



**ANNE YAŞININ İKİLİ TARAMA TESTİ ÖNCESİ
KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ**

Zeliha ÖZŞAHİN

EBELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA**

Yüksek Lisans Tezi – 2017

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANNE YAŞININ İKİLİ TARAMA TESTİ ÖNCESİ KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ

Zeliha ÖZŞAHİN

Ebelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA

MALATYA

2017


KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; Zeliha ÖZŞAHİN'in "Anne Yaşının İkili Tarama Testi Öncesi Kaygı Düzeyine Etkisi" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 13/01/2017


Yrd. Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı


Yrd. Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK
Atatürk Üniversitesi
Üye


Yrd. Doç. Dr. Tuba UÇAR
İnönü Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2017 tarih ve 2017/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Gebelik ve Anne Yaşı.....	3
2.2. Adölesan Gebelikler	3
2.3. İleri Yaş Gebelikler.....	6
2.3. Prenatal Tarama Testleri.....	11
2.3.1. İkili Tarama Testi.....	11
2.3.2. Nukal Translüsensi (NT)	12
2.3.3. Papp-A (Pregnancy Associated Plasma Protein-A).....	13
2.3.4. Serbest Beta Hcg (-Hcg).....	13
2.4. Kaygı.....	14
2.4.1. Kaygı Nedenleri.....	15
2.4.2. Gebelik ve Kaygı	16
2.4.3. Prenatal Tanı ve Kaygı	17
2.4.4. Gebelikte Kaygı ve Ebelik Bakımı	17
3. MATERYAL VE METOT	19
3.1. Araştırmanın Türü.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.4. Veri Toplama Araçları	19
3.4.1. Gebe Tanıtım Formu (EK 2).....	20

3.4.2. Spielberger Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) (EK 3).....	20
3.4. Verilerin Toplanması	20
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	21
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA	27
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	30
KAYNAKLAR	31
EKLER.....	37
EK-1: Özgeçmiş.....	37
EK-2: Gebe Tanıtım Formu.....	38
EK-3: Durumluluk Kaygı Ölçeği.....	39
EK-4: Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı	40
EK-5: Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı.....	41

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten, tezimin her aşamasında bana büyük bir sabırla yardımcı olan, her yönüyle bana rol model olan ve en önemlisi benim bu göreve başlamama vesile olan çok değerli hocam Sayın Yrd.Doç.Dr.Yeşim Aksoy Derya'ya sonsuz saygı ve sevgilerimi sunarım.

Ayrıca önerileri ile teze önemli katkılar sağlayan kıymetli hocam Sayın Prof.Dr.Behice ERCİ'ye,

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak beni onurlandıran Yrd.Doç.Dr.Tuba UÇAR ve Yrd.Doç.Dr.Aslı SİS ÇELİK'e,

Tezimin her aşamasında bana yardımcı olan naif yol arkadaşım Arş.Gör. Çiğdem ERDEMOĞLU'na,

Tecrübeleri ile bana yol gösteren oda arkadaşlarım Arş.Gör.Kevser IŞIK, Arş.Gör. Zeliha CENGİZ ve Öğr.Gör.Hacer ÜNVER'e,

Bana her zaman destek olan fedakar eşim Mehmet ÖZŞAHİN'e,

Sorularıma sabırla cevap veren katılımcılara,

Bu süreçte zaman zaman üzülmeye ihmal ettiğim canım çocuklarım Zeynep Rana ÖZŞAHİN ve Ahmet Cihan ÖZŞAHİN'e

SONSUZ TEŞEKKÜR EDİYORUM.

Zeliha ÖZŞAHİN

ÖZET

Anne Yaşının İkili Tarama Testi Öncesi Kaygı Düzeyine Etkisi

Amaç: Araştırmanın amacı, anne yaşının ikili tarama testi öncesi kaygı düzeyine etkisini saptamaktır.

Materyal Metod: İlişkisel-tanımlayıcı olarak tasarlanan bu araştırma, bir üniversite hastanesinin Kadın Doğum Polikliniğine 14 Ağustos 2014- 13 Ocak 2017 tarihleri arasında ikili tarama testi yaptırmak amacıyla başvuran 232 gebe ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında Durumluluk Kaygı Ölçeği ve Kişisel Tanıtım Formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde; Tek yönlü varyans analizi, Pearson Korelasyonu ve Cronbach's Alfa Güvenirlik Analiz Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının 27.35 ± 6.42 olduğu ve %15.9'unun 15-19 yaş, %65.9'unun 20-34 yaş ve %18.9'unun ise ≥ 35 yaş grubunda yer aldığı saptanmıştır. Yaş ve Durumluluk Kaygı Ölçeği puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ($r=0.572$) ($p<0.001$) belirlenmiştir. Gebelerin yaş grupları ile Durumluluk Kaygı Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu, 35 yaş ve üzeri grupta yer alan gebelerin Durumluluk Kaygı Ölçeği puan ortalamasının, 15-19 ve 20-34 yaş grubunda yer alan gebelerdeki Durumluluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: İkili Tarama Testi yaptırmak amacıyla başvuran gebelerde yaş arttıkça kaygı düzeyinde arttığı belirlenmiştir. Bu bağlamda, sağlık profesyonelleri tarafından prenatal tarama testi öncesi yapılan değerlendirme, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin tamamında yaş faktörünün dikkate alınarak hareket edilmesi ve oluşabilecek kaygı düzeyini azaltmaya yönelik girişimlerin bu doğrultuda planlanması önerilir.

ABSTRACT

Effect of Mother's Age on Anxiety Level prior to Double Test

Objective: The objective of the research is to determine the affect of mother's age on anxiety level prior to double test.

Materials and Method: This research, which is designed as correlational and descriptive, was conducted with 232 pregnancies who are admitted to undergo double test in the Gynaecology and Obstetrics Polyclinic of a university hospital between 8 August 2014 and 13 January 2017. State Anxiety Scale in the collection of data and Personal Identification form has been used. As we analysed data, we used Pearson Correlation and Cronbach alpha reliability analysis test.

Findings: We found that the average age of the pregnant women, who participated to the research, was 27.35 ± 6.42 , that 15.9% of the same were aged between 15 and 19, that 65.9 of the same were aged between 20 and 34, and that 18.9% of the same were included to the age group of ≥ 35 . It is determined that there is a moderate level significant correlation between the points of age and State Anxiety Scale (DKÖ) ($r=0.572$) ($p<0.001$). It is determined that the State Anxiety Scale point average of pregnant women included to the age group of ≥ 35 is significantly higher than the State Anxiety Scale point average of pregnant women aged between 15-19 and 20-34 ($p<0.05$).

Conclusion: It is determined that the anxiety level increases as the age of pregnant women, who are admitted to undergo double test, increases. In this context, by health professionals prenatal screening test for pre-assessment, training and consultancy services entire the age factor to be taken into consideration and initiatives aimed at reducing the level of anxiety that may occur in this direction it is recommended that it be planned.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

CVS	: Chorionic Villus Samples–Koryonik Villüs Örneklemesi
DS	:Down Sendromu
NT	:Nokal Transluensi
DKÖ	:Durumluluk Kaygı Ölçeği
SKÖ	:Süreklilik Kaygı Ölçeği
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Türkiyede Adölesan Kadınlarda Anelik ve Doğurganlık Dağılımı.....	5
Tablo 2.2. Türkiyede Yaşa ve Temel Özelliklere Göre 25-49 Yaş Gruplarında ilk Anelik Yaşının Yüzelik Dağılımı	7
Tablo 2.3. Down Sendromu ve Maternal Yaşı Arasındaki İlişki.....	10
Tablo 2.4. Trizomi Görölme Riski ile Fetal Ense Kalınlığı Arasındaki İlişki.....	13
Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	21
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı	22
Tablo 4.2. Katılımcıların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı	23
Tablo 4.3. GebelerinYaş ve Durumluluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	24
Tablo 4.4. Durumluluk Kaygı Ölçeğinden Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar İle Araştırmaya Katılan Gebelerin Aldıkları En Düşük ve En Yüksek Puanlar.....	24
Tablo 4.5. Araştırmaya Katılan Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Durumluluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.6. Araştırmaya Katılan Gebelerin Yaş Gruplarına ve Durumluluk Kaygı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Kaygı Düzeyi Sınıflandırması.....	26

GİRİŞ

Sağlıklı bir gebeliği takiben sağlıklı bir bebeğe sahip olmak bütün ailelerin ortak ve en büyük isteğidir (1). Birçok ülkede fetal sağlığın değerlendirilmesi amacıyla rutin olarak kullanılan ve doğum öncesi bakımın bir parçası olan prenatal tarama testlerinin amacı anomalili fetusları olabildiğince erken dönemde tespit etmek ve aileyi bu konu hakkında bilgilendirmektir (2, 3, 4). Bu doğrultuda ilk trimester prenatal tarama testi olarak da bilinen ikili tarama testinin kullanılması down sendromu, trizomi 18 ve trizomi 13 riskinin gebeliğin erken evrelerinde değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır (5).

1990 yılından bu yana bir çok Avrupa ülkesinde geleneksel yaşa dayalı tarama testlerinin rutin olarak yapıldığı görülmektedir (2, 6). Türkiye de benzer şekilde tarama testlerinin rutin olarak kullanıldığı ülkelerden biridir (3). Literatür incelendiğinde fetal sağlığı değerlendirmek amacıyla yapılan tarama testlerinin özellikle anne ve baba adaylarında yaratacağı kaygı üzerinde durulduğu görülmektedir (2, 6, 7, 8). Prenatal tarama testlerinin rutin olarak yapılmaması gerektiğine inanan görüşler, tarama testlerinin kadınlarda fetusta bir sorun olabileceği olasılığına karşın gereksiz endişe ve streseneden olabileceğini savunmaktadır. Diğer taraftan karşı görüşe sahip olanlar ise tarama testlerinin kadınlara anomalili bebek doğurmayacağına ilişkin güvence vereceğini ve kadınların daha az stresli bir gebelik geçireceğini belirtmektedirler (2). Hollanda'da tedavisi ve önlenmesi mümkün olmayan bir sağlık sorununun gebeler üzerinde yaratacağı psikolojik yükün önemini vurgulanarak tarama testlerinin rutin olarak yapılmaması gerektiği savunulmaktadır (6). Allison ve arkadaşları, Birleşik Krallıklar'da down sendromunu gibi kromozomal hastalıkları belirlemeye yönelik olan prenatal tarama testlerinin tüm gebelere rutin olarak yapıldığını ve bu testlerin anne adaylarında stres ve kaygıya neden olduğunu belirtmiştir (8).

