



T.C.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SEZARYENDE VERİLEN DUYGUSAL DESTEĞİN
AĞRI, ANKSİYETE VE CERRAHİ KORKU ÜZERİNE ETKİSİ**

ZEYNEP DAŞAN

0009-0004-0996-7506

EBELİK BÖLÜMÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SİVAS

TEMMUZ-2024

T.C.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SEZARYENDE VERİLEN DUYGUSAL DESTEĞİN
AĞRI, ANKSİYETE VE CERRAHİ KORKU ÜZERİNE ETKİSİ**

ZEYNEP DAŞAN

EBELİK BÖLÜMÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. ŞÜKRAN ERTEKİN PINAR

SİVAS-2024



Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 2023 tarihli ve 2/9 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana rehberlik eden değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Şükran ERTEKİN PINAR'a,

Beni bu zorlu yolda yalnız bırakmayan sevgili aileme teşekkür ederim.

Zeynep DAŞAN

ÖZET

SEZARYENDE VERİLEN DUYGUSAL DESTEĞİN AĞRI, ANKSİYETE VE CERRAHİ KORKU ÜZERİNE ETKİSİ

Zeynep DAŞAN

Yüksek Lisans Tezi, Ebelik Ana Bilim Dalı

Doç. Dr. Şükran ERTEKİN PINAR

2024, xii, 73 sayfa

Araştırma sezaryende verilen duygusal desteğin ağrı, anksiyete ve cerrahi korku üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile randomize kontrollü deneysel tipte yapılmıştır. Veriler 1 Temmuz-31 Aralık 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın örneklemini Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde planlı sezaryen ameliyatı ve spinal anestezi uygulanmış olan 130 kadın (deney grubu=65, kontrol grubu=65) oluşturmuş, araştırma doğuma yönelik duygusal destek verilen ve verilmeyen kadınlarla yürütülmüştür. Sezaryen öncesinde, sezaryen sırasında ve sonrasında araştırmacı tarafından kadınlara duygusal yönden destek uygulanmıştır. Araştırmada ön test ve son test olmak üzere iki izlem yapılmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Visual Analog Skala, Durumluk Kaygı Envanteri, Cerrahi Korku Ölçeği, Doğum sonrasında uygulanan Duygusal Desteğin Değerlendirilmesi Formu kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmada gruplar arası karşılaştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların ön testte Visual Analog Skala puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$), son testte ise farklılık olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır. Duygusal destek sonrası ölçülen son testte ise gruplar arasında Durumluk Kaygı Envanteri puanları, kısa dönem, uzun dönem ve toplam Cerrahi Korku Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Duygusal destek sonrası kadınların; ağrı düzeyleri artarken, anksiyete ve cerrahi korku düzeyleri azalmış, doğumda duygusal desteğe ilişkin memnuniyetleri artmıştır. Duygusal destek uygulanmayan kadınların ise anlamlı düzeyde ağrı, anksiyete ve cerrahi korku düzeyleri artmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen, Duygusal Destek, Ağrı, Anksiyete, Cerrahi Korku, Ebelik.

ABSTRACT

THE EFFECT OF EMOTIONAL SUPPORT GIVEN DURING CAESAREAN ON PAIN, ANXIETY AND FEAR OF SURGERY

Zeynep DAŞAN

Master's Thesis, Department of Midwifery

Assoc. Dr. Şükran ERTEKİN PINAR

2024, xii, 73 Page

In this research was conducted as a randomized controlled experimental type to determine the effect of emotional support given during cesarean section on women's pain, anxiety and surgical fear. Research data was collected between July 1, 2023 and December 31, 2023. The sample of the study consisted of 130 women (experimental group = 65, control group = 65) who underwent planned cesarean section surgery and spinal anesthesia at Aksaray Training and Research Hospital. The by researcher, was provided emotional support to the women before, during and after the cesarean section. Two processes were carried out in the research: pre-test and post-test. Data were collected using the Personal Information Form, Visual Analog Scale, State Anxiety Inventory, Surgical Fear Scale and administered after birth the Emotional Support Evaluation Form.

In the comparison between the groups in the study, it was determined that there was a statistically significant difference between the Visual Analogue Scale score averages of the women in the experimental and control groups in the pre-test ($p<0.05$), but there was no difference in the post-test ($p>0.05$). In the post-test measured after emotional support, it was determined that there was a statistically significant difference between the State Anxiety Inventory scores, short-term, long-term and total Surgical Fear Scale scores between the groups ($p<0.05$).

After emotional support, women; while their pain levels increased, their anxiety and surgical fear levels decreased, and their satisfaction with emotional support during birth increased. Women who were not given emotional support had significantly increased pain, anxiety and surgical fear levels.

Key Words: Cesarean, Emotional Support, Pain, Anxiety, Fear of Surgery, Midwifery.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	vii
TABLOLAR DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Sezaryen.....	6
2.1.1. Sezaryen Tanımı	6
2.1.2. Sezaryen Sıklığı.....	6
2.1.3. Sezaryen Endikasyonları	7
2.1.4. Sezaryen Kontrendikasyonları ve Komplikasyonları	7
2.1.5. Sezaryende Kullanılan Anestezi Yöntemleri.....	8
2.2. Ağrı	9
2.2.1. Ağrının Tanımı	9
2.2.2. Ağrının Sınıflandırılması	9
2.2.3 Doğum ve Ağrı	11
2.3. Anksiyete	11
2.3.1. Anksiyetenin Tanımı	11
2.3.2. Anksiyetenin Nedenleri	12

2.3.3.	Anksiyetenin Belirtileri	12
2.3.4.	Anksiyetenin Sınıflandırılması	13
2.3.5.	Doğum ve Anksiyete	13
2.4.	Cerrahi Korku	14
2.4.1.	Cerrahi Korkunun Tanımı	14
2.4.2.	Cerrahi Korkunun Sistemler Üzerine Etkisi	14
2.4.3.	Cerrahi Korkuyu Etkileyen Faktörler	15
2.4.4.	Doğumda Korku	16
2.5.	Duygusal Destek	16
2.5.1.	Doğumda Duygusal Destek	17
2.5.2.	Duygusal Desteğin Ağrı, Anksiyete ve Cerrahi Korku ile İlişkisi 17	
2.5.3.	Sezaryen Doğumda Ağrı, Anksiyete ve Cerrahi Korkuya Yönelik Ebelik Yaklaşımları	18
3.	GEREÇ ve YÖNTEM	20
3.1.	Araştırmanın Tipi	20
3.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	20
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4.	Bağımlı ve Bağımsız değişkenler	21
3.5.	Veri Toplama Araçları	21
3.5.1.	Kişisel Bilgi Formu	21
3.5.2.	Visual Analog Skala (VAS)	22
3.5.3.	Durumluk Kaygı Envanteri (DKE)	22
3.5.4.	Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ)	22
3.5.5.	Duygusal Desteğin Değerlendirilmesi Formu	23
3.6.	Ön Uygulama	23
3.7.	Araştırmanın Uygulanması	23

3.8.	İstatistiksel Yöntem	25
3.9.	Araştırmanın Etik Yönü.....	26
3.10.	Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	26
4.	BULGULAR.....	28
5.	TARTIŞMA.....	40
6.	SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	44
6.1.	Sonuçlar	44
6.2.	Öneriler	45
7.	KAYNAKLAR.....	46
8.	EKLER	63
	Ek 1-Kişisel Bilgi Formu.....	63
	Ek 2-Visual Analog Skala (VAS).....	64
	Ek 3-Durumluk Kaygı Envanteri.....	65
	Ek 4- Cerrahi Korku Ölçeği	66
	Ek 5- Duygusal Desteğin Değerlendirilmesi Formu	67

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 3.1: Duygusal Desteğe Yönelik Uygulamalar.....	25
Tablo 4.1: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	28
Tablo 4.2: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması	30
Tablo 4.3: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sezaryen Doğuma Yönelik Kaygı ve Nedenlerine Yönelik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.4: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Genel Olarak Kaygı ve Ağrı ile Baş Etme Özelliklerinin Karşılaştırılması	33
Tablo 4.5: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sezaryen Olma Nedenleri ve Doğum Sırasında Yanında Olması İstenen Kişilerin Dağılımı	34
Tablo 4.6: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Visual Analog Skala Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.7: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Durumluk Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.8: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Cerrahi, Korku Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.9: Deney Grubundaki Kadınlara Uygulanan Duygusal Desteğin Değerlendirilmesine Yönelik Dağılım	39

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1: Araştırmanın Uygulama Planı.....	27
---	----



KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG:	American College of Obstetricians and Gynaecologists
CKÖ:	Cerrahi Korku Ölçeği
DKÖ:	Durumluk Kaygı Envanteri
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
TDK:	Türk Dil Kurumu
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
VAS:	Visual Analog Skala
WHO:	World Health Organization



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sezaryen, dünya genelinde sıklıkla uygulanan cerrahi operasyonlardan biridir. Anne ve fetus için morbidite ve mortalite riskinin fazla olması, çeşitli sebeplerle vajinal doğumun gerçekleşmemesi, gebeliğin 22 haftanın üzerinde olması veya fetusun en az 500 gram ağırlığında olması durumlarında yapılır (Çuvalcı ve Güdücü Tüfekçi, 2021). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1985 yılından itibaren istenen sezaryen oranlarının %10-15 arasında olması gerektiğini belirtmiştir (World Health Organization (WHO), 2015). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2018) raporuna göre Türkiye'deki sezaryen oranı %52,1 olarak saptanmıştır (TNSA, 2018).

Sezaryen sıklıkla tercih edilmesine rağmen, yapılan anestezi ve cerrahi girişim nedeni ile anne ve yenidoğanda komplikasyonlara neden olabilmektedir (Çakıroğlu ve Özeren, 2018). Yenidoğandaki bazı komplikasyonlar; ciddi solunum problemleri, hastanede uzun süre yatma, çocukluk çağında sık astım ve alerjik rinokonjonktivit geçirme, bebeğin anne ile iletişimde gecikme ve beslenme sorunları şeklinde sıralanabilmektedir (Demirgöz Bal ve ark., 2013; Hepp ve ark., 2018). Annedeki komplikasyonlardan bazıları ise; kanama, mesane veya bağırsak travmaları, enfeksiyon, ağrı, bebekle tensel temasın gecikmesi, emzirme sorunları, strese bağlı üriner inkontinans, ektopik gebelik, plasental anomaliler vb., doğum sonrası üremenin olumsuz etkilenmesi ve verilen anesteziye bağlı sorunlardır (American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG), 2013; Demirgöz Bal ve ark., 2013; Hepp ve ark., 2018).

Sezaryen ameliyatlarında her kadına göre belirli bir anestezi yöntemi yoktur. Anestezi tercihi kadının isteğine, obstetrik gereksinime ve anestezi doktorunun deneyimine bağlıdır (Sak ve ark., 2018). Bölgesel anestezinin gastrointestinal fonksiyonlarda hızla düzelme sağlanması, postoperatif analjezi sağlanması, anne ve bebekte toksik ilaçlara daha az maruz kalınması, ameliyat sonrası erken mobilizasyona olanak sağlanması, anne ve bebek iletişimin erken başlaması gibi avantajları vardır. Genel anestezi kullanımının ise kadınlarda entübasyona yol açması, aspirasyon riski, kullanılan ilaçların plasenta ile geçerek yenidoğanı olumsuz etkilemesi, anne bebek arasındaki ilişkinin erken başlamaması, operasyon sonrası ağrı, bulantı ve kusma gibi dezavantajları vardır (Günüşen ve ark., 2009; Saygı ve ark., 2015). Sezaryen

operasyonlarının sayılan olumlu ve olumsuz durumları olmasına rağmen sezaryen operasyonlarında anestezi sıklıkla kullanılmaktadır. Türkiye’de de elektif sezaryen ameliyatlarında sıklıkla bölgesel anestezi tercih edilmektedir (Aksoy ve ark., 2014; Gülhaş ve ark., 2012). Arslan ve arkadaşlarının (2019) yaptığı bir çalışmada, eğitim seviyesi ve gelir seviyesi arttıkça bölgesel anesteziyi tercih etme oranının arttığı, bölgesel anestezinin seçilmesinde en önemli faktörlerin anestezi ve kadın hastalıkları doğum uzmanının tercihi olduğu saptanmıştır.

Cerrahi işlem geçirecek tüm hastalar ameliyat öncesinde bilinmezlik sebebi ile anksiyete yaşar. Bu durum en çok bilinci açık olan ve bölgesel anestezi uygulanacak hastalarda görülmektedir (Bae ve ark., 2014). Çünkü kadınlar doğumda neler olacağını önceden bilmedikleri ve tam olarak kavrayamadıkları için anksiyete yaşamaktadır. Sezaryen ameliyatından sonra meydana gelen en önemli sorunlardan biri de ağrıdır (Acar ve ark., 2016). Literatürde anksiyetenin ağrı ile ilişkili olduğu, artan anksiyetenin, ağrı toleransının azalmasına ve şiddetinin artmasına sebep olduğu bildirilmiştir (Doering, 2009). Taşdemir ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışmada preoperatif anksiyete düzeyi yükseldiğinde ağrı düzeyinin de arttığı bildirilmiştir. Ayrıca anksiyete düzeyi arttıkça korku düzeylerinde de artma meydana gelebilmektedir.

Preoperatif veya cerrahi korku operasyon bekleyen birçok hastada yaşanabilen duygusal bir tepkidir (Gürsoy ve ark., 2016). Bireylerde ameliyat öncesi yaşanan ağrı, ölüm korkusu, vücudun zarar göreceği ve acı çekeceği düşüncesi, anesteziye bağlı bilincini, kimliğini ve denetimini kaybetme korkusu, anesteziye bağlı bilinmezlik yaşanması ameliyata yönelik korkuya sebep olabilmektedir (Bulut, 2017). Bu korkular doğum öncesinde kadının anksiyete düzeyini arttırabilmektedir. Ameliyata karar verilmesi ile başlayıp hastaneye yatma ile artan korku ve anksiyete yara iyileşmesinde gecikme, yatış ve tedavi sürecinde uzama, sezaryen sonrası analjezik kullanımında artma, postoperatif döneme ve tedaviye uyumda zorlanma, yaşam kalitesinde azalma gibi sorunlara yol açabilmektedir (Bağdigen, 2016). Ameliyat öncesi korkuyu azaltmaya yönelik bilgi verilmesi ve destek sağlanmasının bireylerin uzun dönem korku düzeylerini azalttığı bildirilmektedir (Çetinkaya ve Karabulut, 2010).

“Doğum desteği/doğumda destekleyici bakım” kavramı; Adams ve Bianchi ‘ye (2008) göre doğumhanede çalışan ebeler, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri

tarafından uygulanan ilaçsız ağrı yönetimi ve kadının, doğum süresi boyunca desteklenmesi” şeklinde tanımlanmıştır. Doğum desteğinin amacı, kadının doğumla başa çıkabilmesine yardım etmek, pozitif doğum deneyimi yaşamasını ve anneliğe uyumunu kolaylaştırmaktır (Şenoğlu ve Karaçam, 2019). Sağlık çalışanlarının yeterince ilgi göstermemesi kadının kendini değersiz, yalnız ve terkedilmiş hissetmesine, strese bağlı ağrı yaşamasına neden olabilmektedir. Ebeler yeterli bilgiye sahip olduklarında kadınlar kendilerine daha fazla bilgi desteği sağlandığını ve duygusal açıdan daha çok desteklendiklerini belirtmektedir (Price ve ark., 2007). Duygusal destek pozitif düşünmeyi artırarak doğumda kaygı ve korku hissini azaltabilir (Şimşek ve ark., 2018; Uludağ ve Mete, 2014). Literatürdeki bazı çalışmalarda doğumda destek vermenin kadının kendi davranışlarını kontrol etmesinde, kendini iyi hissetmesinde ve kendine güven duymasında yararlı olduğu, doğum eylemini ve sonuçlarını daha olumlu etkileyebileceği bildirilmiştir (Bolbol-Haghighi ve ark., 2016; Gaskin, 2015). Yapılan bir çalışmada annelerin %74,5’inin doğum eyleminde destek olacak birine ihtiyaç duyduğu, bu kişinin de sırasıyla anne, eş, kardeş ve sağlık personeli olmasını istedikleri saptanmıştır (Timur ve Hotun Şahin, 2010). Doğumda gebeye destek olunması ve nonfarmakolojik yöntemlerle ağrı kontrolünün sağlamanın olumlu yanları bulunmaktadır. Bu kapsamda yapılan çalışmalarda kadına doğum sürecinde destek olunması ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasının ağrı ve anksiyeteyi azalttığı (Chang ve ark., 2002) ve doğum sürecinin pozitif olarak algılanmasını sağladığı (Chang ve ark., 2011) bildirilmiştir.

