



TC.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KPJ-YL-2013-0003

**YENİDOĞAN DÖNEMİNDEKİ KISA SÜRELİ ANNELİK
YOKSUNLUĞUNUN 2-3 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN
RUH SAĞLIĞI VE GELİŞİMİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Gülşah DURSUN

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY**

AYDIN-2013

TC.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KPJ-YL-2013-0003

**YENİDOĞAN DÖNEMİNDEKİ KISA SÜRELİ ANNELİK
YOKSUNLUĞUNUN 2-3 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN
RUH SAĞLIĞI VE GELİŞİMİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Gülşah DURSUN

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY**

AYDIN-2013

T.C
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Psikiyatri Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gülşah DURSUN tarafından hazırlanan “Yenidoğan Dönemindeki Kısa Süreli Annelik Yoksunluğunun 2-3 Yaş Arası Çocukların Ruh Sağlığı ve Gelişimi Üzerine Etkisi” başlıklı tez, 01 Mart 2013 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Unvanı, Adı ve Soyadı :

Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY

Prof. Dr. Mehmet ESKİN

Yrd. Doç. Dr. Serap TEKİNSAV SÜTÇÜ

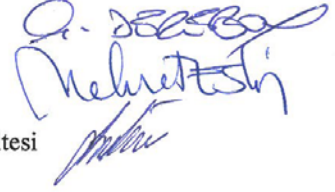
Üniversitesi:

ADÜ Tıp Fakültesi

ADÜ Tıp Fakültesi

Ege Üniv. Edebiyat Fakültesi

İmzası:



Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulunun..... Sayılı kararıyla tarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Sacide Karakaş

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Bu çalışmada yeni doğan döneminde kısa süreli anne yoksunluğunun 2-3 yaş çocuklarının ruh sağlığı ve gelişimine etkisi, yoğun bakımda kalan ve kalmayan grupların karşılaştırılması yoluyla incelenmiştir. Çalışmada aynı zamanda anneden kısa süreli olarak yoksun kalan çocukların yoksun kalma ve anneleriyle fiziksel temas süresine göre ruh sağlığı ve genel gelişim düzeyleri de incelenmiş; çalışmaya katılan çocukların erken çocukluk dönemi ruh sağlığı ve gelişimine etki eden değişkenler belirlenmiştir. Veri toplama aşamasında çok sayıda aileye dosya bilgisi aracılığıyla ulaşılmıştır. Telefonla ulaşıp çalışma için davet edilen Aydın ilinde yaşayan ailelerin büyük bölümünün çalışmaya katılmayı kabul etmemesi ve ailelerin bir kısmının da dosyada yer alan adres ve telefon bilgilerinin değişmiş olması uygulama aşamasında araştırmacıya zorluk yaratmış olsa da, veri toplama aşamasına çalışmanın başında düşünülenden daha uzun bir süre ayrılarak toplam 75 çocukla değerlendirme yapılabilmektedir. Anne bildirimleri temel alınarak klinisyen tarafından her bir katılımcıya randevu ile bireysel uygulamanın yapıldığı bu çalışmanın bu yönüyle değerli olduğu ve çalışma sonucunda ulaşılan bulguların literatüre değerli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ.....	i
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
EKLER DİZİNİ.....	viii
1 GİRİŞ.....	1
1.1. Gelişim Nedir?.....	1
1.2. Doğum Öncesi Dönemden Dört Yaşa Kadar Çocuk Gelişimi.....	1
1.2.1. Doğum Öncesi Dönemde Gelişim.....	1
1.2.1.1. Doğum Öncesi Dönem Davranışları.....	2
1.2.2 . 0-4 Yaş Döneminde Gelişim.....	2
1.2.2.1. Bedensel Gelişim.....	3
1.2.2.2. Motor Gelişim	3
1.2.2.3. Bilişsel Gelişim	4
1.2.2.3.1. Algısal Gelişim.....	4
1.2.2.3.2 .Bellek ve Dikkat.....	5
1.2.2.3.3. Dil, İletişim ve Düşünce Gelişimi.....	5
1.2.2.4. Sosyal ve Duygusal Gelişim.....	6
1.2.2.4.1. Sosyal Gelişim.....	6
1.2.2.4.2. Duygusal Gelişim.....	8
1.2.2.4.2.1. Duygu İfadesi.....	8
1.2.2.4.2.2. Duygu İfadelerini Tanıma ve Anlama.....	9
1.2.2.4.2.3. Duygu Düzenleme.....	9
1.2.2.4.2.4. Sevgi Duygusunun Gelişimi	10