Bilimsel gelişimin son yıllardaki ilerleyişini takiben gelen teknik ilerlemelerin, fetusla ilgilihenüz intrauterin hayatta iken detaylı bilgi edinmeyi sağladığı ancak bu durumun başta gebe kadının kendisi olmak üzere anne-baba adaylarında psikolojik bir gerilim ve kaygıya neden olduğu açıktır. Her kadın kromozom anomalili bebeğe sahip olma ihtimali taşımaktadır (9). Ancak, biyopsikososyal açıdan bakıldığında en sağlıklı çocuk doğurma yaşı 20-30 yaşlar arasında (10) olduğu ve kromozom anomalileri arasında

en sık görülen down sendromunun ileri anne yaşı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (3, 7, 11). Prenatal tarama testi öncesi yaşanan gerilim ve kaygı düzeyine yaş faktörüne bağlı olası risklerin de eklenmesinin, sağlıklı bir bebek sahibi olmayı hayal eden anne ve baba adaylarındaki kaygı düzeyinde artışa neden olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca literatürde, prenatal tarama testlerin stres, anksiyete, depresyon gibi birçok durumla sonuçlanabileceği ve bu nedenle kadınların yaşayabileceği psikolojik tepkilerinin sağlık çalışanları tarafından dikkate alınması gerektiğini vurgulanmıştır (9, 12). Bu bağlamda, sağlık profesyonelleri tarafından prenatal tarama testi öncesi yapılan değerlendirme, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin tamamında yaş faktörünün dikkate alınarak hareket edilmesi ve oluşabilecek kaygı düzeyini azaltmaya yönelik girişimlerin bu doğrultuda planlanması anne ve fetüs sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, anne yaşının ikili tarama testi öncesi kaygı düzeyine etkisini saptamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik ve Anne Yaşı

Biyopsikososyal açıdan bakıldığında en sağlıklı çocuk doğurma yaşı bir kadın için 20-30 yaşlar arasındadır (10). Kadının fertilesinin en yüksek olduğu bu dönemde oosit kalitesi en yüksek seviyededir. Yaş arttıkça oosit kalitesi düşer ve fertilizasyon azalır (13). Bu dönemden daha önce ve daha sonragerçekleşecek olan gebeliklerin hem anne hemde fetüs sağlığını olumsuz etkileyerek morbidite ve mortalite hızlarında artışa neden olabileceği belirtilmektedir (13- 16).

Literatür incelendiğinde anne ve bebek ölüm hızlarına en çok adölesan kadınların gebelikleri, ileri anne yaşındaki kadınların gebelikleri, dörtten daha çok doğum yapan kadınlardaki gebelikler, iki gebelik arasında iki yıldan daha az ara olan gebelikler neden olmaktadır (17, 18). Bütün gebeliklerin %15-20'sini geliştirmekte olan ülkelerdeki adölesan gebeler, %14'ünü ise 35 yaş üstü gebelikler oluşturmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalar (TNSA) verilerine göre adölesan ve ileri yaş gebeliğin neden olduğu ölümlerin oranının %28.4 olduğu belirtilmiştir (19). Bu riskler göz önüne alındığında adölesan ve ileri yaş gebeliklerin özel olarak izlenmesi gerekmektedir (20).

2.2. Adölesan Gebelikler

Adölesan kelimesi Latince bir kelime olup çocukluktan yetişkinliğe ulaşmak anlamına gelmektedir. Geniş anlamıyla adölesan dönem bireyin biyopsikososyal değişimlerle yetişkinliğe adım atmasıdır. Dünya sağlık örgütü (DSÖ) 10-19 yaş dönemini adölesan dönem olarak kabul etmektedir. Bu dönemde gerçekleşen gebelikler literatürde adölesan gebelik olarak adlandırılmaktadır (14). Adölesan gebelikler tüm dünya ülkelerinde psikolojik, fiziksel ve sosyal açıdan istenen olgunluğa ulaşmamış genç kadında meydana gelen gebelikler birçok sağlık sorununda beraberinde getirmektedir. Bu dönemdeki gebelikler, hem kadının hem de doğacak bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Dünyada her yıl 14-15 milyon adölesan doğum yapmakta olup bu sayı tüm dünyadaki doğumların % 10'unu geçmektedir (18). Adölesanlar toplumun önemli bir kısmını oluşturmalarına rağmen en çok ihmale edilen gruptur. Adölesan grup, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden daha fazla sorunla karşılaşır ve bu sorunlarla zaman zaman başedememektedir (21). Anne ve bebek sağlığı üzerine adölesan gebelikler kısa ve uzun

dönemde olumsuz etkilere neden olduğu için riskli gebelik olarak tanımlanmaktadır. Gebelik ve doğum komplikasyonları adölesan gebeliklerde diğer gebeliklere göre %60 daha fazla görülür maternal, fetal mortalite-morbidite ile seyreder. Adölesan gebeliklerde yaşanabilecek sorunlar arasında anne yaşı en etkili nedenler arasındadır (10). Adölesan gebeliklerin maternal ve perinatal etkileri konusunda tartışmalı sonuçlar mevcuttur. Adölesan gebeliklerde beslenmenin kötü olması, prenatal bakım, alkol ve ilaç bağımlılığı fetüs üzerinde mortalite ve morbidite açısından yüksek risk faktörü olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Bazı çalışmalarda herhangi bir fark tespit edilmemiştir (22). TNSA 2013 verilerine göre Türkiyede adölesan gebeliklerin oranı 2008 yılında %6 iken bu oran 2013 yılında %5 olmuştur. Adölesan gebeliklerde azalma görülsede bu dönemdeki kız çocukları hala gebe kalmaya devam etmektedir. 15- 19 yaş aralığında çocuk doğurmaya başlamanın yüzdesinin 18 yaştan sonra ciddi bir şekilde arttığı gözlenmektedir. 17 yaş öncesi gebelikler nadir görülsede 19 yaşındaki adölesan kadınların yaklaşık %16'sı ya anne olmuştur yada ilk gebeliğini yaşamaktadır. Tablo 2.1'de Türkiyede adölesan dönemdeki kadınların doğurganlık oranları verilmiştir (23).

Tablo 2.1. Türkiye'de Adölesan Kadınlarda Annelik ve Doğurganlık Dağılımı

Temel Özellikler	Canlı Doğum (%) Sayısı (n)	İlk Gebelik(%)	Çocuk doğuran(%)	Adölesan
Yaş				
15	0.0	0.0	0.0	321
16	0.2	0.3	0.5	330
17	2.8	0.6	3.4	318
18	3.3	1.4	4.6	322
19	11.5	4.7	16.2	282
Yerleşim Yeri				
Kent	3.1	1.2	4.2	1.260
Kır	4.5	1.8	6.3	312
Bölge				
Batı	2.2	0.9	3.1	635
Güney	4.1	2.1	6.1	183
Orta	4.6	1.1	5.7	306
Kuzey	3.6	1.1	4.7	95
Doğu	3.8	1.8	5.7	353
Eğitim				
Eğitimi yok	10.0	7.1	17.1	35
İlkokul	5.5	2.3	7.8	117
Ortaokul	3.7	1.4	5.1	1.092
Lise ve üzeri	0.6	0.1	0.8	328
Refah Düzeyi				
En düşük	6.2	1.4	7.7	266
Düşük	4.4	1.6	6.0	341
Orta	3.6	2.1	5.7	326
Yüksek	1.7	1.4	3.1	338
En yüksek	1.0	0.0	1.0	301
Toplam	3.3	1.3	4.6	1.572

Adölesan döneme yaklaşan çocuklar daha bağımsız hareket etmeye başlarlar. Adölesanların karar verme mekanizmaları, ilişkileri ve davranışları onların gelişim ve sağlığını daha fazla etkiler. Adölesan dönemi yetişkin grubundan ayıran temel özellik adölesanların daha çok riskli davranışlara yönelmesidir (24). Riskli davranışlara yönelme eğilimi olan adölesan gruplar daha fazla sağlıksız ve hazır olmadan cinsel ilişkide bulunurlar. Buda istenmeyen gebeliklere yol açmaktadır. Adölesan gebelerde antenatal bakım yeterli olduğu zaman doğum tartısının daha düşük olması dışında neonatal ve maternal mortalite ve morbiditede bir yükselme görülmemiştir. Adölesan dönemdeki gebeliklerde beden kitle indeksindeki değişiklikler, pre-eklamsi, kişilik değişiklikleri, anemi, erken doğum, perinatal mortalite, yetersiz antenatal bakım alma ve bunların yol açtığı obstetrik risklerle daha çok

karşı karşıya kalmaktadır (25). Bu riskler abortus, preterm doğum, preeklamsi- eklamsi, anemi, yetersiz antenatal bakım, uzamış doğum, erken membran rüptürü, aparatif doğum fistül oluşumu, sigara ve uyuşturucu madde kullanımı (18). Ondokuz yaşın altında olan gebe kadınlarda uterus yeterince gelişmediği için düşükler ve erken doğum riski daha fazladır. Adölesan annelerde DDA bebek doğurma oranının daha fazla olması annenin eğitim seviyesi, sosyoekonomik durumu ve beslenmesiyle ilişkili olabilir (20).

2.3. İleri Yaş Gebelikler

Son onlu yıllarda ileri yaş gebelikler artmış ve toplumsal bir sorun haline gelmiştir. Bir kadının 35 yaş ve üzerinde gebe kalması ileri yaş gebelik olarak tanımlanmaktadır. TNSA verilerine göre Türkiye’de 1993’te ilk annelik yaşı 20.3 iken, 2005’te 21.8, 2008 de ise 22.3 olarak saptanmıştır (19). Literatür incelendiğinde gelişmiş toplumlarda ilk annelik yaşında düzenli şekilde bir artış görülmektedir (8). A.B.D’de 1970 yılında canlı doğumlarda ileri anne yaşı oranı %5 iken, 2000 yılında %13’lere çıkmıştır. Finlandiya ve İsveç’te annelik yaşının ertelenmesi son 30 yılda bir fenomen haline gelmiştir. Örneğin Finlandiyada 1997 yılında 35 yaş ve üzeri primigravida kadınların sayısı %8.3 iken 2007 yılında bu oran %10.3 e yükselmiştir. İsveç’te durum finlandiyaya benzerdir. 2007 yılında doğum yapan primigravida kadınların oranı %10.3 iken, Finlandiyada tüm doğumların %19.2 si 35 yaş ve üzeri kadınlar tarafından gerçekleştirilmiştir, bu sayı 1997 de % 16.7 idi (26). İlk doğum yaşının artması yüksek doğurganlık oranının düşmesi anlamına gelmektedir. Aynı zamanda ilk doğum yaşının artması yüksek eğitim durumu ve refah seviyesinin artmasıyla ilgilidir. Örnek verecek olursak bir kadının erken yaşta çocuk doğurması onun eğitim olanaklarının kısıtlanacağı anlamına gelebilmektedir, bunun gibi nedenlerle kadınlar ilk annelik yaşını ertelemektedirler. Ancak ilk annelik yaşının ertelenmesi bazı riskleride beraberinde getirmektedir (19). İlk doğum yaşının 35 yaş ve üzeri olması iki risk faktörüyle anlatılmaktadır. Birincisi tıbbi riskler, ikincisi sosyal riskler olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi riskler, yaşlanmış bir organizmanın üreticiliğini içerirken sosyal riskler ileri yaştaki bir kadının bir çocuğa ne kadar faydalı olabileceğiyle ilgilidir. Bu risk algısı sağlıkçalışanları ve gebe kadınlar tarafından farklı algılanmaktadır. Gebe kadınlar riskleri kendi deneyimleriyle ele alırken sağlık çalışanları daha objektif bir şekilde bu riskleri değerlendirmektedir (26).