Ebeler, doğum sürecinde hem gebe kadına hem de aileye danışmanlık ve destek sağlayan sağlık profesyonellerinden biridir. Doğum anında kadının fiziksel bakımının sağlanması ve bilgi verilmesi, aynı zamanda duygusal yönden desteklenmesini de sağlayan uygulamalardandır. Doğum anında kadının fiziksel bakımı sağlanmalı, bilgi verilmeli, doğum sürecinde cesaretlendirilmeli ve duygusal yönden desteklenmelidir. Yaldir’ın (2016) çalışmasında kadının doğum sırasında sağlık personelinden destek alma düzeyi %99,4 olarak bildirilmiştir. Destek alınan kişiler ise %50 oranında ebe ve hemşire olarak belirtilmiştir (Yaldir, 2016). DSÖ, doğum sürecinde sağlanan desteğin doğum eylemine, anne ve bebek sağlığına olumlu katkılarının olduğunu bildirmektedir (WHO, 2018). Annenin doğum sırasında yaşayabileceği fizyolojik, psikolojik ve

sosyal değişimlere yönelik bakımda destekleyici bir yaklaşım benimsemek önemlidir (Uludağ ve Mete, 2014). Mısır'da yapılan bir çalışmada, annelerin doğum sırasında hissettikleri memnuniyetsizliğin nedenleri arasında iletişimsizlik ve mahremiyet eksikliği olduğu saptanmıştır (Sayed ve ark., 2018).

Önemli sağlık profesyonellerinden biri olan ebelerin doğum sırasında anneye duygusal yönden destek olması, kadını doğuma hazırlaması, doğum için gerekli imkanları sağlaması doğumu pozitif yönde etkileyebilir ve olumlu bir doğum deneyimi yaşanmasına katkı sağlayabilir. Normal doğumda verilen duygusal desteğe yönelik uygulamaların ele alındığı alışmalar (Bolbol-Haghighi ve ark., 2016; Gaskin, 2015; Hollander ve ark., 2017; İsbir ve Serçekuş, 2017; Nilsson ve ark., 2013) literatürde yer almakla beraber spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğum sürecinde duygusal desteğin yer aldığı çalışmalara rastlanmamıştır. Ayrıca alışma kadınların doğuma yönelik anksiyete ve cerrahi korkularının azaltılmasına, duygusal desteğe yönelik uygulamaların hastanede yapılan standart bakım uygulamaları içinde yer almasının sağlanması ve doğum ünitesinde çalışan ebelere hizmet içi eğitimler düzenlenmesinde de katkı sağlayabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, sezaryende verilen duygusal desteğin ağrı, anksiyete ve cerrahi korku üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1 (H_0): Sezaryende verilen duygusal desteğin ağrı üzerine etkisi yoktur.

Hipotez 1 (H_1): Sezaryende verilen duygusal desteğin ağrı üzerine etkisi vardır.

Hipotez 2 (H_0): Sezaryende verilen duygusal desteğin anksiyete üzerine etkisi yoktur.

Hipotez 2 (H_2): Sezaryende verilen duygusal desteğin anksiyete üzerine etkisi vardır.

Hipotez 3 (H_0): Sezaryende verilen duygusal desteğin cerrahi korku üzerine etkisi yoktur.

Hipotez 3 (H_3): Sezaryende verilen duygusal desteğin cerrahi korku üzerine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sezaryen

Sezaryen, en sık gerçekleştirilen cerrahi işlemlerden biridir. Günümüzde dünya üzerinde gerçekleşen doğumlardan beşte birinin sezaryen ile olduğu, 1990 yılından itibaren tüm dünyada sezaryen oranlarında ciddi bir artma olduğu bildirilmektedir (Fields ve Moritz, 2019).

2.1.1. Sezaryen Tanımı

Sezaryen anne ve bebeğinin hayati tehlikesi olması durumunda yenidoğanın anne karnından insizyon yöntemiyle çıkarılmasıdır. Sezaryen, normal spontan doğumun gerçekleşmediği durumlarda uygulanan cerrahi bir işlemdir (ACOG, 2020). Latince “Ceadare” kelimesi kesmek anlamına karşılık geldiğinden sezaryen kelimesinin de keserek açmak anlamında kullanıldığı bildirilmektedir (Korkut ve Kaya, 2019).

2.1.2. Sezaryen Sıklığı

Sezaryen doğum oranı, doğum sayısının toplam canlı doğum sayısına bölünmesiyle elde edilen yüzde olarak ifade edilir (Betran ve ark., 2016). DSÖ’nün hedeflediği sezaryen oranı anne, fetüs ve yenidoğan ölümleri göz önüne alındığında %10-15 olarak bildirilmiştir (WHO, 2015).

Dünyada en yüksek sezaryen oranları Avrupa ülkelerinde saptanmakta, Afrika ülkelerinde bu oran %1-2 iken, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada’da %20-30, Latin Amerika ülkelerinde ise %40’a çıkmaktadır (Şahin ve Erbil, 2019). 1990 ve 2014 yılları arasında sezaryen oranlarının Dominik Cumhuriyeti, Mısır, Çin, Gürcistan ve Türkiye’de %30’un üzerine çıktığı bildirilmiştir (Betran ve ark., 2016).

TNSA (2003) verilerine göre %21,2 olan sezaryen oranı sonraki yıllarda %36,7 (2008), %48 (2013) ve %52 (2018)’dir (TNSA, 2003, 2008, 2013, 2018). Sağlık Bakanlığı (2020) verilerine göre ise tüm doğumların %57,3’ü sezaryen ile yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Bu verilere göre sezaryen oranlarında yıllara göre giderek artış görülmüştür. Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (2021) raporunda Türkiye’de her 1000 canlı doğumdan 544’ünün sezaryen ile gerçekleştiği

bildirilmiştir. Bu rapora göre Türkiye sezaryen oranı en yüksek olan ülkeler arasındadır (Sağlık Bakanlığı, 2022).

2.1.3. Sezaryen Endikasyonları

Sezaryen endikasyonları Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi'nde (2010) belirtildiği gibi dört başlıkta ele alınmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010);

Fetal endikasyonlar

- Fetal malprezentasyon durumları,
- Fetüste distres,
- Çoğul gebelikler,
- Konjenital anomaliler,
- Gelişim ile ilgili anomaliler,

Maternal endikasyonlar

- Annede sistemik hastalıklar,
- Daha önce geçirilmiş sezaryen ve benzeri operasyonlar,
- Maternal enfeksiyonlar,
- Preeklampsi ve eklampsi,

Travay veya doğuma ait endikasyonlar

- Baş-pelvis uyumsuzluğu,
- İlerlemeyen vajinal doğum,
- Fetal makrozomi,

Umbilikal kord ve plasentaya ait endikasyonlar

- Plasenta previa ve ablasyo plasenta
- Vasa previa,
- Kordon sarkması.

2.1.4. Sezaryen Kontrendikasyonları ve Komplikasyonları

Sezaryen için tıbbi bir kontrendikasyon yoktur. Sezaryen, anne ve bebeğin hayatı tehlikeye girdiğinde uygulanması gereken bir işlemdir. Karın duvarında oluşan pyojenik enfeksiyonlar, anormal ya da ölü fetüs, uygun koşulların bulunmayışı diğer kontrendikasyonları oluşturmaktadır (Bakırcı, 2017). Sezaryen komplikasyonları ise

maternal ve fetal komplikasyonlar olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir:

Maternal Komplikasyonlar

- Postpartum hemoraji,
- Mesane veya bağırsak yaralanmaları,
- Emzirme sorunları,
- Amniyotik sıvı embolisi,
- Sezaryen sonrası uzun süren ağrı,
- Obstetrik komplikasyonlar (histerektomi vb.),
- Enfeksiyonlar (endometrit, yara yeri enfeksiyonu gibi),
- Hastanede kalma süresinin uzaması,
- Bebekle tensel temasın gecikmesi,
- Anesteziye bağlı sorunlar,
- Stresle ilişkili üriner inkontinans,
- Kanama, ektopik gebelik, plasental anomaliler vb.,
- Sezaryen sonrası üremenin olumsuz etkilenmesi,
- Pelvik organ prolapsusudur (ACOG, 2013; Özkan ve ark., 2021).

Fetal Komplikasyonlar

- Pulmoner hava açıklığı, dirençli pulmoner hipertansiyon, hipoksemi vb.,
- Hastanede yatış süresinin uzaması,
- Doğum sonu dönemde anne-bebek etkileşiminin gecikmesi,
- Çocuklukta sık astım ve alerjik rinokonjonktivit geçirme,
- Emme sorunlarıdır (ACOG, 2013; Özkan ve ark., 2021).

2.1.5. Sezaryende Kullanılan Anestezi Yöntemleri

Tüm kadınlar için geçerli bir anestezi teknik yoktur. Sezaryen için anestezi tekniğinin seçiminde dikkat edilecek en önemli nokta, anne ve fetüs için güvenli ve sağlıklı olmasıdır. Bu nedenle, bölgesel ve genel anestezi ile ilişkili fetal ve maternal sonuçlar değerlendirilmelidir (Sumikura ve ark., 2016). Sezaryen ameliyatında bölgesel (spinal veya epidural anestezi) veya genel anestezi kullanılmaktadır (Iddrisu ve Khan, 2021).

Bölgesel anestezi, rejyonel, spinal, epidural ya da ikisinin birden uygulandığı kombine spinal-epidural anestezi olmak üzere üç şekilde uygulanır. Bölgesel

anestezinin; postoperatif analjezi sağlanması, gastrointestinal işlevlerin daha hızlı yerine gelmesi, erken mobilizasyonun gerçekleşmesi, anne ve bebek için toksik ilaç riskinin düşük olması ve erken anne bebek ilişkisinin başlaması gibi avantajları vardır (Tör ve ark., 2021). Spinal anestezinin maternal sistemik toksisiteye veya total spinal anestezie neden olma olasılığı daha düşüktür (Kim ve ark., 2019; Sung ve ark., 2021).

Genel anestezinin, acil obstetrik durumlarda hızlı bir şekilde gerçekleştirilebilmesi ve daha az sıkıntı oluşturan bilinç kaybı yaratması gibi avantajları vardır (Sung ve ark., 2021). Genel anestezinin dezavantajları ise, gebelerde entübasyon güçlüğü, operasyon sonrası ağrının fazla olması, anestezi ilaçlarının plasental geçişi ile yenidoğanın olumsuz etkilenmesi, anne bebek ilişkisinin geç başlaması, bulantı, kusma ve aspirasyon riskidir. Bu nedenle sezaryen ameliyatlarında daha çok bölgesel anestezi kullanılmaktadır (Tör ve ark., 2021).

2.2. Ağrı

2.2.1. Ağrının Tanımı

Ağrı statü, cinsiyet ve yaş ayrımı gözetmeksizin herkes tarafından deneyimlenen bir olgudur. Aynı zamanda ağrı hoş olmayan, kişide yetersizlik hissi oluşturan, emosyonel bir durumdur (Wideman ve ark., 2019). Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği ağrıyı, “Bireyin yaşadığı ciddi rahatsızlık hissini veya rahatsız edici duygusal tepkilerini doğrudan sözel veya sözel olmayan yollarla ifade ettiği bir durum” olarak belirtmiştir (Kumar ve Elavarasi, 2016). McCaffery ise “Ağrı, hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır” şeklinde açıklamıştır. Bu tanım, hastayla olan güven ilişkisinin oluşması açısından hastanın sözlü veya sözsüz ifadelerine inanılması gerektiğini göstermektedir (Pasero ve McCaffery, 2010).

2.2.2. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrıyı pek çok şekilde ve ekseninde inceleyerek sınıflandırmak mümkündür. Ağrı için sık kullanılan üç sınıflandırma vardır. Bunlar başlama süresi, mekanizması ve kaynak aldığı bölge olarak kullanılmaktadır.

Başlama Süresine Göre Ağrı Sınıflaması

Akut ağrı, başlangıçta ani ve şiddetli olan, yoğunluğu değişebilen, altı aya kadar

sürebilen ve nedenine göre hafifletilebilen ağrıdır. Hemen herkes yaşamının bir döneminde akut ağrı deneyimleyebilir. Bir semptom olan akut ağrı, aniden kaza sonucu oluşan travmalardan (kırıklar, yanıklar, laserasyonlar), ameliyatlardan sonra gelişen, iskemi veya akut enfeksiyonlardan kaynaklanan ağrılardır (Pasero ve Ignatavicius, 2016). Ameliyat sonrası oluşan ağrılar zamanla doku iyileşmesiyle azalır ve sonlanır (Eti, 2010).

Kronik ağrı, yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi ve psikolojik faktörlerin etkili olması nedeniyle karmaşık bir ağrı mekanizması olarak ele alınmaktadır. Aylarca, belki yıllarca devam eden ağrı çeşidi olup, çoğunlukla nosiseptif özellik göstermektedir (Saygın ve Yağcı, 2019; Toouli ve ark., 2002).

Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflaması

Somatik ağrı, zonklayıcı ve batar şekilde görülür. Daha çok kas yırtılması, kemik kırılması gibi durumlarda görülen ağrının şiddeti çok fazla olduğundan tespit edilmesi güçtür, fakat analjeziye yanıtı daha hızlıdır (Düzel, 2008).

Visseral ağrı, iç organlardan kaynaklanır. Yavaş başlar, başka bölgelere yayılır ve lokalizasyonu güçtür. Kolik ve kramp şeklinde gerçekleşebilir (Ayaz, 2011).

Sempatik ağrı, sempatik sinirlerin aktivasyonu sonucu aniden başlayıp yanma şeklinde devam eden ağrılardır. Ağrının etkilendiği bölge gözlemlendiğinde soğuk ve soluk bir görünüme sahiptir (Aydın, 2002).

Mekanizmalarına Göre Ağrı Sınıflaması

Nosiseptif ağrı, bazı fizyopatolojik olaylarda reseptörler tarafından algılanıp santral sinir sistemine iletilmesiyle hissedilir. Kas ve sinir ağrıları örnek verilebilir (Düzel, 2008; Gök ve Yavuz, 2015).

Nöropatik ağrıda sürekli bir uyarın bulunmamaktadır. Nörolojik bir defekt ya da dokuların fonksiyonlarında bir değişim olmasıyla ortaya çıkar. Bu nedenle bölgesel olarak algılanır, uyuşukluk, batma ve karıncalanma olarak hissedilir (Akyolcu ve ark., 2020; Yağcı ve Saygın, 2019).

Reaktif ağrı, vücutta çeşitli olaylara karşı motor ve sempatik afferentlerin aktive olması sonucunda reseptörlerin uyarılması ile gelişen ağrıdır (Düzel, 2008; Yiğit, 2017).

Psikosomatik ağrı, vücudumuzda hem fiziksel hem ruhsal olarak kendini gösterir. Bireyde anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlara bağlı doku hasarı varmış

gibi algılanan ağrıdır (Elbi, Mete ve ark., 2006).

2.2.3 Doğum ve Ağrı

Doğum ağrısı bireysel, fizyolojik, ruhsal, sosyal ve kültürel faktörlerden etkilenir. Ağrının algılanması bireyden bireye değişeceği için her birey kendine özgü değerlendirilmelidir. Yapılan bir çalışmada kadınların %15'inin hafif, %35'inin orta, %30'unun şiddetli ve %20'sinin ise dayanılmaz şiddette ağrı yaşadıkları belirtilmektedir (Shirvani ve Ganji, 2014).

Sezaryen işlemine ve anesteziye bağlı birçok sıkıntı yaşanmakta, postpartum dönemde fiziksel ve psikososyal sorunlar görülebilmektedir (Hotun Şahin, 2009). Sezaryen sonrası meydana gelen en önemli sorunlardan biri de ağrıdır. Ağrı sempatik sinir sisteminin aktivitesini artırarak epinefrin, aldosteron, kortizol düzeylerini artırmakta, metabolik aktivitede değişikliklere yol açmaktadır (Acar ve ark., 2016). Sezaryen sonrası erken dönemde ağrının kontrol altına alınması, yaşanabilecek komplikasyonların önlenmesi açısından gereklidir (Berkiten Ergin ve ark., 2013).

Postpartum dönemde ameliyata bağlı problemler yaşanmakta ve anne bebek etkileşimi zorlaşmaktadır. Ağrıya bağlı komplikasyonların gelişmemesi, kadının konforunun sağlanması ve kısa sürede anne bebek etkileşiminin başlayabilmesi için doğum sonrası ağrının kontrol altına alınması gerekmektedir (Çankaya ve Ratwisch, 2020; Karaman Özlü ve ark., 2016). Yapılan bir çalışmada postpartum dönemde kadınların yaşadığı en önemli sorunun ağrı olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada sezaryen sayısı arttıkça, daha fazla ağrı yaşandığı da saptanmıştır (Kisa ve Zeyneloğlu, 2016). Başka bir çalışmada ise kadınların %54,9'unun postoperatif dönemde bir ile üçüncü günler arasında insizyon yerinden kaynaklanan ağrı yaşadıkları bildirilmiştir (Amanak ve Karaçam, 2018).

2.3. Anksiyete

2.3.1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete sözcüğü “angh” kökünden türemiştir (Budak, 2015). Anksiyete, insanların tehdit içeren ya da tehlikeli bir durumda deneyimledikleri çeşitli fiziksel duyuların algılanması sonucu ortaya çıkar (Robichaud ve Dugas, 2015). Amerikan

Psikoloji Birliği anksiyeteyi kan basıncının artması gibi fiziksel değişikliklerin, endişe uyandırıcı düşünce ve yoğun hislerin oluşturduğu duygu olarak tanımlar (Osborn ve Sandler, 2004). Anksiyete normalde kişinin uyum sağlamasına yardım eder, ancak çok fazla olduğunda kişinin uyumunu zorlaştırabilir (Kızılkaya, 2018).

2.3.2. Anksiyetenin Nedenleri

Cüceloğlu (1999)'na göre anksiyete nedenleri:

Desteğin çekilmesi: Aile üyeleri, okuldaki bireyler, iş ve yakın arkadaşları bireyin her zaman yanındadır. Ancak destek kaynakları yetersiz olduğunda ve değişen çevre koşullarına uyum sağlayamadığında birey kendini anksiyeteli hissedebilir.

