete.

2. SUMMARY

The study, standard and planned preoperative epidural for cesarean section, the effects of patient education in order to assess the level of anxiety, descriptive, and analytical randomized controlled trial is planned.

The research sample between the specified dates admitted to a private hospital in Istanbul, without risk pregnancy, can communicate and who volunteered to participate in the study consisted of 61 pregnant women. Service will be admitted to the epidural cesarean section from pregnant women without discrimination obtaining approval identifying information form filled in and standard patient training is given to each one. The first of these, 30 pregnant women was taken to the control group, without any discrimination, and the next 31 was taken to the experimental group. Pregnant women in the control group, trait anxiety scale were administered after standard patient training. Pregnant women in the experimental group unlike control group patients in addition to a given standard training scheduled patient training and after trait anxiety scale was administered, training document booklet was supplied at the end of the training.

Data was analyzed using the program Statistical Package for Social Sciences for Windows 21.0 by statistics expert. The obtained findings are in 95% confidence interval at the 5% significance level was evaluated.

As a result of the research, the groups are similar in terms of socio-demographic and obstetric characteristics, homogenous distribution has been found. While, the average trait anxiety scale scores 29,742 in the experimental group, this ratio was found to be 41, 767 in the control group. Between two groups, statistically significant relationship at a very advanced level was determined.

Keywords: Cesarean, epidural anesthesia, nursing education, anxiety.

3.GİRİŞ

Dünyada ve Ülkemizde 20 ve 21. yüzyılda sosyal, ekonomik, teknolojik, bilimsel ve politik güçler sağlık bakımında köklü değişikliklere neden olmuştur. Değişikliklerin en önemlileri; “toplumun demografik özelliklerinde değişme, özellikle yaşlı nüfusta artma, kültürel değişim/farklılık, hastalıklarda artma, teknolojiye gelişme, hasta/toplumun sağlık profesyonellerinden beklentilerinin artması, sağlık bakım maliyetinin artması, sağlık bakımını karşılayan finans kaynaklarının değişmesi ve sağlık bakımını geliştirme çabaları”dır (1).

Sağlık sisteminde meydana gelen bu değişim ve gelişmeler hastaların hastanede kalış sürelerini kısaltmakta, tedavilerini daha karmaşık bir hale getirmekte, yaşam biçiminde değişimlere yol açmaktadır. Bu durum, hasta ve ailesinin sorumluluğunu artırmakta, hastanın sağlık eğitimi ve etkili bakım alma hakkını gündeme getirmektedir. Ulusal ve uluslararası kuruluşlar hasta eğitiminde hemşirenin sorumluluklarını vurgulamış, ilgili yasa ve yönetmeliklerde eğitim rollerini belirtmişlerdir. Tüm bunlar hemşirenin hasta eğitimini ve hemşirelik bakımını bilimsel ve sistematik bir yaklaşımla öğrenme öğretme süreci doğrultusunda yerine getirmesini zorunlu kılmaktadır. Bu süreç öğrenme öğretme gereksiniminin belirlenmesi amacıyla veri toplama, tanı koyma, planlama, uygulama, değerlendirme ve kaydetme aşamalarından oluşmaktadır. Bu aşamalar birbiri ile etkileşim içindedir. Hemşirelik bakımının sağlanmasında temel öge, hasta ve ailesinin bakımın her aşamasına katılımının sağlanmasıdır(2).Ameliyat öncesi etkili eğitim ve hemşirelik bakımı; komplikasyonların önlenmesini, erken fark edilmesini ve bireyin rehabilitasyonunu kolaylaştıran etmenlerdendir. Preoperatif dönemde verilen bu eğitim aynı zamanda hastanın duruma uyumunu da artırmaktadır (3).

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde hemşirelik uygulamalarının vazgeçilmez bir yeri vardır. Ülkelerin sağlık düzeylerinin gösterilmesinde kullanılan en önemli ölçütlerden biri anne ölüm hızı, diğeri bebek ölüm hızıdır. Anne, bebek hastalık ve ölüm nedenlerinin büyük bir çoğunluğu gebelik, doğum ve doğum sonu devrelerin normalden sapmalarıyla ilişkilidir (4).

Genel hastane popülasyonunda anksiyete belirtilerinin görülme oranı %10-30 olarak belirtilmektedir. Cerrahi işlem öncesinde görülen anksiyete iki açıdan önem taşır. Cerrahi işlemin kendisi anksiyete kaynağı olabilir ve postoperatif morbiditeyi etkileyebilir ya da anksiyeteyi yatıştırmak için kullanılan ilaçlar cerrahi işlem sırasında kullanılan anestetik maddelerle etkileşime girebilirler. Bu nedenle cerrahi işlem olacak hastalarda anksiyete tedavisi ele alınması gereken incelikte bir konudur (5).

Hamilelik sürecinde ortaya çıkan hormonsal değişimler kadının psikolojik durumunda ve mizacında ciddi değişikliklere neden olabilmektedir. Bebeğin sağlık durumu, doğumda bir problem çıkıp çıkmayacağı, rahat ve güzel bir doğum süreci geçirip geçirmeyeceği, bebeğe zarar gelebileceği, ekonomik kriz, riskli gebelikler, işinden ayrılmak zorunda kalmak gibi faktörler anksiyeteyi daha da tetikler. Sezaryen öncesinde verilen hemşirelik bakımı ile hastaların sorularını yanıtlamak, duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine fırsat vermek, fiziksel ve duygusal rahatlığını artırarak, etrafındaki güzel şeyleri görmesini kolaylaştırmak iyi bir hemşirelik eğitimi ile sağlanabilmektedir. Sezaryen ile doğumu kabul eden anneler özel bir deneyimi kaçırdıklarını düşünerek verdikleri kararda pişman olabilirler. Duygusal zorluk yaşayan anneye suçluluk duygularına sapanmak yerine sezaryen ameliyatının anneye bebeği birbirine bağlayan kaderin cilvesi olarak görmek daha yapıcıdır. Sağlıklı doğum yapmak isteyen anne ve babaların doğum öncesi, sırası ve sonrasında meydana gelebilecek durumları önceden bilmelerini sağlamak, emzirme ve bebek bakımındaki sorulara doğru cevaplar bulmak ve sağlıklı bebekler yetiştirmeye yardımcı olmak önemlidir.

Ameliyat insan vücudunun homeostatik dengesinin bozulmasına neden olan, cerrahlarca gerçekleştirilen girişimsel bir tedavi yöntemidir. Sezaryen ameliyatı karın ön duvarına yapılan bir kesi ile bebeğin dışarıya çıkarılmasıdır. Sezaryen esnasında doktor önerisi ve anne isteğine bağlı olarak epidural anestezi uygulanması mümkündür. Bu yöntemle anne bebeğini ilk doğduğu anda görür. Ameliyat sonrasında görülebilen ağrı daha az olmakta ve bulantı, kusma, sersemlik oluşmamaktadır. Bu yöntemde en önemli unsur annenin bu yöntemi istemesi ve ruh halinin bu yönteme hazır olmasıdır. Ameliyat travması ile insan vücudunun tüm sistemleri, özellikle kardiyovasküler, solunum ve endokrin sistemi etkilenmektedir. Tüm postoperatif sorunların erken tanısı, erken önlem alınması ve önlenmesi iyi bir hemşirelik bakımı ve eğitimi ile mümkündür (6).

Sezaryen öncesi hasta eğitimi ve hemşirelik bakımı konusundaki eksikliğin belirgin şekilde hissedildiği gelişmekte olan ülkelerde ve toplumlarda, annelerin bu konuda eğitilmelerinin yararını saptayabilmek için birçok çalışmalar yapılmaktadır. Yapılan çalışmalar sezaryen öncesi eğitimin annelerin anksiyete düzeylerini azalttıklarını ve postoperatif komplikasyonların azalmasına yardımcı olduğunu ortaya koymaktadır.

Hastaların çoğunda, ameliyat öncesi farklı derecelerde kaygı ve korku görülmektedir. Preoperatif dönemde hemşire ile yapılan görüşme ve bu görüşmede verilen bilgiler, anksiyete seviyelerini düşürmek amacıyla uygulanan yöntemlerden biridir. Bu araştırmada özellikle epidural sezaryen öncesinde verilen standart ve planlanmış eğitimin hastaların anksiyete düzeyine etkisinin yansıma oranlarının saptanması amaçlanmıştır.

Belirlenen bu amaç doğrultusunda; annelerin preoperatif dönemde epidural sezaryen ameliyatına ilişkin bilgi düzeylerini yükseltmeye ve bilinçlenmelerini sağlamaya yardımcı olacak bir eğitim planlanmış, bu eğitim sonucunda durumluk anksiyete ölçeği ile preoperatif bilgilendirmenin, hastaların anksiyete düzeylerine etkisini değerlendirmek ve anksiyeteye neden olan değişkenleri belirlemek araştırmanın alt amacını oluşturmuştur.

4.GENEL BİLGİLER

4.1.DOĞUM NEDİR?

Genel olarak doğum denildiğinde ağırlığı 500 gr'ın üzerinde olan yada baş-topuk mesafesi 25cm ve üzerinde olan fetüslerin doğumu anlaşılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 20. gebelik haftasından önce sonlanan gebeliklere abortus, 20. gebelik haftasından sonra sonlanan gebeliklere de doğum tanımlamasını getirmiştir (7). Diğer bir açıdan bakıldığında doğum, fetüsün anneden umbilikal kordonun kesilip kesilmediğine bakılmaksızın ya da plasentanın birleşik olup olmadığına bakılmaksızın tam olarak atılması veya çıkarılması olayıdır. Doğum vajinal ya da abdominal yol ile olabilir (8).

4.2.SEZARYEN TANIMI VE TARİHÇESİ

Sezaryen doğum, fetüs, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır. Fetüsün sekonder implantasyonun sonucu veya rüptür nedeniyle abdominal boşluktan abdominal insizyon yoluyla alınması bu tanımın içine girmez (9).

Tarihte karın duvarına yapılmış ilk operasyon sezaryendir. Erken dönemde yapılan abdominal doğumlar daima ölü kadınlara uygulanmıştır. Birçok hukuki yazıda, mitolojiler ve efsanelerde sezaryene ait olgu kayıtlarına rastlanılmıştır. Tarihte sezaryene ait ilk kayıt MÖ 2000 yılında Sümerlere aittir. Bu girişim çok yavaş gelişmiştir. Ancak anestezi, antisepsi ve diğer operasyon materyallerinin gelişmesi ile 1800'lerde büyük bir gelişme gösterebilmiştir. Cesarean sectio benzer anlamlı iki sözcük kullanılarak yapılmış bir tümcedir. Sıkça bilindiği gibi Roma İmparatoru Julius Sezar'dan türetilmiş bir kelime değildir. Sezar, Latince bir fiil olan caedo kesmek'ten türetilmiştir. Abdominal yoldan canlı bir çocuğun doğumuna ait onaylanmış en erken olgu MÖ 508'de Sicilya'dadır. İlk sezaryenlerin çoğu post mortem yapılan sezaryenlerdir. 1500'de bir hayvan bakıcısı olan 3 Nuferin doğumda sıkıntıya düşen karısına sezaryen uygulamış ve anne ile çocuk

yaşamışlardır. Kayıt alınmış olan bu girişim canlı bir kadında hekim dışı bir kişinin başarı ile gerçekleştirdiği ilk onaylanmış vakadır. 1769'da Lebas tarafından kesilen uterusu dikiş atılmış ve bu gelişme sezaryendeki yüksek mortaliteyi düşürebilmiştir. Gariptir ki bu kavram daha sonra terkedilmiş ve 1817'de, Barlow İngiltere'de uterus yarasına dikiş koyan ikinci kişi olmuştur. 1926'da Kerr açıklığı yukarı bakan hilal şeklinde alt segmentin insizyonunu önerdi. Bugün Kerr tekniği en çok uygulanan uterus kesi tipidir. Anestezi, antibiyotik ve kan ürünlerindeki gelişmeler ile sezaryen bugün en güvenilir ve en sık uygulanan operatif işlemlerden biri haline almıştır (9,10).

4.2.1. Sezaryen Sıklığı

Son yıllarda tüm dünyada ve ülkemizde seksio-sezaryen doğum en sık yapılan majör cerrahi işlemler arasındadır. Ülkemizde bildirilen seksio-sezaryen oranları Dünya Sağlık Örgütü'nün '2000 Yılında Herkese Sağlık' hedefleri kapsamında önerilen %15 oranından oldukça fazladır (11). Türkiye'de 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre %21,2 olan sezaryen oranının, 2008 TNSA 'da %36,7 olduğu görülmektedir. Gelişmiş batı ülkelerinde de 2008 itibarıyla, %16,6 (Norveç) ile %37,4 (İtalya) arasında değişen sezaryen oranları bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğüne bunun nedenlerini ortaya koyacak geniş ölçekli retrospektif ve prospektif çalışmalar planlanmış olmakla birlikte, bu oranın yükselmesinde hekimin malpraktis korkusu, ağrısız doğumun (epidural anestezi ile) yaygın olarak uygulanamaması, ebelerin aktif olarak doğum takibi ve yaptırmasındaki yetersizlikler, isteğe bağlı yapılan sezaryen uygulamaları (buna bağlı olarak da mükerrer sezaryenlerin artması) ve sezaryen endikasyonlarının genişletilmesi gibi faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Türkiye'de sağlık kuruluşunda gerçekleşen sezaryen ile doğum verileri; 1993 yılında 13,5; 1998'de 19,1; 2003'te 27,0; 2008 yılında 40,7 olarak ölçülmüştür (12).

4.2.2. Sezaryen Endikasyonları

Zamanla sezaryen endikasyonlarında değişiklik olmuştur. Önceleri sezaryen anne hayatını kurtarmak için yapılırken bugün fetal nedenler ön plandadır.

Sezaryen endikasyonları 5 sınıfta incelenir:

1.Anneyle ilgili endikasyonlar;

- Geçirilmiş sezaryen,
- Sefalopelvik uyumsuzluk,
- Dinamik distosi,
- Yumuşak doğum yolu ile ilgili sebepler,
- Annenin sistemik hastalıkları.

2.Bebekle ilgili endikasyonlar;

- Prezantasyon, situs, habitus anormallikleri.

3.Fetüs ekleriyle ilgili endikasyonlar;

- Plasenta previa,
- Ablasyoplansenta,
- Plasenta insersiyon anormallikleri,
- Kordon prolapsusu ya da kordon prezentasyonu.

4.Sosyal endikasyonlar; Annenin isteğine bağlı olarak ya da kıymetli bebek olması dolayısıyla sezaryen yapılabilir.

5.Diğerleri; Bu sınıfların hiçbirine girmeyen endikasyonları oluşturur.

4.2.3.Sezaryen Komplikasyonları

A. Potansiyel Komplikasyonlar;

- Pelvik yapıların operatif yaralanması: mesane, barsak ve üreter gibi,
- Fistül formasyonu: Vezikouterin, üreterouterin, uteroabdominal,
- İnsizyonun uzaması: Vajina, mesane, uterin damarları,
- İnfeksiyon: Ürinertraktus, endoparametrit, yara yeri,
- Transfüzyon ihtiyacı: Kanama, anemi,
- Histerektomi,
- Hematom,
- Septik pelvik tromboflebit,
- Pulmoneremboli,
- Nekrotizanfazyitis,
- Evisserasyon.

B. Maternal mortalite ve morbidite de artış

C. Perinatal mortalite ve morbidite de artış

Komplikasyonlar arasında kanama %4,7; yara yeri enfeksiyonu %1,6; postpartum endometrit %0,4; pnömoni %1; ileus %0,7; atelektazi %1,3; sistit %0,7; mesane yaralanması % 0,7 olarak ölçülmüştür (13).

Sezaryen operasyonu vajinal doğum ile karşılaştırıldığında materna mortaliteyi dört kat artırmaktadır. 'Bir kez sezaryen hep sezaryen' düşüncesi ile tekrarlayan sezaryen sayısının artışı ile buna bağlı görülen komplikasyonlarda artış dikkat çekmektedir. Literatürde ameliyat sonrası görülen komplikasyonların genel olarak %35,7 civarında olduğu bildirilmektedir (13).

4.3.DOĞUM VE ANESTEZİ

Gebelik, annede belirgin fizyolojik değişiklikler oluşturur. Anestezist, sezaryen veya vajinal doğumda en uygun anestetik yaklaşım için, gebelik süresince annede oluşan fizyolojik değişiklikleri, anestetik ajanların fetüs ve yeni doğan üzerindeki direkt ve indirekt etkilerini, değişik anestetik tekniklerin avantajlarını ve dezavantajlarını ve özellikle de obstetrik komplikasyonlarını iyi bilmek ve anlamak zorundadır. Günümüzde sezaryen uygulanacak olgulara anestetik yaklaşım olarak hem genel, hem de rejonel anestezi (spinal, epidural) ve kombine spinal epidural teknikleri uygulanmaktadır. Normal bir cerrahi girişimde sadece kişinin güvenliği ve optimal koşullar sağlanmaya çalışılırken, sezaryende annenin ve annede oluşan her türlü değişikliklerden etkilenen fetüsün da güvenliği sağlanmak zorundadır(14).

4.3.1.Epidural Anestezi

Epidural anestezi, lokal anestetik ilaçların epidural aralığa enjekte edilmesiyle, sinir lifleri boyunca aksonal iletinin belirli bir süreyle engellenmesi olarak tanımlanabilir. Bu da spinal sinirlerin duramateri delerek intervertebral foramalara doğru uzandıkları epidural aralıkta bloke edilmeleriyle sağlanır. Epidural anestezide başlıca duyuşal ve sempatik lifler bloke olurken, motor lifler kısmen ya da tamamen bloke olurlar. Anestetik solüsyonun verilme yerine göre, torakal, lomber veya kaudal epidural bloklardan söz edilir (15).

Epidural anestezi ilk kez 1895' te Cathelin tarafından sakral bölgede, 1921'de Pages tarafından lomber bölgede yapılmıştır. Epidural anestezi 20. Yüzyılın başında bulunmasına rağmen ancak 1940 ve 1950' lerde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Touhy' nin 1945 yılında spinal anestezi için geliştirdiği kateter tekniğinin Curbelo tarafından 1949 yılında epidural blok sırasında kullanılması epidural blokta önemli aşamadır. Dawkins ve Bromage' nin 1952, 1967 ve 1971 yıllarında epidural blok mekanizmasını açıklamalarıyla bu yöntem daha da iyi açıklanmıştır (16).

4.3.1.1.Epidural Anestezinin Kontrendikasyonları

4.3.1.1.1 Kesin Kontrendikasyonlar

- a. Sistemik veya lokal enfeksiyon,
- b. Kanama ve şok,
- c. Kanama diyatezi ve antikoagülan tedavi,
- d. Santral sinir sistemi hastalıkları,
- e. Lokal anestetik maddeye duyarlılık,
- f. Hastanın yöntemi istememesi (17).