Tablo 2.2. Türkiyede Yaşa ve Temel Özelliklere Göre 25-49 Yaş Gruplarında ilkAnnelik Yaşının Yüzdelerik Dağılımı

Temel Özellikler	Yaş					25-49 Kadınlar
	25- 29	30-34	35- 39	40- 44	45-49	
Yerleşim Yeri						
Kent	24.6	23.7	22.8	22.2	22.3	23.2
Kır	22.3	22.3	21.8	21.6	21.1	21.8
Bölge						
Batı	A	24.0	23.0	22.3	22.4	23.3
Güney	23.6	22.7	22.7	23.2	21.6	22.7
Orta	23.5	23.1	21.8	21.0	21.8	22.3
Kuzey	24.8	24.6	24.1	22.8	23.1	23.9
Doğu	23.4	22.5	21.7	21.4	21.0	22.1
Eğitim						
Eğitimi yok	22.3	20.6	20.5	20.0	21.0	20.8
İlkokul	21.7	21.7	21.5	21.5	21.2	21.5
Ortaokul	21.7	22.7	22.1	22.8	23.6	22.3
Lise ve üzeri	A	A	A	A	A	A
Hanehalkı refah düzeyi						
En düşük	21.5	21.1	21.5	21.3	20.6	21.2
Düşük	22.5	21.7	22.1	21.5	21.9	22.0
Orta	23.7	23.0	21.6	22.4	21.1	22.4
Yüksek	23.9	23.7	22.5	22.0	21.9	22.9
En yüksek	A	A	A	23.0	23.4	A
Toplam	24.0	23.5	22.6	22.1	22.0	22.9

a= Yaş dönemine girmeden kadınların yarısından fazlası ilk doğumunu gerçekleştirmedikleri için verilmemiştir (19).

Tablo 2.2 de Türkiyede yaşa ve temel özelliklere göre 25-49 yaş gruplarında ilk annelik yaşı verilmiştir. Türkiyede yaşa özel doğurganlık hızına bakıldığında Türkiyede doğumların yaklaşık % 64 ünün doğurganlık çağında gerçekleştiği belirtilmektedir.

Gebelik ile ilişkili ölüm ve hastalık risklerinin ise en çok 18 yaş altı ve 35 yaş üzeri kadınlarda olduğu görülmektedir. Bu yaş grubundaki kadınların 1/5 i doğum yapmaktadır. TNSA-2013'de yaşa özel doğurganlık hızı en yüksek 25-29 yaşlarda görülmektedir. Daha önce yaşa özel doğurganlık en yüksek 20-24 yaşları arasında görülürken 2008 de bu oran en yüksek 25-29 yaşlar arasında görülmektedir. Bu sonuç değerlendirildiğinde Türkiyede yaşa özel doğurganlığın ileri yaşlara ertelendiği görülmektedir(19).

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de büyük şehirlerde ve özellikle üniversite eğitimi almış olan ve çalışan kadınlarda gebelikler ileri yaşlara ertelenmektedir . TNSA-2013 verilerine göre;Türkiyede ortanca ilk doğum yaşının son beş yılda artış göstererek 22,3'den 22,9'e yükseldiği görülmektedir (19). Bu artışın sebepleri;çalışma hayatı içerisinde kadınların daha fazla girmeye başlaması,etkili doğum yöntemlerinin geliştirilmesi, infertilite tedavilerinin yaygınlaşması, eğitime devam etme isteği/kariyer, doğru partneri bulamama ve yasal tahliyelerin serbest bırakılması vardır (27). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bütün gebeliklerin %14'ünü 35 yaş üstü gebeler oluşturmaktadır (28). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre ülkemizde kadınların %8.6'sı 35 yaş üzerinde doğum yapmaktadır (19).

Kadının ileri yaş gebelik döneminde yer alması bazı riskleri de beraberinde getirmektedir (14, 27, 29). Annelik yaşının artması birçok maternal ve fetal risklere yol açar. Bunlar; dış gebelik, abortus, plasental anomaliler, preterm eylem, düşük doğum ağırlıklı bebek, çoğul gebelik, doğum eyleminde uzama, postpartum hemoroji, sezaryen ve kromozom anomalili bebek doğurma olasılığının 20-30'lu yaşlara oranla ileri yaş gebeliklerde daha yüksek olduğu bildirilmektedir (15, 20, 30). İleri yaş gebeliklerde uterusun yapısında atrofiler olduğu için düşüklükler ve erken doğum görülebilmektedir. Ayrıca anne yaşının DDA bebek doğurma ile ilişki olduğu bilinmektedir. Yazıcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 35 yaşın üzerindeki gebe kadınlarda DDA bebekler açısından değerlendirildiğinde bu kadınların %21.1'nin 1000- 1499 gram arasında % 19.5'nin ise 500-1999 gram arasında ve %17.4'nün 2000- 2499 gram arasında çocuk doğurduğu saptanmıştır (31). Ayrıca ileri yaş gebeliklerde sezeryan oranının arttığını tespit etmişlerdir. Topçuoğlu ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada ileri yaş gebeler yardımcı üreme tekniği kullanımı, gestasyonel diyabet, çoğul gebelik ve preeklampsisi

sıklığının yüksek olduğunu saptanmıştır (20). Gebelikte yaşın artmasıyla riskler arasında doğru bir orantı vardır. Yapılan araştırmalarda kadınların bu riskler hakkında bilgi sahibi olup olmadığı araştırılmıştır (32-34). Deitsman ve ark kadınların ileri yaş farkındalıklarının ölçüldüğü bir çalışmada bu kadınların 1/3 ünün ileri anne yaşının risklerinin farkında olmalarına rağmen 2/3 ünün bunun farkında olamadıkları tespit etmişlerdir (13).

Down Sendromu (Trizomi 21):

Fetal kromozom anomalileri içinde en çok Down Sendromu (DS) görülmektedir ve Trizomi 21 olarak da tanımlanmaktadır. İnsan genindeki 21 numaralı kromozomun ayrılmaması (trizomik) sonucu down sendromu oluşur. Bu hastalık ilk defa 1866 da John Langdon Down tarafından tanımlanmıştır. Longdon Down trizomi 21’li bireyleri ilk defa yüzlerinin düz olarak görüldüğünü ve burunlarının küçük olduğunu bir makalesinde betimlemiştir (35). Spontan düşüklerin yaklaşık %66-80’ini Down sendromu, zeka geriliği olan hastaların ise %15’ini down sendromlu bireyler oluşturur. Down sendromlu bireylerin %85’i 1 yaşına kadar yaşayabilir ve yaşayan down sendromlu bireylerin yaklaşık %50 si 50 yaşına ulaşabilir. Bu bireylerde mortaliteye yol açan sebeplerin başında solunum yolu enfeksiyonları, konjenital kalp hastalıkları, malignansiler gelir. Lösemi bu ölümlerin %10 unu oluşturur (5). Trizomi 21, organ anomalileri ve zeka geriliğinin bir arada görüldüğü ve ömür boyu bakım gerektiren bir hastalıktır (36). Gelişmiş bazı ülkelerde tıbbi tahliye ve prenatal tanı yapılmadığı için DS nin yenidoğanlardaki görülme sıklığı yaklaşık olarak 1-2/1000’dir (37).

Her kadın kromozom defektli bebek doğurma riskine sahiptir; fakat tıp dünyası genellikle 35 yaş bir referans olarak kabul etmektedir. Çünkü 35 yaşından sonra kromozom anomalileri daha sık görülmektedir ancak bu risk bazı faktörlere bağlı olarak kişiye özgüdür (14). Kişiyeye özgü risk faktörlerini belirlemede temel 3 özellik vardır. Bu özellikler anne yaşı, gebelik yaşı ve kromozom defekti öyküsünü içerir (3).

Trizomik çocukların daha çok ileri anne yaşı çocukları olması sebebiyle anne yaşının ilerlemiş olması down sendromunun sıklığı ile ilişkili tek istatistiki veridir (tcmeb). Anne yaşının artmasıyla kromozomal anomali riski artmaktadır (35). Tablo 2.3’de Down Sendromu ve maternal yaş arasındaki ilişki verilmiştir (1).

Tablo 2.3. Down Sendromu ve Maternal Yaşı Arasındaki İlişki

20	1/667
25	1/1250
30	1/952
35	1/385
40	1/106
45	1/30

Down Sendromu ve ileri anne yaşı arasındaki güçlü ilişkiden dolayı 1985 e kadar ileri anne yaşındaki kadınların gebelikleri ve önceki gebeliklerinde fetal kromozom anomalisi öyküsü prenatal tanı için yeterli bir veri olarak düşünülmekteydi; ancak fetal anomalilerin % 70 e yakınının 35 yaşın altındaki gebeliklerde görülmesiyle ileri anne yaşı tek başına yeterli bir veri olarak değerlendirilmemeye başlandı. Böylece fetal kromozom anomalisi taraması anne kanındaki belirteçlerin ölçümüne dayalı olan tarama testlerinin tüm gebelere sunulmasını gerekli kılmıştır (5, 37).

Edward Sendromu (Trizomi 18)

Edward Sendromu olarak bilinen Trizomi 18 ölümcül kromozomal bir hastalıktır. Trizomi 21 den sonra en sık görülen ikinci otozomal trizomidir ve bu sıklık 1/3000 ile 1/8000 arasında değişmektedir. Trizomi 18 li olguların çoğunda en spesifik özellikler mikrosefali, intrauterin gelişme geriliği, mikrognati, ekstremitte anomalileri , düşük kulaklar gibi özelliklerdir. Yapılan ultrasonografik incelemelerde bu bebeklerin çoğunlukla kalp anomalileri böbrek ve sindirim sistemi patolojileri saptanmıştır (38).

Hastalığın nedenleri arasında özellikle artmış anne yaşı ile ilişkili hatalı kromozomal dağılım gösterilmesine rağmen, ancak trizomi 18 doğurganlık çağındaki gebe kadınlardada tanımlanmıştır (39).

Patau Sendromu (Trizomi 13)

Trizomi 13 Patau Sendromu olarak da bilinmektedir. Nadir görülen bir kromozomal anomalidir. Bu anomali genellikle kardiyak, gastrointestinal, genitoüriner

malformasyonları içeren çoklu organ anomalileriyle seyreder. En yaygın ölüm nedenleri arasında cardiyo pulmoner arrest, konjenital kalp defektleri ve pnömoni vardır (38). İnvaziv girişim gerektiren fetal kromozom anomalilerinin prenatal tanısı amniyosentez, koryonik villüs biyopsisi (CVS), kordosentezdir. Bu tanı yöntemlerinin maliyetinin yüksek olmasının yanı sıra abortus riski vardır. Bundan dolayı prenatal tanı öncesi bir tarama testi uygulanması gerekli görülmektedir (5).

2.3. Prenatal Tarama Testleri

Tarama testleri multidisipliner bir yaklaşım olup kalıtsal bozukluklar, kromozomal anomaliler ve doğum defektlerini tespit etmek amacıyla kullanılır (40, 41). Fetal sağlığı değerlendirmek için kullanılan tarama testleri; ikili tarama testi ve üçlü tarama testidir (14). Bu testler kromozomal anomalileri içinde özellikle Down Sendromu tespit etmek için son yıllarda artmış bir şekilde kullanılmaktadır (41).