Olumsuz sonuç beklemek: Sınava çalışmadan girmek, mahkeme sonucunu beklemek gibi olumsuz durumlarda anksiyete hissedilebilir.

İç çatışmalar: Düşünce ve davranışlar arasında zihinsel bir çatışma olduğunda ortaya çıkan huzursuzluk hissidir.

Belirsizlik: Gelecekte ne olacağını bilememe düşüncesiyle oluşan anksiyetedir (Çiçek, 2022).

Ayrıca bilişsel kurama göre; bireylerin yanlış akıl yürütme ve akılcı olmayan inançları nedeniyle de anksiyete yaşadıkları belirtilmektedir (Aydın, 2017).

2.3.3. Anksiyetenin Belirtileri

Bilişsel Belirtiler: Aşırı uyanıklık, çevreyi farklı algılama, akıl karışıklığı, düşüncelerinde kontrol kaybı, dikkat dağınlıklığı, unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü, düşüncelerde blok oluşması, obsesyonlar, geçmişe dönüş yaşama gibi belirtiler görülebilir (Baştarcan, 2020; Gürbüz, 2010; Yıldırım, 2018).

Duygusal Belirtiler: Ajitasyon, tedirginlik, çaresizlik, korku, endişe, tetikte olma, algılanan tehdide bağlı kaçma belirtileridir (Baştarcan, 2020; Yıldırım, 2018).

Davranışsal Belirtiler: Kaçma, huzursuzluk, dona kalma, konuşmada bozukluk, koordinasyon bozukluğu gibi belirtilerdir (Baştarcan, 2020; Yıldırım, 2018).

Fizyolojik Belirtiler: Nabız ve kan basıncında değişim, bayılma hissi, aritmi, solunum güçlüğü, yorgunluk, kaslarda gerginlik, reflekslerde artış, bulantı, kusma, konstipasyon, diyare, ağız kuruluğu, iştahsızlık, uyku sorunları, cinsel sorunlar, poliüri ve terleme gibi belirtiler görülebilir (Baştarcan, 2020; Yıldırım, 2018).

2.3.4. Anksiyetenin Sınıflandırılması

Normal anksiyete, insanda var olan ve sağlıklı bir şekilde yaşanması gereken duygusal bir durumdur. Bu duygu kişinin olgunlaşmasına, daha çok çalışmasına, bireyi tehlikeli problemler konusunda uyararak gerekli önlemleri almasına, daha yaratıcı ve üretken olmasına yardım eder. Ayrıca performansın ve motivasyonun da artmasına katkı sağlar (Işık ve Taner, 2006).

Patolojik anksiyete ise, kişiyi olumsuz bir biçimde etkiler, aynı zamanda yaşam aktivitelerini bozar. Kişi anksiyete ile başa çıkamadığında yaşam biçimini değiştirebilir, sorundan kaçabilir ya da uzaklaşabilir, yaşamı altüst olabilir. Bu nedenle patolojik anksiyetenin tedavi edilmesi gerekebilir (Kalyon, 2018).

Spielberger anksiyeteyi, durumluk ve sürekli anksiyete olmak üzere iki şekilde incelemiştir (Spielberger ve ark., 1970).

Durumluk anksiyete, kişinin tehlikeli olarak algıladığı bir durumda yaşanan, stres faktörüne bağlı olarak şiddeti ve süresi değişen anksiyetedir (Oktar Ergür, 2004). Stresin fazla olduğu anda durumluk anksiyete seviyesi de yükselir, stres sona erince anksiyete seviyesi de düşer (Arslan, 2007). Durumluk anksiyetesinin kaynağı genellikle çevresel stres etkenleridir ve geçici bir duygu bozukluğudur. Yani istenmeyen bir durumla karşılaşıldığında ortaya çıkan anksiyetedir (Aydın ve Tiryaki, 2017). Durumluk anksiyetesinin kaynağı hem içsel hem de dışsal faktörlerdir. Çünkü bireyin yaşadığı gerçek veya gerçek olmayan tehlikeli bir durumda hissettiği, akut olarak yaşanan duygu durumluk anksiyetesidir (Kartopu, 2012).

Sürekli anksiyete ise, kişinin devamlı yaşadığı anksiyetedir. Kişiler, herhangi bir durumda değil her zaman anksiyete yaşayabilirler (Terzioğlu ve ark., 2013).

2.3.5. Doğum ve Anksiyete

Doğumda anksiyete birçok kadının yaşayabileceği evrensel bir durumdur. Çoğu kadın gebelik, doğum ve doğum sonrasında, normalden patolojiğe kadar ilerleyebilen farklı düzeylerde anksiyete yaşayabilir (Nakano ve ark., 2019). Gebelik süresince doğumda yaşanabilecek anksiyeteye bağlı olumsuz düşünceler, doğumun olumsuz bir eylem olarak algılanmasına ve kadının sezaryen doğumu tercih etmesine neden olabilir (Akın ve ark., 2018). Doğum anksiyetesi yenidoğanda düşük doğum ağırlığı, prematürite, asfiksi, intrauterin gelişme geriliği, kadında da sezaryen doğum ya da zor

doğum eylemi gibi durumlara sebep olabilir (Eskici ve ark., 2012; Yanikkerem ve ark., 2007).

Doğum sonrası dönemde kadınlar genellikle endişeli olmakta ve anneler daha çok bebeğin yaşayabileceği olumsuzluklara odaklanmaktadır. Bu nedenle anksiyete belirtileri gözden kaçabilmektedir. Ayrıca kadınlar sıklıkla uykusuzluk, huzursuzluk, kalp çarpıntısı, sinirlilik ve panik atak gibi semptomlar da göstermektedir (Toler ve ark., 2018). Annenin postpartum dönemdeki sorunlarla başa çıkamaması, suçluluk duygusu ve gerçeğin inkâr edilmesi gibi problemler anksiyete belirtilerini ortaya çıkarabilir (Field, 2018). Yapılan bir çalışma düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kadınlarda doğum sonrası anksiyete oranlarının yüksek olduğunu göstermiş (Dennis ve ark., 2017), bir derleme çalışmasında da doğum sonrası anksiyete düzeyinin %13-40 arasında değiştiği saptanmıştır (Field, 2018).

2.4. Cerrahi Korku

2.4.1. Cerrahi Korkunun Tanımı

Türk Dil Kurumu (TDK), “Korkuyu, gerçek veya beklenen bir tehlike karşısında duyulan ve vücutta bir takım fizyolojik değişikliklere sebep olabilen kaygı, üzüntü durumu” olarak tanımlamıştır (TDK, 2019). Korku aynı zamanda kişinin sağlığına zarar verebilecek gerçek bir fiziksel tehdit ya da tehlike düşüncesinin neden olduğu endişeden kaynaklanan duygusal tepkidir (Bağdigen ve Karaman Özlü, 2018; Öz, 2010).

Cerrahi korku ise ameliyat bekleyen hastalarda yaşanan duygusal bir tepkidir (Gürsoy ve ark., 2016). Planlı ameliyatı bekleyen hastaların çoğu bu korkuyu hisseder ve ameliyat zamanı yaklaştıkça korku ve endişe gittikçe artar (Theunissen ve ark., 2014). Ameliyata gidecek hastaların %60-80’i farklı düzeylerde kaygı ve korku yaşamaktadır (Jlala ve ark., 2010).

2.4.2. Cerrahi Korkunun Sistemler Üzerine Etkisi

Hasta olmak, hastanede yatmak, tedavi görmek ve ameliyat olacağını öğrenmek stres, kaygı ve korkuyu arttırarak, kişileri fiziksel ve ruhsal olarak etkiler. Kaygı duymak normal kabul edilse de kaygının fazla olması fiziksel ve ruhsal değişimler

meydana gelmesine neden olabilir (Çağlar, 2019; Theunissen ve ark., 2014).

Cerrahi girişim düşüncesine bağlı oluşan korku, sempatik sinir sistemi ve adrenal medullayı uyarak adrenalin salınımını artırır. Bu durum kan basıncında yükselme, bronşlarda genişleme gibi durumlara sebep olur (Yardakçı ve Akyolcu, 2004). Sempatik sistem aynı zamanda vücudun kas etkinliğini artırırken, böbreklerde kan akımı da azalır. Hücrel metabolizma hızının da artmasıyla kan glikoz düzeyi artar ve karaciğerde glikoliz meydana gelir (Mete, 2020).

Korku sonucunda yüz kaslarında seğirme, titreme, idrar sıklığında artma, uyku ile ilgili sorunlar, gastrointestinal sistem aktivitesinde azalma, bulantı, kusma, iştahsızlık, ağızda kuruluk, mide spazmı, ağrı, terleme, libido kaybı, derinin soğuk ve nemli olması gibi problemler yaşanmaktadır. Ayrıca öğrenme güçlüğü, dikkat eksikliği, konsantrasyon güçlüğü, neden sonuç ilişkisi kuramama, zayıf bellek, algılama güçlüğü, konuşma bozukluğu, hızlı konuşma ve kekeleme, hiperaktivite, kaygı, iş veriminde azalma, tiklerde artma gibi belirtiler de görülebilir (Bağdigen, 2016; Çağlar, 2019; Mete, 2020).

2.4.3. Cerrahi Korkuyu Etkileyen Faktörler

Cinsiyet: Kadınlar erkeklere göre daha fazla korku yaşayabilmektedir (Aykent ve ark., 2007).

Ağrı ve rahatsızlık: Ameliyat sırasında ve sonrasında yaşanan ağrı ve rahatsızlık korkunun fazla düzeyde hissedilmesine neden olabilmektedir (Bulut, 2017).

Ameliyat sonrası döneme ilişkin faktörler: Ağrı, bulantı, kusma, felç olma durumu, uyku hali, yoğun bakıma yatış, komplikasyonlar, hastalığın tekrarı ve sakatlık düşünceleri korkuya sebep olabilmektedir (Çelik ve Edipoğlu, 2018).

Beden imgesinde değişim: Ameliyattan sonra bireyin görünüşünde değişim yaşama düşüncesi korkuya sebep olabilmektedir (Dursun, 2018).

Ölüm: Cerrahi işlemin kendisi ve işlemin riskli olması bireylerde ölüm korkusunu tetikleyebilmektedir. Bir kişi için küçük olan cerrahi işlem, farklı bir kişide ölüm korkusu oluşturabilmektedir (Yardakçı ve Akyolcu, 2004).

Anestezi: Anestezi sırasında verilen ilaçların riskleri ve komplikasyonları hakkında yanlış bilgilendirilme, anestezi nedeniyle fiziksel ve duygusal kontrolü kaybetme endişesi korkuya neden olabilir. Ayrıca anesteziden sonra uyanamama

endişesi de bireylerin korkularını arttırabilir (Aykent ve ark., 2007).

Yaşam şeklinin değişmesi: Ameliyat sonrası yaşanabilecek kalıcı ya da geçici eksiklikler ile ilişkili olabilir (Yardakçı ve Akyolcu, 2004).

2.4.4. Doğumda Korku

Doğum korkusu; doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasında doğuma karşı hissedilen negatif duyguların yanı sıra korku ve endişe yaşama, spesifik ve üzücü bir durum, patolojik korku, doğumdan kaçınma ve “tokofobi” olarak ifade edilmektedir (Rondung ve ark., 2019).

Doğumla ilişkili korkular daha çok ağrı, obstetrik hasar, sakat ya da ölü doğum, sağlık personeline olan güven eksikliği, doğum sonrası gelişebilecek problemler, anne yaşının küçük olması ve anlatılan olumsuz hikâyeler, acil sezaryen gereksinimi ya da ölüm korkusundan kaynaklanmaktadır (Arslantaş ve ark., 2020; Körükçü ve ark., 2017).

Her türlü cerrahi işlem, ameliyat kararı ve ameliyatı bekleme bireylerde hafif, orta veya şiddetli düzeylerde endişeye yol açmaktadır. Ayrıca ameliyat öncesi yaşanan belirsizlik nedeni ile tedirginlik, huzursuzluk ve memnuniyetsizlik görülebilmektedir (Özyürek ve Göktaş, 2021). Yapılan bir çalışmada, sezaryen olacak gebelerin cerrahi korku düzeylerinin yüksek olduğu, sırasıyla en çok ameliyattan, anestezi ve ameliyat sonrasındaki ağrılardan korktukları saptanmıştır (Can ve Beydağ, 2023).

2.5. Duygusal Destek

Bireyin gereksinimi olduğu zamanda, problemler ve stresle başa çıkmasında kullanabileceği maddi ve manevi kaynakların hepsi destek olarak ifade edilmektedir (Ertürk, 2007). Duygusal destek ise; empati, aktif dinleme, sözel iletişimin etkili olması, saygı, endişenin azaltılması, mahremiyet ve güven, cesaret verme, pozitif şeylere odaklanmayı sağlama, destek olma, manevi değerlere saygı ve spiritüel bakımı içerir (Hodnett ve ark., 2013). Duygusal destek, sevilme ya da bakım alma duygusu sağlar (Sauls, 2004). Bireyler sorunlarını paylaşabildiği, sırlarını anlatabildiği ve değer gördüğü sürece duygusal destek hisseder ve benlik saygısı artar. Doğum sonu dönemde annelik rolüne uyum sağlamada ve anne bebek ilişkisinin olumlu yönde gelişmesinde bireyler arasında sağlanan destek önemlidir (Ertürk, 2007).

Ebe ve hemşirenin varlığı, etkili bakım, dikkatin dağıtılması, manevi destek, olumlu ve destekleyici sözler ile duygusal destek verilebilir (Adams ve Bianchi, 2008; Bowers, 2002). Yapılan çalışmalar, kadınlara doğumda verilen sosyal desteğin en fazla duygusal destek olduğunu, diğer destek ihtiyaçlarının da karşılanması gerektiğini göstermiştir (Demir, 2022; Timur ve Hotun Şahin, 2010; Yanti ve ark., 2015).

2.5.1. Doğumda Duygusal Destek

Sağlık profesyonellerinin kadına sağladığı açık, nazik, saygılı, cesaretlendirici, güler yüzlü, olumlu ve sıcak bir iletişim, kadının huzurlu ve güven içinde kendinden emin olmasını, kendini ve bebeğini güvende, önemli ve değerli hissetmesini sağlar (Bowers, 2002; Uludağ ve Mete, 2014). Böylece kadın duygusal desteği pozitif olarak algılar.

Sağlık profesyonellerinin yaklaşımlarının kadınlar tarafından yetersiz algılanması kadının kendini değersiz, yalnız hissetmesine, strese bağlı ağrı yaşamasına sebep olabilmektedir. Duygusal destek olumlu düşünmeyi sağlayarak kaygı ve korku duygusunu azaltır (Şimşek ve ark., 2018; Uludağ ve Mete, 2014). Karlström ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada ebe ile güvenilir ve saygılı bir ilişki kurmanın annelerin olumlu doğum deneyimi yaşamasına katkı sağladığı belirtilmiştir (Karlström ve ark., 2015). Mukamurigo ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise doğum sırasında ebe ve hemşirenin sağladığı duygusal desteğin, güven ortamı oluşturmanın ve bilgi vermenin doğum memnuniyetini artırdığı saptanmıştır (Mukamurigo ve ark., 2017).

2.5.2. Duygusal Desteğin Ağrı, Anksiyete ve Cerrahi Korku ile İlişkisi

Doğum yapan kadınlara insanlığın varoluşundan itibaren diğer insanların yardımcı olduğu, yalnız bırakmadıkları görülmektedir (Bohren ve ark., 2017). Bu bağlamda doğum desteği ile ilgili anne görüşlerinin incelendiği bir çalışmada, en önemli destek olarak annelerin duygusal desteği kabul ettikleri, kişisel bakımı ve destek almayı önemsedikleri bildirilmiştir (Nikula ve ark., 2015).

Doğumdan kaynaklı anksiyete, korku ve ağrı doğum desteği ile azaltılabilmektedir. Doğum desteği ağrı yönetimi açısından intrapartum dönemde önemlidir (Lagrew ve ark., 2018; Simkin ve Bolding, 2004). Doğumda verilen destek

terapötik ilişkinin kurulmasını sağlayarak anksiyete, ağrı ve korkuyu da azaltır (Günaydın ve Yazıcı, 2018). Doğumda destek verilen kadınlar ile yapılan bir çalışmada, doğum korkusu ve ağrının azaldığı saptanmıştır (Uludağ ve Mete, 2014). Başka bir çalışmada ebe tarafından verilen sürekli desteğin doğum ağrısını azalttığı ve doğum ağrısının azaltılmasında bir yöntem olarak kullanılabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Doğumda sürekli destek gören kadınlar doğum sürecini daha iyi yönetebilmekte ve olumlu doğum deneyimi yaşayabilmektedir (Fathi Najafi ve ark., 2017). Ayrıca doğumda kadınların ebelerden ve ailesinden alacağı duygusal destek, doğumun daha konforlu geçmesini sağlamakta, anksiyeteyi azaltmakta ve doğum ile ilgili pozitif algıyı arttırmaktadır (Adams ve Bianchi, 2008).