4.3.1.1.2.Göreceli Kontrendikasyonlar

- a. Santral veya periferik nörolojik hastalık,
- b. Mini doz heparin kullanımı,
- c. Aspirin veya diğer antiplatelet etkili ilaçlar,
- d. Kesin kardiyak patoloji (hipotansiyon kompanze edilemez); Aort stenozu, konjestif kalp yetmezliği,
- e. Süresi belirsiz ve acil cerrahi,
- f. Kooperasyon kurulamaması,
- g. Psikoz veya demans,
- h. Vertebral kolon deformateleri, artrit, osteoporoz,
- i. Ciddi baş ve bel ağrısı olanlar (17,18).

Sezaryende genel anestezinin epidural anesteziye karşı en önemli üstünlüğü çok kısa zaman içinde uygulanabilmesidir. Epidural anestezi de ön hazırlık gereklidir. İdeal bir uygulamada ani tansiyon düşüklüğünü engellemek için epidural kateter takılmadan önce yaklaşık 1 litre sıvı verilerek damar yatağı doldurulur. Genel anestezi de ise böyle bir gereklilik yoktur. Öte yandan yine genel anestezi de tansiyon kontrolü daha rahat ve kolay sağlanabilmektedir. Bir başka avantajı da solunum kontrolünün daha kolay olmasıdır. Ancak bu avantajlar çok ciddi öneme sahip değildir ve genel anesteziyi epidurale daha üstün hale getirmez. Maternal ölümlerin %25 kadarı anestezi komplikasyonu ile ilgilidir(19). Epidural anestezi de hastanın bilincinin yerinde olması, hava yolunun açık olması, öksürük gibi koruyucu refleksler kaybolmadığı için mide içeriğinin aspirasyon riskinin olmaması, cerrahi ve travmaya bağlı stres cevabının azalması, postoperatif dönemde analjezinin devam etmesi, uygulama maliyetinin düşük ve hastanede kalma süresinin kısa olması bu anestezi şeklinin avantajlarıdır (20).

4.4.ANKSİYETE NEDİR?

Anksiyete sözcüğü, Hint Germen kökenli ‘sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasa’ anlamına gelen ‘anqh’ sözcüğünden türemiştir. Anksiyeteye ilişkin en eski yazılı kanıt milattan önce 3000’ lerde yazılan Gılgamış Destanı’ dır. Bu destanda Gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili endişelerini dile getirmektedir (21). Anksiyete belirtileri çok eski zamandan beri birçok hekimin ve yazarın dikkatini çekmiş ve çeşitli yazılarda dile getirilmiştir. Mani, histeri ve paronaya gibi terimleri psikiyatriye kazandırmış olan Hipokrat’a göre, her türlü psikiyatrik belirtinin kaynağı beyindir (22). Hipokrat’ ın ruhsal bozukluklarla ilgili metinlerinde korkudan ve amaçsız anksiyete (aimless anxiety) olarak adlandırdığı durumdan söz ettiği bilinir.

Anksiyete tanımlaması zor bir korku ve endişe duygusudur. Bu duyguya vücutla ilgili birtakım duyumlar eşlik edebilir. Göğüste sıkışma, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk duygusu ve hemen tuvalete gitme gereksinmesinin doğması gibi duyumlar örnek olarak verilebilir. Huzursuzluk, dolanıp durma isteği de sık görülen belirtilerdir (23).

Sıkıntı, bunaltı, endişe, kaygı dilimizde anksiyete karşılığı olarak kullanılan kelimelerdir. Hastalar bu durumu ‘kötü bir şey olacaktıymış hissi’, ‘hoş olmayan bir endişehali’ ya da ‘nedensiz bir korku’ şeklinde ifade ederler. Psikiyatrik açıdan anksiyete, somatik belirtilerin de eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik hali diye tanımlanabilir (24,25). Bir diğer ifade ile anksiyete bir belirti veya bir duruma karşı verilen tepkidir, korku ve endişe duygusuyla birlikte ortaya çıkmaktadır (26). Bireyde fizyolojik, algısal, psikolojik ve bilişsel değişikliklere yol açmaktadır.

4.4.1 Korku ve Anksiyete

Korku Almanca’ dan gelen bir terimdir. Bu dilden köken aldığı kelime, beklemek, pusuda yatmak veya saldırmak anlamına gelmektedir.

Korku; tüm insanlarda ortak, doğal ve evrensel bir duygu durumudur. Korku, insancıl bir duygudur dolayısıyla her insanın korkması doğaldır. Önemli olan kişinin duygu ve düşüncelerinin günlük yaşamını olumsuz ölçüde etkilemesine izin vermemesidir

(27).Önceleri korku ile anksiyete eş anlamlı olarak kullanılmıştır. Anksiyete ile korku arasında benzerlik ve farkları göstermek mümkündür. Anksiyete ile korku arasında temel fark anksiyete de nedenin bilinmemesi, korkuda ise nedenin bilinmesidir (24).

Korku doğuma kadar çözümlenemez ise, doğumdan önce ya da doğum başladığında beden savunmaya geçer ve sempatik sistem devreye girerek stres hormonları salgılanmaya başlar. Tehlike anında kan, bedenin defans sisteminde rol alan organlara gider. Ancak uterus bedenin defans sisteminin bir parçası değildir. Bu nedenle uterus giden arterler büzülür, daha az kan ve oksijen gitmeye başlar. Oysa kan ve oksijen uterus kaslarının çalışması için oldukça önemlidir. Kanın, dolayısıyla oksijenin azalmasıyla serviks gerginleşir ve sertleşir. Bu durum doğumun uzamasına yol açar. Uterusa oksijenin az gitmesi bebeğe de oksijenin az gitmesi anlamına gelir ki bu durum müdahale gerektirir (28,29).

4.4.2. Anksiyete Kuramları

Anksiyete 1895 yılında, ilk defa Freud'un yazdığı "anksiyete nörozu" tanımı altında açıklanmıştır. Freud anksiyeteyi korkudan ayırmış ve psikodinamik açıdan da anksiyeteye açıklık getirmiştir. Anksiyeteyi, önceleri libido'nun yoksunluğuna ve doyumsuzluklara, anadan ayrılmaya, sonradan ise Oedipus Kompleksi'nin kötü bir çözümü sonucu sevgi objesinin yitimine bağlamıştır. Çocuklarda, özellikle 3 yaşından önce annelerini kaybetmek, tipik ayrılma anksiyetesi sendromlarına yol açmaktadır.

Freuda göre anksiyete üçe ayrılır:

1. Objektif ve gerçek anksiyete,
2. Nörotik anksiyete,
3. Moral anksiyete.

1. Objektif ve Gerçek Anksiyete: Burada tehlike kaynağı, bireyin dışındadır (fobiler ve korkular gibi). Anksiyete, gerçekçi ve normal olarak tanımlanır. Yaşam boyunca kişiler tarafından zaman zaman yaşanır. Nörotik anksiyeteye dönüşmesi için kişinin anksiyete nedenini bulması ve objektif çözüm yollarını bulmaya çalışması gerekir.

2. Nörotik Anksiyete: Kaynağı kişinin içindedir. Bireyin bastırılmış cinsel ve saldırgan duygularından oluşur.

3. Moral Anksiyete: Kişinin duyduğu suçluluk, vicdan azabı, utanma gibi duyguların yarattığı manevi bir sıkıntı durumudur. Bireyin düşünce, duygu ve belleğindeki çelişki ve çatışmaların sonucu olarak ortaya çıkar (25).

Spielberg diğer araştırmacılardan farklı olarak iki grup anksiyete tanımlamıştır:

1.Durumluk Anksiyete: Bu tip anksiyete de insanın içinde bulunduğu durumu tehdit edici ve tehlike yaratıcı şekilde algılanmasından kaynaklanır. Hoş olmayan,sıkıntı veren huzursuzluk, rahatsızlık tedirginlik yaratan bir duygulanım durumudur. Bu duygulanım durumu algılanır, anlaşılır çözülür, yorumlanır ve duyumsanır. Bu süreç içinde bilinç açık haberdar ve uyanık olup bilinçsel işlevler çalışır. Stresin yüksek olduğu zamanlarda duruma bağlı anksiyete yükselme, stres ortadan kalkınca ise düşme olur(24).

2. Sürekli Anksiyete: Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu anksiyete türü içsel kaynaklıdır. Bu anksiyetenin şiddeti ve süresi kişilik yapısına göre değişir. Öz değerlerinin tehdit edildiği düşüncesi içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu birey anksiyete duyar(24). Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülür. Bu bireyler durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve yoğun yaşarlar (30).

4.4.3. Anksiyete Seviyeleri

Anksiyetenin varlığını gösteren belirtiler; hafif, orta, şiddetli ve panik düzeylerde yaşanır.

4.4.3.1.Hafif Anksiyete (Mild Anxiety)

Hafif düzeyde anksiyete uyanıklık ile eşdeğerdir. Bu düzeyde birey görür, işitir ve daha öncesine göre durumu daha çok kavrar. Birey olaylar arasındaki bağlantıyı görebilir, bu bağlantıları sözel olarak diğer kişilere açıklayabilir. Konuşma hızı ve şiddeti, konuşma içeriği ile uyumludur. Sözel olmayan davranışlar bireyin tetikte, güvenli ve göreceli olarak tehlikeden uzak olduğunu yansıtır.

4.4.3.2.Orta Düzeyde Anksiyete (Moderate Anxiety)

İletişim ve kavrama beceresinde azalma vardır. Kas gerginliği, tansiyon, nabız ve solunum sayısında artma, hafif terleme ve baş ağrısı, mide şikâyetleri gibi hafif somatik belirtiler görülebilir. Güven duygusu azalmıştır, endişeli, ürkek, hassas, sabırsız, heyecanlı

olabilir. Algılama alanı daralmıştır. Öğrenme ve problem çözme azda olsa devam eder. Bu kişiler anksiyetenin azaltılması için yönlendirilebilirler.

4.4.3.3. Şiddetli Anksiyete (Severe Anxiety)

Birey çevresinde olup bitenleri algılamada güçlük çeker. Bu düzeyde anksiyetede öğrenme ve problem çözme mümkün değildir. Birey sadece ayrıntıları kavrar, fiziksel ve duygusal huzursuzluk vardır. Ayrıntılar kavrandığı halde bunlar arasındaki bağlantı kabul edilemez.

4.4.3.4. Panik Düzeyde Anksiyete

Anksiyetenin en yoğun yaşandığı düzeydir. Birey iletişim ve işlev yapmada yetersizdir. Birey başkası tarafından uyarılsa bile kendine gelmez. Rahatlaması için yardıma gereksinimi vardır. Dispne, boğulma, tıkanma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi belirtilerin yanı sıra tabloya sıklıkla ölüm korkusu, delirme ya da kontrolü kaybetme korkusu gibi belirtiler eklenir (31,32,33,34).

4.4.4. Anksiyetenin Belirtileri

4.4.4.1. Fizyolojik Belirtiler:

Bunlar genellikle organizmanın kendini koruma ya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Hormonsal, sempatik ya da parasempatik sinir sisteminin çalışmasındaki değişiklikler sonucu ortaya çıkarlar (27).

Kalp Damar Sistemi Belirtileri

- Çarpıntı,
- Kalp hızında azalma,
- Arteriyel kan basıncı değişiklikleri,
- Bayılma hissi,
- Gerçek bayılma,
- Yüz kızarması,
- Aritmi.

Solunum Sistemi Belirtileri

- Solunum sayısında artma ve derin soluma,
- Reflekslerde artma,
- Yorgunluk hissi ve çabuk yorulma,
- Ağrılar ve yalancı romatizmal ağrılar,
- Titreme,
- Yüzde ve göz kapaklarında olmak üzere daha fazla seğirme,
- Uykuya dalma güçlüğü, uykusuzluk, kâbuslar, huzursuz uyku.

Sindirim Sistemi Belirtileri

- Karın ağrısı, karında huzursuzluk, spazm,
- İştahsızlık,
- Bulantı-kusma, ishal,
- Yutma güçlüğü,
- Ağızda kuruma ya da sulanma,
- Boşaltım ve Genital Sistem Belirtileri,
- Sık idrara çıkma,
- İdrar miktarında artma,
- Cinsel güçsüzlük,
- Erken boşalma.

Cilt Belirtileri

- Yaygın terleme,
- Lokal terleme,
- Soğuk ve nemli eller,
- Kaşınma krizleri,
- Sıcak ve soğuk basma krizleri,
- Ateş basması.

4.4.4.2. Affektif Belirtiler

Kişinin yaşadığı ve onu rahatsız eden çeşitli duygulardır. Korku, endişe, sinirlilik, dehşet duygusu, tedirginlik, alarm durumuna geçme, gerginlik, çaresizlik.

4.4.4.3. Davranışsal Belirtiler

Normal davranışların hiperaktivasyonu ya da inhibisyonu şeklinde izlenir. Bu davranışlar her ne kadar başlangıçta anksiyeteyi azaltma amacı güderlerse de, sonuçta aksine anksiyeteyi artırıcı özellik göstermeye başlarlar.

- Kaçma,
- Kaçınma,
- Huzursuzluk,
- Olduğu yerde hareketsiz donakalma,
- Davranışlarda inhibisyon,
- Konuşma akışında bozukluk,
- Koordinasyon bozukluğu.

4.4.4.4. Bilişsel Belirtiler

Normal bilişsel fonksiyonların abartılı hale gelmesi ya da normal işlevlerin inhibisyonu söz konusudur. Kişi kendisini huzursuz eden düşünce duygulardan rahatsızlık duyar.

- Dikkat dağınıklığı,
- Önemli şeyleri hatırlayamama,
- Düşüncede duraksamalar, kesintiler,
- Aşırı uyanıklık hali,
- Kendini aşırı gözleme,
- Korku veren görsel imgeler,
- Başa çıkamama korkusu,
- Aklını yitirme korkusu,
- Fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusu,
- Yineleyici korkulu düşünceler,

- Gerçek dışılık hisleri ve depersonalizasyon.

Bu belirtiler normalde zaman zaman herkeste yaşanan durumlardır. Çoğu ya normal işlevlerin abartılı hale gelmiş şekilleri ya da normal işlevlerdeki baskılanmalardır. Kişiden kişiye değişiklik göstermektedir(27).

4.5. CERRAHİ HASTALAR VE ANKSİYETE

4.5.1. Cerrahinin Hastalar Üzerine Etkisi

Cerrahi girişim büyük ya da küçük, acil ya da planlanmış olsun, hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkiler. Her ameliyat kendine özel sorunlar yaratabilir. Bunun yanı sıra ameliyatın hasta üzerine bazı genel etkileri vardır. Bu etkiler;

- Ameliyata karşı stres tepkisinin oluşması,
- Enfeksiyona karşı direncin azalması,
- Vasküler sistemin bozulması,
- Organ fonksiyonlarının bozulması,
- Beden imajının ve yaşam tarzının değişmesi olarak değerlendirilebilir (35).

4.5.2. Preoperatif Anksiyete Nedenleri

Cerrahi girişimler ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açma potansiyelindedir. Operasyona alınacak hastaların preoperatif dönemdeki psikolojik durumlarının postoperatif dönemdeki gidişi etkileyebildiği iyi bilinmektedir. Olacağı operasyonla ilgili karamsar, umutsuz duygu durumu olan hastaların postoperatif dönemde de olumsuz gidişleri olmakta, bu hastalarda daha sık komplikasyona rastlanabilmektedir (35).

Preoperatif anksiyete nedenlerini şu şekilde özetleyebiliriz;

1. Narsistik bütünlüğü tehdit eden anksiyete,
2. Yabancı korkusu,
3. Ayrılık anksiyetesi,
4. Beden imajının değişmesi ve beğenilmeme anksiyetesi,
5. Kendi vücudunu kontrol edemeyeceği korkusu,
6. Vücut parçalarını kaybetme korkusu,

7. Ağrı anksiyetesi,
8. Ölüm anksiyetesi (36).

Preoperatif dönemde hastaların psikolojik olarak hazırlanmasında, hastalığın niteliği, anestezi uygulaması, cerrahi girişim ve postoperatif dönemle ilgili konularda kaygısını artırmayacak şekilde yeterli düzeyde bilgilendirme çok önemli ve yararlıdır.

Hastanın kaygı ve endişelerinin dinlenmesi kaygı ile başa çıkma yeteneğini güçlendirmektedir. Sheffer ve Greinfenstein' e göre hastaların anesteziye karşı duydukları anksiyetenin nedeni kısmen anestezi hastası ilişkisindeki eksiklikten kaynaklanmaktadır (37). Preoperatif dönemde hastanın eğitimi ve bilgilendirmesi psikolojik açıdan ameliyata hazırlamada ilk basamaktır.

Preoperatif anksiyetenin derecesi tanı ile tutulan organ ve sistem ile operasyonun zorluk ve risk derecesi ile hastanın buna ilişkin önyargılarıyla ilişkilidir. Bunun yanı sıra hasta-cerrah ilişkisinin niteliği de belirleyici rol oynar. Bazı hastalar cerraha güvensizlik yaşarlar. Bu güvensizliğin altında yatan düşünce bozukluğu, depresyon ya da bilişsel bozukluktan kaynaklanma olasılığı göz ardı edilmemelidir (5).

Hemşirelerin hastane ortamında anksiyete ya da stres yaşayan bireylerle karşılaşmaları her an olasıdır. Bunlarla olan ilişkilerini nasıl sürdüreceklerini, onlara nasıl yaklaşımda bulunacaklarını bilmeleri oldukça önem taşımaktadır (38).

Hastaların çoğunda ameliyat öncesi farklı derecelerde kaygı ve korku görülmektedir. Cerrahi uygulanacak hastaların %60-80'inde ameliyat öncesi anksiyete bildirilmiştir. 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. Hastaların anksiyete seviyeleri ise daha önceki deneyimleri, hastaneye geliş şekilleri, cinsiyetleri, yaşları ve geçireceği ameliyatın tipi gibi çok çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir. Hastaların anksiyete seviyelerini düşürmek amacıyla çok çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Preoperatif dönemde anestezi tarafından yapılan görüşme ve bu görüşmede verilen bilgiler ile premedikasyon amacıyla uygulanan ilaçlar bunlardan bazılarıdır. Preoperatif dönemde hastaların bilgilendirilmesinin anksiyete ve analjezik gereksinimini azalttığı, memnuniyeti arttırdığı gösterilmiştir. Hastaya, her aşamada yapılan işlemin ne olduğu ve niçin yapıldığı konusunda bilgi verildiğinde ise

hastaların anksiyete düzeylerinin azaldığı gözlenmiştir. Anksiyete ölçümü için tıpta en yaygın kullanılan test, Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilen State-Trait Anxiety Inventory (STAI) skalasıdır (39).

4.6. SEZARYEN ÖNCESİ HASTALARIN HEMŞİRELERDEN BEKLENTİSİ

Hemşirelerin hasta ile kurduğu ilişkiyi bilerek, farkında olarak kurması önemli tedavi edici araçlardan biri olarak kabul edilir. Mathaney ve Tepalis hastayla kurulan ilişkinin tüm alanlarındaki hemşireliğin esası olduğunu belirtmekte ve şöyle demektedir, 'Bu ilişki, ağrı tedavisinde morfin kullanılması kadar önemlidir ya da tam tersine açık bir yaraya toz ve tuz serpmeye benzer şekilde kullanılabilir'.