1.3. Anne-Bebek İlişkisi Üzerine Yapılan Çalışmalar ve Bağlanma Kuramı.....	11
1.3.1. Kuramsal Açıklamalarla Anne Yoksunluğunun Çocuğun Duygusal Gelişimi Üzerine Etkileri.....	15
1.4. Erken Çocukluk Dönemi Ruh Sağlığı	19
1.4.1. Erken Çocukluk Dönemi Ruh Sağlığı Bozukluğu Tanıları.....	19
1.4.1.1. Duyusal Süreçleri Ayarlama Bozuklukları.....	19
1.4.1.2. Konuşma ve İletişim Bozuklukları.....	20
1.4.1.3. Yaygın Gelişimsel Bozukluklar ve Otizm.....	21
1.4.1.3.1. Rett Sendromu	22
1.4.1.3.2. Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu.....	22
1.4.1.3.3. Asperger Sendromu.....	23
1.4.1.3.4. Başka Türü Adlandırılmayan Gelişimsel Bozukluk (Atipik Otizm).....	23
1.4.1.4. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu.....	23
1.4.1.5. Uyku ve Beslenme Bozuklukları.....	24
1.4.1.6 . Pika.....	24
1.4.1.7. Post travmatik Beslenme Bozukluğu.....	24
1.4.1.8. Davranım Bozuklukları.....	25
1.4.1.9. Bağlanma Bozuklukları.....	25
1.4.1.10. Depresyon ve Duygudurum Bozuklukları	26
1.4.1.11. Kaygı Bozuklukları.....	27
1.4.1.12. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	27
1.4.1.13. Kolik.....	28
1.4.1.14. Zeka ve Gelişme Gerilikleri.....	28
1.4.1.15. İlişki Bozuklukları.....	29
1.5 .Araştırmanın Amacı.....	30
1.6. Araştırmanın Önemi.....	30

1.7. Araştırma Hipotezleri ve Beklentiler.....	30
2.GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
2.2. Araştırmanın Şekli.....	32
2.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	32
2.3. Araştırmaya Alınma Ölçütleri.....	35
2.4. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri.....	35
2.5. Veri Toplama Araçları.....	36
2.5.1. Çocuk ve Aile Bilgi Formu.....	36
2.5.2. 1,5-5 Yaş Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği	36
2.5.3. Ankara Gelişim Tarama Envanteri.....	37
2.6. Verilerin Toplanması.....	37
2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
2.8. Araştırmanın güçlükleri.....	38
2.9. Veri Analizi.....	38
2.9.1. Araştırma ve Kontrol Grubunun Çeşitli Özelliklerinin Karşılaştırılması Amacıyla Yapılan Tanımlayıcı İstatistiksel Analizler.....	38
2.9.2. Araştırma ve Kontrol Grubu Ölçek Ortalama Farklarını Karşılaştırmak Amacıyla Yapılan İstatistiksel Analizler.....	38
2.9.3. Araştırma Grubuna İlişkin Belirli Özelliklerinin İncelenmesi Amacıyla Yapılan Tanımlayıcı İstatistiksel Analizler.....	39
2.9.4. Yoğun Bakım Anne Yoksunluğu Süresi ve Yoğun Bakımda Temas Süresiyle AGTE T Puanı ve ÇDDÖ Toplam Puanı İlişkisini ve Ortalama Farklarını İncelemek Amacıyla Yapılan İstatistiksel Analizler.....	39
3. BULGULAR.....	41
3.1. Araştırma ve Kontrol Grubunun Çeşitli Özelliklerinin Karşılaştırılması Amacıyla Yapılan Tanımlayıcı İstatistiksel Analizler.....	41
3.2. Araştırma ve Kontrol Gruplarına Göre Ortalama Farkları Çizelgeleri.....	42