Ameliyat sırasında bilincin kapalı ve ne yapıldığının bilinmemesine bağlı korku yaşanmaktadır. Ayrıca ameliyat sırasında korku ve kaygı yaşanmasına, vücudun zarar göreceği veya acı hissedeceği düşüncesi de sebep olabilir (İnal, 2018). Hastaların ağrı düzeyi daha önceden deneyimledikleri ağrı, yaş, cinsiyet, kültür ve ağrıyı oluşturan durumun hasta için anlamı gibi pek çok faktörden etkilenebilmektedir. Bu nedenle hastalar ameliyat öncesinde “ağrı çekeceğim” düşüncesiyle korku yaşamaktadır (Yağcı ve Saygın, 2019). Yaşanan korku ameliyat sürecini, anesteziyi ve postoperatif iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Taşdemir ve ark., 2022). Bağdigen ve Karaman Özlü ’nün (2018) çalışmasında ameliyat olacak hastaların algıladığı sosyal desteğin cerrahi korku üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir (Bağdigen ve Karaman Özlü, 2018).

2.5.3. Sezaryen Doğumda Ağrı, Anksiyete ve Cerrahi Korkuya Yönelik Ebeler Yaklaşımları

Doğumda en önemli desteğin tüm kültürlerde ebeler tarafından verildiği görülmektedir. Aynı zamanda 20. yy. ortalarından başlayarak doğumların hastanede yapılıyor olması, kadınların doğumda sürekli destek almaktan mahrum kalmalarına neden olmuş ve ebelerin bağımsız rolleri kısıtlanmıştır. Kadınların doğumda olumsuzluklar yaşaması ve doğuma karşı travmatik algı oluşturmaları, günümüzde doğum desteğinin önemini artırmıştır (Hodnett ve ark., 2013; Şimşek ve ark., 2018).

Ebeler tarafından verilecek destekleyici bakım, annenin; rahatlık, ağrı ve korkusu olduğunda yanında olma, doğumla ilgili bilgi verme, güven ve mahremiyeti

sağlama, gevşeme tekniklerini öğretme ve doğum süresince cesaretlendirme gibi bileşenlerden oluşmaktadır (Adams ve Bianchi, 2008).

Ebe, doğuma yönelik danışmanlık vermeye kadının hastaneye kabulüyle başlamalı ve doğum sürecinde devam etmelidir. Ameliyathanelerdeki yabancı ve kalabalık ortam nedeni ile kadınlar ameliyat öncesinde kaygı yaşayabilmektedir (Yılmaz ve ark., 2011). Cerrahi girişim ve ameliyathane ortamından kaynaklı kaygıyı azaltmak için kaliteli bir sağlık bakımı ve destek sağlanmalıdır (Eyi ve ark., 2016).

Kadınların doğum sürecine uyumunun ve hızlı iyileşmelerinin sağlanması, anne ve bebeğin sağlığının korunması, geliştirilmesi, kısa sürede taburcu olması için sezaryen sürecinde holistik yaklaşıma dikkat edilmesi ve anne bebek izlemlerinin yapılması ebelik bakım hizmetlerinin kalitesini arttırır (Ceylan ve Ejder Apay, 2023).

Sezaryende ebelik bakımı, ağrı kontrolü, yaşam bulgularının izlenmesi, pozisyon verilmesi, emzirmeye yardım edilmesi, ilaç uygulamaları, sıvı takibi, kanama kontrolü, beslenmenin düzenlenmesi, kişisel gereksinimlerinin karşılanması, hareket, fiziksel ve duygusal destek verilmesi, gereksinim duyduğu bilgilerin verilmesi gibi uygulamaları içermektedir (Husby ve ark., 2019; Mukonka ve ark., 2018; Sağlık Bakanlığı, 2018). Kadınlara verilecek eğitim içeriğini; sezaryene ait endikasyonlar, kontrendikasyonlar, riskler, uygulanacak anestezi tipi, ameliyat sonrası erken dönemde beslenme, mobilizasyon ve taburculuk süreci gibi konular oluşturmaktadır (Polat, 2018). Ayrıca ebeler, anne adaylarına yanında olduklarını hissettirmek amaçlı ellerini tutarak, göz teması kurarak, destekleyici sözel ve sözel olmayan ifadelerle terapötik iletişimi kullanarak duygusal destek ve pozitif doğum deneyimi yaşamalarına katkı sağlayabilir (Adams ve Bianchi, 2008).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma randomize kontrollü deneysel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Aksaray il merkezinde yer alan Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Hastanenin doğum salonunda 28 ebe çalışmakta ve normal spontan doğumlar yaptırılmaktadır. Ancak endikasyon varlığında kadınlar sezaryene alınmaktadır. Sezaryen doğumu uzman doktorlar yaptırmakta, bebek doğar doğmaz bebek hemşiresi tarafından doğum servisine götürülmektedir. Doğum servisi hastanenin üçüncü katında bulunmaktadır. Bu serviste; 14 ebe, 7 hemşire ve 6 kadın doğum alanında uzman doktor çalışmaktadır. Sezaryen sonrası kadınlar 48 saat serviste yatmakta, herhangi bir komplikasyon gelişmediğinde 48 saat sonunda taburcu edilmektedir. Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anne Bebek Dostu Hastane olup bu hastanede kadınlara standart bakım hizmetleri dışında profesyonel düzeyde duygusal destek verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sezaryen ameliyatı planlı ve spinal anestezi uygulanacak olan hastalar oluşturmuştur. Hastanede 1 Ocak 2022-31 Aralık 2022 tarihleri arasında sezaryen ile doğum yapan kadın sayısı 1040 olarak belirlenmiştir. Çalışma, basit rastgele örnekleme yöntemi ile randomizasyon yapılarak oluşturulan deney grubu (duygusal destek verilen) ve kontrol grubu (duygusal destek verilmeyen) ile yürütülmüştür. Araştırma verileri 1 Temmuz 2023 ile 31 Aralık 2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü G*Power 3.1 programı ile belirlenmiştir (Faul ve ark., 2007). Araştırmada Cohen (1988)'nin orta etki büyüklüğü önerisi dikkate alınarak, etki büyüklüğü $f=0,25$; güven aralığı %80 (Polit ve Beck, 2017) ve hata payı %5 olarak hesaplanmıştır. Hesaplama sonucunda toplam 128 kadına ulaşılması gerektiği belirlenmiş, ancak oluşabilecek veri kayıpları (veri kaybı düzeyi %10 olarak hesaplanmıştır) göz önünde bulundurularak toplam 130 kadın (deney

grubu=65, kontrol grubu= 65) ile çalışma tamamlanmıştır (Şekil 1).

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Sezaryen doğumda ilk kez spinal anestezi öyküsü olan,
- Spontan kontraksiyonu başlamadan planlı sezaryen yapılacak olan,
- Bebeğinde herhangi bir sağlık sorunu olmayan,
- Kendisinde fiziksel ve ruhsal bir sorunu olmayan,
- İletişim güçlüğü yaşanmayan,
- Katılımda gönüllülük gösteren kadınlar araştırmaya alınmıştır.

Dışlama Kriterleri

- Normal spontan doğum yapan,
- Doğum eylemi/spontan kontraksiyonu başladıktan sonra sezaryen doğum yapan,
- Bebeğinde herhangi bir sağlık sorunu olan,
- Kendisinde fiziksel ve ruhsal hastalığı olan,
- Çalışmaya katılmak istemeyen kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Bağımlı ve Bağımsız değişkenler

Bağımlı Değişkenler

Visual Analog Skala (VAS), Durumluk Kaygı Envanteri (DKE) ve Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ) araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

Bağımsız Değişkenler

Kadınlara verilen duygusal destek bağımsız değişkeni oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler Kişisel Bilgi Formu, VAS, DKE, CKÖ ve Duygusal Desteğin Değerlendirilmesi Formu ile toplanmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Formda yaş, meslek, eğitim durumu gibi sosyo-demografik özelliklerin ve gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin oluşma şekli, planlı gebelik olup olmadığı, kontrollere düzenli gitme, genel olarak ağrı ve anksiyete ile baş etme, doğum sırasındaki destek gibi özelliklerin yer aldığı toplam 20 soru bulunmaktadır (Ek 1).

3.5.2. Visual Analog Skala (VAS)

Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde kullanılan skala Price ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 0=ağrı yok, 10=en şiddetli ağrıyı ifade edecek şekilde 0-10 cm uzunluğunda olarak derecelendirilmiştir. Bireyin, hissettiği ağrı düzeyine karşılık gelen bir noktayı işaretlemesi ile uygulanır. Belirlenen nokta ile hattın en düşük kısmı arasındaki mesafe santimetre olarak değerlendirilir. Bulunan değer hastanın ağrı düzeyini gösterir (Price ve ark., 1983) (Ek 2).

3.5.3. Durumluk Kaygı Envanteri (DKE)

Envanter, Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiştir. Kısa değerlendirilmelerden oluşan öz değerlendirme envanterinin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği Öner ve Lecompte tarafından (1983) yapılmıştır. Envanter likert tipinde, “Hiç” ile “Tamamıyla” arasında değişen dört derecelik değerlendirmeden oluşmaktadır. Envanterde 20 madde bulunmakta, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullar altında kendini nasıl hissettiğini tanımlamasını, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak yanıtlamasını gerektirir. DKE’inde 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler tersine puanlanmaktadır. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyesini, düşük puanlar düşük kaygı seviyesini göstermektedir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı 0,94 ile 0,96 arasında belirlenmiştir (Öner ve Lecompte, 1983). Bizim çalışmamızda ise Cronbach Alpha katsayısı ön testte 0,63, son testte 0,82 olarak saptanmıştır (Ek 3).

3.5.4. Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ)

Ölçek Theunissen ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilmiş, Bağdigen ve Karaman Özlü (2018) tarafından Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Sekiz sorudan oluşan CKÖ 11’li likert tipinde ve 0 – 10 arası puanlanmaktadır. Korkunun kaynağına ilişkin kısa dönem korkuları (1-4 arası maddeler) ve uzun dönem korkuları (5-8 arası maddeler) ölçen iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler “0: hiç korkmuyorum”, “10: çok korkuyorum” şeklinde değerlendirilmektedir. Elde edilen puanların artması korkunun da arttığını göstermektedir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı toplam puan için 0,93 olarak bulunmuştur (Bağdigen ve Karaman Özlü, 2018) (Ek 4). Bizim çalışmamızda ise Cronbach Alpha

katsayısı ön testte kısa dönem için 0,74, uzun dönem için 0,86, toplamda 0,84 olarak bulunmuştur. Son testte ise kısa dönem için 0,92, uzun dönem için 0,90 ve toplamda 0,93 olarak saptanmıştır.

3.5.5. Duygusal Desteğin Değerlendirilmesi Formu

Spinal anestezi ile yapılan doğumda verilen duygusal desteği değerlendirmek amacıyla hazırlanan yedi sorudan oluşan formdur. Formda ebeğin hastaya ayırdığı sürenin yeterliliği, hastanın doğumda aldığı duygusal desteğin ağrı, anksiyete ve cerrahi korkuya olan yararı, daha sonraki doğumlarında ebeden duygusal destek almayı tercih etme durumu, duygusal destekten memnun ve yararlı olma durumunu içeren maddeler yer almıştır (Ek 5).

3.6. Ön Uygulama

Kişisel Bilgi Formu'ndaki soruların anlaşılabilirliğini belirlemek amacı ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama duygusal destek verilen ve verilmeyen dört kadına yapılmış, daha sonra Kişisel Bilgi Formu'nda değişiklik yapılmamıştır. Bu kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Spinal anestezi ile sezaryen doğumu planlanmış kadınlar ile hastaneye yatışlarının birinci günü tanışılmış ve bilgilendirilmiş onamları (Ek 6) yazılı olarak alınmıştır. Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan, katılımda gönüllü olan deney (duygusal destek verilecek) ve kontrol grubundaki (duygusal destek verilmeyecek) kadınlara hastaneye yatışlarının birinci gününde tüm standart bakım ve işlemler yapıldıktan sonra bir saat içerisinde Kişisel Bilgi Formu, VAS, DKE ve CKÖ yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır (ön test). Araştırma ön test ve son test şeklinde iki oturumda gerçekleştirilmiştir. Ayrıca duygusal destek verilen deney grubuna doğumdan sonra Duygusal Desteğin Değerlendirilmesi Formu uygulanmıştır. Formların doldurulması, klinik ziyaret, yemek, ziyaret ve tedavi saatleri dışında, kadının kendini fiziksel ve ruhsal olarak iyi hissettiği bir dönemde, hasta odasında sakin bir ortam sağlanarak yapılmıştır. Formların doldurulması 15-20 dakika sürmüştür.

Deney grubu için; duygusal desteğe yönelik uygulamalar araştırmacı tarafından

uygulanmış, kadının doğum servisine yatışı ile başlayıp, sezaryen sırasında ameliyathanede devam edilmiş ve doğum sonrası kadın odasına geçtikten sonra da sonlandırılmıştır. Duygusal desteğe yönelik uygulamalar literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Adams ve Bianchi, 2008; İşbir ve Serçekuş, 2017) (Tablo 3.1). Duygusal destek, yetişkin eğitim ilkelerine uygun olarak araştırmacı tarafından her kadına bireysel olarak ve yüz yüze görüşülerek verilmiş, bireye özgü uygulanmış, bireysel ve kültürel farklılıklar dikkate alınmıştır. Sezaryen sırasında araştırmacı ameliyathanede kadının yanında bulunarak duygusal desteğin devam etmesini sağlamıştır.

Doğum sonrası kadın odasına alındıktan sonra, fiziksel ve ruhsal olarak rahatladığında, doğumdan en az 6-8 saat sonrasında VAS, DKE, CKÖ ve Duygusal Desteğin Değerlendirilmesi Formu doldurulmuştur (son test). Deney grubundaki kadınlara hastanedeki standart bakım ve uygulamalar da yapılmıştır (Şekil 1).

Kontrol grubuna ise duygusal desteğe yönelik uygulama yapılmamış, sadece hastanedeki standart bakım ve uygulamalar yapılmıştır. Visual Analog Skala, Durumluluk Kaygı Envanteri ve Cerrahi Korku Ölçeği kadınlara doğum servisine geldikten en az 6-8 saat sonra tekrarlanmıştır (son test) (Şekil 1).

Araştırmanın yapıldığı hastanede yapılan standart bakım uygulamaları;

İletişim kurma (kendini tanıtmak, kadının adını soyadını öğrenme ve kullanma, mahremiyeti sağlama, odadaki araç ve gereçleri tanıtmak vb.),

- Anamnez alma,
- Fizik muayene,
- Laboratuvar testleri,
- İlaç uygulamaları,
- Doğum için kadının ameliyathaneye sevkini sağlanması,
- Ameliyathaneden servise sevkini sağlanması,
- Yaşam bulgularının takibi,
- Giysilerinin giydirilmesi,
- İntravenöz sıvı alımının desteklenmesi,
- Bebeğin emzirilmesine yardım,
- Postoperatif altıncı saatte mobilizasyonun sağlanması gibi uygulamaları kapsamaktadır.

Tablo 3.1. Duygusal Desteğe Yönelik Uygulamalar

- Dikkati başka yöne çekme,
- Empatik yaklaşım,
- Olumsuz düşünceleri olumluya çevirme,
- Sorulan sorulara basit, anlaşılır cevaplar verme,
- Duygu ve düşünceleri dinleme,
- Kadının davranış ve ifadesinin hoş karşılanması,
- Uygulamaları doğru yaptığına dair pozitif ve cesaret verici geri bildirimler verilmesi,
- Kendisinin ve bebeğinin durumu hakkında bilgi verilmesi,
- Kadının yargılanmaması,
- Dürüst olmak, yanında olup sorularına açık ve anlaşılır bir dille yanıt vererek tedirgin etmeden güven duygusunun oluşturulması,
- Yumuşak ve sakin ses tonu kullanılması,
- Yapılan uygulamalarda izin alınması ya da fikrinin sorulması,
- Doğum sürecine dayanabilmesi için cesaretlendirilmesi,
- Sezaryen sırasında da kadının yanında olarak desteğin devamının sağlanması,
- Kadına dokunulması ve fiziksel temasta bulunulması,
- İnançlarını uygulamasına izin verilmesi,
- Bebek doğar doğmaz anneye gösterilmesi ve kucağına verilmesidir (Adams ve Bianchi, 2008; İsbir ve Sercekus, 2017).