Hastanın cerrahi girişim kararının alınması, servise kabul edilmesiyle başlayan ameliyat öncesi hazırlık devresinde hasta ile yakın temas içinde olan hemşire, hasta ve ailesini hayatlarında oluşan bu değişik dönemi olabildiğince rahat ve uyum içinde geçirmesine etkin olabilecek kişilerden biridir. Hastanın duygularının serbest hissetmesinin sağlanması, sormak istediklerini sorması için cesaretlendirilmesi, özel yardım gerektiğinde başvurabileceği kimseler konusunda aydınlatılması, hasta ve ailesine güvenilir bir ortamda oldukları duygusunu verecektir(40).

Yapılan araştırmalar, hastaların hemşirelerden yakınlık, ilgi, destek, güler yüz, iyi iletişim, hoşgörü, sempati, tedavilerine duyarlılık, açıklayıcı ve bilgi verici olmalarını beklediklerini vurgulamaktadır. Temelde cerrahi hemşiresinin karakteristik özelliklerini içeren bu hasta beklentilerini karşılamada hemşirelerin yeterince deneyim sahibi oldukları bir gerçektir. Ancak hastalığın hastada oluşturduğu istemci olma duygusu bu beklentilerde bazı farklılıkların ortaya çıkması, olaylara ve ilişkilere olumlu yaklaşımı, kendi bakımına katılımı, hastanın iyileşmesini kolaylaştırmak açısından olduğu kadar, hastaya ne tür bir yardım yapılacağı konusunda da hemşireye yol gösterici olacaktır. Bakımın niteliğini yükseltmede o bakımı alacak kişinin ne istediklerinin bilinmesinin birinci basamağı oluşturduğu bir gerçektir (41).

4.7.HEMŞİRELİK BAKIMI

Bakım terimi gündelik yaşantımızda çoğu kez kavramsal içeriğini düşünmeden herhangi bir şeyi adlandırmak ya da nitelendirmek üzere sık kullanılabilir. Türkçe sözlüğünde üç farklı şekilde tanımlanmaktadır: Bunlar; bir şeyin iyi gelişmesi, iyi durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme sağlama işi şeklindedir (42).

Hemşirelik uğraşı alanı insan olan ve hemşirelik bakımına temellenmiş bir meslektir. Bakım yalnızca hemşireliğe özgü değildir, ancak bakım hemşirelik için özgündür. Virginia Henderson hemşirelik tanımını yaparken hastanın güçsüz ve bağımlı konumunu ve hemşirenin yardım edici rolünü vurgular (43). Henderson'a göre 'Hemşirenin temel ve benzersiz görevi, sağlam veya hasta bireylere sağlıklarını korumaları veya tedavileri sırasında veya huzur içinde ölmeleri için yardım etmektir. Hemşire bu yardımı, birey yeterli kuvvet, istek ya da bilgiye sahip oluncaya ve bunları yardımsız yapabilecek duruma gelinceye kadar sürdürür'. Hemşirelik bakımının ilişki yönü ve hemşirenin yardım edici rolü bakım kavramı ile ilgili yapılan metaanaliz ve sistematik çalışmalarda görülmektedir. Hemşireler tarafından sunulan bakımı ayırıcı kılan en önemli özellik hemşirelik bakımının bel kemiğini oluşturan hemşire-hasta ilişkisidir (44). İnsan ilişkileri, bireylerin paylaştığı ortak bir yönü aksettirir. Sağlam ya da hasta bireyle hemşireyi bir araya getiren ilişkiler çoğu zaman onların sağlık gereksinimlerini giderme, sorunları azaltma girişimleridir.

Tüm ameliyatlar hasta ve aile için olumsuz yaşam deneyimidir. Hastalığa ve ameliyata gösterilen tepkiler, kişiden kişiye ve hastalığın türüne göre farklılık gösterse de genel olarak anksiyetenin yükselmesine ve baş etme yeteneğinin azalmasına neden olmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde hastanın fizyolojik hazırlıklarının yanı sıra psikolojik hazırlığın iyi yapılması ameliyat sonrası dönemi daha iyi geçirmesine katkıda bulunmaktadır(35).

Bireye özgü ve bütüncül bakım uygulamalarını değerlendirmek ancak standart bir dil kullanımıyla mümkün olabilmektedir. Bu nedenle hemşirelik bakımında ortak ve

profesyonel bir dil kullanmak önemlidir. Hemşirelik süreci veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme gibi birbirinden farklı ama birbirini tamamlayan beş temel aşamadan oluşmaktadır. Veri toplama aşamasında bireyin bakımında temel olacak veriler toplanır yani bireyin ilk değerlendirmesi yapılır. Tanılamada ise toplanan verilerin analizi yapılarak hemşirelik tanısı belirlenir. Planlama aşamasında bakıma ve gereksinimlerine yönelik hemşirelik girişimleri planlanır. Uygulama aşamasında bakım planı uygulamaya konulur. Son aşama olan değerlendirmede ise uygulanan planlamanın bireye yapılan girişimlerin bireyin sorununa çözüm getirip getirmediğine bakılarak değerlendirme yapılır. Yani hemşirelik süreci bireyin ve grupların sağlık durumlarında değişim olduğunda, insana özgü tepkilere yeterli, sistemli ve organize biçimde verilen hemşirelik bakımındır (45,46,47). Hasta bakım planı; hastayı tanılamayı ve ihtiyacını belirlemeyi, ihtiyaçlar doğrultusunda bakım planlamayı, planın uygulanması ve uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi yani hemşirelik süreci aşamalarını kullandığımız, hastaya bütüncül bakım vermeyi sağlayan bir araçtır. Bireye özgü ve bütüncül bakım uygulamalarını değerlendirmek ancak standart bir dil kullanımıyla mümkün olabilmektedir.

2008 TNSA verilerine göre; sağlık personelinin alınan doğum öncesi bakım yaygınlığındaki değişim 1983 yılında; 37,5, 1988 yılında; 42,6, 1993 yılında; 62,3, 1998 yılında; 67,5, 2003 yılında; 80,9; 2008 yılında ise 92,0 olarak belirlenmiştir. TNSA 2008 verilerinde doğum sonrası bakım almama oranları ise annelerde %15,5, bebeklerde %11,0 olarak saptanmıştır (12).

Hastanın cerrahi kliniğe yatırılmasıyla başlayan ameliyat öncesi hazırlık ve bakım dört yönden ele alınabilir: Psikolojik hazırlık, fizyolojik hazırlık, yasal hazırlık ve ameliyat öncesi eğitim. Ameliyat, hasta için sadece fizyolojik bir stres kaynağı olmayıp aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır. Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı, fizyolojik hazırlığı kadar önemlidir. Hastalar ameliyatın kendileri için yararlı olduğunu kabul etseler de, ameliyatın risklerinden korkarlar. Ameliyat öncesindeki anksiyete nedenlerinin en önemlilerinden birisi, bilinmeyen korkusudur. Ayrıca, bu dönemde hastalar, ameliyat sonrası ağrı, kanser olma ihtimali, organ kaybı, ölüm tehlikesi, anestezi tehlikesi, işini kaybetme, sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalma gibi korkular yaşayabilirler. Ameliyata ilişkin korkular her zaman ameliyatın büyüklüğü ile orantılı değildir. Ameliyatın küçük olması hastanın az korkmasını ya da korkmamasını

gerektirmez. Aşırı ameliyat korkusu önemli bir sorundur ve ameliyat öncesinde giderilmelidir. Hastanın korkularını açıklamasına fırsat verilmeli ve ameliyata ilişkin gerekli açıklamalar yapılarak hasta desteklenmelidir. Anksiyeteyi gidermeye, ameliyatta az anestetik, ameliyat sonrasında az analjezik kullanılmasına, ameliyat sonrasında yaşam bulgularının kısa sürede düzene girmesine, strese tepki olarak salınacak olan kortikosteroid hormonlarının az salınmasına, ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya yardımcı olur. Fizyolojik hazırlıkta; yaş, ağrı, beslenme durumu, sıvı-elektrolit dengesi, enfeksiyon ve kardiyovasküler fonksiyon değerlendirilir. Ayrıca hastanın, herhangi bir ilaca alerjisi olup olmadığı da öğrenilmelidir. Ameliyat olacak her hastadan, ameliyat küçük bile olsa kesinlikle imzalı ameliyat izni alınmalıdır. Yazılı ameliyat izni hem hasta hem de sağlık personeli için yasal güvencedir. Ameliyat izni imzalatılmadan önce hasta mutlaka ameliyat ve sonrası hakkında bilgilendirilmelidir;

- ✓ Erişkin hastalar bilinçleri açıksa, ameliyat izinlerini imzalayabilirler.
- ✓ Bilinci açık olmayan ve 18 yaşından küçük olan hastaların ameliyat izinleri aileleri ya da yakınları tarafından imzalanır.
- ✓ Ameliyat izni, hastanın kalıcı kayıtlarından biridir ve hasta ameliyata alınmadan önce mutlaka kontrol edilmelidir(48).

Sezaryen doğum maternal ve fetal riskleri olan bir operasyondur. Maternal mortalite vajinal doğuma göre yedi kat artmaktadır (19). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, her yıl 585 binden fazla kadın gebelik, doğum ve doğum sonu komplikasyonlar nedeni ile ölmektedir. Anne ölümlerinin yarısı doğumda, diğer yarısı ise gebelik ve doğum sonu komplikasyonlar nedeni ile ölmektedir(49). Ulusal anne ölümleri araştırmasında yüz binde 28,5 olarak saptanan oran, Anne Ölümleri İzleme Programının uygulanması ile birlikte 2007 yılında 21,3 ve 2008 yılında 19,4, 2009 yılında 18,4, 2010 yılında 16,4, 2011 yılında ise 15,5 olarak saptanmıştır (50). Anne ölümlerinin en aza indirgenmesi için yeterli doğum öncesi bakım ve doğum hizmetlerinin yanı sıra standartlara uygun ve zamanında planlı olarak verilen eğitimin de önemli olduğu vurgulanmaktadır. Doğum öncesi doğum hizmetleri, anne ve bebek sağlığını korumayı ve sağlıklı doğum süreci ve sağlıklı bebeklerin doğmasını hedeflemektedir.

Ameliyat öncesi hazırlık ve bakımın amacı, hastanın psikolojik ve fizyolojik açıdan olabileceği en iyi durumda hastanın ameliyat ile karşı karşıya gelmesini sağlamak, komplikasyon gelişmesini engelleyerek kısa sürede topluma üretken bir biçimde geri dönmesine yardımcı olmaktır (41).

Ameliyat olacak hastaların kendi kendine yaşadığı yoğun duyguların, çatışmaların, ikilemlerin, hastaların gereksinimleri doğrultusunda hazırlanan planlı bir ameliyat öncesi bakım yolu ile en aza indirgenebileceği çeşitli araştırmalarda gösterilmektedir (51).

Sezaryen öncesi bakım, anne, fetüs ve yeni doğan sağlığının en üst düzeye ulaşmasını sağlamaya yönelik olup doğum öncesi bakımın kalitesi, gebe kadının eğitimini ve desteklenmesini içerir. Sezaryen kararı planlı ya da acil olarak alınabilir. Her iki durumda da annenin ve ailenin sezaryene ilişkin bilgi ve duyguları araştırılmalı gerekli açıklamalar yapılmalıdır. Bunun yanında;

- Ameliyat için anneden yasal izin alınır,
- Laboratuvar testleri yapılır (Kan grubu, Hgb, Htc, vs.),
- Anne 12 saat aç bırakılır,
- Lavman ile bağırsaklar boşaltılır,
- Abdominal ve perineal bölgenin temizliği kontrol edilir, yapılmamışsa yapılır,
- İntravenöz sıvı takviyesi için damar yolu açık tutulur,
- Annenin yaşam bulguları, fetal kalp hızı izlenir,
- Bu işlemler yapılırken anneye açıklama yapılır, bilgisi araştırılıp gerekli bilgi verilir,
- Bu arada anneye destek olmak unutulmamalıdır (52).

Ameliyat sonrası bakımın hedefleri;

- Kardiyovasküler fonksiyonu sürdürmek,
- Solunum sistemi fonksiyonunu sürdürmek,
- Yeterli beslenme ve boşaltımı sağlamak,
- Sıvı-elektrolit dengesini sürdürmek,
- Renal fonksiyonu sürdürmek,
- İstirahati sağlamak,
- Yara iyileşmesini sağlamak,
- Hareketi sağlamak,
- Komplikasyonları önlemek' tir(28).

Sezaryen sonrası postoperatif bakımda, doğum öncesi ve doğumla sezaryene neden olan faktörler, hastanın yaşı, destekleyici sistemleri, olayın ilk olup olmayışı, olaya hazırlanmış olma durumu gibi nedenler önemli rol oynar. Amaç; ameliyat sonu iyileşmeyi sağlamak (insizyon bakımını vermek, destekleyici fiziksel bakımın sağlanması, erken ambulasyonun sağlanması), rahatsızlıkların giderilmesi (gerektiğinde analjezik verilir, abdominal distansiyon yönünden gözlem yapılır, göğüslerin dolgunluğu önlenir, uterus involüsyonu değerlendirilir, fundus yüksekliği takibi yapılır, loşia izlemi yapılır), hastanın işlemlere ve doğum sonu sürece uyumunu sağlamaktır (duygu ve düşüncelerini ifade edeceği ortam sağlanır, komplikasyon belirtileri gözlemlenir, anne bebek arası ilişkiyi sağlanır, taburculuk eğitimi planlanır (annenin kendisiyle ilgili, bebek bakımıyla ilgili ve aile planlamasıyla ilgili eğitimler yer alır) (52).

4.8.HASTA EĞİTİMİ

Hasta eğitimi terimi 1950' lerde kullanılmaya başlamıştır. Sağlık eğitimi, sağlık tanıtımı, öğretim, bilgilendirme gibi terimlerde aynı amaç için kullanılmıştır.Hasta eğitimi, sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki ilişki sırasındaki öğretme ve öğrenme süreci olarak tanımlanabilir.Amerikan Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu (STFM) hasta eğitimini: 'Sağlığı iyileştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek' olarak tanımlamaktadır (53).

Hasta eğitimi inanç, değer ve motivasyondan etkilenen sağlık davranışlarına ilişkin bilginin verilmesi veya sağlıkla ilgili bilgiyi elde etme, özümseme ve davranışa dönüştürme olarak tanımlanır (54). Sağlıklı/hasta birey, aile ve toplumun sağlık sorunlarına odaklanan hemşirelik, Florence Nightingale' den günümüze toplumun sağlığını geliştirme ve sürdürme misyonunu üstlenmiştir. Bu misyon ve günümüzde yaşanan sorunlara çözüm geliştirme çabalarının zorunlu kıldığı sağlık hizmetlerindeki reformlar, hemşirelerin etkin birer eğitimci olmalarını gerektirmektedir (55). Hekim ve diğer sağlık çalışanları için hasta memnuniyeti ve beklentileri dışında pek çok neden hasta eğitimini zorunlu kılar. En önemlileri hizmet kalitesinin artırılması ve daha iyi ilişki kurulmasıdır. Böylece verilen hizmete ve tedavilere uyum artacaktır. Tedaviye uyum artışı başarıyı ve eğitim uyumunu artıracak, daha iyi sağlık düzeyine ulaşılacak ve morbidite azalacaktır(53).

Hastane kliniklerinde yapılan hasta eğitiminin hastalığın seyrini etkilemesi ve yaşam kalitesini yükseltmesi nedeniyle hasta açısından önemi açıktır. Yapılan çalışmalar hastaların hastalığa uyumunu sağlamak ve sağlıklı davranışlar kazandırmak için eğitimin gerekli olduğunu göstermektedir. Örneğin, Kayhan'ın 'Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi' konulu çalışmasında (2003) hemşirelerin yaptığı eğitimler sonrasında hastaların anksiyetesinin azaldığı ve komplikasyonların en aza indirildiği tespit edilmiştir. Hasta eğitimi, bilgilendirme ve destek sağlama, yanlış anlamaları düzeltme ve hastanın bireysel bakımındaki rol ve sorumlulukları kavramasına yardımcı olmayı amaçlar. Cerrahi girişim öncesinde gerçekleştirilen ameliyat öncesi eğitim, hastanın cerrahi girişiminin her bir evresinde ne olacağını bilmesine, fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi bilmesine, fiziksel ve ruhsal

olarak kendini daha iyi duyumsamasına ve ameliyat sonuçlarının olumlu olmasına önemli katkı sağlamaktadır. Hemşirelerin ameliyat öncesi eğitim ile ilgili yaptıkları çok sayıda araştırma ile ameliyat öncesinde verilen bilginin tedaviye uyma, memnuniyette artma, bulguları göğüslemede artış, ameliyat sonrası daha çabuk iyileşme, bağımsız fonksiyonlarda artma, kişisel bakım, fizyolojik ve psikolojik durumda iyileşme, anksiyete de azalma, ameliyat sonrası komplikasyonları ve hastanede kalma süresini azalttığını desteklemektedir. Ameliyat öncesi eğitim programı bireyin öğrenme ihtiyaçlarına göre saptanmalıdır. Hastaya eğitim yapılacak çevrenin hazırlanması, düzgün ve anlaşılır bir dil kullanılması, doğru zamanın seçilmesi, eğitimin etkinliğini artıran faktörler arasında yer almaktadır. Ameliyat öncesi eğitimin temel zamanı hastanın yatışından önce tanı testlerinin yapıldığı zamandır (1).

Ameliyattan önce yeterli bilgiyi alamayan hastalar hem ameliyattan önce hem de ameliyattan sonra çeşitli emosyonel sıkıntılar yaşarlar. Bunlar anksiyete, ağrı korkusu, gelecek hakkında bilinmezlik korkusu, depresyon, öfke, ameliyat sonrası kişisel fonksiyonları yerine getirememe gibi sorunlardır. Ameliyat öncesi eğitimin planlı ve sistematik bir şekilde verilmesi oldukça önemlidir. Eğitim-öğretim sistemli bakımın yalnızca bir parçasını oluşturmaktadır. Hemşireler hasta eğitimine önem verdikleri ve uyguladıkları zaman, hastalar sağlık bakım sorumluluklarını üstlenme konusunda daha hazırlıklı olurlar, anksiyetelerini paylaşabilirler, verilen bilgiyi daha iyi öğrenebilirler. Hasta eğitiminde bazı engeller olsa bile, eğitim bir haktır ve hemşirenin önemli sorumluluklarından biridir. Cerrahi hastasının bakım kalitesinin önemli göstergelerinden biri olan ameliyat öncesi eğitim, hemşirelerin hasta eğitimi konusunda güncel bilgiye sahip olmaları, konunun öneminin bilinmesi ve planlı hasta eğitimi çalışmaları ile olasıdır. Cerrahi hemşiresi, hastanın cerrahi öncesi, sırası ve sonrası konularında bilgi almaya gereksinimi olduğunun bilincinde olmalı ve ameliyat öncesi eğitimini hasta bakımına dâhil etmelidir(56). Hasta eğitimi için uygun bir zaman yoktur, her fırsatta eğitim yapılabilir. Amerikan Aile Hekimleri Birliğinin (AAFB) sağlık eğitim komitesi AAFB' nin birinci sıradaki görevini 'Sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hasta eğitimi konularında öncülük yaparak Amerikalıların sağlığını geliştirmek' olarak tanımlar (53).