3.3. Yoğun Bakım Süresi ile AGTE T puanı ve ÇDDÖ Toplam Puan arasındaki Eta Korelasyon Oranları.....	45
3.4. Yoğun Bakımda Anne Temas Süresi ile AGTE T puanı ve ÇDDÖ Toplam Puan arasındaki Eta Korelasyon Oranları.....	45
3.5. Araştırma Grubunun Yoğun Bakım ve Anne Temas Süresi Grupları Arası Ortalama ve Ortalama Farkının Anlamlılık Düzeyi.....	46
3.6. Grup Tipi (araştırma-kontrol), Cinsiyet, Çocuğun Kronik Hastalığı, Annenin Psikiyatrik Öyküsü, Doğum Ağırlığı ve Anne-baba Akrabalığı Değişkenlerinin Aşamalı Çoklu Regresyon Analizi ile İncelenmesi	47
4. TARTIŞMA.....	52
4.1. Araştırma ve Kontrol Grubunun ÇDDÖ Toplam Problem Puanı, İçeyönelim ve Dışayönelim Puanları, Bu Puanları Oluşturan Alt Ölçekler ve DSM IV-TR Temelli Tanı Grupları Açısından Karşılaştırılması.....	52
4.2. Araştırma ve Kontrol Grubunun Gelişim Düzeyi (AGTE T Puanı) Açısından Karşılaştırılması ve AGTE T Puanını Yordayan Değişkenlerin Belirlenmesi.....	57
4.3. Yoğun Bakımda Kalma ve Anneye Temas Etme Süresinin AGTE T Puanı ve ÇDDÖ Toplam Puanı ile İlişkisi.....	59
4.4. Erken Çocukluk Dönemi Sosyal, Duygusal, Davranışsal Sorunları Üzerine Etki Eden Değişkenler	61
5 SONUÇ.....	64
ÖZET.....	66
SUMMARY.....	67
KAYNAKLAR.....	68
EKLER.....	79
ÖZGEÇMİŞ.....	84
TEŞEKKÜR.....	85

SİMGELER VE KISALTMALAR

AGTE:	Ankara Gelişim Tarama Envanteri
APA:	American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Derneği)
ÇÇDB:	Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu:
ÇDDÖ	Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (1,5-5 Yaş formu)
DE/H	Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite
DEHB:	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 4. Baskı)
EEG:	Elektroensefalogram
n:	Kişi sayısı
p:	Anlamlılık düzeyi
SPSS:	Statistical Package of Social Science (Sosyal Bilimler için İstatistiksel Program)
SS:	Standart sapma
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü

ÇİZELGELER

Çizelge 2.2.1 Çalışma ve Kontrol Grubunun Çeşitli Özellikleri.....	32
Çizelge 3.1 Araştırma Grubunun Yoğun Bakımda Kalma Nedeni, Yoğun Bakım Süresi Ortalaması ve Anne Temas Süresi	41
Çizelge 3.2.1 Araştırma ve Kontrol Grubunun AGTE T Puan Ortalaması ve Ortalama Farkının Anlamlılık Düzeyi	42
Çizelge 3.2.2 Araştırma ve Kontrol Grubunun ÇDDÖ Toplam Puan, İçe yönelim ve Dışa yönelim Puanları Ortalamaları ve Ortalama Farkının Anlamlılık Düzeyi	42
Çizelge 3.2.3 Araştırma ve Kontrol Gruplarının ÇDDÖ Alt Ölçekler Puanları Ortalaması	43
Çizelge 3.2.4 Araştırma ve Kontrol Gruplarının ÇDDÖ DSM IV-TR Temelli Alt Ölçek Puanları Ortalamaları	44
Çizelge 3.3.1 ÇDDÖ Toplam Puanı Puanı İle Yoğun Bakım Süresi Arasındaki η (Eta) Korelasyon Oranları	45
Çizelge 3.3.2 AGTE T Puanı İle Yoğun Bakım Süresi Arasındaki η (Eta) Korelasyon Oranları.....	45
Çizelge 3.4.1 ÇDDÖ Toplam Puan İle Yoğun Bakımda Anne Teması Süresi (Eta) Korelasyon Oranları	45
Çizelge 3.4.2 AGTE T puanı İle Yoğun Bakımda Anne Teması Süresi η (Eta) Korelasyon Oranları.....	46
Çizelge 3.5.1 Yoğun Bakım Süresine Göre Gruplar Arası Ortalamalar ve Ortalama Farkının Anlamlılık Düzeyi.....	46
Çizelge 3.5.2 Araştırma Grubunun Yoğun Bakım Anne Temas Süresine Göre Gruplar Arası AGTE T Puanı ve ÇDDÖ Toplam Puan Ortalaması ve Ortalama Farkının Anlamlılık Düzeyi.....	47