3.8. İstatistiksel Yöntem

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 23,0 programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnow testi ile belirlenmiş, tanımlayıcı özelliklerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik dağılım, ölçek puanlarının değerlendirilmesinde ortalama ve standart sapma, deney ve kontrol grubundaki kadınların tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız örneklem t testi, parametrik test varsayımları sağlanmadığında Mann Whitney U testi

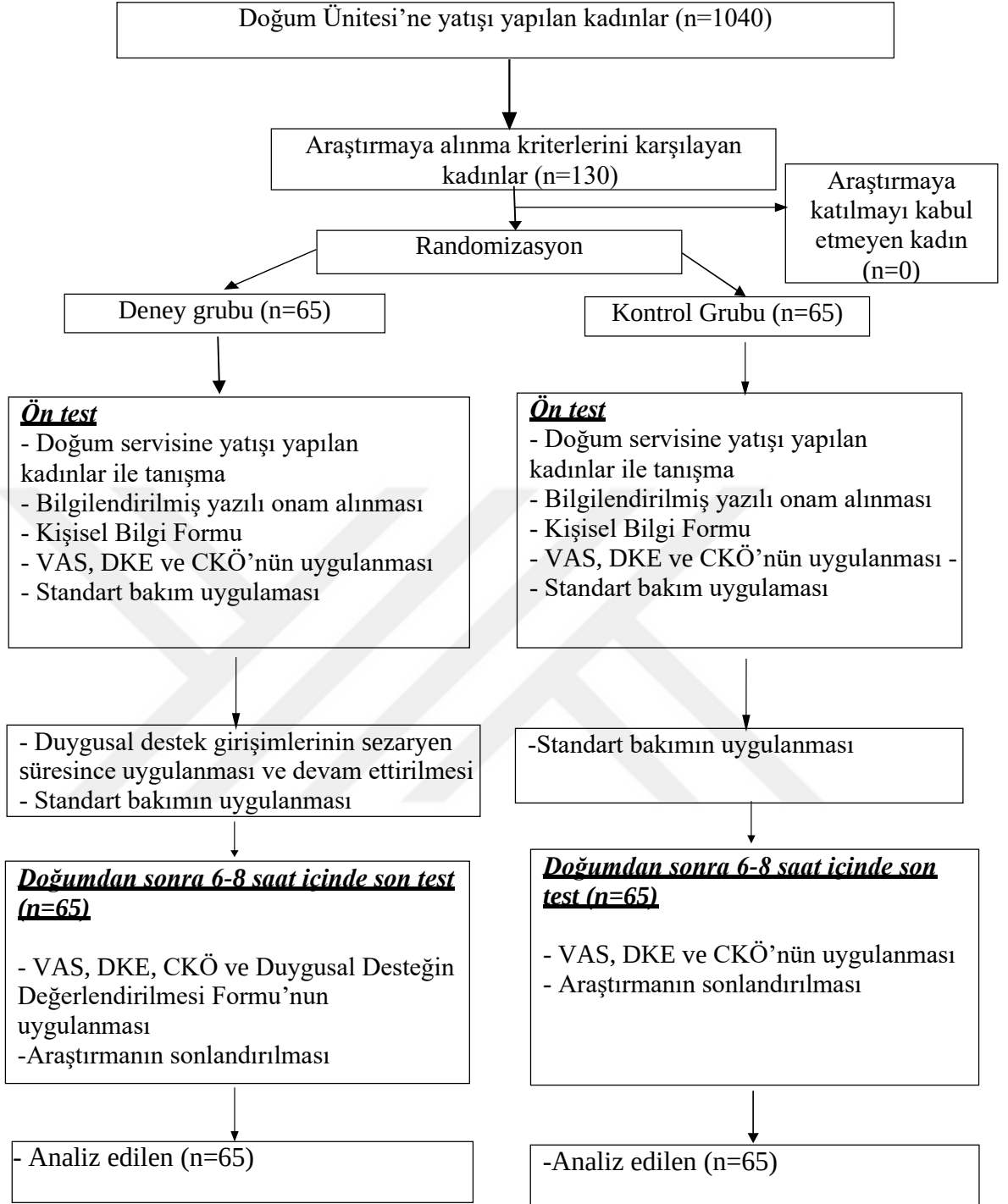
ile değerlendirme yapılmıştır. Grup içi karşılaştırmalarda ise parametrik test varsayımları sağlandığında bağımlı örneklem t testi, parametrik test varsayımları sağlanmadığında Wilcoxon testi kullanılmıştır. Önemlilik derecesinde $p<0,05$ anlamlı olarak alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı (Karar no: 2023-04/11) (Ek 7) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin (No: E-23240534-771-218343274) (Ek 8) alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma, Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum nitesi'ne başvuran, spinal anestezi ile sezaryen doğum yapan kadınları kapsamakta olup, elde edilen sonuçlar tüm doğum yapan kadınlara genellenemez.



Şekil 1. Araştırmanın Uygulama Planı

4. BULGULAR

Tablo 4.1: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=130)

Özellikler	Deney (n=65)	Kontrol (n=65)	Toplam (n=130)	χ^2 / p^*
	X±SS	X±SS	X±SS	
Yaş ortalaması (min-max)	28,09±4,82 (20-38)	27,55±5,32 (18-38)	24,66±3,71 (18-38)	0,313 / 0,855
Yaş grupları	n (%)	n (%)	n (%)	
18-26	30 (46,2)	27 (41,5)	57 (43,8)	
27-35	30 (46,2)	32 (49,2)	62 (47,7)	0,855
36 ve üzeri	5 (7,6)	6 (9,3)	11 (8,5)	
Eğitim				
İlköğretim	28 (43,1)	34 (52,4)	62 (47,7)	2,081 / 0,353
Lise	22 (33,8)	22 (33,8)	44 (33,8)	
Üniversite ve üzeri	15 (23,1)	9 (13,8)	24 (18,5)	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	17 (26,2)	13 (20,0)	30 (23,1)	0,693 / 0,405
Çalışmıyor	48 (73,8)	52 (80,0)	100 (76,9)	
Gelir düzeyini algılama				
Gelir giderden az	23 (35,4)	32 (49,2)	55 (42,3)	2,553 / 0,110
Gelir gidere eşit	42 (64,6)	33 (50,8)	75 (57,7)	
Yaşadığı yer				
İl	52 (80,0)	50 (76,9)	102 (78,5)	0,182 / 0,670
Köy-kasaba	13 (20,0)	15 (23,1)	28 (21,5)	
Daha önce ameliyat geçirme öyküsü				
Var	18 (27,7)	23 (35,4)	41 (31,5)	0,891 / 0,345
Yok	47 (72,3)	42 (64,6)	89 (68,5)	
Doğum salonundaki sağlık personelinin desteğini önemseme durumu				
Evet	57 (87,7)	48 (73,8)	105 (80,8)	4,011 / 0,074
Kısmen	8 (12,3)	17 (26,2)	25 (19,2)	

χ^2 = Ki-kare testi; *p>0,05

Tablo 4.1’de deney ve kontrol grubundaki kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması görülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi, daha önce ameliyat geçirme öyküsü doğum salonundaki sağlık personelinin desteğini önemseme durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, özelliklerin homojen dağılım gösterdiği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Deney grubundaki kadınların yaş ortalamasının $28,09\pm4,82$ (min-max: 20-38) olduğu bulunmuştur. Kadınların %46,2’sinin 18-26 ve 27-35 yaş arasında, %43,1’inin ilköğretim mezunu, %73,8’inin herhangi bir işte çalışmadığı, %64,6’sının gelir giderine eşit olduğu, %80,0’ının il merkezinde yaşadığı, %72,3’ünün daha önce ameliyat öyküsünün olmadığı ve %87,7’sinin doğum salonundaki sağlık personelinin desteğini önemsedikleri saptanmıştır.

Kontrol grubundaki kadınların yaş ortalamasının $27,55\pm5,32$ (min-max: 18-38) olduğu bulunmuştur. Kadınların %49,2’sinin 27-35 yaş arasında, %52,4’ünün ilköğretim mezunu, %80,0’ının herhangi bir işte çalışmadığı, %50,8’inin gelir giderine eşit olduğu, %76,9’unun il merkezinde yaşadığı, %64,6’sının daha önce ameliyat öyküsünün olmadığı ve %73,8’inin doğum salonundaki sağlık personelinin desteğini önemsedikleri saptanmıştır.

Tablo 4.2: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=130)

Özellikler	Deney (n=65)	Kontrol (n=65)	Toplam (n=130)	χ^2 / p^*
	X±SS	X±SS	X±SS	
Gebelik sayısı				
Bir	31 (47,7)	32 (49,2)	63 (48,4)	1,329 / 0,515
İki ve üzeri	9 (13,8)	5 (7,7)	14 (10,8)	
Üç ve üzeri	25 (38,5)	28 (43,1)	53 (40,8)	
Yaşayan çocuk sayısı				
Hiç yok	32 (49,2)	32 (49,2)	64 (49,2)	3,014 / 0,222
Bir	18 (27,7)	11 (16,9)	29 (22,3)	
İki ve üzeri	15 (23,1)	22 (33,9)	37 (28,5)	
Abortus sayısı				
Hiç yok	46 (70,8)	49 (75,4)	95 (73,1)	0,428 / 0,807
Bir	11 (16,9)	10 (15,4)	21 (16,2)	
İki ve üzeri	8 (12,3)	6 (9,2)	14 (10,7)	
Gebeliğin gerçekleşme şekli				
Spontan	50 (90,8)	63 (96,9)	122 (93,8)	2,131 / 0,144
Tedavi	6 (9,2)	2 (3,1)	8 (6,2)	
İstenen/planlı bebek olma durumu				
Evet	57 (87,7)	47 (72,3)	104 (80,0)	4,808 / 0,500
Hayır	8 (12,3)	18 (27,7)	26 (20,0)	
Gebeliğinde düzenli kontrole gitme durumu				
Evet	58 (89,2)	54 (83,1)	112 (86,2)	1,032 / 0,310
Hayır	7 (10,8)	11 (16,9)	18 (13,8)	
Doğum öncesinde eğitim alma durumu				
Evet	8 (12,3)	4 (6,2)	12 (9,2)	1,469 / 0,226
Hayır	57 (87,7)	61 (93,8)	118 (90,8)	

χ^2 = Ki-kare testi; *p>0,05

Tablo 4.2’de deney ve kontrol grubundaki kadınların bazı obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması görülmektedir.

Deney kontrol grubundaki kadınların obstetrik özellikleri (gebelik, yaşayan çocuk, abortus sayısı, gebeliğin gerçekleşme şekli, istenen/planlı bebek olma durumu, gebeliğinde düzenli kontrole gitme durumu ve doğuma yönelik eğitim alma) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, özelliklerin homojen dağılım gösterdiği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Deney grubundaki kadınların %47,7’sinin bir gebelik yaşadığı, %49,2’sinin hiç yaşayan çocuğu ve %70,8’inin hiç abortusu olmadığı saptanmıştır. Kadınların %90,8’inin gebeliği spontan şekilde gerçekleşmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %87,7’si bebeğinin istenen/planlı olduğunu, %89,2’si gebeliğinde düzenli olarak kontrollere gittiğini ve %87,7’si de doğum öncesinde herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir.

Kontrol grubundaki kadınların %49,2’sinin bir gebelik yaşadığı, %49,2’sinin hiç yaşayan çocuğu ve %75,4’ünün hiç abortusu olmadığı saptanmıştır. Kadınların %96,9’unun gebeliği spontan şekilde gerçekleşmiştir. Araştırmaya alınan kadınların %72,3’ü bebeğinin istenen/planlı olduğunu, %83,1’i gebeliğinde düzenli olarak kontrollere gittiğini ve %93,8’i de doğum öncesinde herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir.

Tablo 4.3: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sezaryen Doğuma Yönelik Kaygı ve Nedenlerine Yönelik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=130)

Özellikler	Deney (n=65)	Kontrol (n=65)	Toplam (n=130)	χ^2 / p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sezaryen doğuma yönelik kaygı				
Var	65 (100,0)	63 (96,9)	128 (98,5)	2,031 / 0,154
Yok	-	2 (3,1)	2 (1,5)	
Sezaryen doğuma yönelik kaygıların nedeni				
Anesteziye bağlı	13 (20,0)	16 (24,6)	29 (22,3)	0,628 / 0,731
Bebeğin sağlığı	23 (35,4)	24 (36,9)	47 (36,2)	
Doğum sonu ağrı	29 (44,6)	25 (38,5)	54 (41,5)	

χ^2 = Ki-kare testi; *p>0,05

Tablo 4.3'te deney ve kontrol grubundaki kadınların sezaryen doğuma yönelik kaygı ve nedenlerine yönelik özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların sezaryen doğuma yönelik kaygı ve nedenlerine yönelik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, özelliklerin homojen dağılım gösterdiği saptanmıştır (p>0,05).

Deney grubundaki kadınların tamamının (%100,0), kontrol grubundaki kadınların da %96,9'unun sezaryen doğuma yönelik kaygısı olduğu saptanmıştır. Deney grubunda yer alan kadınların %44,6'sı kaygılarının nedeni olarak doğum sonu yaşanacak ağrıyı belirtirken, kontrol grubundaki kadınların da %38,5'i ağrı olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.4: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Genel Olarak Kaygı ve Ağrı ile Baş Etme Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=130)

Özellikler	Deney (n=65)	Kontrol (n=65)	Toplam (n=130)	χ^2 / p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Genel olarak kaygı ile baş etme				
Baş edemiyor	21 (32,3)	19 (29,2)	40 (30,8)	0,144 / 0,704
Baş edebilir	44 (67,7)	46 (70,8)	90 (69,2)	
Genel olarak ağrı ile baş etme				
Baş edemiyor	11 (16,9)	12 (18,5)	23 (17,7)	0,053 / 0,818
Baş edebilir	54 (83,1)	53 (81,5)	107 (82,3)	

χ^2 = Ki-kare testi; *p>0,05

Tablo 4.4'te deney ve kontrol grubundaki kadınların genel olarak kaygı ve ağrı ile baş etme özelliklerinin karşılaştırılması görülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların genel olarak kaygı ve ağrı ile baş etmeye yönelik özellikleri birbirine benzerdir, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Deney grubundaki kadınların %67,7'si kaygı ile %83,1'i de ağrı ile baş edebildiğini belirtirken, kontrol grubundaki kadınların %70,8'i kaygı ile %81,5'i de ağrı ile baş edebildiğini ifade etmiştir.

Tablo 4.5: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sezaryen Olma Nedenleri ve Doğum Sırasında Yanında Olması İstenen Kişilerin Dağılımı (n=130)

	Deney (n=65) n (%)	Kontrol (n=65) n (%)	Toplam (n=130) n (%)
Sezaryen nedeni			
Makat geliş	26 (40,0)	40 (61,5)	66 (50,8)
Tüpligasyon	-	11 (16,9)	11 (8,5)
İri bebek	9 (13,8)	5 (7,7)	14 (10,8)
Baş pelvis uyumsuzluğu	13 (20,0)	11 (16,9)	24 (18,5)
Gebeliğin tedavi ile olması	3 (4,6)	1 (1,5)	4 (3,1)
Psikolojik	14 (21,5)	7 (10,8)	21 (16,2)
Doğum sırasında yanında olması istenen kişiler			
Anne	18 (27,7)	16 (24,6)	34 (26,2)
Eş	10 (15,4)	6 (9,2)	16 (12,3)
Sağlık personeli	37 (56,9)	43 (66,2)	80 (61,5)

Tablo 4.5'te deney ve kontrol grubundaki kadınların sezaryen olma nedenleri ve doğum sırasında yanında olması istenen kişilerin dağılımı görülmektedir.

Deney grubundaki kadınların %40'ının makat geliş, %21,5'inin psikolojik, %20,0'sinin baş pelvis uyumsuzluğu, %13,8'inin iri bebek ve %4,6'sının gebeliğinin tedavi sonucu olması nedeni ile sezaryen yapıldığı saptanmıştır.

Kontrol grubundaki kadınların ise %61,5'inin makat geliş, %16,9'unun tüpligasyon yaptırma isteği ve baş pelvis uyumsuzluğu, %10,8'inin psikolojik, %7,7'sinin iri bebek ve %1,5'inin gebeliğinin tedavi sonucu olması nedeni ile sezaryen yapıldığı saptanmıştır.

Deney grubuna alınan kadınların %56,9'u, kontrol grubuna alınan kadınların ise %66,2'si doğum sırasında yanında sağlık personelin olmasını istediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.6: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Visual Analog Skala Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=130)

Özellikler	Deney (n=65)		Kontrol (n=65)		***Test / p
	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	
VAS (0-10) **					
Ön test	0-3	0,55±0,86	0-5	1,01±1,32	-2,346 / 0,021*
Son test	0-6	2,33±1,42	0-7	2,75±,153	-1,599 / 0,112
****Test / p	-8,463 / 0,001*		-7,840 / 0,001*		

*p<0,05; **Ölçekten alınabilecek puanları göstermektedir. ***Test: Bağımsız örneklem t testi; ****Bağımlı örneklem t testi; VAS: Visual Analog Skala

Tablo 4.6’da deney ve kontrol grubundaki kadınların VAS puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön testte VAS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (p<0,05), son testte ise anlamlı farklılık olmadığı (p>0,05) saptanmıştır. Deney grubuna alınan kadınların ağrı düzeyleri duygusal destek uygulaması öncesinde kontrol grubuna alınan kadınlardan daha düşüktür.

Grup içi karşılaştırmalarda ise hem deney hem de kontrol gruplarının ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış (p<0,05), duygusal destek sonrası deney grubundaki kadınların anlamlı düzeyde ağrı puanlarında artış olduğu belirlenmiştir. Ayrıca uygulama yapılmayan kontrol grubundaki kadınların da ağrı puanlarında anlamlı düzeyde artış olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.7: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Durumluk Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=130)

Özellikler	Deney (n=65)		Kontrol (n=65)		***Test / p
	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	
DKE (20-80) **					
Ön test	40-60	49,69±4,81	40-61	51,44±4,52	-2,033 / 0,042*
Son test	27-51	33,96±4,62	39-75	48,21±5,57	-9,406 / 0,001*
****Test / p	-7,012 / 0,001*		-3,961 / 0,001*		

*p<0,05; **Ölçekten alınabilecek puanları göstermektedir. ***Mann Whitney U testi 'nde Z değeri alınmıştır. ****Wilcoxon testi; DKE: Durumluk Kaygı Envanteri

Tablo 4.7'de deney ve kontrol grubundaki kadınların DKE puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınlarda sezaryen ameliyatı öncesi yapılan ön testte DKE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Duygusal destek sonrası ölçülen son testte gruplar arasında DKE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Anksiyete düzeyleri duygusal destek uygulanan kadınlarda uygulanmayan kadınlardan daha düşüktür.