2.3.1. İkili Tarama Testi

Kromozom anomalilerin tespit edilmesi için invazif prosedürler gereklidir. Fakat invazif testler hem pahalı hemde düşük riski taşıdığı için genel popülasyonda rutin olarak kullanılmamaktadır. Bu nedenle bunun yerine invazif olmayan testler kullanılmaktadır (5). İlk trimester tarama testleri 1995'ten beri yaygınlaşarak uygulanmaktadır. Sonografik ve biyokimyasal belirteçler birlikte kullanıldığı için bu teste ikili tarama testi denilmektedir (41). İkili tarama testi ilk trimester tarama testi olup gebeliğin 11.-14.haftaları arasında yapıldığı için 11-14 testi olarakta bilinen ve gebeliğin birinci trimesterinde trizomi 21 (down sendromu), trizomi 13 ve trizomi 18 olarak tanımlanan kromozomal anomaliye sahip fetüsleri gebeliğin erken dönemlerinde belirlemek için yapılan bir tarama testidir (42). Bu testin duyarlılığı 10.haftada en yüksek olup, gestasyon haftası büyüdükçe duyarlılığını yitirir (35, 41, 43). İkili tarama testinin Down Sendromu tespit etme oranının üçlü tarama testine oranla daha yüksek olması ve erken dönemde riskleri belirlemesi invaziv prenatal tanı yöntemi olan koryonikvillüs örneklemesine (CVS) olanak sağlayabilmesi önemli bir avantajdır. Ayrıca; testin duyarlılığı üçlü teste göre daha yüksektir. İkili tarama testinin nöral tüp defektlerini saptayamaması en büyük dezavantajdır (42). İkili tarama testinde iki ayrı incelemenin bir arada değerlendirilir. Bunlar; ultrason ile fetüsün ense kökünde bulunan sıvı kısmın kalınlığının ölçülmesi ve gebe kadının kan örneğinde Beta-Hcg (Human Koryonik Gonadotropin) hormonu ve PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A) adı verilen bir diğer proteinin ölçülmesinin sonucudur (3, 44). Beta -Hcg ve PAPP-A birlikte kullanılırsa Down

Sendromu saptama oranı %64 'lerde iken, PAPP-A, Beta-Hcg ve fetal ense kalınlığı kombinasyonunda DS saptama oranı %90 civarına ulaşabilmektedir. Papp-A ve Bhcg anneserumunda tespit edilirken, Nukal Transluisi (NT) ultrasonografide tespit edilir (42).

2.3.2. Nukal Transluisensi (NT)

Nukal transluisensi olarak bilinen Ense Kalınlaşması kavramı ilk defa Dr. Langdon Down tarafından 1866'da gözlenmiştir. Down Sendromlu çocukların gövdelerine göre enselerinin daha kalın olması fikri ise Fraser ve Mitchelin 1876 da ense kalınlığının ileri anne yaşıyla ilişkili olduğunu belirtmelerinden sonra 20. yüzyılın sonlarına doğru klinik olarak değerlendirilmeye alınmıştır. Bir tarama testi yöntemi olarak 10-14. gebelik haftaları arasında anne yaşı fetal NT ile kombine olarak 1990 lı yılların başından beri kullanılmaktadır (7). Normalde birinci trimesterde ultrasonografide ölçülebilen NT, fetal ensede cilt altında bulunan bir boşluktur. Anoploidiler ve özellikle trizomi 21 ile NT artışı arasında yakın bir ilişki bulunan birçok çalışmanın olduğu belirtilmektedir (45). Ense kalınlığı gebelik haftasına paralel olarak artar. DS li fetuslarda ense kalınlığının gebelik yaşına göre 95 persentilin üzerinde olması beklenmektedir (3). CRL 45-84mm arasındadır. CRL değeri arttıkça NT'nin de artacağı unutulmamalıdır (1, 6). Anne yaşı, ense kalınlığı ve gebelik haftası kombine edildiğinde anomali saptama oranı %77 iken yalancı pozitiflik oranı %5 olarak ölçülmektedir (7). NT 3.5 mm'nin üzerinde saptandığı zaman biokimyasal değerler (serum serbest-βHcg ve PAPP-A) normal bulunsa dahi bir kromozomal anomali varlığını saf dışı bırakamaz. NT değerinin 3.5 mmden daha yüksek saptandığı durumlarda mutlaka bir tarama testi (CVS, amniosentez) yapılması gerekmektedir (5). Kromozomal bozuklukların erken dönemde saptanmasında Fetal ense kalınlığı ölçümünün tek başına kullanılmasının çeşitli sakıncaları vardır. Fetal ense kalınlığı akciğer anomalileri, kalp anomalileri, böbrek anomalileri, karın duvar anomalileri ve bazı genetik hastalıklarda daha yüksek görülür. Düşükle sonuçlanan anomali gebeliğin çoğu göz önüne alındığında pozitif testin hatalı olması sonucu sonrası yapılması önerilen koriyon villus örneklemesi normal olan bir fetüste düşük riskini arttıracaktır. Diğer yandan hücrelerin bazılarının normal bazılarının da anormal olduğu defekt olduğunda villus hayatını normal olarak sürdürebilecek bir bebeğin yaşamına son verilmesine örneklemesinde yalnızca anormal olan hücrelerin görülmesi neden olacaktır. Daha da önemli olan faktör ense kalınlığı ölçümü yapan kişinin deneyimidir. Ölçülen değerler milimetrenin onda biri bile olsa en küçük bir hata risk değerlendirmesinde önemli

değişikliklere neden olacaktır. Bu nedenlerden dolayı tek başına yapılan fetal ense ölçümünün pahalı olası kaçınılmazdır (45).

Tablo 2.4. Trizomi Görülme Riski ile Fetal Ense Kalınlığı Arasındaki İlişki

Fetal Ense Kalınlığı (mm)	Trizomi 13, 18, 21 Görülme Riski
3	6
4	31
5	49
6	48
7	71
8	54
9	50

Tablo 2.4. de trizomi görülme sklığı ile fetal ense kalınlığı arasındaki ilişki verilmektedir. Fetal ense kalınlığı arttıkça trizomi görülme riski artmaktadır (45).

2.3.3. Papp-A (Pregnancy Associated Plasma Protein-A)

Gebelik döneminde Papp-A olarak tanımlanan glikoprotein trofoblast hücrelerinden salgılanır ve maternal serumda tespit edilebilir. Görevi tam olarak bilinmesede kandaki düzeyi gebeliğin ilk yarısında sürekli bir artış göstermektedir. Amniyotik mayide gebeliğin 14. haftasına kadar tespit edilememektedir. Sağlıklı gebeliklerde Papp-A Trizomi-21'li gebeliklere göre daha yüksek seviyelerde tespit edilmektedir (46). PAPP-A tek başına belirteç olarak kullanıldığı zaman Trizomi-21 %40 oranında tespit edilebilirken, gebelikte anne yaşıyla kombine edildiğinde bu oran %50 ye çıkar (47).

2.3.4. Serbest Beta Hcg (-Hcg)

Serbest Beta Hcg bir glikoprotein hormonudur ve neredeyse bütün insan dokuları tarafından üretilir (46). Bu hormon koryonik hücreler tarafından salgılanır, östrojen ve progesteronun salgılanmasını stimüle eder. Hcg düzeyi gebeliğin ilk trimestrında hızlıca yükselir (7). Bu proteinin yarı ömrü plasenta tarafından glikozillenerek uzatılmaktadır. Gebelikteki hormonlar sayesinde sinsitotrofoblast hücrelerinin salgılattığı Hcg gebeliğin 9. gününde anne serumunda tespit edilebilir. Gebeliğin erken dönemlerinde salgılanmaya başlayan Beta- Hcg hızlı bir şekilde artar, gebeliğin 9-12. haftalarda en yüksek değerlere

ulaşır, sonra azalır, gebelik boyunca sabit bir seviyede kalır. Beta-Hcg korpus luteumun görevini devam etmesini sağlar, bu sayede korpus luteumdan progesteron ve estradiol salgılanır, daha sonra plasenta bu işlevleri kendi yapmaya başlayınca Beta-Hcg geriler (43). Downsendromlu gebeliklerde serbest Beta Hcg seviyesi 1. ve 2. trimesterde kromozomal anlamda sağlıklı gebeliklere oranla yüksektir (7). MoM değeri Trizomi 21 bulunmayan gebelikte '1' saptanırken, Trizomi-21 tespit edilen gebeliklerde ortalama MoM değeri 1.9 olarak saptanmaktadır. Total Hcg de böyle bir fark yoktur. Trizomi 18 de Serbest Hcg belirgin bir şekilde düşmektedir (MoM değeri 0.18). Trizomi 21 ve Trizomi 18 için en belirleyici ve en duyarlı gösterge Serbest Hcgdir, aynı zamanda tarama testleri için kullanılabilen en iyi ve tek belirteçtir (47).

2.4. Kaygı

Kaygı (anksiyete) kelimesi “boğazını sıkıkmak,sıkıca bastırmak, sıkıntı ve tasa” anlamlarına gelmektedir. Kaygı belirtileri ve neden olduğu durumlarla ilgili uzun zamandan beri birçok yazar ve hekim fikirlerini ifade etmiştir (48). Kaygı günümüzde kaygıya neden olan bir uyarıcının var olmasının kabul edilmesidir. Bu uyarıcı fiziksel yada psikolojik olabilir. Kişi bu uyarıcıya bir şekilde tepki verebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında kaygı ‘ bir kişinin üzerinde belirli bir uyarıcının neden olduğu aşırı psikolojik ve fiziksel taleplere uyum göstermek için verdiği yanıttır. Hem olumlu hem olumsuz etkilere yol açabilecek kaygının birey üzerindeki çeşitli etkileri vardır. Bunlar; fizyolojik, davranışsal, algısal, bilişsel ve psikolojik olarak beşe ayrılmaktadır. Fizyolojik etkiler; solunum sayısı artar, kalp atım hızı artar,kan basıncı yükselir,bunlar sempatik sinir sistemi ile ilgilidir. Fizyolojik etkilerde ayrıca yutmada güçlük, konstipasyon, sık idrara çıkma, baş dönmesi, ellerde titreme, baş ağrısı, yorgunluk, diyare görülebilir (49). Algısal etkilerde ise bireyin görme, koklama, işitme, dokunma, tat alma, gibi duyularda hassasiyet artar. Davranışsal etkilerde kişi anksiyete yaratan durumdan kaçma, bilinçli veya bilinçsiz olarak dona kalma, anksiyete yaratan durumdan kaçma, uykuya dalmada güçlük, laterji, yerinde duramama, davranışlar görülebilir. Psikolojik etkilerde sonucu tedirginlik, korku, huzursuzluk, güvensizlik, çaresizlik, çekingenlik, sinirlilik, öfke, depresyon, aşırı gerginlik, konsantrasyon güçlüğü, libidoda azalma, kendini ve başkalarını eleştirme/suçlama eğilimi görülebilir. Bilişsel etkilerde ise kişinin öğrenme, düşünme, kavrama, yargılama, problem çözme yeteneği, çevreye karar verme ve karşı ilgisi, dikkati azalabilir (48, 49).