Ameliyat sonrası dönemin sorunsuz geçirilebilmesi için hastalara belli konularda eğitim yapılmalıdır. Preoperatif dönemde uygulanacak eğitim, yapılacak ameliyata göre

planlanmalıdır. Yapılan çalışmalar, preoperatif dönemde iyi hazırlanıp yeterli bilgi verilen hastaların, yeterli bilgi verilmeyen hastalara göre daha kısa sürede iyileştiklerini ve hastaneden daha çabuk taburcu olduklarını göstermiştir. Hemşirenin öğretme işlevi her hasta için farklılık gösterebilir, bununla beraber hemşire hasta öğretiminde temel öğretim ilkelerini esas almalıdır (35).

- Hastada kuşkuya neden olacak farklı açıklamalar yapılmamalıdır,
- Gerektiğinden fazla bilgi anksiyeteyi artırabileceğinden, hasta ile görüşülerek ne kadar bilgiye ihtiyacı olduğu belirlenmelidir,
- Hastanın eğitim düzeyine uygun açıklamalar yapılmalıdır,
- Hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için fırsat tanınmalıdır,
- Eğitimin içeriğine göre uygun tekniklerden yararlanılmalıdır (Bire-bir öğretim, grup öğretimi, işlemlere hazırlayıcı öğretim, gösteri (demonstrasyon)),
- Hasta ve ailesi eğitimde aktif rol almalıdır,
- Eğitime uygun ortam yaratılmalıdır,
- Hasta yargılayıcı ve eleştirici davranışlarla ürkütülmemeli, bakış açısını destekleyen sözlerle destelenmelidir(35,53,55).

Sezaryen planlı bir işlem olduğu zaman hasta bu sürece hazırlıklıdır. Hemşire ile birlikte son kontroller yapılarak hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanarak eğitim içeriği oluşturulur. Sezaryen ameliyatı öncesi dönemde hastayı ameliyata hazırlamanın önemli bir yönünü, eğitim ve danışmanlık ilişkisi oluşturmaktadır. Sezaryen ameliyatı öncesinde etkili bir eğitim ve danışmanlık yaklaşımının hasta bakım planına dahil edilmesi ile sezaryen ameliyatına hazırlanan annelerin sürece sağlıklı uyumuna olduğu kadar bebeklerin de sağlıklı gelişmesine önemli katkılar sağlanacağı düşünülmektedir. Eğitim alan ve çalışan gebeler doğuma aktif olarak katılırlar. Kendilerine uyan farklı teknikleri kullanarak daha rahat ve daha az ağrılı bir doğum yaşarlar. Doğar

doğmaz bebeklerini emzirirler. Bebeklerimiz ilk annelerinin sevgi dolu göğüsleriyle ve güzel sesleriyle karşılaşır. Sonuçta doğum öncesi mutlu olmaya zihinsel hazırlanan gebenin doğum sonu mutlu bir lohusalık dönemi geçirecektir, bebeklerimiz de hayatlarına mutlu başlayacaktır.

Ameliyat sonrası hastanın klinikte kalış süresi hastanın ameliyat öncesi fizyolojik ve psikolojik durumuna, ameliyatın büyüklüğüne ve ameliyat sonrasında komplikasyon gelişip gelişmediğine bağlıdır. Taburcu edilmeden önce hasta ve yakınlarının hazırlanması önemlidir. Hasta ve yakınlarının taburculuk hazırlığı, yapılan ameliyata ve hastanın bireysel özelliklerine göre farklılık göstermekle beraber genel olarak şu konuları kapsar.

- Kendi kendine bakım,
- Yapılmaması gereken aktiviteler,
- Uygulanacak diyet ve egzersizler,
- Oluşabilecek komplikasyonlar,
- Kontrol için sağlık kurumuna ne zaman ve nasıl başvuracağı anlatılır (48).

5.MATERYAL VE YÖNTEM

5.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Hastane popülasyonunda anksiyete belirtilerinin görülme oranı %10-30 olarak belirtilmektedir. Cerrahi işlem öncesi görülen anksiyete iki açıdan önem taşır. Cerrahi işlemin kendisi anksiyete kaynağı olabilir ve postoperatif morbiditeyi etkileyebilir ya da anksiyeteyi yatıştırmak için kullanılan ilaçlar cerrahi işlem sırasında kullanılan anestetik maddelerle etkileşime girebilirler. Bu nedenle cerrahi işlem olacak hastalarda anksiyete ele alınması gereken konulardan biridir (5). Bu çalışma epidural sezaryen ameliyatı öncesinde verilen standart ve planlanmış eğitimin hastaların anksiyete düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla, randomize kontrollü deneysel olarak planlanmıştır.

5.1.1.Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Epidural sezaryen ameliyatı öncesinde hastalara verilen planlanmış eğitim hastaların ameliyat öncesi dönemdeki anksiyete düzeylerine etki etmez.

H₁: Epidural sezaryen ameliyatı öncesinde hastalara verilen planlanmış eğitim hastaların ameliyat öncesi dönemdeki anksiyete düzeylerine etki eder.

5.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH

Çalışma İstanbul ilinde özel bir hastanenin yatan hasta katında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce kurumdan yazılı izin alınmıştır (Ek 1, Ek 2). Yatan hasta katı dokuz yatak kapasitesindedir. Serviste çalışan hemşire sayısı dokuz olup, gündüz on saat üç hemşire, gece on dört saat iki hemşire şeklinde dönüşümlü olarak çalışılmaktadır. Serviste genel cerrahi, beyin cerrahisi, üroloji, kadın doğum, kardiyovasküler cerrahi ve ortopedi hasta grupları yatmaktadır. 01 Temmuz 2013 – 30 Eylül 2013 tarihleri arasında planlanmış epidural sezaryen ameliyatı olmak üzere kata yatışı yapılan gebeler araştırma grubuna alınmıştır.

5.3.ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini planlanmış epidural sezaryen olacak tüm gebeler oluşturmuştur. Örneklem grubuna seçim kriterlerine uyan gebeler alınmıştır.

Vakaların Seçim Kriterleri;

- Okur-yazar olan,
- Epidural sezaryen planlanan,
- İletişim kurulabilen,
- Riskli bir gebelik geçirmeyen,
- Kronik bir hastalığı olmayan,
- Bilenen bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan gebelerdir.

1Temmuz 2013 – 30 Eylül 2013 tarihleri arasında planlanmış epidural sezaryen olacak, vaka seçim kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden 30 kontrol ve 31 deney grubu olmak üzere toplam 61 gebe örneklem grubuna alınmıştır.

5.4.VAKALARIN BELİRLENMESİ

Araştırmacı uygulamanın yapıldığı hastanenin servisinde çalışan hemşirelere araştırmanın amacını açıklamış, örneklem seçim kriterlerini anlatmıştır. Ayrıca vaka seçim kriterleri ve araştırmacı ile iletişim sağlanacak telefon numaraları hemşirelere verilmiştir.

Kriterlere uygun hasta olduğunda araştırmacı vakaları teker teker değerlendirmiş, örneklem seçim kriterlerine uygunluk gösteren ve çalışmayı katılmayı kabul eden gebelere araştırmanın amacı açıklanmıştır. Randomizasyonu sağlamak için ilk 1,5 ay içerisinde yatan gebeler kontrol grubuna (30 gebe), sonraki 1,5 ay zaman zarfında yatan gebeler ise deney grubuna (31 gebe) alınmıştır.

Çalışmanın gücü, GPower 3.1 programında hesaplanmıştır. Grupların parametreleri ile ilgili önsel bilgiye ulaşılamamıştır. Grup1(kontrol)= 30; Grup2(deney)=31 olgu çalışmaya alındığında, toplam 61 hastada, %5 anlamlılık düzeyinde effect size = 2,18 etki büyüklüğünde, çalışmanın gücü (1- β) %100 olarak bulunmuştur.

5.5.VERİLERİN TOPLANMASI

5.5.1.Veri Toplama Araçları

5.5.1.1.Veri Toplama Formu

Gebelerin sosyo-demografik özellikleri, obstetrik öyküsü, gebeliğe ait özelliklerini sorgulamak için araştırmacı tarafından hazırlanan 4 açık uçlu, 30 çoktan seçmeli toplam 34 sorudan oluşan bir formdur (Ek 3).Form oluşturulduktan sonra kata yatışı yapılan on gebe de pilot çalışma yapılmış, anlaşılmayan sorular olup olmadığı değerlendirilerek forma son şekli verilmiştir.

5.5.1.2.Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği ve Puanlama Sistemi

Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilen Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Türkçe' ye uyarlanması ve standardizasyonu Necla Öner ve Ayhan Le Compte tarafından yapılmıştır. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri toplam kırk maddeden

oluşan iki ayrı ölçeği içermektedir. Durumluk Kaygı Ölçeği (Ek 3) bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirmektedir. Yirmi maddeden oluşmuştur. Bu ölçeğin tercih edilme nedeni on dört yaş ve üstü normal insanlarla okuduğunu anlayıp yanıtlayabilecek kadar bilinci yerinde olan deneklerin kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri, uygulaması kolay ve rahat doldurmalarına elverişli bir ölçek olmasıdır. Durumluk Kaygı Ölçeği, bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini belirlemek için geliştirilmiştir. Durumluk Kaygı Ölçeğinin güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından yapılan güvenilirlik çalışmasında, Durumluk Kaygı Ölçeği' nin Alpha güvenilirlik katsayısı 0,94-0,96 arasında bulunmuştur. Öner (1998), ölçeği bir grup (N=226) bireye normal ve kaygılı (hasta) oldukları durumlarda uygulamış; kaygılı oldukları durumlarda durumluk kaygı düzeyleri, normal zamanlardaki kaygı düzeylerinden yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Durumluk Kaygı Ölçeğinin Puanlaması: Yirmi ifadeden oluşan ölçekte cevap seçenekleri dörder tane olup, her seçeneğin ağırlık dereceleri 1'den 4'e kadar değişmektedir. Ölçeklerde doğrudan (düz) ve tersine dönmüş ifadeler bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirmektedir. Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır ve bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20 no' lu maddelerdir. Maddelerde ifade edilen duygu ya da davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre (1) Hayır, (2) Biraz, (3) Çok, (4) Tamamıyla şıklarından birini işaretlemek suretiyle cevaplanmaktadır. Doğrudan ve tersine ifadelerin toplam puanı hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam puandan tersine ifadelerin toplam puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değer 50' dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Her ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması kaygı düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (30,57,58).

5.5.2. Veri Toplamada İzlenen Yol

İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı izin alınarak veri toplama işlemine başlanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalara araştırmanın amacı, yöntemi ve beklenen yararları Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu kullanılarak açıklanmış ve izinleri alınmıştır.

Planlanmış epidural sezaryen olacak tüm gebelere yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak 'Veri Toplama Formu' doldurulmuş, tanıtım formunun hemen ardından epidural sezaryen olacak tüm hastalara verilen, standart eğitim yapılmıştır.

Deney grubu gebelere ise tüm hastalara verilen standart eğitimin dışında araştırmacı tarafından hazırlanan 5±10 dakika süren eğitim, eğitim kitapçığı rehberliğinde uygulanmıştır. Eğitimde bireysel farklılıklar göz önüne alınarak gerekli tekrarlar yapılmıştır. Eğitimin sonunda hastalara verilen bilgilerin tekrarı ve unutulmaması amacıyla eğitim dokümanı kitapçığı verilmiştir. Tüm gebelere eğitim sonrasında durumluk anksiyete ölçeği doldurulmuştur.

5.5.3. Gebe Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan 'Epidural Sezaryen Öncesi Hazırlık' kitapçığı anneyi ameliyat öncesi bilgilendirmek amacıyla yazılmıştır. Kitapçıkta sezaryen nedir, epidural sezaryenin önemi nedir, ameliyat öncesi neler yapılır, ameliyat sonrası dönemde anneleri neler bekliyor gibi soruların yanıtlarını konulara yer verilmiş ayrıca resimlerle de içerik süslenmiştir.

5.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (ki-kare (X^2), yüzde, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testi) kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı t-testi kullanılmıştır. Demografik özellikler ile gruplar arasında ilişkiyi incelemek için ki-kare testi kullanılmıştır.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

5.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Uygulamaya geçmeden önce çalışmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır.

- Çalışmanın amacı, planı, süresi ve kendisinden ne beklediği açıklanarak **isteklilik**, **gönüllülük** ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için **‘bilgilendirilmiş izin’** alınmıştır,
- Çalışmaya katılma ya da katılmama kararı vermede özgür oldukları, katılmalarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve çalışmaya ilişkin hakları konusunda sözel olarak bilgilendirildi ve **‘otonomi’** ilkesine saygı gösterilmiştir,
- Kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek **‘sadakat-gizlilik’** ilkesine bağlı kalınmış,
- **‘Zarar vermeme yarar sağlama’** ilkesine özen gösterilerek hastaların, bakım ve tedavinin aksatılmadan sürdürülmesi sağlanmıştır.

5.8.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma özel bir hastanede yapıldığı için sonuçlar genellenemez. Çalışma planlanmış epidural sezaryen olacak gebelerde yapılacağı için kriterlerimize uygun vakaları bulmak zaman almıştır.



6.BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan epidural sezaryen ameliyatı olacak gebelerden toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Bulgular 2 başlık altında incelenmiş gerekli açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

1. Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına ait bulgular
2. Durumluk anksiyete ölçeğine ait bulgular

6.1.GRUPLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA AİT BULGULAR

Bu bölümde grupların tanıtıcı özelliklerine ait bulgulara yer verilmiştir.

Yapılan araştırmada grupların sosyo-demografik özelliklerin dağılımları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı grupların benzer özellik gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 6.1.1). Kontrol grubu gebelerin %56,7' sinin 30-35 yaş aralığında, %73,3' ünün üniversite mezunu, %63,3' ünün 1-5 yıldır evli olduğu, %40'ının serbest meslek sahibi olduğu, %60'ının çalıştığı, %61,1' inin doğumdan sonra işe başlamayı düşündüğü, %56,7' sinin büyükşehirde yaşadığı, %93,3' ünün sosyal güvencesi olduğu, %63,3' ünün gelirinin giderine denk olduğu gözlenmiştir. Deney grubu gebelerin ise %51,6' sının 30-35 yaş aralığında, %67,7' sinin üniversite mezunu, %58,1' inin 1-5 yıldır evli olduğu, %45,2' sinin ev hanımı olduğu, %51,6' sının çalıştığı, %46,7'sinin 3-6 ay sonra işe başlamayı düşündüğü, %51,6' sının bugüne kadar büyükşehir de yaşadığı, %100' ünün sosyal güvencesi olup, %48,4' ünün gelirinin giderine denk olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.1.1. Grupların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

| Sosyo-demografik Özellikler | | Kontrol | | Deney | | X ² ,P |
|---|----------------------|---------|------|-------|-------|----------------------------------|
| | | n | % | N | % | |
| Yaş Grupları | 24-29 Yıl | 6 | 20,0 | 11 | 35,5 | X ² =2,303 p=0,316 |
| | 30-35 Yıl | 17 | 56,7 | 16 | 51,6 | |
| | 36-41 Yıl | 7 | 23,3 | 4 | 12,9 | |
| Eğitim Durumu | Lise | 8 | 26,7 | 10 | 32,3 | X ² =0,229 p=0,422 |
| | Üniversite | 22 | 73,3 | 21 | 67,7 | |
| Evlilik Süresi | 1-5 Yıl | 19 | 63,3 | 18 | 58,1 | X ² =0,177 p=0,437 |
| | 6-10 Yıl | 11 | 36,7 | 13 | 41,9 | |
| Meslek | Serbest Meslek | 12 | 40,0 | 10 | 32,3 | X ² =5,825 p=0,120 |
| | Ev Hanımı | 9 | 30,0 | 14 | 45,2 | |
| | İşçi | 6 | 20,0 | 1 | 3,2 | |
| | Memur | 3 | 10,0 | 6 | 19,4 | |
| Çalışma Durumu | Evet | 18 | 60,0 | 15 | 48,4 | X ² =0,828 p=0,257 |
| | Hayır | 12 | 40,0 | 16 | 51,6 | |
| Doğum Sonrası İşe Başlamayı Düşündüğü Zaman | 3-6 Ay | 6 | 33,3 | 7 | 46,7 | X ² =1,622 p=0,445 |
| | 1 Yıl Sonra | 11 | 61,1 | 6 | 40,0 | |
| | Düşünmeyenler | 1 | 5,6 | 2 | 13,3 | |
| Bugüne Kadar En Çok Yaşadığı Yer | Büyükşehir | 17 | 56,7 | 16 | 51,6 | X ² =0,196 p=0,907 |
| | Şehir | 3 | 10,0 | 3 | 9,7 | |
| | İlçe | 10 | 33,3 | 12 | 38,7 | |
| Sosyal Güvencesinin Olma Durumu | Evet | 28 | 93,3 | 31 | 100,0 | X ² =2,137 p=0,238 |
| | Hayır | 2 | 6,7 | 0 | 0,0 | |
| Ailesinin Gelir Durumu | Gelir Giderden Az | 2 | 6,7 | 4 | 12,9 | X ² =1,550 p=0,461 |
| | Gelir Gidere Denk | 19 | 63,3 | 15 | 48,4 | |
| | Gelir Giderden Fazla | 9 | 30,0 | 12 | 38,7 | |

Tablo 6.1.2. Grupların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

| Obstetrik Özellikler | | Kontrol | | Deney | | X ² ,P |
|--|-------------------|---------|------|-------|-------|----------------------------------|
| | | n | % | N | % | |
| Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Öyküsünün Olma Durumu | Var | 1 | 3,3 | 0 | 0,0 | X ² =1,051 p=0,492 |
| | Yok | 29 | 96,7 | 31 | 100,0 | |
| Boy aralığı | 150-159 cm | 6 | 20,0 | 4 | 12,9 | X ² =2,974 p=0,226 |
| | 160-169 cm | 16 | 53,3 | 23 | 74,2 | |
| | 170-179 cm | 8 | 26,7 | 4 | 12,9 | |
| Gebelikte Aldığı Kilo | 8-12 | 4 | 13,3 | 10 | 32,3 | X ² =3,323 p=0,190 |
| | 13-17 | 13 | 43,3 | 9 | 29,0 | |
| | 18 ve üzeri | 13 | 43,3 | 12 | 38,7 | |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu | Var | 8 | 26,7 | 12 | 38,7 | X ² =1,003 p=0,233 |
| | Yok | 22 | 73,3 | 19 | 61,3 | |
| *Sahip Olduğu Çocuk Sayısı | 1 Çocuk | 8 | 100, | 9 | 75,0 | X ² =2,353 p=0,193 |
| | 2 Çocuk | 0 | 0,0 | 3 | 25,0 | |
| Daha Önce Düşük Yaşama Durumu | Evet | 5 | 16,7 | 5 | 16,1 | X ² =0,003 p=0,613 |
| | Hayır | 25 | 83,3 | 26 | 83,9 | |
| **Daha Önce Yaşadığı Düşük Sayısı | 1 Kez Düşük | 3 | 60,0 | 5 | 100,0 | X ² =2,500 p=0,222 |
| | 2 Kez Düşük | 2 | 40,0 | 0 | 0,0 | |
| Daha Önce Kürtaj Yaşama Durumu | Evet | 6 | 20,0 | 2 | 6,5 | X ² =2,456 p=0,117 |
| | Hayır | 24 | 80,0 | 29 | 93,5 | |
| ***Daha Önce Yaşadığı Kürtaj Sayısı | 1 Kez Kürtaj | 5 | 83,3 | 2 | 100,0 | X ² =0,381 p=0,750 |
| | 2 Kez Kürtaj | 1 | 16,7 | 0 | 0,0 | |
| Gebe Kalmayı Planlama Durumu | İstemedenden Gebe | 4 | 13,3 | 4 | 12,9 | X ² =0,002 p=0,628 |
| | İsteyerek Gebe | 26 | 86,7 | 27 | 87,1 | |
| Hamilelik Süresince Geçirdiği Sorun Olma Durumu | Evet | 8 | 26,7 | 7 | 22,6 | X ² =0,137 p=0,471 |
| | Hayır | 22 | 73,3 | 24 | 77,4 | |
| ****Hamilelik Süresince Geçirdiği Sorun | Tiroid | 5 | 62,5 | 1 | 14,3 | X ² =5,759 p=0,124 |
| | Kontraksivon | 1 | 12,5 | 0 | 0,0 | |
| | HT | 1 | 12,5 | 4 | 57,1 | |
| | DM | 1 | 12,5 | 2 | 28,6 | |

*Sadece çocuk sahibi olan gebeler incelenmiştir.**Sadece düşük yaşayan gebeler incelenmiştir.