EKLER

EK 1: Anne ve Çocuk Bilgi Formu.....	79
EK 2: 1,5-5 Yaş Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği.....	82

1.GİRİŞ

1.1. Gelişim Nedir?

Gelişim, bedende meydana gelen niceliksel değişikliklerin yanı sıra, niteliksel değişiklikleri de içeren dinamik bir olgudur. Genetik bireyselliğin de sonucu olan gelişim, artarak ve art arda dönemler şeklinde ilerleyen, dengeli bir özelleşme sürecidir (Bergan ve Dunn 1976). Gelişim bilimciler, farklı türlerin bazı gelişim evrelerinde yaşadıkları deneyimlerden farklı şiddette etkilendiklerini ortaya koyan bazı deneylerden etkilenmişlerdir. Bu deneylerden birisi ördek yavrularının yumurtadan çıkmalarını izleyen ilk 15 saat içerisinde çevrelerindeki herhangi bir canlıyı anneleri olarak görüp, bu canlıya bağlanarak peşinden gitmeleridir. Bu deneyim ördeğin takip etme tepkisinin gelişmesi için kritik dönem niteliğindedir ve bu süre içinde ördeğin çevresinde hareket halinde veya vaklayan bir nesne yoksa bu bağlanma yaşanmaz (Hess 1972). Kritik dönemde belirli bir uyarım tipine sadece o dönemde yanıt verilir ve öğrenilirken, diğer yaşam evrelerinde aynı uyarana benzer tepkiler verilmez. İnsanlarda *duyarlı dönemler*, kritik dönemden daha sık görülür ve duyarlı dönemde etkilenme şiddeti kritik dönemdeki kadar şiddetli değildir. Bu dönemde yaşanan bir deneyim, gelişim sürecine diğer dönemlere oranla daha iyi katkıda bulunur. Örneğin bebeklik ve erken çocukluk dönemi dil gelişimi açısından duyarlı bir dönemdir. Bu dönemde çocuk fiziksel olarak izole bir ortamda bulunursa gelişimi kronolojik yaşından beklenen düzeye erişemez. Ancak çocuk tekrar toplumsal çevreye kavuştuğunda dil gelişimi gelişecektir (Bee ve Boyd 2009).

1.2. Doğum Öncesi Dönemden Dört Yaşa Kadar Çocuk Gelişimi

1.2.1. Doğum Öncesi Dönemde Gelişim

İnsanlarda gebelik süreci 38 haftadır. Gebelik süreci, anne karnındaki değişimlere göre farklılaşan üç evreden oluşmaktadır. Gebeliğin başlangıcı ile zigotun rahim duvarına kadar tutunmasına kadar süren ve yaklaşık olarak ilk 2 haftalık süreci kapsayan ilk evre *tohum evresidir*. Gebeliğin başlangıcı olan ilk günde sperm ve ovum birleşerek organizmanın gelişimine yönelik genetik talimatları içeren zigotu oluşturur. 10-14.günler arasındaki tutunma evresinde ise zigot, rahim astarına tutunur. Bu süreç implantasyon olarak adlandırılır. Gebeliğin üç ve sekizince haftaları arasındaki evre *embriyo evresidir*.