Kaygı (anksiyete) kişisel olarak bir tehlikeye karşı hissedilen duygudur. Kaygı durumluluk ve sürekli kaygı olmak üzere ayrılmaktadır. Durumluluk kaygı; istenmeyen bir durumla ve tehlikeli karşılaşıldığında ortaya çıkan kaygıyı tanımlarken, sürekli kaygı

ortada nesnel bir neden yokken de var olan ve uzun süreli şiddetli olan kaygıyı tanımlar (50). Kişi kaygı duygusunu yaşamak istemez; fakat bir anda tüm benliğimiz kaygı duygusuna kapılabilir ve etkisini çok yoğun olarak yaşar. Kaygı istenmeyen bir duygudur. Kişiye kötü bir şey olacakmış hissi verir ve kişi bu hisle başa çıkmakta zorlanır (51). Kaygının şiddeti arttıkça kronikleşir,kişide uyku bozukluğu ve konsantrasyon güçlüğü ortaya çıkar.Toplumun %5-10'unda bir kaygı bozukluğu görülmektedir ve bu kaygı 20–30 lu yaşlarda daha çok görülmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurma nedenleri arasında en fazla ruhsal bozuklukların olduğu düşünülmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada bir sağlık kurumuna başvuran kişilerin yaklaşık %50 sinde bir ruhsal bozukluk olduğu görülmüştür. Bu ruhsal bozukluklar içinde en fazla kaygı görülmekte ve kaygı kadınlarda daha sık görülmektedir. Kadınların %30 unda kaygı görülme olasılığı vardır. Bu oran ülkemizde %20 dir. Literatür incelendiğinde Türkiye’de kaygı önemli bir halk sağlığı problemidir ve kadınların da riskli grubu oluşturduğu görülmektedir (52).

2.4.1. Kaygı Nedenleri

Günlük yaşam içerisinde bir takım faktörler bireyin kaygı duymasına sebep olabilir. Kaygıya neden olan faktörler yetişkinlik veçocukluk döneminde farklılıklar göstermektedir. Yetişkinlik döneminde yeni iş,kariyer değişiklikleri, cinsel sağlık problemleri, gebelik,doğum, ebeveyn olma gibi durumlar kaygı ya yol açabilir. Çocukluk çağında, bir ebeveynin kaybı, ayrılık, korkular, ani ortam değişiklikleri yeni bir kardeşin doğumu gibi durumlar kaygıya yol açan faktörler arasında sayılabilir (49).

Freud kaygıyı objektif kaygı,nevrotik kaygı ve ahlak/moral kaygı olarak üçe ayırmaktadır. Objektif kaygıda stres kaynağı bireyden bağımsızdır.Bu kaygıyı zaman zaman herkes yaşayabilmektedir. Nevrotik kaygıda stres kaynağı kişinin içindedir, bastırılmış cinsellik duyguları içerir, hastalık olarak tanımlanır,ahlaki kaygı ise utanma, içsel suçluluk, vicdan azabı gibi duyguların neden olduğu kaygıdır. Kişinin iç dünyasındaki çatışmalar sebep olur . Ohio Üniversitesi’nden Catherina stoney kaygı açısından kadın ve erkek arasında önemli farklar olduğunu öne sürmektedir. Kadınların dış dünyadaki stresörlere erkeklerden daha açık olduğu belirtilmektedir. Örneğin aileden biri hastalandığında erkek kaygı duyarken kadınlar mahalleden biri hastalandığındada kaygı duyabilir (49).

Birey tehlikeli bir durum olduğunda vücut olayın duygusal yada fiziksel bir tehditmi veya gerçek yada hayal olup olmadığına karar veremez. Vücudun dengesi alt üst olduğunda tekrar eski haline dönmek ister. Örneğin karanlıkta ağaç yapraklarının gölgelerini düşünen biri evine rahatlıkla gidebilirken bazıları farklı anlamlar yükler ve korkar. Vücut değişen bu duruma uyum sağlayarak gelebilecek tehlikelere karşı hazırlıklı olur. Vücut kaygılı bir

durumla savaşacak yada kaçaacaktır. Fakat geçici inançlar, tepkiler kolay kolay uyum göstermez. Bu nedenle kaygı ile baş etmede doğru yöntemleri seçmek gerekir (49).

2.4.2. Gebelik ve Kaygı

Bir kadın hayatında gebelik ve doğum iki önemli süreçtir ayrıca toplum hayatı ve aile bütünlüğünün oluşması açısından da önemlidir. Bir kadın bu dönemi yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak görebilir (53). Gebelik ve doğum eylemi fizyolojik ve doğal bir olay olmasına rağmen, gebelik süresince anne ve bebeğin sağlığını tehdit edebilecek istenmeyen durumlar oluşabilir. Bu istenmeyen durumlar anne adayında fizyolojik ve psikolojik tepkilere yol açabilir (48, 54). Yapılan bazı çalışmalarda kadın ve erkeklerin %80'inden fazlasında doğumla ilgili bazı korkular tespit edilmiştir (55). Gebelik dönemindeki kadınlar en çok ömür boyu sakat kalabilecek bir çocuğa sahip olmaktan, farklı bir ortamda yalnız kalmaktan, hastanede hatalı bir davranış sergilemekten, müdahaleli doğumdan ve doğum eyleminin nasıl olacağı ile ilgili kaygı duyduklarını belirtmişlerdir (56).

Literatür incelendiğinde depresyon ve kaygının gebelik döneminde gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırdığı, düşük doğum ağırlığı, yeni doğanın sağlığını olumsuz etkilediğine ve intrauterin gelişme geriliğine, erken doğuma, neden olduğu görülmektedir (56). Preterm eylem tanısı alan bir gebe kadının bakımında, erken doğumun neden olan faktörlerin nlenebilirliği belirlenerek ortadan kaldırılması, yatak istirahati, stresle baş etme tekniklerinin öğretilmesi, fetal monitörizasyon, enfeksiyonların önlenmesi gebelik girişimleri açısından önemlidir. oğul gebelik, psikososyal faktörler, yardımcı üreme teknikleri ve sosyal dezavantajlar gibi durumlar preterm doğumları arttırıcı yönde etkisi vardır. Antenatal bakımı içeren; olumsuz doğum sonuçları ve gebelikte risk değerlendirmesi, riskli grupları belirlemek ve mümkün olduğunca erken bir dönemde gebelik girişimlerini başlatmak önemlidir (57). Yapılan birçok çalışmada gebeliğin anksiyeteyi arttırdığı belirtilmektedir (43, 52, 57). Lee ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebe kadınların %50'inden fazlasında kaygı saptanmıştır (58). Emine şen ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada gebelikte anksiyete puanı yüksek düzeyde tespit edilmiştir (56). Dolayısıyla gebeliğin mutlu bir dönem ve duygusal iyilik hali olduğu düşüncesi yavaş yavaş değişmektedir. Gebe kadınlar yaşadığı yoğun fiziksel, psikolojik, sosyal ve kişisel sorunlarla etkili bir şekilde başa ıkamazsa gebelik, doğum ve annelik gibi olaylar bir kadın için krize dnrebilmektedir (52).

2.4.3. Prenatal Tanı ve Kaygı

Sağlıklı bir bebek sahibi olmak her anne-babanın en büyük isteğidir; ancak gebelik döneminde çıkabilecek bazı olumsuz durumlar anne ve babanın kaygı duymasına neden olmaktadır. Prenatal tanı yöntemleri bu kaygılara neden olan risk faktörlerinin belirlenmesinde sıklıkla kullanılmaktadır (59, 60). Prenatal tanı yöntemlerinin kullanılmasında asıl amaç, tedavisi olmayan, yaşam süresi kısıtlı, ağır zihinsel- bedensel defektlere yol açan hastalıklar açısından yüksek risk taşıyan gebelere sağlıklı bir bebeğe sahip olmaları için yardım etmektir; ancak birçok çalışmada kullanılan modern teknik ve muayene metodlarının, başta gebenin kendisi olmak üzere anne-baba adaylarına psikolojik bir gerilime neden olduğu belirtilmektedir (24, 59, 61). Sasaki ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada 1. trimestir tarama testlerinin gebe kadınlarda kaygıya neden olduğu tespit edilmiştir (62). Stres durumunun yol açtığı yoğun kaygı kişilerin fiziksel ve psikolojik durumunu etkileyerek psikofizyolojik kaygıya neden olabilir (4, 63). İnvazif prenatal test öncesi annelere psikolojik danışmanlık verilse bile kadınlar genellikle depresyon, anksiyete, stres yaşamaktadırlar. Bunların nedenleri arasında, prosedural komplikasyonlar, ağrı, testlerin olası olumsuz sonuçları vardır (7). El hape ve ark yaptığı bir çalışmada amniyosentez yapan kadınların anksiyete seviyelerinin çarpıcı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (7). Müller ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise ikili tarama testi öncesi bilgi verilen kadınlarda kaygı düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (6).

2.4.4. Gebelikte Kaygı ve Ebelik Bakımı

Gebelik dönemi gebe kadın tarafından kritik veya kriz dönemi olarak görülebilir. Bu yüzden bir kadın için gebelik dönemi oldukça önemlidir. Gebelik dönemi hem fizyolojik hemde psikolojik farklılıklara yol açmaktadır. Biyolojik ve psikolojik açıdan gebe kadınlar desteğe ihtiyaç duyarlar ve çevresindeki kişiler tarafından desteklenmek isterler (64). Gebeliğe özgü fizyolojik değişiklikler, anne karnında gelişen bebeğin varlığı ve psikolojik değişikliklerin bu desteğin kaynağını oluşturmaktadır. Bazı kadınlar bu dönemde gelişen psikolojik değişikliklerle kolaylıkla baş edebilirken bazı gebe kadınlarda hafif, orta ve şiddetli düzeyde kaygı görülebilmektedir. Kaygının sebep olduğu sorunları çözmek için, kadının sorunu tanıması, destekleyici kişilerin niteliği, baş etme mekanizmaları ve ulaşılabilirlik önemlidir. Gebelik sürecinde gebe kadınla en yakın iletişim kuran ve onunla çok birlikte olan sağlık personeli ebedir. Bu yüzden gebe kadın için bir ebe en önemli destekleyici kişidir (65). Bir ebeğin gebe kadını birey olarak, kadının sahip olduğu sosyoekonomik ve kültürel özellikleri ile, çevresi ile bir bütün olarak, iyi bir

ilişki içinde, bilgilendirerek, güven vererek, danışmanlık yaparak destek olması gerekir (63). Ayrıca ebe-hasta etkileşiminin önemini bilmesive terapötik bir ilişki kurmadan önce kendi duygularının farkında olması gerekmektedir. Bir ebe gebe kadının duygularını anlamaya çalışmalıdır (66).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, ilişkisel-tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Ağustos 2014-Ocak 2017 tarihleri arasında Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yapıldığı birim bünyesinde 9 öğretim üyesi, 20 uzman doktor, 102 ebe ve 98 hemşire görev yapmaktadır. İlgili hastanenin polikliniklerinde günlük ortalama 4 kadın doğum polikliniği çalışmakta ve ortalama 240 gebe muayene edilmektedir. Tarama testi öncesi sağlık çalışanları tarafından tarama testinin amacı anlatılmaktadır. Gebeler tarama testi için yönlendirilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine ikili tarama testi için başvuran gebeler oluşturmaktadır. İlgili hastaneden alınan Temmuz 2014 verilerine göre 2013 yılında ikili tarama testi yaptıran gebe sayısı 3410, 2014 yılı ilk 6 ayında ikili tarama testi yaptıran gebe sayısı 1797'dir. Pover analizi yapıldığında örneklem büyüklüğü %95 güven aralığı ve 0.05 yanılma düzeyinde 232 gebe olarak hesaplanmıştır. İlgili hastaneye başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan 232 gebe olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Sözel iletişim kurulabilme,
- Daha önce kromozom defektli bebeğe sahip olmama,
- İkili tarama testinin ne amaçla yapıldığını biliyor olma,
- İleri anne yaşının ikili tarama testi açısından risk faktörü olduğunu biliyor olma
- Daha önce riskli tarama testi sonucu olmama.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Gebe Tanıtım Formu ve Durumluluk Kaygı Ölçeği kullanılmıştır.