Sadece kürtaj yaşayan gebeler incelenmiştir. *Sadece sorun yaşayan gebeler incelenmiştir.

Gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı grupların benzer özellik gösterdiği saptanmıştır (Tablo 6.1.2). Kontrol grubu gebelerin %96,7' sinin cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsünün olmadığı, %53,3' ünün boyunun 160-169 cm aralığında olduğu, %43,3' ünün gebelikte 13-17 kilogram arasında aldığı ve diğer %43,3' ünün 18 kilogram üzerinde aldığı, %73,3' ünün çocuk sahibi olmadığı, %100' ünün sadece bir çocuk sahibi olduğu, %83,3' ünün daha önce düşük yaşamadığı, düşük yaşayanların %60' inin ise daha önce sadece 1 kez düşük yaşadığı, %80' inin kürtaj yaşamadığı, kürtaj yaşayanların ise %83,3' ünün ise sadece 1 kez kürtaj yaşadığı, %86,7' sinin isteyerek gebe kaldığı, %73,3' ünün gebelikte sorun yaşamadığı ve %62,5' inin tiroid öyküsü olduğu görülmektedir. Deney grubu gebelerin ise %100' ünün cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsünün olmadığı, %74,2' sinin boyunun 160-169 cm arasında olduğu, %38,7' sinin gebelikte 18 kilo ve üzerinde aldığı, %61,3' ünün çocuk sahibi olmadığı, çocuk sahibi olanların ise %75' inin sadece 1 çocuğu olduğu, %83,9' unun daha önce düşük yaşamadığı, düşük yaşayanların %100' ünün ise sadece 1 kez düşük yaşadığı, %93,5' inin kürtaj yaşamadığı, kürtaj yaşayanların ise %100' ünün ise sadece 1 kez kürtaj yaşadığı, %87,1' inin isteyerek gebe kaldığı, %77,4' ünün hamilelikte bir sorun yaşamadığı, %57,1' inin hipertansiyon öyküsü olduğu görülmektedir.

Grupların gebelikte yaşadıkları deneyimler ile gruplar arasında karşılaştırma yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı grupların benzer özellik gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 6.1.3). Kontrol grubundaki gebelerin %76,7' sinin gebeliği boyunca toplam 5 kez ve üzeri sağlık kuruluşuna gittiği, %76,7' sinin gebe kaldığından beri rahatlamak için bir şeyler yaptığı, %73,3' ünün kendisini anneliğe hazır hissettiği, %100' ünün gebelik süresince eşiyile uyumlu olduğu, %73,3' ünün bebeğin bakımında yardımcı olacak birisinin olduğu, %81,8' inin bebeğin bakımında kendisine annesinin yardımcı olacağı, %93,3' ünün gebeliği süresince doğumla ilgili bilgi aldığı ve %60,7' inin aldığı bu bilgiyi yeterli bulduğu görülmektedir. Deney grubundaki gebelerin ise %87,1'

inin gebeliği boyunca toplam 5 kez ve üzeri sağlık kuruluşuna gittiği, %71' inin gebe kaldığından beri rahatlamak için bir şeyler yaptığı, %83,9' unun kendisini anneliğe hazır hissettiği, %93,5' inin gebeliği boyunca eşiyile uyumlu olduğu, %54,8' inin bebeğin bakımında yardımcı olacak birisinin olduğu ve %76,5' inin yardımcı olacak kişinin annesi olduğu, %90,3' ünün gebeliği boyunca bilgi aldığı, %75' inin aldığı bilgiyi yeterli bulduğu gözlenmiştir.

Tablo 6.1.3. Grupların Gebelikteki Deneyimlerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

| Gebelikte Deneyimledikleri | | Kontrol | | Deney | | X ² ,P |
|---|-------------------|---------|-------|-------|------|----------------------------------|
| | | n | % | n | % | |
| Gebeliği Boyunca Kontrol İçin Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayısı | 3 | 1 | 3,3 | 2 | 6,5 | X ² =2,638 p=0,267 |
| | 4 | 6 | 20,0 | 2 | 6,5 | |
| | 5 ve üzeri | 23 | 76,7 | 27 | 87,1 | |
| Gebelikte Rahatlamak İçin Kendine Zaman Ayırma | Ayıran | 23 | 76,7 | 22 | 71,0 | X ² =0,256 p=0,416 |
| | Ayırmayan | 7 | 23,3 | 9 | 29,0 | |
| Anneliğe Hazır Hissetme Durumu | Hazır Hisseden | 22 | 73,3 | 26 | 83,9 | X ² =1,135 p=0,567 |
| | Hazır Hissetmeyen | 1 | 3,3 | 1 | 3,2 | |
| | Kararsız | 7 | 23,3 | 4 | 12,9 | |
| Gebelik Süresince Eşiyile Uyumlu Olma Durumu | Uyumlu | 30 | 100,0 | 29 | 93,5 | X ² =2,001 p=0,254 |
| | Uyumsuz | 0 | 0,0 | 2 | 6,5 | |
| Bebeğin Bakımında Yardımcı Olacak Kimsenin Olma | Var | 22 | 73,3 | 17 | 54,8 | X ² =2,262 p=0,108 |
| | Yok | 8 | 26,7 | 14 | 45,2 | |
| *Bebeğin Bakımında Yardımcı Olacak Kişi | Anne | 18 | 81,8 | 13 | 76,5 | X ² =0,168 p=0,492 |
| | Bakıcı | 4 | 18,2 | 4 | 23,5 | |
| Gebeliği Süresince Doğumla İlgili Bilgi Alma Durumu | Evet | 28 | 93,3 | 28 | 90,3 | X ² =0,184 p=0,516 |
| | Hayır | 2 | 6,7 | 3 | 9,7 | |
| **Gebeliği Süresince Doğumla İlgili Aldığı Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu | Evet | 17 | 60,7 | 21 | 75,0 | X ² =1,310 p=0,196 |
| | Hayır | 11 | 39,3 | 7 | 25,0 | |

*Sadece bebeğin bakımında yardımcı olacak grupların karşılaştırılması ele alınmıştır.

**Sadece gebeliği süresince doğumla ilgili bilgi alanlar karşılaştırılmıştır.

Kontrol grubu gebelerin %20' si isteğe bağlı sezaryen, %20' si baş pelvis uygunsuzluğu ve diğer %20' si eski sezaryen nedeni ile hastaneye gelmişken, deney grubu gebelerin %20' si kontraksiyon, %25,8' i ise erken doğum tehdidi sebebi ile hastaneye geldiği gözlenmiştir. Grupların sezaryen endikasyonları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı grupların benzer özellik gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 6.1.4).

Tablo 6.1.4. Grupların Sezaryen Endikasyonlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

| Sezaryen Endikasyonları | Kontrol | | Deney | | X ² ,P |
|-------------------------|---------|-------|-------|-------|-----------------------------------|
| | n | % | n | % | |
| İsteğe Bağlı Sezaryen | 6 | 20,0 | 6 | 19,4 | X ² =12,878 p=0,168 |
| Baş Pelvis Uygunsuzluğu | 6 | 20,0 | 5 | 16,1 | |
| Eski Sezaryen | 6 | 20,0 | 0 | 0,0 | |
| Kontraksiyon | 3 | 10,0 | 6 | 19,4 | |
| Miad Aşımı | 3 | 10,0 | 2 | 6,5 | |
| Erken Doğum Tehdidi | 2 | 6,7 | 8 | 25,8 | |
| Çoğul Gebelik | 2 | 6,7 | 2 | 6,5 | |
| Erken Membran Ruptürü | 1 | 3,3 | 0 | 0,0 | |
| Poche Açılması | 1 | 3,3 | 1 | 3,2 | |
| Toplam | 30 | 100,0 | 31 | 100,0 | |

6.2.DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİNE AİT BULGULAR

Bu bölümde grupların durumluk anksiyete ölçeğine ait bulgular ve karşılaştırmalar yapılacaktır.

Tablo 6.2.1. Gruplar ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=61)

| Gruplar | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | |
|---------|--------------------------|--------|-------|--------|-------|
| | n | Ort | Ss | MW | P |
| Kontrol | 30 | 41,767 | 6,611 | 55,500 | 0,000 |
| Deney | 31 | 29,742 | 4,171 | | |

Epidural sezaryen ameliyatı olacak olan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının gruplara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 6.2.1, Mann Whitney-U=55,500;P=0,000). Kontrol grubu epidural sezaryen ameliyatı olacak olan gebelerin anksiyete düzeyi ($X=41,76\pm 6,611$ puan), deney grubu epidural sezaryen olacak gebelerin anksiyete düzeyinden ($X=29,72\pm 4,171$ puan) yüksek bulunmuştur.

Tablo 6.2.2. Yaş Grupları ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=61)

| Yaş Grupları | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | |
|--------------|--------------------------|--------|-------|-------|-------|
| | n | Ort | Ss | KW | P |
| 24-29 yaş | 17 | 35,118 | 8,321 | 0,130 | 0,937 |
| 30-35 yaş | 33 | 35,909 | 8,300 | | |
| 36-41 yaş | 11 | 35,727 | 8,211 | | |

Araştırmaya katılan gebelerin durumluk anksiyete düzeyleri puan ortalamalarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Yaş gruplarına göre durumluk anksiyete puan ortalamaları benzer özellik göstermektedir (Tablo 6.2.2, $p>0.05$).

Tablo 6.2.3. Eğitim Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=61)

| Eğitim Durumu | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | |
|---------------|--------------------------|--------|--------|---------|-------|
| | n | Ort | Ss | MW | P |
| Lise | 18 | 37,278 | 10,191 | 343,000 | 0,486 |
| Üniversite | 43 | 34,977 | 7,173 | | |

Gebelerin durumluk anksiyete düzeyleri puan ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 6.2.3, Mann Whitney $U=343,000$; $p=0,486>0,05$).

Tablo 6.2.4. Ailenin Gelir Durumuna Göre Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=61)

| Ailenin Gelir Durumu | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | |
|----------------------|--------------------------|--------|-------|-------|-------|
| | n | Ort | Ss | KW | P |
| Gelir Giderden Az | 6 | 36,333 | 7,285 | 1,698 | 0,428 |
| Gelir Gidere Denk | 34 | 36,471 | 7,684 | | |
| Gelir Giderden Fazla | 21 | 34,143 | 9,237 | | |

Araştırmaya katılan gebelerin durumluk anksiyete puan ortalamalarının, ailesinin gelir durumu açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 6.2.4, $p>0.05$).

Tablo 6.2.5. Sezaryan Endikasyonu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=61)

| Sezaryen Endikasyonu | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------|-------|--------|-------|
| | n | Ort | Ss | KW | P |
| İsteğe Bağlı Sezaryen | 12 | 38,583 | 7,621 | 14,486 | 0,106 |
| Baş Pelvis Uygunsuzluğu | 11 | 35,636 | 7,775 | | |
| Erken Doğum Tehdidi | 10 | 30,800 | 9,920 | | |
| Kontraksiyon | 9 | 33,889 | 5,255 | | |
| Eski Sezaryen | 6 | 39,167 | 7,387 | | |
| Miad Aşımı | 5 | 36,800 | 5,450 | | |
| Çoğul Gebelik | 4 | 35,500 | 6,758 | | |
| Poche Açılması | 2 | 31,500 | 9,192 | | |
| Erken Membran Rüptürü | 1 | 57,000 | 0,000 | | |
| Anneye Ait Kronik Hastalık | 1 | 26,000 | 0,000 | | |

Araştırmaya katılan gebelerin durumluk anksiyete puan ortalamalarının hastaneye geliş nedeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 6.2.5, $p>0.05$).

Tablo 6.2.6. Gebeliği Boyunca Kontrol İçin Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayısı ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=61)

| Kontrol Sayısı | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | |
|----------------|--------------------------|--------|--------|-------|-------|
| | n | Ort | Ss | KW | P |
| 3 | 3 | 38,667 | 15,885 | 2,661 | 0,264 |
| 4 | 8 | 39,625 | 7,170 | | |
| 5 ve üzeri | 50 | 34,840 | 7,750 | | |

Araştırmaya katılan gebelerin durumluk anksiyete puan ortalamalarının gebeliği boyunca kontrol için sağlık kuruluşuna gitme sayısı açısından anlamlı bir farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 6.2.6, $p>0.05$).

Tablo 6.2.7. Eşin Ev İşinde Kendisine Yardımcı Olma Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=61)

| Yardım Durumu | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------|--------|-------|-------|----------------|
| | n | Ort | Ss | KW | P | Fark |
| Çok | 24 | 32,083 | 6,386 | 8,989 | 0,029 | 2 > 1 3 > 1 |
| Orta Derecede | 23 | 37,391 | 7,228 | | | |
| Az | 10 | 41,200 | 10,768 | | | |
| Hiç yardım etmiyor | 4 | 33,250 | 7,228 | | | |

Araştırmaya katılan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının eşinin ev işinde kendisine yardımcı olma durumu açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. (Tablo 6.2.7, $KW=8,989$; $p=0,029<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; eşinin ev işinde kendisine yardımcı olma durumu orta derecede yardımcı oluyor olanların durumluk anksiyete ortalamaları ($37,391 \pm 7,228$), çok yardımcı oluyor olanların durumluk anksiyete ortalamalarından ($32,083 \pm 6,386$) yüksek bulunmuştur. Eşinin ev işinde kendisine yardımcı olma durumu az yardımcı oluyor olanların durumluk anksiyete ortalamaları ($41,200 \pm 10,768$), çok yardımcı oluyor olanların durumluk anksiyete ortalamalarından ($32,083 \pm 6,386$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 6.2.8. Gebelerin Kendilerini Anneliğe Hazır Hissetme Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=61)

| Hazır Hissetme Durumu | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------|--------|-------|-------|
| | n | Ort | Ss | KW | P |
| Hazırım | 48 | 34,667 | 7,888 | 3,430 | 0,180 |
| Hazır Değilim | 2 | 47,000 | 14,142 | | |
| Kararsızım | 11 | 37,909 | 7,134 | | |

Araştırmaya katılan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının kendini anneliğe hazır hissetme durumu açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 6.2.8, $p>0.05$).

Tablo 6.2.9. Meslek Grupları ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=61)

| Meslek Grubu | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | |
|----------------|--------------------------|--------|--------|-------|-------|
| | n | Ort | Ss | KW | P |
| Ev Hanımı | 23 | 35,174 | 10,395 | 0,834 | 0,841 |
| Memur | 9 | 35,667 | 7,280 | | |
| İşçi | 7 | 36,571 | 3,505 | | |
| Serbest Meslek | 22 | 35,864 | 7,259 | | |

Araştırmaya katılan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının meslek durumu açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 6.2.9, $p>0.05$).

Tablo 6.2.10. Doğum Sonrası İşe Başlamayı Düşündüğü Zaman ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=33)

| İşe Başlama Zamanı | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------|-------|-------|-------|
| | n | Ort | Ss | KW | P |
| 3-6 Ay | 13 | 36,692 | 5,865 | 1,878 | 0,391 |
| 1 Yıl Sonra | 17 | 36,000 | 6,452 | | |
| İşe dönmeyecekler | 3 | 32,667 | 4,726 | | |

Araştırmaya katılan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği ortalamalarının doğum sonrası işe başlamayı düşündüğü zaman açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 6.2.10, $p>0.05$).

Tablo 6.2.11. Çocuk Sahibi Olma Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=61)

| Çocuk Sahibi Olma Durumu | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------|-------|---------|-------|
| | n | Ort | Ss | MW | P |
| Olan | 20 | 33,850 | 9,161 | 316,500 | 0,150 |
| Olmayan | 41 | 36,537 | 7,586 | | |

Gebelerin durumluk anksiyete puan ortalamalarının çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 6.2.11, Mann Whitney-U=316,500; $p=0,150>0,05$)

Tablo 6.2.12. Daha Önce Düşük Yaşama Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=61)

| Düşük Yaşama Durumu | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | |
|---------------------|--------------------------|--------|-------|---------|-------|
| | n | Ort | Ss | MW | P |
| Yaşayan | 10 | 38,600 | 9,252 | 197,000 | 0,258 |
| Yaşamayan | 51 | 35,078 | 7,899 | | |

Gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının daha önce düşük yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 6.2.12, Mann Whitney U=197,000; p=0,258>0,05).

Tablo 6.2.13. Gebe Kalmayı Planlama Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=61)

| Gebeliği Planlama Durumu | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------|--------|---------|-------|
| | n | Ort | Ss | MW | P |
| Planlı | 53 | 35,415 | 7,787 | 207,500 | 0,923 |
| Plansız | 8 | 37,250 | 10,807 | | |

Gebelerin durumluk anksiyete puan ortalamalarının gebe kalmayı planlama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 6.2.13, Mann Whitney U=207,500; p=0,923>0,05).

Tablo 6.2.14. Hamilelik Süresince Sorun Yaşama Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=61)

| Sorun Yaşama | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | |
|--------------|--------------------------|--------|-------|---------|-------|
| | n | Ort | Ss | MW | P |
| Yaşayan | 15 | 37,600 | 9,620 | 303,000 | 0,481 |
| Yaşamayan | 46 | 35,022 | 7,635 | | |

Gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının hamilelik süresince geçirdiği sorun olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 6.2.14, Mann Whitney-U=303,000; p=0,481>0,05).

Tablo 6.2.15. Gebelik Süresince Eşiyle Uyumlu Olma Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=61)

| Eşiyle Uyum Durumu | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------|-------|--------|-------|
| | n | Ort | Ss | MW | P |
| Uyumlu | 59 | 35,848 | 8,227 | 34,000 | 0,311 |
| Uyumsuz | 2 | 30,000 | 1,414 | | |

Gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının gebelik süresince eşiyle uyumlu olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 6.2.15, Mann Whitney U=34,000; p=0,311>0,05).