Grup içi karşılaştırmalarda da hem deney hem de kontrol gruplarının ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış (p<0,05), duygusal destek sonrası deney grubundaki kadınların anlamlı düzeyde anksiyete puanlarında düşme saptanmıştır. Ayrıca uygulama yapılmayan kontrol grubuna alınan kadınların da anksiyete puanlarında uygulama yapılan gruba göre daha az olmakla beraber anlamlı düzeyde düşme olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.8: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Cerrahi, Korku Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=130)

Özellikler	Deney (n=65)		Kontrol (n=65)		***Test /
	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	p
Kısa dönem korku (0-40) **					
Ön test	7-37	27,44± 6,00	13-37	27,86±4,76	-0,084 / 0,933
Son test	5-26	17,83±4,28	12-34	26,63±4,97	-8,171 / 0,001*
****Test / p	-6,729 / 0,001*		-2,066 / 0,039*		
Uzun dönem korku (0-40) **					
Ön test	6-40	20,41±6,05	6-31	18,60±6,28	-1,549 / 0,121
Son test	4-23	12,30±3,84	7-30	17,58±5,57	-5,224 / 0,001*
****Test / p	-6,944 / 0,001*		-0,690 / 0,490		
Toplam CKÖ (0-80) **					
Ön test	13-68	47,86±10,47	25-68	46,46±9,66	-0,897 / 0,370
Son test	13-48	30,13±7,17	20-64	44,21±9,51	-7,262 / 0,001*
****Test / p	-6,904 / 0,001*		-1,529 / 0,126		

*p<0,05; **Ölçekten alınabilecek puanları göstermektedir. ***Mann Whitney U testi 'nde Z değeri alınmıştır. ****Wilcoxon testi; CKÖ: Cerrahi Korku Ölçeği

Tablo 4.8’de deney ve kontrol grubundaki kadınların cerrahi, korku ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Deney ve kontrol grubuna alınan kadınlarda ön testte CKÖ alt boyutlarından kısa dönem, uzun dönem ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Duygusal destek sonrası ölçülen son testte ise kısa dönem, uzun dönem ve toplam CKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ameliyat sonrası korku düzeyleri duygusal destek uygulanan kadınlarda uygulanmayan kadınlardan daha düşüktür.

Grup içi karşılaştırmalarda ise hem deney hem de kontrol gruplarının kısa dönem cerrahi korku puanlarının ön test ve son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmış ($p<0,05$), duygusal destek sonrası deney grubundaki kadınların anlamlı düzeyde kısa dönem korku puanlarında düşme saptanmıştır. Ayrıca uygulama yapılan gruba göre çok az olmakla beraber uygulama yapılmayan kontrol grubundaki kadınların da kısa dönem cerrahi korku puanlarında anlamlı düzeyde düşme olduğu bulunmuştur.

Grup içi karşılaştırmalarda ayrıca uzun dönem ve genel cerrahi korku düzeylerinde de ön test ve son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Duygusal destek uygulanan grubun uzun dönem ve genel korku düzeyleri anlamlı düzeyde azalmıştır.

Tablo 4.9: Deney Grubundaki Kadınlara Uygulanan Duygusal Desteğin Değerlendirilmesine Yönelik Dağılım (n=65)

Özellikler		n (%)
Ebenin bana ayırdığı süre yeterliydi.	Evet	63 (96,9)
	Hayır	2 (3,1)
Doğumda aldığım destek ağrı ile baş etmemde yardımcı oldu.	Evet	51 (78,5)
	Hayır	14 (21,5)
Doğumda aldığım destek anksiyete ile baş etmemde yardımcı oldu.	Evet	53 (81,5)
	Hayır	12 (18,5)
Doğumda aldığım destek ameliyata ilişkin korkumun azalmasında yararlı oldu.	Evet	57 (87,7)
	Hayır	8 (12,3)
Sonraki doğumlarımda ebeden duygusal destek almayı tercih ederim.	Evet	63 (96,9)
	Hayır	2 (3,1)
Ebeden aldığım destekten memnun oldum ve bana yararlı oldu.	Evet	65 (100,0)
	Hayır	-

Tablo 4.9’da deney grubundaki kadınlara uygulanan duygusal desteğin değerlendirilmesine yönelik dağılımı verilmiştir.

Duygusal destek alan kadınların tamamına yakını (%96,9) ebenin kendisine ayırdığı sürenin yeterli olduğunu, %78,5’i doğumda aldığı desteğin ağrı ile %81,5’i anksiyete ile baş etmesinde, %87,7’si doğumda aldığı desteğin ameliyata ilişkin korkusunun azalmasında yararlı olduğunu belirtmiştir. Kadınların tamamına yakını (%96,9) sonraki doğumlarında ebeden duygusal destek almayı tercih edeceğini, tamamı da (%100,0) ebeden aldığı destekten memnun olduğunu ve kendisine yararlı olduğunu ifade etmiştir.

5. TARTIŞMA

Sezaryende verilen duygusal desteğin ağrı, anksiyete ve cerrahi korku üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda tartışılmıştır.

Sezaryen, normal spontan doğumun gerçekleşemediği, anne ve bebek sağlığının tehlikeye girdiği komplikasyon durumlarında en sık tercih edilen cerrahi bir işlemdir (Vogel ve ark., 2015). Sezaryen sonrasında, cerrahi uygulamaya ve verilen anesteziye bağlı birçok psikolojik ve fizyolojik değişiklik yaşanmaktadır. Bununla beraber ağrı, ameliyat sonrası oluşan ve bireyi olumsuz yönde etkileyen ilk bulgulardandır (Chen ve ark., 2017). Postoperatif dönemdeki akut ağrı, hasta memnuniyetsizliğine, hastanede kalış süresinin uzamasına, erken dönemdeki iyileşmenin ve normale dönüşün gecikmesine neden olabilmektedir (Barry ve Uppal, 2020). Çalışmamızda deney grubundaki kadınların ağrı düzeyleri duygusal destek ve sezaryen uygulaması öncesinde kontrol grubuna alınan kadınlardan anlamlı düzeyde daha düşük bulunmakla beraber duygusal destek ve sezaryen sonrası son testte anlamlı düzeyde artış olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6; $p<0,05$). Buna göre duygusal desteğin sezaryen sonrası ağrı düzeylerinin azaltılmasında etkisi olmadığı görülmüş ve “Sezaryende verilen duygusal desteğin ağrı üzerine etkisi yoktur” hipotezimiz kabul edilmiştir. Ayrıca uygulama yapılmayan kontrol grubundaki kadınların da ağrı düzeylerinde son testte ilk ölçüme göre anlamlı düzeyde artma olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6; $p<0,05$). Sezaryen sonrası ağrı düzeylerinin artmasının nedenleri literatürde; hemoroidler, meme angorjmanı, meme ucu sorunları, bebek bakımı sırasında yaşanan stres, anksiyete, uykusuzluk, yorgunluk, insizyon ve uterus involüsyonu olarak belirtilmiştir (Berkiten Ergin ve Özdamar, 2013; Komatsu ve ark., 2018).

Bizim çalışmamızda da hem deney hem de kontrol grubundaki kadınların yarısına yakını doğum öncesi ön testte (deney: %44,6; kontrol: %38,5), doğum sonrası ağrı nedeniyle anksiyetelerinin artacağını belirtmişlerdir. Ameliyat sonrası yaşanan akut ağrı, hastanın önceki sağlık durumu, yapılan cerrahi işlem veya ikisinin ortak sonucu olarak gelişen, doku iyileşmesi ile gittikçe azalan bir ağrıdır (Acar ve ark., 2016). Bu nedenle de kadınlara yapılan duygusal destek uygulamasının ağrı üzerinde etkili olmadığı düşünülmektedir. Kısa ve Zeyneloğlu'nun (2016) sezaryen doğum yapan kadınlarla yaptığı bir çalışmada

postpartum dönemde kadınların karşılaştıkları en önemli sorunun doğum sonu ağrı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca yapılan başka bir çalışmada sezaryen ile doğum yapan postpartum dönemdeki kadınların yarısından fazlasının (%54,9) postoperatif dönem bir ile üçüncü günler arasında ameliyat yerinden kaynaklanan ağrı yaşadıkları saptanmıştır (Amanak ve Karaçam, 2018). Literatürde sezaryen sonrası ağrı düzeylerinin arttığını gösteren başka çalışmalar da yer almaktadır (Kiliçli ve Zeyneloğlu, 2024; Çankaya ve Ratwisch, 2020). Bu çalışmalardan elde edilen bulgular bizim bulgumuzu destekler niteliktedir. Ancak literatür incelendiğinde bizim çalışmamızdan farklı olarak doğum sırasında bilgilendirilmenin kadınların ağrı düzeylerini azalttığı belirlenmiştir (İravani ve ark., 2015; Mete ve Uludağ, 2017; Mukamurigo ve ark., 2017). Yine bizim bulgumuzdan farklı olarak normal doğum yapan kadınlarda terapötik dokunmanın etkisinin araştırıldığı bir çalışmada doğum sonrası ağrı düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır (Ertekin Pinar ve Demirel, 2021). Bunun nedenlerinin örneklem gruplarının farklı olması, kültürel özellikler, çalışmamızdaki kadınların sezaryen ile doğum yapmış olmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür. Kadınların doğum ağrısı ile başa çıkma yöntemlerinin incelendiği bir çalışmada, kadınları çoğunluğunun doğum süresince desteğe ihtiyaç duyduğu, destek verilmesi durumunda kadınların doğum ağrısı ile daha kolay baş edebildikleri sonucuna varılmıştır (Van der Gucht ve Lewis, 2015). Ayrıca başka bir çalışmada doğumda sürekli ebe desteğinin, doğum ağrısı ve doğuma hazırlıkta etkili ve yardımcı olduğu belirtilmiştir (Klomp ve ark., 2017).

Doğum sırasında kadınlara fiziksel ve duygusal destek verilmesi annenin memnuniyet düzeyini artırmaktadır. Özellikle sezaryen doğumlarda duygusal desteğin sağlanmaması annelerin kaygı ve anksiyetelerinin artmasına neden olabilmektedir (Afaya ve ark., 2020). Sıklıkla kadınlarda doğum ve doğum sonrası süreçlerde yaşanan belirsizlik nedeniyle anksiyete yaşanmaktadır (Özyürek ve Göktaş, 2021). Bununla beraber bizim çalışmamızda deney grubundaki kadınların yarısına yakını (%44,6) doğum öncesi ön testte doğum sonu ağrı, dörtte birinden fazlası (%35,4) bebeğin sağlığı ve az bir kısmı da (%20) anesteziye bağlı anksiyete yaşayabileceklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.3). Araştırmamızda duygusal destek uygulanan kadınlarda uygulama yapılmayan kadınlara göre anksiyete düzeyleri anlamlı düzeyde daha düşüktür ve son testte de ön teste göre duygusal destek sonrası anlamlı düzeyde anksiyete puanlarında düşme saptanmıştır (Tablo 4.7; $p<0,05$). Buna göre duygusal

desteğin kadınlarda anksiyete düzeylerinin azalmasında etkili olduğu görülmüş, “Sezaryen sırasında verilen duygusal desteğin anksiyete üzerine etkisi vardır” hipotezimiz kabul edilmiştir. Miremberg ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında sezaryen doğum öncesinde hastalara gösterilen ayrıntılı bilgilendirici videonun, işlem öncesi ve sonrası annelerin anksiyete düzeylerini azalttığı saptanmıştır. Ferede ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında sezaryen operasyonu geçiren obstetrik hastaların preoperatif anksiyete düzeyleri yüksek olarak belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer olarak hastaların ameliyat öncesinde cerrahi girişime bağlı endişe yaşadıkları ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmektedir (Çevik Acar ve Yıldız Fındık, 2015; Krannich ve ark., 2007; Oflaz ve Varol, 2010). Ayrıca Attarha ve arkadaşlarının (2016) yaptığı nitel bir çalışmada doğumda sürekli ebe desteğinin kadının anksiyetesini azalttığı, sonraki doğumlarında da ebeden destek almayı istedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Doğum sırasında kadınlara sürekli ebe desteği verilmesi, kadının doğuma ilişkin anksiyetesini kontrol edebilmesini ve daha olumlu doğum deneyimi yaşamasını sağlamaktadır (Kordi ve ark., 2014). Sezaryen doğum öncesi planlı eğitimin yapıldığı bir çalışmada da verilen planlı eğitimin kadınların anksiyete düzeylerinin azalmasında etkili olduğu bildirilmiştir (Güney, 2021). Normal doğum yapan kadınlarda terapötik dokunmanın etkisinin araştırıldığı başka çalışmada ise doğum sonrası anksiyete düzeylerinde azalma olduğu sonucuna varılmıştır (Ertekin Pinar ve Demirel, 2021). Bu çalışmalardan elde edilen sonuçların bizim bulgumuzu desteklediği görülmektedir.

Ameliyat planlanan hastaların %50-90’ının ameliyat öncesi korku yaşadıkları belirtilmiştir (Çelik ve Edipoğlu, 2018; Ruhaiyem ve ark., 2016). Araştırmamızda Ameliyat sonrası kısa dönem, uzun dönem ve genelde korku düzeyleri duygusal destek uygulanan kadınlarda uygulanmayan kadınlardan daha düşüktür ve son testte ön teste göre deney grubundaki kadınların anlamlı düzeyde kısa dönem, uzun dönem ve genelde korku puanlarında düşme saptanmıştır (Tablo 4.8; $p<0,05$). Buna göre duygusal destek kadınların sezaryen sonrası kısa dönem korku düzeylerinin azalmasında etkili olmuş, “Sezaryende verilen duygusal desteğin cerrahi korku üzerine etkisi vardır” hipotezimiz kabul edilmiştir. Güney’in (2021) çalışmasında, sezaryen ameliyatı öncesi verilen planlı eğitimin kısa dönem, uzun dönem ve toplam korku puanlarının azalmasında etkili olduğu, Aker ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında da

yönlendirilmiş görselleştirme uygulanan sezaryen hastalarının cerrahi korku düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır. Ayrıca normal doğum yapan kadınlara uygulanan duygusal destek sonrasında kadınların doğum korkularının azaldığı, doğuma ilişkin olumlu algılarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Yener, 2022). Literatür incelendiğinde, sezaryen olmayan diğer cerrahi işlemlerde de ameliyat öncesi cerrahi korkunun yüksek olduğu bildirilmiştir (Kaya ve Karaman Özlü, 2019; Marsy, 2019). Özkan'ın (2021) elektif abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarla yaptığı derleme çalışmasında ameliyat öncesi korkunun yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durum kadınların ameliyat öncesi korkularının azaltılmasının önemini göstermektedir. Ayrıca yapılan bazı araştırmalarda da ebe tarafından sunulan destekleyici bakımın doğum sonuçlarını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir (Bohren ve ark., 2017; Çankaya ve Can, 2021; İsbir ve Serçekuş, 2017). Bu sonuçlar bizim bulgumuzu desteklemekte ve sezaryen doğumlarda kadınlara verilecek duygusal desteğin önemine dikkat çekmektedir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Sezaryen doğumda verilen duygusal desteğin ağrı, anksiyete ve cerrahi korku üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Deney ve kontrol grubuna alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyini algılama, daha önce ameliyat geçirme öyküsü doğum salonundaki sağlık personelinin desteğini önemseme durumu) birbirine benzer özelliktedir (Tablo 4.1).
- Deney ve kontrol grubuna alınan kadınların obstetrik özellikleri (gebelik, yaşayan çocuk, abortus sayısı, gebeliğin gerçekleşme şekli, istenen/planlı bebek olma durumu, gebeliğinde düzenli kontrole gitme durumu ve doğum öncesi eğitim alma durumu) birbirine benzerdir (Tablo 4.2).
- Deney ve kontrol grubuna alınan kadınların sezaryen doğuma yönelik kaygı ve nedenlerine yönelik özellikleri birbirine benzerdir. Deney grubundaki kadınların tamamının (%100) kontrol grubundaki kadınların da %96,9'unun sezaryen doğuma yönelik kaygısı olduğu saptanmıştır. Deney grubunda yer alan kadınların yarısına yakını (%44,6) kaygılarının nedeni olarak doğum sonu yaşanacak ağrıyı belirtirken, kontrol grubundaki kadınların da dörtte birinden fazlası (%38,5) ağrı olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.3).
- Deney ve kontrol grubuna alınan kadınların genel olarak kaygı ve ağrı ile baş etmeye yönelik özellikleri birbirine benzerdir. Deney grubundaki kadınların %67,7'si kaygı ile %83,1'i de ağrı ile baş edebildiğini belirtirken, kontrol grubundaki kadınların %70,8'i kaygı ile %81,5'i de ağrı ile baş edebildiğini ifade etmiştir (Tablo 4.4).
- Deney grubundaki kadınların %40'ının makat geliş, %21,5'inin psikolojik, %20,0'sinin baş pelvis uyuşmazlığı ve %13,8'inin iri bebek nedeni ile sezaryen yapıldığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların ise %61,5'inin makat geliş, %16,9'unun tüpligasyon yaptırma isteği ve baş pelvis uyuşmazlığı, %10,8'inin psikolojik nedenlerden dolayı sezaryen yapıldığı saptanmıştır. Deney grubunda yer alan kadınların %56,9'u, kontrol grubundaki kadınların ise

%66,2'si doğum sırasında yanında sağlık personelin olmasını istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.5).