3.4.1. Gebe Tanıtım Formu (EK 2)

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu katılımcıyı tanıtan yaş, eğitim düzeyi, meslek, doğurganlık öyküsü olmak üzere toplam 8 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Spielberger Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) (EK 3)

Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970’de geliştirilen Durumluluk Kaygı Ölçeğinin (DKÖ) ülkemizdeki geçerlilik güvenirliliği Öner tarafından 1977’de yapılmıştır. DKÖ belirli koşullarda bireyin kendisini ve bireyin belli bir anda nasıl hissettiğini ifade etmesini, bireyin kendi durumuna ilişkin duygularını dikkate alarak cevap vermesini gerektirir. DKÖ, heyecansal tepkileri ani değişiklik gösteren değerlendirmede son derece duyarlı bir ölçektir ve 20 yirmi maddeden oluşmaktadır. Adı geçen ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişmektedir. Durumluluk Kaygı Ölçeği doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler olmak üzere iki tür ifadeden oluşmaktadır. Doğrudan olarak nitelendirdiğimiz ifadeler istenmeyen duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise istenen duyguları dile getirir. Durumluluk Kaygı Ölçeğindeki tersine dönmüş ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. Maddeleri kapsamaktadır. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunur daha sonra doğrudan ifadeler için ters ifadelerin toplam ağırlık puanı elde edilen toplam ağırlık puanından çıkarılır. Bu sayıya, önceden tespit edilen sabit değer eklenir. DKÖ için bu değişmeyen değer 50 dir. En son elde edilen skor bireyin araştırılan kaygı puanını oluşturur. Bu çalışmada 20 sorudan oluşan durumluluk kaygı ölçeği kullanılmıştır. Bu araştırma için DKÖ cronbach alfa değeri 0.78 olarak bulunmuştur. DKÖ puanına göre kaygı düzeyi sınıflaması yapılırken 0-19 puan aralığı kaygının olmadığını, 20-39 puan aralığı kaygının orta düzeyde olduğunu, 40-59 puan aralığı kaygının yüksek olduğunu, 60-79 puan aralığı ağır düzeyde kaygı olduğunu, 80 ve üzeri puan aralığının ise panik düzeyde kaygının varlığını gösterir (67).

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, Aralık 2014- Şubat 2015 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. İlgili hastanenin kadın doğum polikliniklerine ikili tarama testi için başvuran gebeler olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Sorular araştırmacı tarafından okunmuş ve katılımcıların cevapları kaydedilmiştir. Yapılan görüşmeler ortalama 5-10 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Durumluluk kaygı düzeyi

Bağımsız Değişken: Anne yaşı

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 16.0 paket programı(SPSS Inc., Chicago, IL, USA) kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ kabul edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede; yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, ANOVA ve Pearson korelasyonu kullanılmıştır.

Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değerlendirilen Özellik	Kullanılan İstatistiksel Yöntem
Demografik Bulgular	▪ Yüzdeler Dağılımı, Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma
Yaş ve DKÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	▪ Pearson Korelasyonu
Yaş Gruplarına Göre DKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	▪ Tek Yönlü Varyans Analizi,
Ölçek Güvenirlik Katsayısı	▪ Cronbach α Güvenirlik Katsayısı

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar No: 2014/137) onay alınmıştır. Adıyaman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Bakım Evi Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmada yer alan hastalara çalışmanın amacı, adı, süresi, planı kendisinden ne beklediği, elde edilen verilerin nerede ve nasıl kullanılacağı, çalışmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları, çalışmadan istedikleri zaman ayrılacakları açıklanarak ve "Bilgilendirilmiş Olur Formu" imzalatılmış ve gönüllü olan gebeler çalışmaya dahil edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişken	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş	27.35 \pm 6.42	
	n	%
15-19	37	15.9
20-34	153	65.9
≥ 35	42	18.2
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	13	5.6
Okur-yazar/İlköğretim	141	60.8
Lise	55	23.7
Üniversite ve üstü	23	9.9
Meslek		
Çalışıyor	19	8.2
Çalışmıyor	213	91.8
Gelir Durumu		
Geliri giderinden az	70	30.17
Geliri giderine eşit	150	64.65
Geliri giderinden fazla	12	5.18
Toplam	232	100

Tablo 4.1.de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmektedir. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27.35 \pm 6.42 olup 35 yaş üzeri gebe oranının % 18.2 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin, %60.8'inin okur yazar/ilköğretim mezunu olduğu, %91.8 inin ise herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Katılımcıların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı

Değişken	X±SS	
Gebelik Haftası	12.27±1.03	
Gebelik Sayısı	n	%
1.Gebelik	92	39.7
2.ve üzeri gebelik	140	60.3
Düşük Sayısı		
1 Düşük	46	19.8
2 ve Üzeri Düşük	12	5.2
Düşük Yok	174	75.0
Yaşayan Çocuk Sayısı		
1 çocuk	61	26.3
2 ve üzeri çocuk	73	31.5
Çocuk yok	98	42.2
Daha Önce İkili Tarama Testi Yaptırma Durumu		
Evet yaptırđım	124	53.4
Hayır yaptırmadım	108	46.6
Toplam	232	100

Tablo 4.2’de Katılımcıların doğurganlık özellikleri verilmektedir. Araştırmaya katılan gebelerin gebelik haftası ortalaması12.27±1.03 olup, gebelerin %39.7 si ilk gebeliğini yaşarken, %60.3 ü 2. ve daha üzeri gebeliklerini yaşamaktadırlar. Gebelerin %53.4 ü daha önce ikili tarama testi yaptırdığı, %46.6 sının yaptırmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.3. Gebelerin Yaş ve Durumluluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Değişken	Ort±SS	Min-Max ^b	R
Yaş	27.35 ± 6.42	17-39	r= 0.572
Durumluluk Kaygı Ölçeği	37.94 ± 9.12	21-65	p= 0.010*

*p<0.001

Tablo 4.3'de Gebelerin yaş ortalaması ile DKÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının 27.35±6.42 olduğu ve DKÖ puan ortalamalarının 37.94±9.12 olduğu saptanmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucunda Yaş ve DKÖ puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p< 0.001).

Tablo 4.4. Durumluluk Kaygı Ölçeğinden Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar İle Araştırmaya Katılan Gebelerin Aldıkları En Düşük ve En Yüksek Puanlar

Değişken	Alınabilecek Min-Max	Alınan Min-Max	$\bar{X} \pm SS$
DKÖ	20-80	21-65	37.94±9.12

Tablo 4.4 ' de Durumluluk kaygı ölçeğinden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ile araştırmaya katılan gebelerin aldıkları en düşük ve en yüksek puanlar verilmektedir.

Durumluluk kaygı ölçeğinden alınabilecek minimum maksimum puanlar 20-80 arasında iken, Araştırmaya katılan gebelerin DKÖ den aldıkları minimum maksimum puanlar sırasıyla 21-65 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Araştırmaya Katılan Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Durumluluk Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yaş Grup	n	%	Durumluluk Kaygı Ort±SS	Test
15-19	37	15.9	36.35 ± 9.77	
20-34	153	65.9	37.29 ± 8.52	F= 4.678
≥35	42	18.2	41.71 ± 9.86	p= 0.010*

*p<0.05

Tablo 4.5’de araştırmaya katılan gebelerin yaş grupları ile DKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Araştırmaya katılan 15-19 yaş grubundaki gebelerin DKÖ puan ortalamasının 36.35±9.77 ve hafif düzeyde kaygı olduğu, 20-34 yaş arasındaki gebelerin DKÖ puanı 37.29±8.52 ve hafif düzeyde kaygı olduğu, ≥35 gebelerin DKÖ puanı ise 41.71±9.86 ve orta düzeyde kaygı olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan ≥35 yaş grubunda yer alan gebelerdeki DKÖ puan ortalamasının 15-19 yaş ve 20-34 yaş grubundaki gebelerdeki DKÖ puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Bu durumda 15-19 ve 20-34 yaş grubundaki gebe kadınlar hafif düzeyde kaygıya sahipken 35 yaş ve üzerindeki gebe kadınlar orta düzeyde kaygıya sahiptirler.

Tablo 4.6. Araştırmaya Katılan Gebelerin Yaş Grublarına ve Durumluluk Kaygı Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Kaygı Düzeyi Sınıflandırması

Yaş Grupları	$\bar{X} \pm SS$	Kaygı Düzeyi
≥ 35	41.71 ± 9.86	Orta
15-19	36.35 ± 9.77	Hafif
20-34	37.29 ± 8.52	Hafif

Tablo 4.6’da Araştırmaya katılan gebelerin yaş gruplarına ve durumluluk kaygı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına göre kaygı düzeyi sınıflandırması verilmektedir.

Tablo 4.6’ da 35 ve üzeri yaş grubunda yer alan gebelerin DKÖ puan ortalamasının 41.71 ± 9.86 olduğu ve orta düzeyde kaygı yaşadıkları, 15-19 ve 20-34 yaş gruplarında yer alan gebelerin ise sırasıyla 36.35 ± 9.77 ve 37.29 ± 8.52 puan ortalamaları ile hafif düzeyde kaygıya sahip oldukları saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Anne yaşının ikili tarama testi öncesi kaygı düzeyine etkisini saptamak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Anne yaşının ikili tarama testi öncesi kaygı düzeyine etkisini saptamak amacıyla yapılan araştırmada çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27.35 ± 6.42 olarak saptanmıştır. TNSA 2013 verilerinde bir önceki beş yıla göre annelik yaşının 0.5 yıl arttığı görülmektedir (19). Koçakın yaptığı çalışmada gebelerin yaş ortalaması 26.40 ± 5.36 olduğu bulunmuştur (7). Çakarın yaptığı çalışmada gebelerin yaş ortalaması 32 olduğu saptanmıştır (40). Son yıllarda annelik yaşının; kadınların çalışmaya hayatına girmesi, kariyer planlaması ve üremeye yardımcı tekniklerin gelişmesi gibi nedenlerle gebeliğin yaşamın ilerleyen dönemine ertelendiği yaygın bir şekilde görülmektedir. Sonuç olarak annelik yaşı gün geçtikçe artmaktadır (68). Bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