Tablo 6.2.16. Bebeğin Bakımında Yardımcı Olacak Kimsenin Olma Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=61)

| Yardımcı Olacak Kişi | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | |
|----------------------|--------------------------|--------|-------|---------|-------|
| | n | Ort | Ss | MW | P |
| Var | 39 | 36,359 | 8,704 | 375,000 | 0,417 |
| Yok | 22 | 34,409 | 7,109 | | |

Gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının bebeğin bakımında yardımcı olacak kimsenin olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 6.2.16, Mann Whitney U=375,000; p=0,417>0,05).

Tablo 6.2.17. Sosyal Güvencesinin Olma Durumu ile Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=61)

| Sosyal Güvence | Durumluk Anksiyete Puanı | | | | |
|----------------|--------------------------|--------|-------|--------|-------|
| | n | Ort | Ss | MW | P |
| Var | 59 | 35,339 | 8,106 | 14,500 | 0,071 |
| Yok | 2 | 45,000 | 1,414 | | |

Gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puanları ortalamalarının sosyal güvencesinin olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 6.2.17, Mann Whitney $U=14,500$; $p=0,071>0,05$).



7.TARTIŞMA

Bu çalışma, epidural sezaryende standart ve planlanmış ameliyat öncesi hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisinin belirlenmesini amaç edinmektedir. Bu amaç doğrultusunda; anne adaylarının preoperatif dönemde epidural sezaryen ameliyatına yönelik bilgi ve bilinçlilik düzeylerini yükseltmeye yardımcı olacağı düşünülen bir eğitim oluşturulmuştur. Söz konusu eğitim sonucunda preoperatif bilgilendirmenin, hastaların anksiyete düzeylerine etkisini durumluk anksiyete ölçeği (STAI anksiyete skalası) ile belirlemek hedeflenmiştir. Tartışma, bulgular kapsamındaki başlıklar doğrultusunda oluşturulmuştur.

Vaughn ve meslektaşları (2007) bireyin yaşamını güvence altına alan uygulamalar olarak operasyonların fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik boyutlarıyla türlü negatif ve pozitif etkilerinin olabileceğini vurgulamaktadırlar. Bu doğrultuda, çocuk sahibi olmak gibi olumlu bir sonuca rağmen operasyon geçirecek olmanın anksiyete kaynağı olduğu ifade edilebilmektedir. Bu süreç değerlendirildiğinde, sağlık personeli dâhilindeki hemşirelerin, operasyona dek hem operasyonu geçirecek kişi hem de aileleri ile en yakın ilişkiyi kurabilecek personel olduğu kabul edilmektedir (60). Hemşirelerin bu doğrultuda, problemleri belirleyerek iyi bir gözlem ile çözüm odaklı yaklaşımlarının önemi kuşkusuz büyüktür.

7.1.GRUPLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin tartışılacağı bu bölümde; gebelerin yaşının, eğitim seviyelerinin, evlilik sürelerinin, mesleğinin, çalışma durumunun, doğum sonrası işe başlama zamanının, bugüne kadar yaşadığı yerin, sosyal güvencesinin ve gelir durumu konusunda grupların benzer özellik gösterip göstermedikleri belirlenmeye çalışılacaktır.

Araştırmaya katılan gebelerin %54,1' i 30-35 yaş grubundadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA- 2008) göre Türkiye'de kadınlar en yoğun olarak yirmili yaşlarda doğum gerçekleştirmektedirler. İlgili çalışmada, gebe çoğunluğunun 25-29 yaş

arasında olduğu ifade edilmiştir. Benzer çalışmalarda, doğurganlık yaş gruplarının 26-35 (Kölgeliler vd. 2009); 25-34 yaş arasında olduğu görülmektedir (Bektaş 2008). Yaş aralığını çok daha erken ifade eden çalışmaların varlığı da dikkat çekicidir. Bunlardan birinde ortalama yaş oranı 22 iken (Bilgiç ve Güler 1999); bir başka örneğinde (İnce ve Tümerdem 1994) yoğunluğun 19-24 yaş grubunda olduğu da belirtilmektedir(7,12,61,62, 63). Böylelikle, genel olarak çalışma bulgularının birbiri ile benzer olduğunu ve anne olma yaşının genç ve orta yetişkinliği kapsadığı söylenebilir.

Eğitim durumları incelendiğinde, gebelerin en az lise mezunu olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların %70,5'i üniversite mezunudur. Genel olarak eğitim düzeyi yüksek gebelerin katılım gösterdiği dikkat çekmektedir. Eğitim düzeyinin yüksek olması, araştırmanın özel bir hastanede yapılmasından kaynaklanıyor olabilir. Ancak gruplar karşılaştırıldığında eğitim düzeylerinin benzer özellik gösterdiği aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, homojen dağılım gösterdikleri belirlenmiştir. Operasyona girecek olacak bireylerin eğitim düzeylerinin yüksek olmasının preoperatif bilgilendirme ve eğitimlerden daha iyi verim almalarını etkiliyor olduğu belirtilmiştir (39).

Gebelerin medeni durumları incelendiğinde tamamının evli olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların tamamının evli olması; gelenek ve görenekler çerçevesinde ülkemizde evlilik dışı çocuk sahibi olmaya yönelik olumsuz tutumdan kaynaklı değerlendirilebilir. Işık'ın (2003) anne adaylarının bebeği yalnız doğuracak ve büyütecek olmalarının kaygı ve depresyonu artırıcı bir faktör olarak değerlendirildiğini dolayısıyla evli olmayanların daha yüksek düzeyde kaygı tarif ettiklerini belirttiği görülmektedir. Evli olma gruplararası anlamlı düzeyde farklılaşma yaratan bir faktör olarak görülmektedir. Çalışma kapsamında, evli olmayan bir anne adayının var olmayışı karşılaştırma yapmayı zorlaştırmıştır (64).

Evlilik süresi dağılımlarına bakıldığında, gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşmanın söz konusu olmadığı anlaşılmaktadır. Yaş ile değerlendirildiğinde söz konusu bulgunun içsel tutarlığından bahsetmek mümkündür.

Meslek grupları dağılımına bakıldığında, epidural sezaryen ameliyatı öncesinde standart ve planlanmış eğitim alan grupların karşılaştırılmasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olmadığını görülmektedir. Çoğunluğun ev hanımı olduğu çalışmamızda, operasyon öncesi eğitime yönelik diğer çalışmalardan farklı olarak gruplar arası

farklılaşma gözlenmemiştir. (Brown 1986; Maloni vd. 1996). Bunun sebebi alınmış olan eğitimlerin birbirine yakın olması olabilmektedir (65, 66).

Gebelerin çalışma durumları incelendiğinde %54' ünün çalıştığı görülmektedir. Kaptan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelerin büyük çoğunluğunun çalışmadığı belirlenmiştir. Bu bulgular, çalışmamızla uyum göstermemekle birlikte TNSA verileri de dikkate alındığında halen ülkemizde kadın statüsünün yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Doğum sonrası işe başlamayı düşünülen zaman dilimi ne denli yakınsa o denli anksiyete düzeyinin yüksekliği dikkat çekmektedir fakat bu değişim anlamlı düzeyde değildir. Tekrar çalışmayı düşünmeyenlerin oldukça az bir orana (%9,1) sahip olması ve genelinin 1 yıla kadar başlayacak olması anksiyete düzeyini artırıcı bir etki olarak düşünülebilir. TNSA 2008 verilerine göre, kadınların %69'u çalışmamaktadır. Yine benzer şekilde, Türkiye genelinde iş gücüne katılım oranı kadınlar için sadece %27,4'tür (12).

Yaşanılan yerin doğum öncesi bakım alma ve eğitim açısından önemli olduğunun vurgulandığı birçok araştırma bulunmaktadır (67, 68). Bu çalışmalarda yaşanılan yerin imkânları ve şartları doğrultusunda gebelerin anksiyete ve korkuların çözümlenmesine yönelik çalışmaların şekillendirilebileceğinin vurgulandığı görülmektedir. Bu ön bilgi doğrultusunda, araştırmaya katılan anne adaylarının bugüne kadar en çok yaşadıkları yerin gruplar arası karşılaştırmadaki etkisi incelendiğinde bir farklılık olmadığı benzer özellikler gösterdikleri saptanmıştır. Gebelerin %56,7' si büyükşehirde yaşamaktadır.

Çalışmaya katılan katılımcıların tamamının evinde eşi ve çocuklarıyla yaşadıkları görülmektedir. Tüm katılımcılarının evli olmasının bu bulguyla paralel olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda gebelerin %76,3' ünün aile yapısının çekirdek olduğu saptanmıştır(68). Bu durum çalışmamızla paralel özellik göstermektedir.

Doğum yapacak kadınların %96,7' sinin sosyal güvencelerinin olduğu, %3,3'ünün ise sosyal güvencelerinin olmadığı belirlenmiştir. İlgili literatür incelendiğinde, Ejder'in (2007) aynı verileri elde ettiği ve Akbaş'ın (2008), gebe kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerini araştırırken sosyal destek ile karşılaştırdığı dikkat çekmektedir. Akbaş'ın çalışmasında kadınların %89,4' ünün sosyal güvencesi olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada, kadınların sadece %10,6' sının herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. Böylelikle ilgili araştırma sonuçlarında katılımcıların çoğunluğunun sosyal güvencesi olduğunu belirtmek mümkündür. Araştırmaya katılanların en yüksek oranı ev hanımı (%37,7) iken,

sosyal güvencelerden yararlanabildikleri görülmektedir. Bu açıdan eşlerinin sahip oldukları meslekler ön plana çıkmaktadır(69, 70).

Araştırmaya katılan kadınların ailelerinin %55,7'sinin geliri giderine denk, %34,4'ünün gelirin giderinden fazla olduğu belirlenmiştir. Er (2006) gebelikte sağlık uygulamaları ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğini saptamak üzere gerçekleştirdiği çalışmada, doğum yapacak kadınların ailelerinin gelir durumlarının %30,3'ünün gelirlerinin giderlerinden az olduğu, %65,8'inin gelirlerinin giderlerine denk olduğunu, %3,9'unun ise gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu ifade etmiştir (71).

7.1.1.Grupların Obstetrik Özellikleri İle İlgili Tartışma

Gebelerin obstetrik özelliklerinin tartışılacağı bu bölümde; gebelerin cinsel yolla bulaşan hastalıkları olma durumu, gebelikte alınan kilo, gebelerin boyu, çocuk sahibi olma durumu, gebelikte yaşanan düşük, kürtaj durumu, gebe kalmayı isteme durumu ve gebeliği planlama durumu konusunda grupların benzer özellik gösterip göstermedikleri belirlenmeye çalışılacaktır.

Dünyada en önemli halk sağlığı sorunlarından biri her yıl 250 milyondan fazla insan cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalandığı tahmin edilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü 2002). Kadınlarda 14-19 yaş arası daha sık görülmektedir (72). Çalışma kapsamında cinsel yolla bulaşan hastalık sayısı %1,6 olarak bulunmuştur.

Sağlıklı bir gebelik için, ağırlık kazanımının miktarı kadar hızı da önemlidir. Sağlıklı kadınlar için gebelik süresince normal ağırlık kazanımı 10-14 kg (ay da 1-1,5 kg) arasındadır (73). Çalışmamızda ise gebelerin %60,6' sının 13-17 kg arasında ve 18 kg ve üzerinde kilo aldığı saptanmıştır. Eski tıp kitaplarında anne adayının boyunun 150 santimetreden düşük olması kesin sezaryen nedeni olarak gösterilmektedir. Boyu kısa olan anne adaylarında baş pelvis uygunsuzluğu daha sık görülmektedir. Bu tür gebeler riskli gebelikler olarak ele alınmaktadır. Çalışmamızda örneklem seçiminde riskli gebelikler ele alınmadığı için gebelerin %63,9' unun boy aralığı 160-169cm arasındadır. Boyu 150 cm altında gebe bulunmamaktadır.

Çocuk sahibi olma durumları dağılımlarına bakıldığında, gruplar arasında istatistiksel bir farklılaşmanın söz konusu olmadığı anlaşılmaktadır. Gebelerin %67,2' sinin çocuk sahibi olmadığı görülmektedir.

Gebelerin düşük yaşama durumları incelendiğinde %83,6'ü hiç düşük yapmamışken, %16,3'ü en az bir kez düşük yapmıştır. Kılıçarslan'ın yaptığı çalışmada en az bir kez kendiliğinden düşük oranı %12,1 olarak bulunmuştur (74). TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de kendiliğinden düşük oranı %10,5'dir (75) ve çalışma bulgularıyla benzer özelliktedir.

Araştırmaya katılan gebelerin kürtaj yaşam durumları ele alındığında % 86,9'u hiç kürtaj olmamışken, %13,1'i en az bir kez kürtaj olmuştur. Altınparmak'ın Manisa Merkez'de yaptığı çalışmada gebelerin %7,6'sının en az bir kez kürtaj olduğu saptanmıştır (76). Akbaş'ın yaptığı çalışmada kürtaj oranı %35,0 olarak bulunmuştur (70). TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de isteyerek düşük yapma oranı % 10,0'dır (75). Çalışma bulgularına göre biraz daha yüksektir. Aradaki farkın sosyokültürel ve bölgesel farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada gebelerin %87' sinin gebe kalmayı planladığı görülmektedir. İsteyerek hamile kalan gebelerin daha pozitif bir gebelik geçirecekleri düşünüldüğünde araştırma sonuçları bu düşünceyi desteklemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)' nün hesaplamalarına göre, dünyada her yıl, 210 milyon civarında gebelik meydana gelmekte, bunların yaklaşık 1/3'ü istenmeden oluşmaktadır. Bu durum bizim çalışmamız ile farklılık göstermektedir.

Gebelikte anne adayları bebek heyecanını yaşarken bir takım sorunlarla karşı karşıya kalabilirler. Gebelerin hamilelikte yaşadığı sorunlar incelendiğinde % 24,5' inin sorun yaşadığı, bunlardan %33' ü hipertansiyon,%40' tiroid, %20' si diyabet, %7'si ise kontraksiyondur. Ersoy ve ark. yaptığı çalışmada gebelerin %7,22' sinde hipertansiyon bulunduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda bu oran %3,9-15,1 aralığındadır(77,78). Bu oran bizim çalışmamızla benzer özellik göstermektedir (77). Tiroid hastalıkları doğurgan yaştaki kadınlarda daha sık görülmektedir. Bu nedenle hamilelik esnasında tiroid ile ilgili bir problemle karşı karşıya kalma olasılığı oldukça yüksektir (79). Bu oran bizim çalışmamızda %9,3 olarak bulunmuştur. Diyabet kadınlarda %6-10 ve tüm gebelerde %2-4 oranında görülmektedir (80).Yaptığımız çalışmada bu oran %4,9 olarak saptanmıştır. Gebeliğin son aylarına kadar kontraksiyonlar seyrek olup, son iki haftada sıklığı artar. Hasta kontraksiyonlardan rahatsızlık duyduğu zaman preterm doğum riski artar. Çalışmamızda kontraksiyon oranı %1,6 olarak saptanmıştır. Gebelerin anksiyete düzeyleri puan ortalamalarının benzer özellik gösterdiği bulunmuştur.

7.1.2.Grupların Gebelikteki Deneyimlerinin Dağılımı İle İlgili Tartışma

Dünya Sağlık Örgütü, gebelerin %75'inin 4 rutin gebelik izlemi ile yeterli antenatal bakım alacağını, %25'inin ise daha sık izlenmesi gerektiğini önermektedir (81). Sağlık Bakanlığı ise, gebeliklerin ilk trimesterinde bir kez, daha sonraki izlemlerin de 24., 28., 32., 36., ve 39., haftalarda olmak üzere toplam 6 izlem önermektedir (82). Bu sonuç çalışma bulgumuz ile karşılaştırıldığında benzer özellik gösterdiği görülmektedir. Doğum öncesi bakım herkes için ulaşılabilir ve kapsayıcı olmalıdır. Çalışmamızda gebelerin büyük çoğunluğu büyükşehir de yaşamaktadır, bu durumun doğum öncesi bakım alma durumunu etkileyen bir faktör olduğu unutulmamalıdır.

Gebelerin hamilelik süresince kendisine ayırdığı her güzel an psikolojisi ve sağlıklı bir hamilelik süreci için çok önemlidir. Çalışmada gebelerin %73,7' sinin kendisine zaman ayırdığı saptanmıştır.

Çalışmada gebelerin kendilerini anneliğe hazır hissetme durumları ele alındığında %77'sinin kendisini anneliğe hazır hissettiği, bu durumun gebeler arasında istatistiksel bir farklılaşmanın yaratmadığı görülmektedir.

Katılımcıların çoğunluğu eşlerinin kendisine oldukça yardımcı olduğunu belirtmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin %96,7' si eşi ile uyumluyken, %3,3' ünün eşi ile uyumlu olmadığı saptanmıştır. Bu oran çalışmamızın diğer çalışmalarla benzer özellik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Gebe kadınların en önemli destekleyici kişileri eşi ve yakın akrabaları olduğu belirtilmekle birlikte, hastanedeki bir kişiyi destekleyecek en yakın kişi hemşire olduğu göz ardı edilmemelidir (83,84).

Çalışan anne adaylarında doğum sonrası bebeğimi kime bırakacağım endişesi oluşmaktadır. Doğru bakıcıyı seçmek, çocuğun anneden çok bakıcıya bağlanacağı korkusu, bakıcı yada aile büyüklerinin çocuğun gelişimini nasıl etkileyebileceği gibi binlerce soruyu akla getirir. Bebeğin bakımında yardımcı olacak bireylerin olduğu gruplar ele alındığında gebelerin %79,5' ine annesinin yardımcı olacağı, %20,5' ine ise bakıcının yardımcı olacağı saptanmıştır.

Sertbaş ve ark. yaptığı çalışmada gebelerin %67' sinin gebelik hakkında bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç çalışma bulgumuz ile karşılaştırıldığında, araştırmamız kapsamına alınan kadınlarda daha yüksek oranda bilgi sahibi oldukları dikkat çekmektedir (%91,8). Bunun yanı sıra, epidural sezaryen olma kararında etkisi olan kişi ile grup

arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Çoğunluğun doktor vasıtasıyla böyle bir karar aldığı görülmektedir(84).

7.1.3.Grupların Sezaryen Endikasyonları İle İlgili Tartışma

Karakuş ve Şahin'in çalışmasında (2008) kendi tercihi ile sezaryen ile doğum yapan kadınların %62,1'i ağrı korkusu, %26,4'ü güvenli bulma nedenleri ile bu yöntemi seçtiklerini bildirmişlerdir(85).Çalışmamızda ise gebelerin %20'sinin isteğe bağlı sezaryen olduğu saptanmıştır. Bir kere sezaryen hep sezaryen kavramı güvenli yapılan normal vajinal doğumlardan sonra önemini yitirmiştir. Bizim çalışmamızda bu durum değişmemiş gebelerin %9,8'i eski sezaryen olduğu için sezaryeni tercih etmişlerdir. Bebeğin kilosundan bağımsız olarak bebeğin en geniş çapı olan kafası ile anne adayının kemik yapıları arasında uyumsuzluk olması baş pelvis uygunsuzluğu olarak açıklanmaktadır. Çalışmamızda gebelerin %18'i baş pelvis uygunsuzluğu nedeni ile sezaryen ile doğum yaptıkları belirlenmiştir.