Zigotun rahim astarına tutunmasının ardından başlayan altı haftalık süre bu evreye denk gelir ve bu süre içinde embriyonun tüm organ sistemleri oluşur. Gebeliğin dokuzuncu haftasından 38. Haftasına kadar geçen evre ise fetüs evresidir. Embriyonun organ sistemleri oluştuğunda gelişen organizma artık “fetüs” olarak adlandırılır. 30 gram ağırlığında ve 2,5 santimetre uzunluğundaki fetüs, 50 santimetre uzunluğa ve 210-270 gram ağırlığa ulaşır. 12. haftada çoğu fetüsün cinsiyeti ayırt edilebilirken 24.haftada beyin ve akciğerlerinde meydana gelen gelişimlerin ardından yaşayabilme yeteneği kazanır. İkinci haftada nöronların büyük kısmı oluşmuştur ve bundan kısa bir zaman sonra nöronlar arasındaki bağlantılar da gelişir (Kliegman 1998, Tortora ve Grabowski 1993).

1.2.1.1. Doğum Öncesi Dönem Davranışları

Bilim insanları doğum öncesi bebek davranışlarını inceleyen araştırmalar yapmışlardır. Groome ve arkadaşları 1995 yılında yaptıkları bir çalışmada, sigara içmeyen ve gebelikleri 38-40. haftalar arasında olan 18 hamile kadının kaygı düzeyinin fetal davranış üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Spielberger Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri sonucunda yüksek düzeyde sürekli kaygı skoruna sahip annelerin fetüslerinin uykuda daha fazla zaman geçirdikleri ve daha az büyük beden hareketleri yaptıkları saptanmıştır. Bu bulgular, annenin gebelikteki kaygısının fetal davranış üzerinde oldukça etkili olduğunu ortaya koymuştur (Groome ve ark 1995). Lickliter ve arkadaşlarının 2005 yılında, yumurta kabukları ışığı geçiren bıldırcın embriyoları üzerinde yaptıkları bir çalışmada ise embriyo halindeyken ışık ve ses uyaranları verilen bıldırcınların, kuluçkadan çıkmalarının ardından birden fazla ışık ve ses uyarını almayan embriyo halindeki bıldırcınlara göre daha hızlı öğrendikleri görülmüştür. Bu çalışma, embriyonun, birden fazla uyarı ile normalin üzerinde uyarılmaya duyarlı olduğunu ortaya koymuş ve doğum öncesi süreçte öğrenmenin sağlanabildiğinin anlaşılmasına olanak sağlamıştır (Lickliter ve ark 2002).

1.2.2. 0-4 Yaş Döneminde Gelişim

Uzmanlar, genellikle doğumdan sonraki ilk 2 veya 4 haftalık bebeği *yenidoğan* olarak tanımlarlar. Çağdaş araştırmacıların yeni geliştirmiş olduğu araştırma yöntemleri, bebeklerin yeteneklerini ve bireyselliklerini ortaya koyma biçimlerinin anlaşılmasına olanak sağlamıştır (Gander ve Gardiner 2004).

Erken çocukluk döneminde hareket gelişimi ön plana çıkarken, zihinsel gelişim de hareket gelişiminin içinde görülür. Duygusal gelişim, sosyal gelişime bağlı olduğu gibi, dil gelişimi de konuşma organlarının gelişimine ve sosyal çevre koşullarına bağlıdır (Oktay 2004).