Gebelik döneminin sağlıklı ve huzurlu geçirilmesi anne-bebek sağlığı açısından oldukça önemlidir (22). Gebelik ilerledikçe anne ve baba adayları bebeğin sağlık durumu, doğum eyleminin nasıl gerçekleşeceği ve ebeveynliğe ilişkin bilinmezlikler gibi nedenlere bağlı olarak endişe yaşamaktadırlar. Özellikle fetal sağlığın değerlendirilmesini istemekte; fakat aynı zamanda olası kötü sonuçlar hakkında endişe duymaktadırlar (2, 69, 70). Prenatal test öncesi yaşanan gerilim ve kaygı düzeyinin yaş faktörüne bağlı olası risklerin de eklenmesinin, sağlıklı bir bebek sahibi olmayı hayal eden anne ve baba adaylarındaki kaygı düzeyinde artışa neden olabileceği düşünülmektedir. Bu amaçla anne yaşının ikili tarama testi öncesi kaygı düzeyine olan etkisi incelenmiştir. Yaş ve DKÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.572$)($p<0.001$). Yuarita ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada anne yaşının tarama testi öncesi kaygı düzeyini arttırdığını tespit etmeleri çalışma bulgumuzu desteklemektedir (34). Koçak yapmış olduğu çalışmada, anne adaylarında ikili tarama testi öncesi kaygı düzeyinin, anne yaşı, eğitim, test hakkında bilgi düzeyi ve gebelik sayısı gibi faktörlerden etkilendiğini belirtmiştir (7). Benzer şekilde Bilgin ve arkadaşlarının 300 gebe üzerinde yaptığı çalışmada, kaygı düzeyinin yaş, eğitim, parite ile doğrudan ilişkili olduğu ayrıca yanlış veya eksik yorumlanan testin kaygı düzeyini arttırdığı saptanmıştır (70). Bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmaya katılan 35 yaş ve üzerinde olan gebelerin DKÖ puanı 41.71 ± 9.86 olduğu ve orta düzeyde kaygı yaşadıkları görölmektedir. Araştırmaya katılan 15-19 ve 20-34 yaş grubundaki gebelerin DKÖ puanları sırasıyla 36.35 ± 9.77 , 37.29 ± 8.52 olduğu ve hafif düzeyde kaygı yaşadıkları görölmektedir. Araştırmaya katılan 35 yaş ve üzeri gebelerdeki DKÖ puan ortalamasının 15-19 yaş ve 20-34 yaş grubundaki gebelerdeki DKÖ puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). 35 yaş ve üzeri grubunda yer alan gebelerdeki durumluluk kaygı düzeyinin diğer yaş gruplarında yer alan gebelerden anlamlı düzeyde yüksek olması dikkat çekici bir bulgudur. Literatürde, down sendromunun ileri anne yaşı ile ilişkili olduğu ve bu yaş grubundaki anne adaylarının prenatal tarama programları açısından öncelikli risk grubuna alındığı belirtilmektedir (63, 70). Araştırmaya alınan tüm gebelerin işlem öncesi kurum çalışanları tarafından bilgilendirilmesi ve 35 yaş ve üzeri gebelerin anomalili bebeğe sahip olma açısından risk grubunda yer aldıklarını biliyor olmalarının gebeler tarafından algılanan kaygı düzeyini yükselttiği görüşündeyiz. Benzer şekilde, prenatal tarama testi yapılan annelerin bilgi ve kaygı düzeylerinin incelendiği çalışmalar incelendiğinde risk grubunda yer almanın gebe kadınlardaki kaygı düzeyini arttırdığı belirtilmektedir (71, 72). Alison ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada kromozom anomalili bebek doğurma ihtimali olan kadınlarda prenatal test öncesi kaygı düzeyinin anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirtmiştir (8). Suzumori ve arkadaşları non-invazif tarama testlerinin ileri yaştaki anne adaylarında kaygı düzeyini yükselttiği ve kaygı düzeyinin yüksek olduğu çiftlerde tarama testini erteleme eğilimi olduğunu saptamıştır (72). Haskovec ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada ileri anne yaşının prenatal tarama testleri sırasındaki kaygı düzeyini arttırdığını saptamıştır. Yine aynı çalışmada, risk algısı, eğitim düzeyi ve sosyo ekonomik durumun kadınlarda kaygı seviyesini önemli ölçüde etkilediği belirtilmiştir (73). Aashaim ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada ileri anne yaşı olan kadınlarda tarama testi öncesi kaygı düzeyi yüksek tespit edilmiştir (35). Bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

Adölesan gebeler veya adölesan anneler, gebeliğe uyum, anneliğe uyum ve bebeğin ihtiyaçlarını giderme gibi konularda kaygı yaşamaktadırlar (25). Farklı çalışmalarda adölesan gebeliklerde kaygı göröldüğu tespit edilmiş ve adölesan gebeliğin kaygı açısından bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (27, 68, 74). Literatürde tarama testleri öncesi adölesan gebelerdeki kaygı düzeyinin incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. İkili tarama testi öncesi kaygı düzeyinin belirlenmesi amacıyla yürüttüğümüz bu araştırmada

15-19 yaş grubundaki gebelerin DKÖ puan ortalamalarının 36.35 ± 9.77 olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu kaygı düzeyinin doğurganlık çağı yaş grununda yer alan kadınlardaki kaygı düzeyine benzer olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Buna karşın araştırmaya katılan ≥ 35 yaş gebelerdeki DKÖ puan ortalamasının 15-19 yaş grubundaki gebelerdeki DKÖ puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu farklılığın artan anne yaşına bağlı olarak ortaya çıktığı görülmektedir (Tablo 4, Tablo 5).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Anne yaşının ikili tarama testi öncesi kaygı düzeyi ile ilişkisini saptamak amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalamasının 27.35 ± 6.42 olduğu,
- Araştırmaya katılan gebelerin %15.9'unun 15-19 yaş, %65.9'unun 20-34 yaş ve %18.9'unun ise ≥ 35 yaş grubunda yer aldığı,
- Gebelerin DKÖ'den min:21 max:65 puan aldığı ve DKÖ toplam puan ortalamasının 37.94 ± 9.12 ve hafif düzeyde kaygıya sahip oldukları,
- Yaş ve DKÖ puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu ($r=0.572$) ($p<0.001$),
- 15-19 yaş grubunda yer alan gebelerdeki DKÖ puan ortalamasının 36.35 ± 9.77 , 20-34 yaş grubunda yer alan gebelerdeki DKÖ puan ortalamasının 37.29 ± 8.52 ve ≥ 35 yaş grubunda yer alan gebelerin DKÖ puan ortalamasının 41.71 ± 9.86 olduğu, Anne yaşı arttıkça DKÖ puan ortalamalarının paralel şekilde arttığı,
- 35 yaş ve üzeri grupta yer alan gebelerin DKÖ puan ortalamasının, 15-19 ve 20-34 yaş gruplarında yer alan gebelerdeki DKÖ puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- İkili tarama testi öncesi kaygı düzeyinin değerlendirilmesinde anne yaşı faktörünün dikkate alınması,
- İkili tarama testi öncesi kaygı düzeyine neden olan ileri anne yaşının prenatal bakım hizmetleri kapsamında yaş faktöründe ele alınarak değerlendirilmesi,
- Rutin olarak yapılan prenatal testlerin anne ve baba adayları üzerinde yaratacağı kaygı düzeyini inceleyen, yaş ve olası diğer risk faktörlerinin de değerlendirildiği kapsamlı çalışmaların planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Toker F. Yüksek Riskli Gebe Populasyonunda Ultrasonografik, Laboratuar ve Anamnestik Risk Faktörlerinin Aneuploidi Öngörüsündeki Etkinlikleri. Kadın hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı. Uzmanlık Tezi,İstanbul. İstanbul Üniversitesi 2009.
2. Kleinveld JH, Timmermans DRM, Denhard J, Herman J, Wall GV,Kate LP. Does prenatal Screening İnfluence Anxiety Levels of Pregnant Women. *Prenat Diagn* 2006,26: 354- 61.
3. Kafkaslı A. Gebelikte Down Sendromu Tanısı İçin Tarama Testleri ve Güvenilirlikleri. *TJD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi* 2004, 6:30-35.
4. Allyse M,Sayres LC, Goodspeed T, Michie M, Mildred K Cho Don't Want No Risk and Don't Want No Problems": Public Understandings of the Risks and Benefits of Non-Invasive Prenatal Testing in the United States. *AJOB Empir Bioeth* 2015, 1: 5-20.
5. Kuşkuç AÇ. Fetal Kromozom Anomalisi Tarama Testleri. *JOPP* 2010, 2:55-60.
6. Muller MA, Bleker Op, Bonsel GJ, Bılaro CM. Nuchal Translucency Screening and Anxiety Levelsın Pregnancy and Puerperium. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006, 27: 357- 61.
7. Koçak V. Prenatal Tarama Testi İçin Başvuran Gebelerde Kaygı Düzeyi ve İlişkili Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilimdalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi 2014.
8. Allison S, Stafford JD. The Effect Of Stress And Anxiety Associated With Maternal Prenatal Diagnosis On Feto-Maternal Attachment. *BMC Women Health* 2011,11:33.
9. Ng CCM, Lai FM, Yeo GSH. Assessment of Maternal Anxiety Levels Before and After Amniocentesis *Singapore Med J* 2004, 45: 370-74.
10. Şolt A, Yazıcı S. Adölesan Gebelikler. *HSP* 2015;2:241-8.
11. Kurtovic A, Mehinovic L, Malesevic R, Mesanovic S, Vukadin TT, Djurovic MM, Ibrulj S, Ilvana Kurtovic BI, Kozaric M..Ten-year trends in prevalence of Down Syndrome in a Developing Country: İmpact of the Maternal Age and Prenatal Screening. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*2016, 206: 79- 83.

12. Lou S, Mikkelsen L, Hvidman L, Petersen OB, Palmhøj Nielsen C. Does Screening For Down's Syndrome Cause Anxiety in Pregnant Women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015, 94: 15- 27.
13. Deatsman S, Vasilopoulos T, RhotonVlasak A. Age and Fertility: A Study on Patient Awareness. *BRA Assisted Reproduction* 2016,3: 99-106.
14. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 7. Baskı. Ankara ,Sistem Ofset Matbaacılık 2009: 273.
15. Yesenia ZM, Belén M, MD. Gómez R, Eduardo GB.Obstetric and Perinatal Outcomes in Women ≥ 40 years of age:Associations with Fetal Growth Disorders. *Early Human Development* 2016, 100: 17- 20.
16. Karakaya E. Adölesan Evli Kadınlarda Üreme Sağlığı ve Sosyoekonomik-Kültürel Özellikler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. Marmara Üniversitesi2004.
17. Melekoğlu R. Adölesan Gebelikler: Maternal ve Fetal Sonuçlar. Uzmanlık Tezi. Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Sağlığı Anabilim Dalı. Çukurova Üniversitesi. Adana 2012.
18. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Sağlık Göstergeleri. Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2013.
19. Topçuoğlu S, Erçin S, Arman D, Gürsoy T, Karatekin G, Ovalı F. Adölesan veya İleri Anne Yaşı: Yenidoğan İçin Risk midir. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2014, 131- 5.
20. Aydın D. Adölesan Gebelik ve Adölesan Annelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 16: 250- 4.
21. Siegel RS, Brandon AN. Adolescents Pregnancy and Mental Health. *Pediatr Adolesc Gynecol* 2014, 27:138-50.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri, Katılımcı Kitabı, 2007: 60.
23. Dönmez S, Hande D, Kazandı M. Amniyosentez Öncesi Gebelerde Anksiyete ve Depresyon Risk Düzeylerinin Belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 3: 255-61.
24. Dan K Kaye. Negotiating the Transition From Adolescence to Motherhood. *BMC Public Health* 2008, 8:83.
25. Yogev Y, Melamed N, Bardin R, Tenenbaum-Gavish K, Ben-Shitrit G, Ben-Haroush A. Pregnancy Outcome at Extremely Advanced Maternal Age. *Am J Obstet Gynecol* 2010, 203: 558.