7.2.GRUPLARIN DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Ameliyat öncesi anksiyete ölçümünde kullanılan testlerden STAI literatürde altın standart olarak gösterilmektedir. Cerrahi bilimlerde anksiyete ölçümlerinde genellikle STAI kullanılmıştır. Ameliyat öncesi anksiyete ölçümü için STAI testinin durumluk anksiyete formu kullanılmaktadır. Domar ve ark. STAI-I ölçeğine göre ameliyat öncesi ortalama anksiyete skorunu ortalama 45 olarak bildirirlerken, Gönüllü ve ark. bilgilendirme yapılmadan önce ölçülen durumluk anksiyete ölçeğini 40,76 olarak bildirmişlerdir (86). Çalışmamızda elde edilen ortalama STAI-I değeri 36 idi, kontrol grubu epidural sezaryen ameliyatı olacak olan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği ($X=41,76\pm 6,611$ puan), deney grubu epidural sezaryen olacak gebelerin durumluk anksiyete ölçeğinden ($X=29,72\pm 4,171$ puan) yüksek bulunmuştur. Bu oran araştırmacıların sonuçlarıyla kıyaslandığında daha düşüktür.

Anksiyete bozukluğunun gebeler dışındaki normal popülasyonda görülme sıklığı Dünya Sağlık Örgütünün 14 ülkenin verileriyle yayınladığı bir rapora göre; anksiyete

bozukluklarının prevalansı %10,5 bulunmuş, yapılan araştırmalara göre de bu bozukluğun kadınlarda daha sık görüldüğü kabul edilmiştir (87). Ayrıca anksiyete şikayetlerinin gebelik döneminde yükseldiği bilinen bir gerçektir.

Araştırmaya katılan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Gebelerin 33'ü (%54,1) 30-35 yaş grubundadır. Literatürdeki çalışmalarla elde edilen bulgunun karşılaştırılması durumunda paralellikten bahsedilmesi mümkündür (Moerman ve diğerleri 1996; Domar, Everett ve Keller 1989). Doğal olarak, yaş ve operasyon öncesi anksiyeteye yönelik birbirinden farklı sonuçlar elde edilebilmektedir (88, 86).

Gebeler karşılaştırıldığında durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemekte ($p>0.05$), eğitim düzeylerine göre benzer özellik göstermektedir. Operasyona girecek olacak bireylerin eğitim düzeylerinin yüksek olmasının preoperatif bilgilendirme ve eğitimlerden daha iyi verim almalarını etkiliyor olduğu belirtilmiştir (Taşdemir ve ark. 2013). Bu açıdan, eğitim düzeyi arttıkça anksiyete düzeyinin azalması beklenilebilmektedir. Çalışma kapsamında liseden daha düşük düzeyde eğitim almış olan bireyin var olmaması anlamlı düzeyde farklılaşmanın saptanmamış olmasını etkileyebilmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça operasyona yönelik farkındalığın arttığı gerekçesiyle yaşanan anksiyetenin daha yoğun olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (Caumo vd. 2001). Görüldüğü üzere eğitim durumu ve preoperatif anksiyeteye yönelik birbirinden farklı sonuçlardan bahsetmek mümkündür(39,89).

Araştırmaya katılan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları ile gelir durumları arasında anlamlı bir farklılık yoktur. %55,7 sinin geliri giderine denktir. Sertbaş (1998) çalışmasında, doğum öncesi dönemde gelir durumu yüksek olan bireylerde düşük oranda kaygı yaşandığını ve gelir durumu ile durumluk kaygı arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu saptamıştır. Bu sonuç ile çalışmamız arasında farklılık vardır. Mali sıkıntılar ebeveynlerin doğum ve doğum öncesi duruma ilişkin endişe yaşamalarına neden olabilmektedir (84).

Araştırmaya katılan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının hastaneye geliş nedeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

İlgili konuya yönelik çalışmalarda, operasyon geçirecek hasta için, ailesi/yakınları için de sağlık profesyonelleri için de etkileşimlerinin anksiyete üzerinde olumlu etkilerinden bahsedilmektedir (Uslu, 1996; Horn ve Tesh, 2000). Bu açıdan değerlendirildiğinde, doktora sürekli geliyor olma, kontrolleri ihmal etmeme ve aile ilişkilerinin kuvvetli olması önemli faktörler olarak ön plana çıkmaktadır (90, 91). Bu çalışmada kontrol için sağlık kuruluşuna gitme ile durumluk anksiyete arasında anlamlı düzeyde bir ilişki göze çarpmamıştır. Bunun yanı sıra, kontrole az sayıda gitmiş olma hali yaşanan problemlerin azlığını da göstermiş olabilir. Dolayısıyla anksiyete problemsiz geçen gebeliğe bağlı düşük ifade edilebilir.

Kocaları ev işlerine ve bebek bakımına yardım eden kadınların depresyona yakalanma sıklığı, iletişim sorunu yaşayan çiftlere göre daha azdır (91). Bu sonuç bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir; eşinin ev işinde kendisine yardımcı olma durumu orta derecede yardımcı oluyor olanların durumluk anksiyete ölçeği puanları ($37,391 \pm 7,228$), çok yardımcı oluyor olanların durumluk anksiyete ölçeği puanlarından ($32,083 \pm 6,386$) yüksek bulunmuştur. Eşinin ev işinde kendisine yardımcı olma durumu az yardımcı oluyor olanların durumluk anksiyete ölçeği puanları ($41,200 \pm 10,768$), çok yardımcı oluyor olanların durumluk anksiyete ölçeği puanlarından ($32,083 \pm 6,386$) yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde, eşinin ev işinde kendisine yardımcı olma durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. En yüksek durumluk anksiyete ölçeği az yardımcı olan eşe sahip olanlarda iken, en düşük düzey çok yardımcı olan eşe sahip kadınlardadır. Böylelikle, eşin yardımcı oluyor olmasının kadın için rahatlatıcı bir etken olduğu düşüncesi ifade edilebilir.

Çalışmada, bulgular incelendiğinde, anneliğe hazır olmayan gebelerin durumluk anksiyete ortalamaları incelendiğinde sonucun genel ortalama ile farklı çıkmadığı dikkat çekmektedir. Gebelik yaşının gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisini inceleyen Babadağlı (2008) da benzer bir sonuç elde etmiştir (92).

Arslan'ın çalışmasında, çalışmaya katılan gebelerin meslekleriyle durumluk anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı farklılık gözlenmiş, ev hanımlarında puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu durum bizim bulgularımızla farklılık göstermiş, çalışmaya katılan gebelerin meslekleri ile durumlukanksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Shevde ve ark. yaptıkları çalışmada ise mesleğin

durumluk anksiyete derecesini etkilemediğini bildirmişlerdir. Bu durum çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir (93).

Gebelerin doğum sonrası işe başlamayı düşünme durumu ile durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur($p>0.05$). Yaptığımız çalışmada çalışan gebelerin %90,9'unun tekrar doğum sonrası 3-6 ay ya da 1 yıl sonra tekrar işe başlayacağı, %9,1'inin ise işe geri dönmeyeceği bulunmuştur.

Literatüre çocuk sahibi olan yani daha önceden doğum yapmış gebelerin depresif niteliklerinin daha yüksek, anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (Karaçam, Ançel 2009). Burada deneyimlenmiş olduğu sebebiyle doğumun ve bebeğin bakımının anksiyete yaratmadığını düşünmek mümkündür. Artan sorumlulukların depresyonu arttırdığı düşünülebilir. Bu çalışmadan elde edilen ilgili sonuçlar, istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmasa da çocuk sahibi olmayan dolayısıyla ilk gebeliğini yaşayan annelerin daha yüksek anksiyeteye sahip olduğunu göstermektedir. Akbaş ve diğerlerinin (2006) gerçekleştirdikleri bir çalışmada ilk gebeliğini yaşayanlarda daha fazla durumsal anksiyete ifade edildiği görülmektedir (94, 95).

Bu araştırmaya katılan gebelerin %84'ü hiç düşük yapmamışken, %16'sı en az bir kez düşük yapmıştır. Literatürde, Kılıçarslan ve meslektaşlarının (2008) gerçekleştirdiği bir diğer çalışmada en az bir kez kendiliğinden düşük oranı %12,1 olarak ifade edilmiştir. Bu açıdan oranların benzer olduğu düşünülebilir. Düşük yapmış olma durumsal anksiyeteyi arttıran bir faktör olarak gözlemlenmiştir (74).

Araştırmada, durumluk anksiyete düzeyinin gebe kalmayı isteyip istememe doğrultusunda nasıl değiştiği incelendiğinde, anlamlı düzeyde bir farklılaşma olmadığı saptanmıştır. Literatürde, istenmeyen gebeliklerin önemli bir depresyon ve anksiyete sebebi olduğu belirtilmiştir (Gözüyeşil ve ark. 2008; Sequin, St-Denis ve Laisella 1995). Konuyla ilgili çalışmalarda gebelikte anksiyete durumunu etkileyen önemli faktörler arasında annenin gebeliğini planlanmış olması ve dolayısıyla hazır olmasından bahsedildiği dikkat çekmektedir(Özkan 2000). Sertbaş (1998) çalışmasında, gebeliği isteme durumu ile doğum öncesi kaygı arasında anlamlı fark bulunduğunu ve gebeliğini istemeyen kadınlarda durumluk anksiyete ölçeğinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bu açıdan, elde edilen bulguların literatürden farklılık gösterdiğini söylemek mümkündür. Çalışmanın, genel olarak isteyerek hamile kalmış olan gebelerden oluşması bu sonucu etkileyen bir durum olarak değerlendirilebilir. İstatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmasa

da, plansız hamilelikte durumluk anksiyete oranı planlı olanlara nazaran yüksek bulunmuştur (96,97,98,99).

Hamilelikte yaşanan sorunların bebeği kaybetmeye yönelik kaygıyı arttıracığından durumluk anksiyete ölçeğini etkilemesi de beklenmiştir. Çalışmamızda sorun yaşayan annelerin durumluk anksiyete düzeyi yaşamayanlara göre yüksek olsa da sonuç anlamlı değildir. Gözüyeşil (2008) Karaçam ve Ançel (2009) de benzer şekilde sorun yaşamış olmanın anksiyeteyi arttırıcı etkisinden bahsetmişlerdir. Bu açıdan, benzer çalışmaların arttırılarak literatürde karşılaştırılabilecek veri toplanması önem taşımaktadır (96, 94).

Gebelerin eşleriyle uyumlu olma durumlarına bakıldığında %87,5'inin eşleriyle her zaman uyumlu oldukları, %0,7'sinin eşleriyle uyumsuz olduğu ve %11,8'inin bazen uyumlu olduğu bulunmuştur. Sorias önemli sorunlarını eşiyile paylaşan, annelik rolü eş tarafından onaylanan kadınların yeni rollere uyumda daha uyumlu olduklarını belirtmiştir (Sorias, 1988). Araştırma bulgularında da eş uyumu yüksek oranda bulunmuştur. Bu sonuç çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Gebelerin %96,7' sinin eşiyile uyumlu olduğu, %3,3' ünün uyumsuz olduğu görülmüştür. Bakıcı çalışmasında sosyal ağda ilk üç sıradaki kişileri incelemiş, birinci sırada %88,7'sinin eş, %11,3'ünün annesinin olduğunu belirlemiştir (Bakıcı, 1999). Çalışmada gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının gebelik süresince eşiyile uyumlu olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan araştırma sonucunda anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (100, 101).

Gebelerde bebeğin bakımında yardımcı olacak birinin olmasının durumluk anksiyeteyi etkileyici bir durum olarak görülmesi beklenen bir durumdur. Gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları ele alındığında bebeğin bakımında yardımcı olacak kimsenin olma durumuna göre anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Araştırmamızda gebelerin %97' sinin sosyal güvencesi bulunduğu tespit edilmiştir. Balcı ve meslektaşlarının (2005) gerçekleştirdikleri araştırmada gebelerin yaklaşık %96'sının sosyal güvencesi olduğunu belirttikleri görülmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, var olan sosyal güvencenin ileriye dönük kaygıyı azaltabileceği düşünülebilir. İstatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmasa da sosyal güvencesi olanların olmayanlara nazaran daha düşük düzeyde anksiyetetarif ettikleri görülmektedir (102).

8.SONUÇ

Epidural sezaryende standart ve planlanmış ameliyat öncesi hasta eğitiminin anksiyete düzeyine etkisini değerlendirmek, anksiyete düzeyine etki eden sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri, gebelikte yaşanan deneyimleri saptamak amacı ile özel bir hastanenin yatan hasta katında gerçekleştirilen çalışmada elde edilen veriler incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırma kapsamına alınan gruplarda gebelerin yaş ortalamalarının, eğitim durumlarının, evlilik sürelerinin, mesleklerinin, çalışma durumlarının, doğum sonrası işe başlamayı düşündüğü zamanın, bugüne kadar en çok yaşadığı yerin, sosyal güvencesi olma durumlarının ve ailelerinin gelir durumlarının benzer özellikte olduğu aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
- Her iki gruptaki gebelerin obstetrik özelliklerinin ele alındığında; gebelerin cinsel yolla bulaşan hastalıkları olma durumu, gebelikte alınan kilo, gebelerin boyu, çocuk sahibi olma durumu, gebelikte yaşanan düşük, kürtaj durumu, gebe kalmayı isteme durumu ve gebeliği planlama durumu, gebelikte geçirdiği sorunlar incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların benzer özellikler taşıdığı gözlenmiştir ($p>0.05$).
- Gebelerin gebeliği boyunca sağlık kuruluşuna gitme sayısı, rahatlamak için kendine zaman ayırma, kendilerini anneliğe hazır hissetme, gebelik süresince eşi ile uyumlu olma, bebeğin bakımında yardımcı olacak kimsenin olması, gebelik süresince doğumla ilgili bilgi alma ve aldığı bilgiyi yeterli bulma durumu incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak bir fark olmadığı grupların homojen dağılım gösterdikleri bulunmuştur ($p>0.05$).
- Grupların sezaryen endikasyonları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı grupların benzer özellik gösterdiği belirlenmiştir($p>0.05$). Grupların %19,6' sı isteğe bağlı sezaryen, %18'i baş pelvis uyumsuzluğu, %9,8'i eski sezaryen, %15' i kontraksiyon, %8,2'si miad aşımı, %16,3'ü erken doğum tehdidi, %6,5'i çoğul gebelik,%1,6' sı erken membran rüptürü ve %3,2'si poche açılması sebebi ile sezaryen oldukları görülmüştür.

- Epidural sezaryen ameliyatı olacak olan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.000$). Kontrol grubu epidural sezaryen ameliyatı olacak olan gebelerin durumluk anksiyete düzeyi ($X=41,76\pm6,611$ puan), deney grubu epidural sezaryen olacak gebelerin durumluk anksiyete düzeyinden ($X=29,72\pm4,171$ puan) yüksek olduğu hesaplanmıştır.
- Gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur($p>0.05$). Yaş gruplarına göre durumluk anksiyete puan ortalamaları benzer özellik göstermektedir.
- Grupların durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları ile eğitim durumları karşılaştırıldığında grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur($p>0.05$).
- Araştırmaya katılan gebelerin gelir durumları ile durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak bir fark olmadığı saptanmıştır($p>0.05$).
- Sezaryen endikasyonu ile durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırılması ele alındığında grup ortalamaları arasında istatistiksel bir fark olmadığı görülmüştür($p>0.05$).
- Araştırmaya katılan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının gebeliği boyunca kontrol için sağlık kuruluşuna gitme sayısı açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan istatistik analizi sonucunda grup ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).
- Gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının eşinin ev işinde kendisine yardımcı olma durumu açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir($p<0.05$). Buna göre; eşinin ev işinde kendisine yardımcı olma durumu orta derecede yardımcı oluyor olanların durumluk anksiyete ölçeği puanları ($37,391 \pm 7,228$), çok yardımcı oluyor olanların durumluk anksiyete ölçeği puanlarından ($32,083 \pm 6,386$) yüksek bulunmuştur. Eşinin ev işinde kendisine yardımcı olma durumu az yardımcı oluyor olanların anksiyete ölçeği puanları ($41,200 \pm 10,768$), çok yardımcı oluyor olanların anksiyete ölçeği puanlarından ($32,083 \pm 6,386$) yüksek bulunmuştur.

- Gebelerin anksiyete ölçeği puan ortalamaları kendini anneliğe hazır hissetme durumu açısından incelendiğinde grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).
- Araştırmaya katılan gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları meslek durumu açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).
- Doğum sonrası işe başlamayı düşündüğü zaman ile durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
- Araştırma kapsamındaki gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).
- Daha önce düşük yaşama durumu ile durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).
- Gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının gebe kalmayı planlama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının hamilelik süresince geçirdiği sorun olma durumuna, gebelik süresince eşiyile uyumlu olma durumuna ve bebeğin bakımında yardımcı olacak kimsenin olma durumuna göre anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).
- Sosyal güvencenin durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması yapıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı grupların benzer özellik gösterdiği bulunmuştur ($p>0.05$).
- Epidural sezaryen ameliyatı öncesinde hastalara verilen planlanmış eğitim hastaların ameliyat öncesi dönemdeki durumluk anksiyete düzeylerini etkiler hipotezi kabul görmüştür.

Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda;

- Hastanelerde plansız gerçekleştirilen preoperatif eğitimin sistematik ve planlı bir şekilde hemşirelik uygulamaları arasında yerini alması,
- Hastaya ameliyat öncesi özel zaman ayırmak, onunla birebir konuşmak, duygu ve düşüncelerini açıklaması için fırsat vermek,
- Ameliyat öncesi bilginin ve uyulması gereken talimatların yazılı olarak hastalara verilmesi,
- Destek kişisi bulunan gebelerde düşük düzeyde kaygı yaşanması nedeniyle, doğum öncesi eğitim programlarına gebe ve aile üyelerinin aktif katılımının sağlanması,
- Ameliyat öncesi dönemde etkili bir eğitim ve danışmanlık yaklaşımının hasta bakım planına dâhil edilmesi önerilir.

9.TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez dönemim süresince değerli bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez danışmanım olarak çalışmamı yönlendiren kıymetli hocam Yrd. Doç. Dr. Feride YİĞİT'e sonsuz saygı ve şükranlarımı sunarım.