- Duygusal destek sonrası hem deney hem de kontrol grubundaki kadınların anlamlı düzeyde ağrı puanlarında artış olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).
- Duygusal desteğin sezaryen sonrası kadınların anksiyete düzeylerinin azalmasında etkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).
- Sezaryen sonrası korku düzeyleri duygusal destek uygulanan kadınlarda uygulanmayan kadınlardan daha düşük olarak belirlenmiştir (Tablo 4.8).
- Duygusal destek alan kadınların tamamına yakını (%96,9) ebeğin kendisine ayırdığı sürenin yeterli olduğunu, %78,5'i doğumda aldığı desteğin ağrı ile %81,5'i anksiyete ile baş etmesinde, %87,7'si doğumda aldığı desteğin ameliyata ilişkin korkusunun azalmasında yararlı olduğunu belirtmiştir. Kadınların tamamına yakını (%96,9) sonraki doğumlarında ebeden duygusal destek almayı tercih edeceğini, tamamı da (%100,0) ebeden aldığı destekten memnun olduğunu ve kendisine yararlı olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.9).

6.2. Öneriler

Bu sonuçlara göre;

- Kadınların sezaryen doğumda ağrı, anksiyete ve cerrahi korku düzeylerinin azaltılmasına yönelik duygusal destek uygulamalarının yapılması,
- Duygusal desteğe yönelik uygulamaların hastanede yapılan standart bakım uygulamaları içinde yer almasının sağlanması,
- Doğum ünitesinde çalışan sağlık profesyonellerine duygusal destek uygulamaları ve etkili iletişime yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmesi,
- Sezaryen doğum yapan kadınlara doğum süresince istedikleri kişiler tarafından destek verilmesinin sağlanması,
- Sezaryen doğumda verilen duygusal desteğe yönelik farklı örneklem gruplarının yer aldığı çalışmaların yapılması önerilmektedir

7. KAYNAKLAR

- Acar, K., Acar, H., Demir, F., Eti Aslan, F. (2016). Cerrahi sonrası ağrı insidansı ve analjezik kullanım miktarının belirlenmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2: 85-91.
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynaecologists) Committee Opinion (2013). Cesarean Delivery on Maternal Request. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 13(1):72-76.
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynaecologists) (2020). Operative vaginal birth: ACOG practice bulletin, number 219. *Obstetrics and Gynecology*, 135(4): 982-984.
- Adams, E.D., Bianchi, A.L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(1):106–115.
- Afaya, A., Azongo, T. B., Dzomeku, V. M., Afaya, R. A., Salia, S. M., Adatara, P., ve ark. (2020). Women’s knowledge and its associated factors regarding optimum utilisation of antenatal care in rural Ghana: A cross-sectional study. *PloS One*, 15(7): e0234575.
- Akçay Yaldir, A. (2016). Vajinal doğum sonrası erken dönemde maternal memnuniyet. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- Aker, M.N., Öner Cengiz, H., Yılmaz Sezer, N. (2024). The effect of guided imagery pre-cesarean section on the perceived preoperative anxiety, surgical fear, and physiological parameters of women: A randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 68: 102362.
- Akın, B., Yeşil, Y., Yücel, U., Boyacı, B. (2018). Doğum öncesi eğitim sınıflarında verilen eğitimin gebelerin doğum korku düzeyi üzerine etkisi. *Life Sciences (NWSALS)*, 13(2):11–20.
- Aksoy, H., Özyurt, S., Aksoy, Ü., Açmaz, G., Karadağ, Ö.İ., Babayiğit, M.A. (2014). Hastanemizdeki sezaryen hızı ve endikasyon dağılımları ışığında Türkiye’de sezaryen ile doğuma genel bakış. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 3(3): 1-7.

- Akyolcu, N., Kanan, N., Aksoy, G. (2020). Cerrahi Hemşireliği II (N. Akyolcu, Ed.; Vol. 2). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Amanak, K., Karaçam, Z. (2018). Sezaryen ile doğum yapan kadınların postpartum erken dönemde öz bakım ve bebek bakımı konularında yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi* 28(1):17-22.
- Arslan, Ç. (2007). Üniversite öğrencilerinin sürekli kaygı ve kişisel kararsızlık düzeylerinin incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya*.
- Arslan, B., Kavrut Ozturk, N., Arslan Onuk, Z.A., Karsli, B. (2019). Factors affecting selection of anesthesia type in elective cesarean operations and pregnant preferences for anesthesia outcome. *Medicine Science*, 8(1): 113-116.
- Arslandaş, H., Çoban, A., Dereboy, F., Sarı, E., Şahbaz, M., Kurnaz, D. (2020). Son trimester gebelerde doğum korkusunu etkileyen faktörler ve doğum korkusunun postpartum depresyon ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Çukurova Medical Journal*, 45(1): 239-250.
- Attarha, M., Kehavarz, Z., Bakhtiari, M., Jamilian, M. (2016). The outcome of midwife-mother relationship in delivery room: A qualitative content analysis. *Health*, 8(4): 336-343.
- Ayaz, N.P. (2011). İlk kez sezaryen olan hastalar ile mükerrer sezaryen olan hastaların ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması. *Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon*.
- Aydın, O.N. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(2): 37-48.
- Aydın, P.Ç. (2017). Kaygı ve Endişe. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 10(4), 228-236.
- Aydın, A., Tiryaki, S. (2017). Üniversite öğrencilerinin kaygı düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik bir çalışma (KTÜ Örneği). *Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, 17(4): 715-722.
- Aykent, R., Kocamanoğlu, İ.S., Üstün, E., Tür, A., Şahinoğlu, H. (2007). Preoperatif

- anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması. *Turkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation*, 5(1): 7-13.
- Bae, H., Bae, H., Min, B.II., Cho, S. (2014). Efficacy of acupuncture in reducing preoperative anxiety: A meta-analysis. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*, 2014: 850367.
- Bağdigen, M. (2016). Cerrahi Korku Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması ve sosyal destek algısı ile ilişkisinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum*.
- Bağdigen, M., Karaman Özlü, Z. (2018). Validation of the Turkish version of the surgical fear questionnaire. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(5): 708-714.
- Bakırcı, Ş. (2017). Spinal anestezi ile yapılan sezaryen doğumlarda oluşabilecek maternal subklinik kardiyak hasarın troponin ile araştırılması. *Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Kırıkkale*.
- Barry, G., Uppal, V. (2020). Management of pain after cesarean delivery without intrathecal morphine: Networking for the best answer. *Obstetric Anesthesia Digest*, 41(3): 151-152.
- Baştarcan, Ç. (2020). Kişilik özelliklerinin gebelikte anksiyete ve depresyon düzeyine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.
- Berkiten Ergin, A., Özdamar, D. (2013). Postpartum dönem ve ağrı. Kömürcü N, Editör. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. İstanbul, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Betrán, A.P., Ye, J., Moller, A.B., Zhang, J., Gülmezoglu, A.M., Torloni, M.R. (2016). The increasing trend in cesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *PloS One*, 11(2): e0148343.
- Bohren, M.A., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., Fukuzawa, R.K., Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematic Review*, 2017(7): CD003766.
- Bolbol-Haghighi, N., Masoumi, Z.S., Kazemi, F. (2016). Effect of continued support

- of midwifery students in labour on the childbirth and labour consequences: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(9): 14–17.
- Bowers, B.B. (2002). Mothers' experiences of birth support: A review of qualitative research. *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing*, 31(6): 742-752.
- Budak, E. (2015). Açık kalp ameliyatı olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyetelerinin giderilmesinin ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Bulut, Ş. (2017). Cerrahi operasyon geçirecek hastaların ameliyata özgü kaygılarının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Can, E., Beydağ, K.D. (2023). Sezaryen hastalarının cerrahi korku düzeyini etkileyen faktörler. *Bandırma On yedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 5(2): 121-131.
- Celik, F., Edipoglu, I.S. (2018). Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score. *European Journal of Medical Research*, 23: 1-10.
- Ceylan, G., Ejder Apay, S. (2023). Sezaryende pre, peri ve post-op ebelik bakımı. *Artuklu International Journal of Health Sciences*, 3(2): 246-252.
- Chang, M.Y., Wang, S.Y., Chen, C.H. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: A randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1): 68-73.
- Chang, S.C., Chou, M.M., Lin, K.C., Lin, L.C., Lin, Y.L., Kuo, S.C. (2011). Effects of a pushing intervention on pain, fatigue and birthing experiences among Taiwanese women during the second stage of labour. *Midwifery*, 27(6): 825-831.
- Chen, H.H., Lai, J.C.Y., Hwang, S.J., Huang, N., Chou, Y.J., Chien, L.Y. (2017). Understanding the relationship between cesarean birth and stress, anxiety, and depression after childbirth: A nationwide cohort study. *Birth*, 44(4):369-376.

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Çağlar, S. (2019). XYZ kuşağındaki hastalarda cerrahi korku düzeyinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum.
- Çakıroğlu, Y. Özeren, S. (2018). Sezaryen doğum. Tanır H.M, Şener T, editörler. *Obstetri normal ve sorunlu gebelikler*. 5. Baskı. Güneş Tıp Kitabevi. Ankara.
- Çankaya, S., Ratwisch, G. (2020). The effect of reflexology on lactation and postpartum comfort in caesarean-delivery primiparous mothers: A randomized controlled study. *International Journal of Nursing Practice*, 26(3): e12824.
- Çankaya, S., Can, R. (2021). The effect of continuous supportive care on birth pain, birth fear, midwifery care perception, oxytocin use, and delivery time during the intrapartum period: An experimental study. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 24(11): 1624-1632.
- Çetinkaya, F., Karabulut, N. (2010). Batın ameliyatı olacak yetişkin hastalarda ameliyat öncesi verilecek eğitimin kaygı ve ağrı düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2):20-26.
- Çevik Acar, E., Yıldız Fındık, Ü. (2015). Ameliyathanede hastaların hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4): 268-273.
- Çiçek, T. (2022). Total abdominal histerektomi geçiren kadınlarda ağrı ve anksiyetenin giderilmesinde müziğin etkisi. *Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Doktora Tezi*, İstanbul.
- Çuvalcı, M., Güdücü Tüfekçi, F. (2021). Annelerin sezaryen doğumun anne ve çocuk sağlığına etkileri ile ilgili bilgi ve görüşleri. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2): 49-57.
- Demir, R. (2022). Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri: Nitel bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1): 201-210.
- Demirgöz Bal, M., Dereli Yılmaz, S., Kızılkaya Beji, N. (2013). Kadınların sezaryen doğum tercihleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21(2):

139-146.

Dennis, C.L., Falah-Hassani, K., Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 210(5): 315-323.

Doering, B.G. (2009). Postoperative pain and psychological factors. *Doctor Journal*, 51: 94-96.

Dursun, A. (2018). Kalp damar cerrahisi planlanan hastalarda ameliyat öncesinde müzik dinletmenin cerrahi korku ve anksiyete üzerine etkisi. *Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Gaziantep.

Düzel, V. (2008). Hemşire ve hastaların postoperatif ağrı değerlendirmelerinin karşılaştırılması. *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Adana.

Elbi Mete, H., Noyan, A., Önen Sertöz, Ö. (2006). Ağrının psikososyal yönü. *Ağrı*, 18(1): 20-25.

Ertekin Pinar, S., Demirel, G. (2021). The effect of therapeutic touch on labour pain, anxiety and childbirth attitude: A randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 41: 101255.

Ertürk, N. (2007). Doğum Sonrası Destek Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İzmir.

Eskici, L., Demir Akca, A.S, Atasoy, N., Arıkan, İ.İ, Harma, M. (2012). Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçları ve yenidoğan üzerine etkileri. *The Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 6 (1): 10-16.

Eti, A.F. (2010). Dahili ve Cerrahi hastalıklarda bakım. P: Karadakovan A, Eti AF, editörler. Ameliyat sonrası bakım. Adana: Nobel Kitabevi, 345-372.

Eyi, S., Kanan, N., Akyolcu, N., Akın, M. L., Acaroğlu, R. (2016). Ameliyat sırasında uygulanan hemşirelik bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2): 159-170.

Fathi Najafi, T., Latifnejad Roudsari, R., Ebrahimipour, H. (2017). The best encouraging persons in labor: A content analysis of Iranian mothers' experiences

- of labor support. *PloS One*, 12(7): e0179702.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., Lang, A.G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41: 1149–1160.
- Ferede, Y.A., Bizuneh Y.B., Workie, M.M., Admass, B.A. (2022). Prevalence and associated factors of preoperative anxiety among obstetric patients who underwent cesarean section: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 74: 103272.
- Field, T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behav Dev*, 51: 24-32.
- Fields, A., Moritz, R. (2019). My caesarean: twenty-one mothers on the C-section experience and after. New York, *The Experiment*.
- Gaskin, I.M. (2015). Ina May’ın doğuma hazırlık rehberi. İstanbul: Sinek Sekiz Yayın Evi.
- Gök, F., Yavuz Van, G.M. (2015). Cerrahi Hastasında Ağrı Kontrolü, in Ameliyathane hemşireliği, G. Yavuz Van, M. VE G. Kaymakçı, Editorer., İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri: 325-338.
- Gülhaş, N., Şanlı, M., Özgül, Ü., Begeç, Z., Durmuş, M. (2012). Sezaryenlerde anestezi yönetimi: Retrospektif değerlendirme. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 19(3): 142-145.
- Günaydın, S., Yazıcı, S. (2018). Obstetrik triyaj ve ebenin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2: 84-89.
- Güney, D. (2021). Sezaryen ameliyatı öncesi dinletilen müziğin ve verilen planlı eğitimin cerrahi korku, anksiyete ve depresyon üzerine etkisi. *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Günüşen, İ., Karaman, S., Akercan, F., Fırat, V. (2009). Elektif sezaryenlerde farklı anestezi yöntemlerinin yenidoğan üzerine etkileri: Retrospektif çalışma. *Ege Tıp Dergisi*, 48(3): 189-194.
- Gürbüz, T. (2010). Anksiyete bozukluğu tanısıyla takip edilen hastalarda anksiyete

- şiddeti ve serum lipid profili ilişkisinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi*, Isparta.
- Gürsoy, A., Candaş, B., Güner, Ş., Yılmaz, S. (2016). Preoperative stress: an operating room nurse intervention assessment. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31(6): 495-503.
- Hepp, P., Hagenbeck, C., Gilles, J., Wolf, O.T., Goertz, W., Janni, W., ve ark. (2018). Effect of music intervention during caesarean delivery on anxiety and stress of the mother a controlled, randomised study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1): 435.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Hollander, M.H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M.G., de Miranda, E., Stramrood, C.A.I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Arch Womens Ment Health*, 20(4): 515–523.
- Hotun Şahin, N. (2009). Seksio-sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3): 93-98.
- Husby, A.E., van Duinen, A.J., Aune, I. (2019). Caesarean birth experiences. A qualitative study from Sierra Leone. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 21: 87-94.
- Iddrisu, M., Khan, Z.H. (2021). Anesthesia for cesarean delivery: General or regional anesthesia—a systematic review. *Ain-Shams Journal of Anesthesiology*, 13(1): 1-7.
- İravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of Education and Health Promotion*, 4(6): 31-37.
- Işık, E., Taner, Y. (2006). Çocuk ergen ve erişkinlerde anksiyete bozuklukları. İstanbul: Asimetrik Parelel Kitabevi.
- İnal, Y. (2018). Ameliyat öncesi verilen planlı eğitimin hastanın ameliyata bağlı kaygı ve ağrı algısı üzerine etkisi. *Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri*

Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.

İsbir, G.G., Serçekuş, P. (2017). The effects of intrapartum supportive care on fear of delivery and labor outcomes: A single-blind randomized controlled trial. *Journal of Nursing Research*, 25(2): 112-119.

Jlala, H.A., French, J.L., Foxall, G.L., Hardman, J.G., Bedfordth, N.M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104(3): 369-374.

Kalyon, A. (2018). Anksiyete duyarlılığının ve sosyal anksiyeteye eşlik eden anksiyete duyarlılığının azaltılmasında bilişsel-davranışçı müdahale programının etkisi. *Karadeniz Teknik Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Trabzon.*

Karaman Özlü Z, Soydan S, Çapık A, Ejder Apay S, Avşar G, Özer N, Arslan S. (2016). Sezaryen ameliyatı olan lohusalarda progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1): 58- 64.

Karlström, A., Nystedt, A., Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: Focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15: 251.

Kartopu, S. (2012). Lise öğrenci ve öğretmenlerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi (Kahramanmaraş Örneği). *Fırat Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17(2): 147-170.

Kaya, M., Karaman Özlü, Z.K. (2019). Elektif cerrahi bekleyen hastalarda cerrahi korkunun sosyal destek algısı ile ilişkisinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(4): 284-293.