1.2.2.1. Bedensel Gelişim:

Yenidoğanların boyu genellikle 45 santimetre ile 53 santimetre arasında, ağırlıkları ise 2724 gram ile 3904 gram arasındadır (Gander ve Gardiner, 2004). Ortalama kiloya sahip bir bebeğin kilosu haftada 150 gr artar ve bebeğin beden oranındaki değişimler, birinci yılın ikinci yarısında hızlanır. Yenidoğanın başı, kol ve bacaklarına oranla büyüktür ve bazı kemikleri yüksek oranda su içermesi nedeniyle henüz kırıktır. 6 aylık olduğunda bile bacakları ve sırtı hala esnektir. 2-4 yaşları arasında çocuğun boyu yetişkinliğinin neredeyse yarısıdır ve yılda 5-7 santimetre uzar. 1 yaşında ortalama 75 santimetre boyuna gelen çocuk, doğum kilosunun neredeyse üç katına ulaşır. Bu dönemde çocukların bileklerinde kemikleşme miktarı yetişkinler gibi olmadığından sakar olabilirler. 2 yaşında boyu neredeyse yetişkinlikte olacağının yarısı kadar olan çocuğun başı hala bedenine oranla büyüktür. 6-8 aylıkken ilk dişi çıkmış olan çocuğun 3 yaşına yaklaştıkça yirmi adet süt dişi tamamlanmış olur. 5 yaşına gelene kadar çocuğun kasları daha güçlü, kemikleri daha az esnektir (Dorothy 1999).

1.2.2.2. Motor Gelişim

Yenidoğanın yakalama ve adım atma refleksi, ilerleyen aylarda yerini istemli yakalama ve yürümeye bırakır (Morris 2009). Gander ve Gardiner'in (2004) Coule Region İnfant Development Center İnce ve Kaba Hareketler Kontrol Listesi'nden aktardıkları motor gelişim basamaklarına göre, ilk 2 ayda karın üstü yatarken başını kaldırabilen bebek, yavaş hareket eden nesnelere kısa süre izleyebilmektedir. 3. ayda nesnelere vurmaya ve ellerini izlemeye başlayan bebek, 5. aydan sonra nesnelere uzanıp ağzına götürebilir, 6.5 ay civarında ise desteksiz oturmaya başlar. 7. Aydan sonra emekleyebilen bebek, 9. aydan sonra sıralayarak ilerlemeye ve ellerini çırpmaya başlar. 11. Aydan sonra yürümeye başlayan çocuk, kalem tutabilmekte ve 1 yaşını aştığında 2-3 kuleyi üst üste koyabilmektedir. Zamanla kalemle karalama yapabilmeye başlayan çocuk, 18.-24. aylar arasında yan yan ve geriye doğru yürüyebilmektedir. 24.36- aylar arasında rahatça

koşabilen çocuk, tek ayak üstünde dengede durabilmektedir. Çocuklar ilerleyen yaşlarda koordinasyonları geliştikçe koşup atlamayı, tırmanmayı ve dengede durmayı kendi kendilerine öğrenirler (Morris 2009).

1.2.2.3. Bilişsel Gelişim

Bilişsel süreçler; doğumdan itibaren kişinin düşünce sistemi, zihinsel yapısı ve dil gelişimi ile ilişkili olan değişimleri içerir. Bilişsel süreçler, algı, dikkat, problem çözme, öğrenme, bellek, hatırlama ve unutma gibi öğelerden oluşmaktadır (Vasta ve ark 1992).

1.2.2.3.1. Algısal Gelişim

Duyum ve algı kavramlarının birbirinden farklı olduğunu bebeklerin müziğe verdikleri tepkiler yardımıyla anlayabiliriz. Duyum, duyu organları ile alınan bilgilerin beyine iletilmesi, algı ise bu bilgilerin anlamlandırılmasıdır. Bebeklerin işitsel olarak sesleri ayırt edebilmesi duyum; seslere verdikleri tepkiler ise algıdır. Bebeklerin algısal gelişimlerinin doğuştan olduğunu ileri süren görüşün yanı sıra, deneyimler sonucu öğrenilerek meydana geldiğini ileri süren görüş de mevcuttur. Öte yandan her iki görüşü birleştiren, doğuştan gelen algısal yeteneklerin deneyimlerle zenginleştiği de ileri sürülmektedir. Ancak algısal gelişimde, hem kalıtımın hem de çevrenin rolü olduğu açıktır (Bee ve Boyd 2009).