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman yanımda olan ve beni destekleyen Yasin CEYLAN' a, her türlü destek ve yardımlarını esirgemeyen aileme katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Ayrıca iş hayatıma devam ettiğim ve çalışmamı gerçekleştirdiğim kurum ve çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

10.KAYNAKLAR

1. Karadakovan A, Aslan Eti F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana, Nobel Kitabevi, 2010.
2. Kaya H. Hemşirelik Öğretimi. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. İstanbul, 2009.
3. Kırbıyık E. Abdominal Stomalarda Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı. Stoma Hemşireliği Sempozyumu. İstanbul, 2011.
4. Altuğ S. Sezaryenle Doğum Yapacak Annelerle Ameliyat Öncesinde Kurulan Eğitsel İlişkinin Ameliyat Sonrası Rehabilitasyonun Başarısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1988.
5. Cimilli C. Cerrahide Anksiyete. *KlinikPsikiyatri Dergisi*, 2001, 4:182-186.
6. Postacıoğlu Z. Prostat Ameliyatı Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Bakımına İlişkin Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1995.
7. Bektaş E. Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercihi ve Nedenleri ile İlgili Anket Çalışması. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
8. Gül N. Normal Doğum ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyon Yönünden Karşılaştırılması. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
9. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ. Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy. In: Williams Obstetrics. 2001, 537-565.
10. Hut F. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 2000-2004 Yıllarında Gerçekleşen 6727 Doğum Vakasının Restrospektif Analizi ve Sezaryen Oranları. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.
11. Şahin H. N. Seksio-Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009, 2(3).
12. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Enstitüleri Enstitüsü. Ankara, 2008. www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa_2008/analizrapor.htm. Erişim Tarihi: 15.06.13.

13. Çağlayan E.K, Kara M, Güral Y.C. Kliniğimizde Sezaryen Operasyonlarında Görülen Komplikasyonlar ve Olası Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2011, 7(2):65-68.
14. Purtuluoğlu T, Berksun, Teksöz E, Dere K, Şen H, Yen T, Dağlı G. Elektif Sezaryen Uygulanan Olgularda Genel ve Spinal Anestezinin Maternal ve Fetal Etkilerinin Karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2008, 50:91-97.
15. David L. Brown. Spinal, Epidural and Caudal Anesthesia. İn: Miller RD (ed). Anesthesia 5th. edition. Pennsylvania: Churchill Livingstone, 2000.
16. Demirtaş Ö. Elektif Histerektomilerdeki Epidural Anestezi Uygulamalarında Levobupivakain ve Bupivakainin Etkilerinin Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.
17. Kayhan Z. Klinik Anestezi 2.Baskı. İstanbul, Logos Yayıncılık Tic. A.Ş, 1997.
18. Erdine S. Sinir Blokları 1.Baskı. İstanbul, Emre Matbaacılık, 1993.
19. Beksaç M. S, Demir N, Koç A, Yüksel A. Sezaryen. Obstetrik Maternal-Fetal Tıp & Prenatoloji. Ankara, Nobel Kitabevi, 2001.
20. Atkinson RS, Rushman GB, Alfred Lee J. 1th. Edition. Oxford, Butterwort Heinemann, 1993.
21. Tükel R, Akın T. Anksiyete Bozuklukları. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006.
22. Stone MH. Healing the Mind: A History of psychiatry from antiquity to the present. New York, Norton & Company, 1997.
23. Kocabaşoğlu N. Stres ve Anksiyete. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. *İstanbul Üniversitesi Cerrah Paşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi*. 2005, 47:181-198.
24. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. Psikolojinin Temel Kavramları 8. Basım. İstanbul, Kaygı Remzi Kitapevi, 1988.
25. Karayurt Ö. Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1997.
26. Ançel G. Cerrahi ve Dahili Hastalıklarda Anksiyete ve Hemşirelik Yaklaşımı 1.Basım. Hemşirelik Bakım Planları. Ankara, Birlik Matbaası, 2007.

27. Köknel Ö. Korkular Takıntılar Saplantılar. İstanbul, Altın Kitaplar Basımevi, 1990.
28. Mongan MF. Hypno Birthing the Mongan Method Third edition. America, Health Communications Inc., 2005.
29. Dick-Read G. Child Birth Without Fear. The Principles and Practice of Natural Child Birth Second Edition. UK, Pinter and Martin Ltd, 2004.
30. Öner N, Le Compte A. Durumluk Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı 2.Baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 1998.
31. Akdağ A. Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Psikoloji AD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2001.
32. Pektekin Ç. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı.(Ed.). İstanbul, Kum N. Birlik Ofset Ltd. Şti., 1996.
33. Aydemir Ö, Bayraktar E, Özmen E. Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997.
34. Işık E, Taner YI. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Golden Print, 2006.
35. Kayhan C. Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetinin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkisinin İncelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2003.
36. Özgel K, Sağduyu A, Özmen E, Boratav C. Genel Tıpta Ruhsal Bozukluklar. İstanbul, 1999.
37. Kubzansky LD, Kawachi I, Spiro A. At All. Is Worry Bad For Your Heart? *Circulation*. 1997, 95(4): 818-814.
38. Dönmez C.Y. Kaliteli Preoperatif Hemşirelik Bakım Skalası (good perioperative of nursing care scale)'nın Türk Hemşire ve Hastaları İçin Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, Doktora Tezi, İzmir, 2006.
39. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz N.M, Çertuğ A. Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye. *Turk J Anaesth Reanim*. 2013, 41: 44-9.

40. Aksoy G. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hasta Bakımında Sosyal Faktörlerin Rolü ve Hemşirelik Hizmetlerinin Yeri. İstanbul Üniversitesi. Doktora Tezi, İstanbul, 1982.
41. Toksal M. Preoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelerden Beklentilerinin Araştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları AD, Yüksek Lisans Tezi, 2005
42. Türk Dil Kurumu. Türkçe Sözlük. Ankara, Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1983.
43. Henderson V. The Nature of Nursing: a Definition and its Implications for Practice and Education. New York, Macmillan, 1996.
44. Dinç L. Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü. *Ankara Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2010, 74-82.
45. Yangözü Y, Sezer G, Gürsoy İ.K. Cerrahi Hastasında Hemşirelik Süreci. İstanbul Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi. Cerrahi Hastalıkları AD, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, 2012.
46. Çakır A, Güneş C. Özel Bir Hastanede Kadın Doğum Servisi ve Doğumhanede Yatan Hastalara Hemşireler Tarafından Yapılan Bakım Planlarının İncelenmesi. İstanbul, 2012.
47. Birol L. Hemşirelik Süreci-Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. İzmir, Taki Matbaacılık, 1997.
48. Kaleli N. Preoperatif ve Postoperatif Dönemde Hemşirelik Bakımı. www.konyanumune.gov.tr , Erişim Tarihi: 08.02.13.
49. Metin B, Akın A, Güngör İ. Dünya Sağlık Raporu. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Daire Başkanlığı, 2000.
50. Anne Ölümleri İzleme Çalışması. www.saglik.gov.tr, Erişim Tarihi: 02.11.13.
51. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1992.
52. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2009.
53. Özer C, Şahin M.E, Dağdeviren N, Aktürk Z. Birinci Basamakta Sağlık Eğitimi. Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği AD. *Sted*. 2002, 11(1):11-14.
54. Brucoliere T. How to Make Patient Teaching Stick. *Rn:Mantuale*. 2000, 63(2):34-83.
55. Taşocak G. Hasta Eğitimi. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, 2003.

56. Uzun Ö. Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi. Atatürk Üniversitesi. *İstanbul Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000, 3(2):36-45.
57. Şirin A, Kavak O, Ertem G. Doğumhane Stajına Çıkan Öğrencilerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2003, 7(1):27-32.
58. Kartopu S. Lise Öğrenci ve Öğretmenlerinin Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 2012, 17:2, 147-170.
59. Vaughn F, Wichowski H, Bosworth G. Does Preoperative Anxiety Level Predict Postoperative Pain? *AORNJ*. 2007, 85(3):589-604.
60. Köşgeroğlu N, İlhan H. Çocuk, Cerrahi ve Aile. *Hemşirelik Formu*. 2000, 3(1):35-38.
61. Kölgeliler S, Demir Arslan H, Ktaş B, Güler G. Gebelerde Toxoplazma Gondi Seroprevalansı. *Dicle Tıp Dergisi*. 2009, 36 (3):170-172.
62. Bilgiç D, Güler H. Erken Emzirmenin Anne Bebek Arasındaki Etkileşime ve Plasentanın Doğumuna Olan Etkisinin İncelenmesi. *VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri*. Erzurum, 1999, 203-207.
63. İnce N, Tümerdem Y. İstanbul'da Annelerin Emzirme Bilgi ve Davranışları. 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Didim, 1994, 64-67.
64. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara, Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003.
65. Brown MA. Social Support During Pregnancy: A Unidimensional or Multidimensional Construct? *Nurs Res*. 1986, 35:4-9.
66. Maloni JA, Cheng CY, Liebl CP, Maier JSM. Transforming Prenatal Care: Reflections On The Past and Present With Implications for The Future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996, 25: 17-23.
67. Turan N, Dokgöz H. Çocuk Anneler. *Adli Tıp Bülteni*. 2007, 12(3):136-141.
68. Küçük E, Can G, Topbaş M. Giresun 1 No' lu Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonu Bakım Alma Sıklığı. 9. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı*. 2004, 247-52.
69. Ejder S. Amniyosentez Uygulanan Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007, 45-58.
70. Akbaş E, Vırit O, Kalenderoğlu A, Savaş H.A, Sertbaş G. Gebelikte Sosyo-demografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2008, 45(3):85-91.

71. Er S. ‘Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması’. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006, 58-71.
72. Lopez A, Murray C. Dünya Sağlık Raporu 2002. Risklerin Azaltılması, Sağlıklı Yaşamın Geliştirilmesi. <http://boks.google.com.tr/boks>. Erişim Tarihi: 11.07.13.
73. Samur G. Obezite ve Gebelik. Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Ankara, 2008, 7-16.
74. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri, Yaşam Kalitesi, Kaygı Düzeyleri. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi. Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, 2008.
75. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği. Ankara, 2008.
76. Altınparmak S. Gebelerde Sosyo-demografik Özellikler, Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2006, 5(6):416-23.
77. Ersoy H, Sarı O, Aydoğan Ü ve ark. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Hipertansiyon Sıklığı. *Turk Neph Dial Transpl*. 2011, 20(2):187-191.
78. Çulha G, Ocaktan E, Çöl M. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Hipertansiyon Araştırması. *Türkiye Klinikleri J MedSci*. 2010, 30(2):639-649.
79. Tazegül A, Şimşek B. Gebelikte Tiroid Hastalıkları. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD. *Selçuk Tıp Dergisi*. Konya, 2010, 26(2):63-67).
80. Akalın S, Arslan M, Başkal N. ve ark. Diyabetüs Mellitus ve Gebelik. Diyabetüs Mellitus 2000. Ed: C.Yılmaz, M.T. Yılmaz, Ş. İmamoğlu. İstanbul, Gri Tasarım, 2000.
81. World Health Organization . Unicef, Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities. An Analyzes of Trend, Levels and Differentials. Geneva, 2003.
82. Oktay P, Gemalmaz A, Beşer E ve ark. Aydın’da Bir Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Form 005- Gebe- Loğusa İzleme Fişlerinin Değerlendirilmesi. *İnönü Tıp Fakültesi Dergisi*.2005, 12(1):31-35.

83. Mercer T.R. ve Ferketich, L.S. "Effect of Stress on Family Functioning During Pregnancy". *Nursing Research*. 1988, 37(5):268-278.
84. Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Hemşireler Dergisi*. 1998, 48(6):16-19.
85. Karakuş A, Şahin N.H. Women's Opinions and Perceptions to Ward Birth Methods After Birth The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, DOI: 10.1080/13625180801973213; URL: <http://dx.doi.org/10.1080/13625180801973213>.
86. Domar AD, Everett LL, Keller MG. Preoperative Anxiety: Is it a predictability? *Anesth Analg*. 1989, 69:763-7.
87. Berksun E.O. Anksiyete Bozuklukları. Ankara, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 2005.
88. Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Anesth Analg*. 1996, 82:445-51.
89. Caumo W, Schmidt AP, Bergmann J. Risk Factors for Preoperative Anxiety in Adults. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2001, 45:298-307.
90. Uslu, E. Psikiyatri Kliniğinde Hasta Ziyaretleri. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı. Sivas, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1996.
91. Horn, E.V, Tesh A. The Effect of Critical Care Hospitalization on Family Members, *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2000, 19(1).
92. Babadağlı B. Gebelik Yaşının Gebelikte Yaşanan Fizyolojik ve Psikolojik Değişikliklere Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008, 11: 3; 96-105.
93. Arslan B. Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyo-demografik Özellikler. Aile Hekimliği AD, Uzmanlık Tezi, Isparta, 2003.
94. Karaçam Z, Ançel G. Depression, Anxiety and Influencing Factors in Pregnancy: A Study in a Turkish Population. *Midwifery*. 2009, 25(4):344-356.
95. Akbaş E. 'Gebe Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyal Destek ile İlişkisinin İncelenmesi'. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2006 .
96. Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008, 3(9):39-66.

97. Sequin L, St-Denis M, Laisella J. Chronic Stressor, Social Support and Depression During Pregnancy. *Obstet-Gynecol.* 1995, 85:583-8.
98. Özkan S. Hamilelik, Doğum ve Ruh Sağlığı. *V.Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongresi.* 1998,36-50.
99. Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemlerde Durumluk Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, İzmir, 1988.
100. Sorias O. “Sosyal Destekler ve Ruh Sağlığı”. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.*1988, 27(13):359-362.
101. Bakıcı A. “Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sorunların Saptanması ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi”. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İzmir,1999, 50-56.
102. Balcı E, Gün İ, Özçelik B, Öztürk A. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerin Sevk ve Sağlık Ocaklarını Kullanma Durumu. *Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2005, 14(2): 91-6.

EKLER

EK – I




T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/283
KONU: Anket hk.

TARİH :20/11/2013

ACIBADEM MASLAK HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Esra DEMİRCAN, Yard. Doç. Dr. Feride YİĞİT'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Epidural Sezaryanda Standart ve Planlanmış Ameliyat Öncesi Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını ilâşikte belirtilen anket formunu uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.


Prof. Dr. Vildan KARPUZ
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

EK – II

ACIBADEM

T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE
27.11.2013

İLGİ: 50400462 / 283
KONU: ANKET HK.
SAYI: MAS.B.GD.KK.2013 / 1736

Büyükdere Cad. Darüşşafaka Mah. No:40 Maslak / İst. Adresinde faaliyet gösteren Özel Acıbadem Maslak Hastanesi Hemşirelik hizmetleri bölümünde çalışan hemşiremiz Esra Demircan'ın yüksek lisans programı tez danışmanlığını yürüttüğü "Epidural Sezaryanda Standart ve Planlanmış Ameliyat Öncesi Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi" ile ilgili hastanemizde gözlem yapması uygundur. Bilgilerinize sunarız.

Saygılarımızla;

Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu
Başhekim - Mesul Müdür



EK – III

Anket No:

İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte yüksek lisans programına devam etmekteyim. **‘Epidural Sezaryende Standart ve Planlanmış Ameliyat Öncesi Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi’** amacıyla planladığım çalışmamda yer alan soruların cevapları bireysel değerlendirilmeyip, genel bir değerlendirme ile bilimsel bir amaca hizmet etmek için kullanılacaktır ve veriler gizli kalacaktır. Bu çalışmamda sadece bilimsel amaç esas alınmıştır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Esra DEMİRCAN

VERİ TOPLAMA FORMU

1. Doğum yılınız?.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

İlkokul Ortaokul Lise ve Dengi Üniversite/yüksekokul

Diğer.....(yazınız)

3. Medeni durumunuz nedir?

Evli Bekar Boşanmış Diğer.....(yazınız)

4. Kaç yıllık evlisiniz?.....(yazınız)

5. Mesleğiniz nedir?

Ev Hanımı Memur İşçi Serbest Meslek Diğer.....(yazınız)

6. Çalışıyor musunuz?

Evet Hayır

Yanıtınız ‘ Evet’ ise;

7.Doğum sonrası ne zaman işe başlamayı düşünüyorsunuz?

1-3 Ay 3-6 Ay 1 yıl sonra Düşünmüyorum

8. Bugüne kadar en çok yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?

Büyük Şehir Şehir İlçe Köy

9. Sosyal güvenceniz var mı?

Evet Hayır

10. Evinizde kimlerle yaşıyorsunuz?

Eşim ve çocuklarımla (çekirdek aile)

Eşim, çocuklarım ve yakın akrabalarımla (geniş aile)

11. Ailenizin gelir durumu sizce nasıldır?

Gelir giderden az Gelir gidere denk Gelir giderden fazla

12.Cinsel yolla bulasan hastalık öykünüz var mı?

Evet Hayır

13. Son adet tarihiniz?.....(yazınız)

14. Boy Gebelikte kaç kilo aldınız?

15. Bu gebelik kaçınıcı gebeliğiniz?

Bir İki Üç Dört Beş ve üzeri

16.Daha önce düşük yaşadınız mı?

Evet ise;(adet) Hayır

17. Daha önce kürtaj yaşadınız mı?

Evet ise;(adet) Hayır

18. Yaşayan çocuğunuz var?

Evet ise; Hayır

Bir İki Üç Dört Beş ve üzeri

19. Gebe kalmayı planlamış mıydınız?

İstmeden gebe kaldım.

İsteyerek gebe kaldım.

İstmeden gebe kaldım ama şu anda bebeğimi istiyorum.

20.Hamilelik süresince geçirdiğiniz sorun var mı?

Evet ise;(yazınız) Hayır

21. Gebelikte rutin tanı işlemlerinizi yaptırdınız mı?

- USG
 Fetal Biyometri
 OGTT
 İkili/üçlü test

22. Gebelikte invaziv tanı işlemleri yaptırdınız mı?

- Amniyosentez(nedeni yazınız)
 Kordosentez(nedeni yazınız)
 CVS(nedeni yazınız)
 Fetal Kan Değişimi(nedeni yazınız)

24. Geliş nedeniniz?

- Kontraksiyon Nişane Dilatasyon Efasman
 Anneye ait kronik hastalık Poche Miad aşımı
 Erken membranrüptürü Erken doğum tehdidi Baş pelvis uygunsuzluğu
 Eski sezaryen Çoğul gebelik İsteğe bağlı sezaryen

İlk gebeliğiniz ise 27. Soruya geçiniz.

25. Önceki gebeliğinizde prematüre doğum öyküsü var mı?

- Evet Hayır

26. Önceki sezaryen endikasyonu var mı?

- Evet Hayır

27. Gebeliğiniz boyunca kontrol için toplam kaç kez sağlık kuruluşuna gittiniz?

- Bir İki Üç Dört Beş ve üzeri

28. Eşiniz size ev işlerinde yardımcı oluyor mu?

- Çok yardımcı oluyor Orta derecede yardımcı oluyor
 Az yardımcı oluyor Hiç yardımcı olmuyor

29. Gebe kaldığımdan beri, kendimi rahatlatmak için bazı şeyler yapmaya (yürüyüş, masaj, müzik dinlemek, el isi) zaman ayırıyorum.

- Evet Hayır

30. Kendinizi anneliğe hazır hissediyor musunuz?

- Evet Hayır Kararsızım

31. Gebelik sürecinde eşinizle uyumlu muydunuz?

Evet Hayır

32. Doğumdan sonra bebeğin bakımına yardım edecek kimseniz var mı?

Evet ise kim?.....(yazınız) Hayır

33. Gebeliğiniz süresince doğumla ilgili bilgi aldınız mı?

Evet ise aldığınız bilgiyi yeterli buluyor musunuz?.....(yazınız)

Hayır

34. Epidural Sezaryen olma kararınızda kim etkili oldu?

Doktor Anestezi Doktoru Yakın çevredeki arkadaşlar

Diğer(yazınız)

DURUMLUK ANKSİYETE ENVANTERİ

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 sarf etmeksizin 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) |