26. Laopaiboon, and at all. Advanced Maternal Age And Pregnancy Outcomes On Behalf Of the WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. *BJOG* 2014, 121: 49- 56.
27. Chedraui P, Van Ardenne R, Wendte JF, Quintero JC, Hidalgo L. Knowledge and Practice of Family Planning and HIV-Prevention Behaviour Among Just Delivered Adolescents in Ecuador: the Problem of Adolescent pregnancies. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 276: 139-44.
28. Ngowa JD, Ngassam AN, Dohbit JS, Nzedjom C, Kasia JM. Pregnancy Outcome at Advanced Maternal Age in a Group of African Women in two Teaching Hospitals in Yaounde. *Pan Afr Med* 2013, 14 : 134.
29. Mehta S, Tran K, Stewart L, Soutter E, Nauta M, Yoonh W. Pregnancy Outcomes in Women Greater than 45 years. *Arch Gynecol Obstet* 2014, 289: 1125–28.
30. Yazıcı S, Dolgun G. Anne Yaşı ve Gebelik Sayısının Bebeğin Doğum Ağırlığı ile İlişkisi. *Aile ve Toplum* 2009, 19: 67-76.
31. Bayrampour H, Heaman M, Duncan KA, Tough S Advanced maternal age and risk perception: Aqualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 12: 100.
32. Marteau TM, Kidd J, Michie S, Cook R, Johnston M, Shaw RW. Anxiety, Knowledge and Satisfaction in Women Receiving False Positive Results on Routine Prenatal Screening. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1993 ,14: 185-96.
33. Tursinawati Y, Thain S, Choi C, HeongYeo GS . Amniocentesis İncreases Level of Anxiety in Women with İnvasive Prenatal Diagnosis of Down syndrome. *Univ Med* 2015, 34: 112-20.
34. Aasheim V, Waldenström U, Rasmussen S, Espehaug B, Erica Schytt E. Satisfaction With Life During Pregnancy And Early Motherhood İn First-Time Mothers Of Advanced Age. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014,14: 86.
35. Ergün P. Gebelerin Üçlü Tarama Testi ve Gebelikte Yapılan Diğer Testler Hakkındaki Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi. Afyon 2007.
36. Malone F, Dalton ME. First-Trimester Sonographic Screening for Down Syndrome. *Obstetric and Ginekology* 2003,102:1066-79.
37. Olgaç Y, Canaz EA, Polat İ, Tekirdağ Aİ. Trizomi 18 ve 13 Olgularında Ultrasonografi Bulguları. *Jopp derg* 2012, 3:106-113.

38. Karaman A, Kahveci H, Laloğlu F. Trizomi 18 Sendromu: Olgu Sunumu. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2012, 8:44-6.
39. Çakar M, Kasnakoglu BT, Ökem ZG, Okuducu Ü, Beksaç MS. The Effect of Different Information Sources on the Anxiety Level of Pregnant Women who Underwent Invasive Prenatal Testing. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016, 29: 3843- 7.
40. Wenstrom K. First-trimester Down Syndrome screening: Component analytes and timing for optimal performance. *Seminars in Perinatology* 2005; 29:195- 202.
41. Şirin A. Kadın Sağlığı, 1. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık 2008, 57-90.
42. Fuchs KM, Peipert JF. First trimester Down Syndrome Screening: Public Health Implications. *Semin Perinatol* 2005, 29: 267-71.
43. Driscoll DA, Gross SJ. Screening for Fetal Aneuploidy and Neural Tube Defects. *Genetics in Medicine* 2009; 11: 818-21.
44. Kayaaltı ES. 11-14 Hafta Tarama Testi Esnasında Yapılan Genişletilmiş Fetal Kalp Taramasının Tanısal Etkinliği. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2009.
45. Brizot M, Noble P. Nükal Translüsensi ve Anne Serum Biyokimyası. Ermiş H. Editör. 11-14 Gebelik Haftası Ultrasonu, Fetal Anomalilerin Tanısı 2003, 1-67.
46. Afacan İ. İkili Testin Bileşeni Olarak İlk Trimesterde Bakılan Papp-A Değeri ile Gebelik Prognuzu Belirlenebilir mi. Kadın Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastalıkları ve Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul 2008.
47. Biçersoy G. Günöbirlik Cerrahi Hastaların Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi 2015.
48. Işıkhan V. *Çalışma Hayatında Stres ve Başa Çıkma Yolları*, 1. Baskı. Ankara, Sandal Yayınevi, 2004: 77.
49. Kartopu S. Lise Öğrenci ve Öğretmenlerinin Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2012, 17: 147-70.
50. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Trakya. Trakya Üniversitesi 2008.
51. Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca HH, Muhcu M. Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görölen Ruhsal Bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2014, 45: 71-7.

52. Pehlivan K. Kadın Psikiyatrik Hastalarının Cinsel Yaşam, Evlilik, Aile Planlaması ve Kontrasepsiyon, Gebelik ve Çocuk Sahibi Olması, Aids, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Açısından Riskli Davranışlarının Genel Popülasyonla Karşılaştırılması Çalışması. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul 2004.
53. Şahin NH, Gungor IJ. Congenital Anomalies: Parents' Anxiety and Aomen's concerns before Prenatal Testing and women's Opinions Towards the Risk Factors. *Clin Nurs* 2008,17: 827-36.
54. Karadeniz G, Tarhan S, Yanikkerem E, Dedeli Ö, Kahraman E. Manyetik Rezonans ve Bilgisayarlı Tomografi Öncesi Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2008, 11: 77- 83.
55. Şen E, Şirin A. Preterm Eylem Tanısı Alan Gebelerin Kaygı, Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Gaziantep Tıp Derg* 2013,19:159-63.
56. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2001, 23: 61- 64.
57. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007, 110: 1102- 12.
58. Akçay P, Terzioğlu F. Amniyosentez ve Koryon Villüs Örneklemesi Uygulanan Gebe Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Anksiyete Düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 23-34.
59. Rustico MA, Nicolini U. Influence of Nuchal Translucency Screening on Anxiety and Depression Levels in Pregnancy and Puerperium. *Obstet Gynecol* 2006, 27: 356.
60. Acharya K. Prenatal Testing for Intellectual Disability: Misperceptions and Reality with Lessons from Down Syndrome. *Dev Disabil Res Rev* 2011, 17: 27- 31.
61. Sasaki A, Sawai H, Masuzaki H, Hirahara F, Sago H. Low Prevalence of Genetic Prenatal Diagnosis in Japan. *Prenat Diagn* 2011,31: 1007- 9.
62. Dağlar G, Naim Nur N. Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2014, 36: 429- 41.
63. Türkleş S, Karataş B, Yılmaz G. Effect of Coping with Anxiety Education on Women's Anxiety Level. *Hemarge* 2011, 3: 20-28.

64. Akbaş E, Vırıt O, Kalendaroğlu A, Savaş H, Sertbaş G. Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008, 3: 85-91.
65. Şirin A, Kavlak O, Ertem G. Doğumhane Stajına Çıkan Öğrencilerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003, 7: 27-31.
66. Öner N, Compte AL. Süreksiz Durumluluk/ Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 1. Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları 1985: 26.
67. Dülgerler G, Ergin E, Erten G. Gebelerin Ruhsal Belirti Dağılımlarının İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005, 21: 115-26.
68. Martin JN, Huijssoon AMG, Tymstra T, Gerrits MCF, Beekhuis JR, Mantingh A. How Women Deal With The Results Of Serum Screening For Down Syndrome In The Second Trimester Of Pregnancy. *Prenat Diagn* 2000, 20: 705-08.
69. Bilgin S, Bildircin F, Alper T, Tosun M, Çetinkaya MB, Çelik Malatyalıoğlu E, Kökcü A. Gebelikte Uygulanan Tarama Testlerinin Anne Anksiyetesine Olan Etkisi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2010, 7: 206- 11.
70. Gill SK, Broussard C, Devine O, Green RF, Rasmussen SA, Reefhuis J. Association between Maternal Age and Birth Defects of Unknown Etiology - United States. The National Birth Defects Prevention Study. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2012, 94: 1010- 18.
71. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3: 142-62.
72. Suzumori N, Ebara T, Kumagai K, Goto S, Yamada Y, Kamijima M, Ogasawara MS. Non-specific psychological distress in women undergoing noninvasive prenatal testing because of advanced maternal. *Prenat Diagn* 2014, 34: 1055- 60.
73. Haskovec J, Matrobattista MJ, Johnston D, Kerrigan A, Robbins P, Wickland C. Anxiety and Prenatal Testing: Do Women With Other Indication For Testing. *Prenat Diagn* 2008, 28: 135- 40.
74. Coşkun DP, Yiğit F, Bilgin NÇ. Anne Adaylarının Fetal Sağlığı Değerlendiren Testlere Yaklaşımının Kalitatif İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009, 3: 81-91.

EKLER

EK-1: Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı soyadı	Zeliha ÖZŞAHİN
Doğum Tarihi	02.06.1984
Doğum Yeri	ADİYAMAN
Adres	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü 44280 MALATYA
Telefon (cep)	05063374681
İş	0422 3411238
E-mail	zelis_akbulut@hotmail.com
EĞİTİM	
Lisans	Adıyaman Sağlık Yüksekokulu (2004-2008)
Yüksek Lisans	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (2013-2017)
YABANCI DİL BİLGİSİ	İngilizce (YDS 75.00 Eylül 2016)
ÇALIŞTIĞI KURULUŞLAR	Adıyaman Kahta Devlet Hastanesi(2009Mart-2012 Temmuz)
	Adıyaman Kadın Doğum Ve Çocuk Bakım Evi(2012 Ağustos-2014 Eylül)
	Şanlıurfa Bozova Mesleki Ve Teknik Anadolu Lisesi(2014 eylül-2016 Şubat)

EK-2: Gebe Tanıtım Formu

15-19

20-34 yaş grubu

35 yaş ve üzeri

1) Kaç yaşındasınız ?.....

2) Eğitim durumunuz nedir?

Okur yazar değil

Okur-yazar

İlköğretim

Lise Üniversite ve üstü.

3) Çalışma durumunuz nedir?

Çalışıyor Çalışmıyor

4) Kaçınıcı gebelik haftasındasınız?.....hf

5) Düşük sayınız?.....

6) Doğum sayınız?.....

7) Yaşayan çocuk sayınız?.....

8) Daha önce ikili tarama testi yaptırdınız mı?

Evet

Hayır

EK-3: Durumluluk Kaygı Ölçeği

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

EK-4: Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı

ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğumhane kliniğinde ebe olarak çalışmaktayım. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Ebelik Anabilimdalı programında yüksek lisans yapıyorum. Anne yaşının ikili tarama testi öncesi kaygı düzeyine etkisi adlı tez konumun verilerini toplamak için müsadenizi istiyorum.

Durumu bildirir gereğinin yapılmasını arz/rica ederim.

Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

01.07.2014

Ebe: Zeliha Özşahin

Zeliha Özşahin

01.07.2014

Uygundur

[Signature]

EK-5: Malatya Klinik Araştırmala Etik Kurulu İzin Yazısı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Anne yaşının ikili tarama testi öncesi kaygı düzeyine etkisi.
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2014/137

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü, 44280, Malatya, Türkiye
	TELEFON	+90 422 341 06 60 / 1219
	FAKS	+90 422 341 00 36
	E-POSTA	inu.dhek@inonu.edu.tr

BAŐYURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Yeşim Aksoy Derya			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŐTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŐTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

ASLI GİBİDİR

Veseli KULUSAKLI
Malatya Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Sekreteri