Çocuklar, yaşamın ilk günlerinde insanlar ve nesnelere arasında ayırım yapabilme becerisine sahip olurlar. 2 ve 3. Aylarda figürleri görsel olarak daha ayrıntılı biçimde inceleyen bebekler bu dönemde yüzün iç özelliklerine, gözlere odaklanabilirler ve 4. ay civarında büyüklük değişmezliği, şekil değişmezliği ve renk değişmezliği gibi algısal değişmezlikler temel düzeyde görülür. Aynı zamanda bu dönemde işitsel ve görsel bilgilerin koordinasyonuna ilişkin ayırimsama becerilerinde önemli değişiklikler gözlemlenen bebekler 6. aya geldiklerinde derinlik algısına sahip olmaya başlarlar. 2001 yılında Moses ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, 12 aylık olan bebeklerin başkalarının duygularını kendilerine rehberlik edecek şekilde yorumlamaya ve kullanmaya başladıkları görülmüştür (Moses ve ark 2001) 1 yaş sonrasında ise sosyal referans alma sürecine girmiş olan çocuk, 1 yaşına geldiğinde ise bakıcısı beklenen tepkileri gösterdiğinde kendini yatıştırma öğrenir (Bee ve Boyd 2009).

1.2.2.3.2. Bellek ve Dikkat

Dikkat, duyuşsal veya algısal beyin kaynaklarımızı, amacımızı gerçekleştirmek için en uygun duruma getirecek şekilde harekete getirme becerisidir. Seçici dikkat, belirli tipteki girdilere tepki verilirken, diğerlerinin önemsememesi iken sürdürülebilir dikkat ise sisteme gelen bilgi ile ilgili gösterilen performansın sürdürülebilmek becerisidir. Dikkat, nöral sistemin bileşenlerinden ayrı ancak onlarla ilişkili olan çok sayıda farklı beceriyi ifade eder (Atkinson ve Braddick 2012).

Dikkat işlevleri kişinin kendi hareketlerini kontrol edebilmesine ve ihtiyaçlarına göre cevap verebilme becerilerini kapsar. Kopp (1982), kendini kontrol edebilme becerisini dört evrede tanımlamıştır. O'na göre, ilk 3 ayı kapsayan 1. evrede bebek aşırı uyarılmışlık durumlarını bastırmayı öğrenir ve çevresindeki bilgileri seçici bir şekilde taramayı ve belirgin özelliklere odaklanabilmeyi öğrenir. 3. ayla 9. aylar arasını oluşturan 2. evrede ise refleks olmayan hareketler için motor kontrolünü geliştirmeye başlar, bilişsel olarak net bir algı ve anlayış kapasitesine henüz sahip olmamasına rağmen, olay ve nesnelerin özelliklerine göre hareketlerini kısmen değiştirebilir. 3. evreyi oluşturan 9 ve 18. aylar arasında ise kendisinin farkında olan bebek, hedefe yönelik hareketler yapmaya başlar. Bilişsel becerilerinde önemli lde ilerlemeler görülen bebek bu dönemde çevreyle daha uyumlu bir hale gelir ve nesne sürekliliği kavramı ortaya çıkar. 2 yaş civarında başlayan 4. evrede ise nesnelere ve durumlar zihinse temsiller olarak saklanabilir ve gerektiğinde bu temsiller hatırlanabilir.

1.2.2.3.3. Dil, İletişim ve Düşünce Gelişimi

Dil, iletişim kurmamızı sağlayan ve konuşmayı kapsayan sinyaller sistemidir. Alıcı dil ve anlatım dili olmak üzere iki temel bileşeni vardır. Alıcı dil, anlatım dilinden önce gelişir. Ses bilgisi(fonoloji), yapı(sentaks), anlam ve dilin sosyal bir davranış olarak kullanımı (pragmatik) dil gelişiminin dört farklı boyutunu oluşturur (Turan 2000).