Kızılkaya, S. (2018). Elektif sezaryen ameliyatlarında kullanılan anestezi yönteminin ağrı anksiyete ve hasta memnuniyeti üzerine etkisi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya.*

Kiliçli, A., Zeyneloglu, S. (2024). Effect of reflexology on pain, fatigue, sleep quality,

- and lactation in postpartum primiparous women after cesarean delivery: A randomized controlled trial. *Journal of Human Lactation*, 40(2): 221-236.
- Kim, W.H., Hur, M., Park, S.K., Yoo, S., Lim, T., Yoon, H.K., ve ark. (2019). Comparison between general, spinal, epidural, and combined spinal-epidural anesthesia for cesarean delivery: A network meta-analysis. *Int J Obstet Anesth*, 37: 5-15.
- Kisa, S., Zeyneloğlu, S. (2016). Opinions of women towards cesarean delivery and priority issues of care in the postpartum period. *Applied Nursing Research*, 30: 70-75.
- Klomp, T., Witteveen, A.B., de Jonge, A., Hutton, E.K., Lagro-Janssen, A.L.M. (2017). A qualitative interview study into experiences of management of labor pain among women in midwife-led care in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(2): 94-102.
- Komatsu, R., Carvalho, B., Flood, P. (2018). Prediction of outliers in pain, analgesia requirement, and recovery of function after childbirth: A prospective observational cohort study. *British journal of anaesthesia*, 121(2): 417-426.
- Kordi, M., Bakhshi, M., Tara, F. (2014). The effect of continuous support during labor on labor progress in primigravida women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 17(107): 7-14.
- Korkut, S., Kaya, N. (2019). Sezaryen doğum kararına ebe farkındalığı ile etik yaklaşım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1): 144-152.
- Körükçü, Ö., Deliktaş, A., Aydın, R., Kabukcuoğlu, K. (2017). Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 7: 152-158.
- Krannich, J.H.A., Weyers, P., Lueger, S., Herzog, M., Bohrer, T., Elert, O. (2007). Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. *BMC Psychiatry*, 12(7): 47.
- Kumar, K.H., Elavarasi, P. (2016). Definition of pain and classification of pain disorders. *Journal of Advanced Clinical and Research Insights*, 3: 87-90.

- Lagrew, D.C., Low, L.K., Brennan, R., Corry, M.P., Edmonds, J.K., Gilpin, B.G., ve ark. (2018). National partnership for maternal safety: Consensus bundle on safe reduction of primary cesarean births—supporting intended vaginal births. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47: 214-226.
- Marsy, S.E. (2019). The effect of preoperative educational intervention on preoperative anxiety and postoperative outcomes in patients undergoing open cholecystectomy. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 7(5): 78-87.
- Mete, S., Uludağ, E. (2017). Doğumda destekleyici bakımda Hypnobirthing felsefesinin kullanılması. *DEUHFED*, 10(1): 52–59.
- Mete, Z. (2020). Total diz protezi ameliyatı planlanan hastaların cerrahi korku düzeyleri ile ameliyat sonrası ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- Miremberg, H., Yirmiye, K., Vinter, D., Lauterbach, R., Yefet, E., Nassra, R., ve ark. (2022). An informative video before planned cesarean delivery and maternal anxiety—a multicenter randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 4(3): 100604.
- Mukamurigo, J.U., Berg, M., Ntaganira, J., Nyirazinyoye, L., Dencker, A. (2017). Associations between perceptions of care and women’s childbirth experience: A population-based cross-sectional study in Rwanda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17: 1-7.
- Mukonka, P.S., Mukwato, P.K., Kwaleyela, C.N., Maimbolwa, M. (2018). Care of postpartum women following complicated labour and delivery at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia: Self-reported practices by midwives. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 10(11): 134-144.
- Nakano, M., Upadhyaya, S., Chudal, R., Skokauskas, N., Luntamo, T., Sourander, A., ve ark. (2019). Risk factors for impaired maternal bonding when infants are 3 months old: A longitudinal population based study from Japan. *BMC Psychiatry*, 19(87): 1-9.
- Nikula, P., Laukkala, H., Pölkki, T. (2015). Mothers' perceptions of labor support. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(6): 373-

- Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., Ekström, A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice*, 2013: 349124.
- Oflaz, F., Varol, H. (2010). Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1): 1-7.
- Oktar Ergür, D. (2004). Yabancı dil öğrenimi sürecinde kaygı. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 26: 48-53.
- Osborn, T.M., Sandler, N.A. (2004). The effects of preoperative anxiety on intravenous sedation. *Anesthesia Progress*, 51(2): 46-51.
- Öner, N., Lecompte, A. (1983). State and Trait Anxiety Inventory handbook. Istanbul Boğaziçi University Publications.
- Öz, F. (2010). Sağlık alanında temel kavramlar. Yenilenmiş ikinci baskı. Ankara: Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti., 130-145.
- Özkan, H., Uzun Özer, B., Arı, Ö. (2021). Sezaryen ile doğuma güncel bir bakış: Modern sezaryen teorisi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 30(4): 226-235.
- Özyürek, H., Göktaş, S. (2021). Acil ve elektif cerrahide hastaların anksiyete düzeylerinin ve hemşirelik bakım memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(2): 83-92.
- Pasero, C., McCaffery, M. (2010). Pain Assessment and Pharmacologic Management. *E-Book: Pain Assessment and Pharmacologic Management-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Pasero, C., Ignatavicius, D. D. (2016). Assessment and care of patients with pain. DD. Ignatavicius, M. L. Workman, M. Blair, C. Rebar, C. Winkelman (Eds.). Medical- Surgical Nursing. Eighth edition. (ss.158-226). St. Louis: Elsevier.
- Polat, İ.M. (2018). Obstetrik ve perinatolojik girişimler ve ERAS. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 10(4): 33-40.
- Polit, D. F., Beck, C. T. (2017). Quantitative research design. *Nursing Research*:

- Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, 183-215.
- Price, D.D., McGrath, P.A., Rafii, A., Buckingham, B. (1983). The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, 17(1): 45–56.
- Price, S., Noseworthy, J., Thornton, J. (2007). Women’s experience with social presence during childbirth. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*, 32(3): 184–191.
- Robichaud, M., Dugas, M.J. (2015). *The generalized anxiety disorder workbook: A comprehensive CBT guide for coping with uncertainty, worry, and fear*. New Harbinger Publications.
- Rondung, E., Ekdahl, J., Sundin, Ö. (2019). Potential mechanisms in fear of birth: The role of pain catastrophizing and intolerance of uncertainty. *Birth*, 46(1): 61–68.
- Ruhaiyem, M.E., Alshehri, A.A., Saade, M., Shoabi, T.A., Zahoor, H., Tawfeeq, N.A. (2016). Fear of going under general anesthesia: A cross-sectional study. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 10(3): 317-321.
- Sayed, W., Abd El Aal, D.E.M., Mohammed, H.S., Abbas, A.M., Zahran, K.M. (2018). Maternal satisfaction with delivery services at tertiary university hospital in upper Egypt, is it actually satisfying. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 7(7): 2547-2552.
- Sağlık Bakanlığı. (2010). Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi. Ankara: Damla Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı. (2018). Sağlık istatistikleri yılı 2020. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı. (2020). Sağlık istatistikleri yılı 2020. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı. (2022). Sağlık istatistikleri yılı 2020. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- Sak, S., Peker, N., Uyanıkoğlu, H., Binici, O., İncebıyık, A., Sak, M.E. (2018). Elektif

- sezaryende genel anestezi'mi, spinal anestezi'mi uygulanmalı? *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 49(1): 44-48.
- Sauls, D.J. (2004). The labor support questionnaire: Development and psychometric analysis. *Journal of Nursing Measurement*, 12(2): 123-132.
- Saygı, A.İ., Özdamar, Ö., Gün, İ., Emirkadı, H., Müngen, E., Akpak, Y.K. (2015). Comparison of maternal and fetal outcomes among patients undergoing cesarean section under general and spinal anesthesia: A randomized clinical trial. *Sao Paulo Medical Journal*, 133(3): 227-234.
- Shirvani, M.A., Ganji, Z. (2014). The influence of cold pack on labour pain relief and birth outcomes: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17-18): 2473-2479.
- Simkin, P., Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6): 489-504.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1970). Manual for State-Trait Anxiety Inventory. California: Consulting Psych-Press.
- Sumikura, H., Niwa, H., Sato, M., Nakamoto, T., Asai, T., Hagihira, S. (2016). Rethinking general anesthesia for cesarean section. *Journal of Anesthesia*, 30(2): 268-273.
- Sung, T.Y., Jee, Y.S., You, H.J., Cho, C.K. (2021). Comparison of the effect of general and spinal anesthesia for elective cesarean section on maternal and fetal outcomes: A retrospective cohort study. *Anesthesia and Pain Medicine*, 16(1): 49-55.
- Şahin, M., Erbil, N. (2019). Doğum ve medikalizasyon. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2): 120-130.
- Şenoğlu A, Karaçam Z. (2019). Doğum destekçilerinin doğum eylemine destek konusundaki görüşleri ve gereksinimleri. *DEUHFED*, 12(4): 274-282.
- Şimşek, H.N., Demirci, H., Bolsoy, N. (2018). Sosyal destek sistemleri ve ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2): 97-103.

- Taşdemir, A., Erakgün, A., Deniz, M.N., Çertuğ, A. (2013). Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. *Turkish Journal of Anesthesia & Reanimation*, 41(2):44-49.
- Taşdemir, N., Yıldırım Tank, D., Çetinkaya, B.E. (2022). Hastaların ameliyat öncesi dönemde korku düzeyleri ile öğrenim gereksinimleri arasındaki ilişki. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 7(1): 47-58.
- Terzioğlu, A. E., Koç, Y., Yazıcı, M. (2013). Halk oyunları oynayanların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri (Erzincan Yöresi Örneği). *EÜSBED*, 6(2): 361-370.
- Theunissen, M., Peters, M.L., Schouten, E.G.W., Fiddlers, A.A.A., Willemsen, M.G.A., Pinto, P.R., ve ark. (2014). Validation of the Surgical Fear Questionnaire in adult patients waiting for elective surgery. *PloS One*, 9(6): e100225.
- Timur, S., Hotun Şahin, N. (2010). Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(1): 29–40.
- Toler, S., Stapleton, S., Kertsburg, K., Callahan, T.J., Hastings-Tolsma, M. (2018). Screening for postpartum anxiety: A quality improvement project to promote the screening of women suffering in silence. *Midwifery*, 62: 161–170.
- Toouli, J., Russell, C., Devitt, P., Clark, I. C. (2002). Integrated Basic Surgical Science: Edit: Terzi C. *Dokuz Eylül Yayınları, Uşak Matbaacılık Ltd. Şti, İzmir*.
- Tör, İ.H., Aksoy, A.N., Özkan, H. (2021). Elektif sezaryen ameliyatı geçiren primipar ve multipar hastaların anestezi tekniği tercihlerinin karşılaştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 31(2): 163-167.
- Türk Dili Kurumu (2019). Güncel Türkçe Sözlük
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2003). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus

- Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
- Uludağ, E., Mete, S. (2014). Doğum eyleminde destekleyici bakım. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(2): 22–29.
- Van der Gucht, N., Lewis, K. (2015). Women' s experiences of coping with pain during childbirth: A critical review of qualitative research. *Midwifery*, 31(3): 349-358.
- Vogel, J.P., Betrán, A.P., Vindevoghel, N., Souza, J.P., Torloni, M.R., Zhang, J., ve ark. (2015). Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: A secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *The Lancet Global Health*, 3(5): e260-e270.
- Wideman, T.H., Edwards, R.R., Walton, D.M., Martel, M.O., Hudon, A., Seminowicz, D.A. (2019). The multimodal assessment model of pain: A novel framework for further integrating the subjective pain experience within research and practice. *The Clinical Journal of Pain*, 35(3): 212–221.
- World Health Organization (WHO). (2015). Sezaryen doğum hızları ile ilgili DSÖ
- World Health Organization (WHO). (2018). Recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization.
- Yağcı, Ü., Saygın, M. (2019). Ağrı fizyopatolojisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2): 209-220.
- Yanikkerem, E., Sevil, Ü., Yüksel, D., Kitapçıoğlu, G. (2007). Gebe bir kadının hissettikleri “Korkuyorum”. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 21(2): 109-111.
- Yanti, Y., Claramita, M., Emilia, O., Hakimi, M. (2015). Students' understanding of “Women-Centred Care Philosophy” in midwifery care through Continuity of Care (CoC) learning model: A quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 14: 1-7.
- Yardakçı, R., Akyolcu, N. (2004). Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2):7-14.

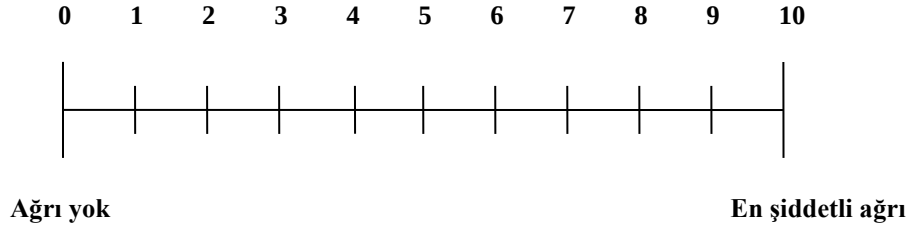
- Yener, N. (2022). Doğumda verilen duygusal desteğin kadının doğum süresi, algısı ve korkusuna etkisi. *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Yıldırım, D.D. (2018). 10-14 yaş ergenlerin öz yeterlik düzeyinin anksiyete duyarlılığı ve ebeveyn tutumu ile ilişkisinin incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Yılmaz, M., Sezer, H., Gürler, H., Bekar, M. (2012). Predictors of perioperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7-8): 956-964.
- Yiğit, Ü. (2017). Spinal anesteziye ameliyat sırasında dinletilen müziğin hastaların ameliyat sırası yaşam bulguları ile ameliyat sonrası ağrı ve anksiyetesi üzerine etkisi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Bolu.

8. EKLER

Ek 1-Kişisel Bilgi Formu

- 1) Yaşınız.....
- 2) Öğrenim durumu: 1) İlköğretim 2) Lise 3) Üniversite ve üzeri
- 3) Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor
- 4) Eşinizin eğitim durumu: 1) İlköğretim 2) Ortaöğretim 3) Lise ve üzeri
- 5) Eşinizin çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor
- 6) Aile tipi: 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Diğer.....
- 7) Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla
- 8) Yaşadığı yer: 1) İl 1) İlçe 3) Köy-kasaba
- 9) Gebelik sayısı:.....
Yaşayan çocuk sayısı:.....
Abortus sayısı:.....
- 10) Gebeliğin gerçekleşme şekli: 1) Spontan / kendiliğinden 2) Tedavi
- 11) Gebeliğiniz planlı / istendik gebelik mi? 1) Evet 2) Hayır
- 12) Gebeliğinde düzenli kontrollere gitme durumu: 1) Evet 2) Hayır
- 13) Daha önce herhangi bir ameliyat geçirme durumu: 1) Evet 2) Hayır
- 14) Sezaryen nedeni:
- 15) Doğum öncesinde doğuma yönelik hazırlık eğitimi aldınız mı?
Hayır Evet (nereden ve kimden aldığınızı yazınız)
- 16) Sezaryen doğumla ilgili kaygınız var mı? 1) Evet 2) Hayır
Endişeniz varsa bunlar nelerdir?
 - 1) Anesteziye bağlı bir sorun olmasından kaygı duyuyorum
 - 2) Bebeğimin sağlığı ile ilgili bir sorun olmasından kaygı duyuyorum
 - 3) Doğum sonu ağrımın çok olmasından kaygı duyuyorum
 - 4) Diğer
- 17) Yaşamında kaygı ile baş etme: 1) Hiç baş edemem 2) Kısmen baş edebilirim 3) Çok iyi baş edebilirim
- 18) Yaşamında ağrı ile baş etme: 1) Hiç baş edemem 2) Kısmen baş edebilirim 3) Çok iyi baş edebilirim
- 19) Doğum sırasında yanınızda kim/kimlerin olmasını istersiniz?
- 20) Doğum salonundaki sağlık çalışanlarının desteğini önemsiyor musunuz?
 - 1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen

Ek 2-Visual Analog Skala (VAS)



Ek 3-Durumluk Kaygı Envanteri

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

Ek 4- Cerrahi Korku Ölçeği

Bu ölçek sizin cerrahi prosedürde cerrahi girişime maruz kaldığınızda sizin Ameliyatın çeşitli yönlerinden ne kadar korktuğunuzu değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Şu anda nasıl hissettiğinizi en iyi yansıtan seçeneği yuvarlak içine alınız.

1) Ameliyattan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

2) Anesteziiden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

3) Ameliyat sonrası ağrıdan korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

4) Ameliyattan sonra rahatsız edici (bulantı gibi) yan etkilerden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

5) Ameliyattan dolayı sağlığımın kötüleşeceğinden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

6) Ameliyatın başarısız geçeceğinden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

7) Ameliyattan sonra tamamen iyileşemeyeceğimden korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

8) Ameliyattan sonra iyileşme sürecimin uzun olacağından korkuyorum.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
hiç korkmuyorum çok korkuyorum

Ek 5- Duygusal Desteğin Değerlendirilmesi Formu

	Evet	Hayır
1. Ebeğin bana ayırdığı süre yeterliydi.		
2. Doğumda aldığım destek ağrı ile baş etmemde yardımcı oldu.		
3. Doğumda aldığım destek anksiyete ile baş etmemde yardımcı oldu.		
4. Doğumda aldığım destek ameliyata ilişkin korkumun azalmasında yararlı oldu.		
5. Sonraki doğumlarımda ebeden duygusal destek almayı tercih ederim.		
6. Ebeden aldığım destekten memnun oldum ve bana yararlı oldu.		
7. Görüş ve öneriler.....		