Konuşma ncesi dönemde ağlama, öncelikli olarak solunum refleksi şeklindeydir. Yeni doğanın ilk ağlaması, ciğerlerine havanın ilk girişinin sonucu olarak meydana gelen fiziksel acının bir ifadesidir. Zaman ilerledikçe ağlamanın anlamı ve amacı değişir. Bebekler, ikinci ayın başlamasıyla ağlamaya başlarlar. Bu sesler ogu zaman "oooo" ya da "aaaah" gibi açık ünlüler ve fokurdama sesleridir. ıkardıkları bu sesler bebeklerin

kendi eylemlerinin sonucu olduğu için bundan zevk alıyor görünürler. (Gander ve Gardiner 2004). Aynı dönemde sosyal gülümseme başlar ve ağlama sıklığı azalır. 6-9 aylıkken iki heceli kelimeler söyleyebilen bebekler, ilk kelimelerini 8-18. aylar arasında ortalama 12. ayda çıkarırken, 2 yaşına geldiğinde kelime haznesi 200'e ulaşmaktadır. İlk olarak isimleri, ardından fiil, sıfat ve zarfların kullanımı başlar ve tüm bebekler dil gelişim zincirinde fonoloji, sentaks ve semantik bileşenlerine geçişte aynı sırayı izlerler. Dil gelişimi sembolik oyunlar, tasarım ve taklit ile iç içedir (Lewis 1982, Karabekiroğlu 2009). 2-3 yaşları arasında çocukların yardımcı fiilleri ve fiil sonlarını büyük ölçüde kullanmadıkları görülmüştür (Örneğin: Alabilir miyim? yerine Alıyım?) 3 yaşından sonra ise dil üretimi büyük ölçüde artar ve çocuklar şimdiki zamanı olduğu kadar geçmiş zamanı da kullanmaya başlarlar (Charles ve Maisto 2009).

Jean Piaget çocukların dünya ile ilgili düşünce sistemlerinin gelişimsel evrelere göre değişim gösterdiğini ileri süren bir bilişsel gelişim teorisi geliştirmiştir. Piaget'ye göre, bilişsel gelişim duyu-hareket dönemi (0-2 yaş), işlem öncesi dönem (2-7 yaş), somut işlemler dönemi (7-12 yaş) ve soyut işlemler dönemi (12 yaş ve sonrası) olmak üzere dört farklı evreden oluşmaktadır. Piaget'e göre, 0-4 yaş döneminin ilk yarısına denk gelen duyu-hareket evresi döneminde bebek, "düşünme" eylemini zihinsel düşünme veya anlama şeklinde gerçekleştirmeyi bilmez, ancak duyu-hareket eylemleriyle uyumlu şekilde düşünmeyi "bilir". İşlem öncesi dönemde ise düşünce, karşılaşılan anlık koşullara yöneliktir ve mantık dışıdır. Zihinsel tasarımlama zamanla oluşmaya başlasa da, henüz bilgi sistemli bir şekilde işlemlenemez. Piaget, küçük yaştaki çocukların mevcut durumları bütünüyle değil, sadece bir yönüyle ele alarak değerlendirme yaptıklarını ileri sürmüştür (Piaget 1959).

1.2.2.4. Sosyal ve Duygusal Gelişim

1.2.2.4.1. Sosyal Gelişim

Psikososyal gelişim incelenirken, esas olarak bireylerin toplumsal davranışları incelenir. Gelişim süreci amaca yönelik, belirli bir dönemde görülen ve birbirini izleyen davranışları içermektedir (Başaran 1974).

Yaşamın erken dönemlerinde çocuklar, önemli ilişkileri anne baba veya kendisine bakım veren diğer kişilerle kurarlar (Morris 2009). Doğumun ardından ilk 3 ay içerisinde

konuşmaya karşı ses çıkarma veya gülme şeklinde tepki verebilen bebek, kucağa alındığında susabilir. 3. aydan sonra kendiliğinden gülümsemeye başlayan bebek, 6. Aya doğru aynada kendisini gördüğünde de gülümseyebilir ve kendisine hazırlanan püre şeklindeki yiyecekleri yiyebilir. 6 ve 9. Aylar arasında yabancı kişilere ağlama tepkisi gösterebilen bebek, bu dönemin sonuna doğru katı yiyecekleri yutabilir ve bisküvi, ekmek gibi yiyecekleri ağızına götürebilir (Lewis 2002). 9-12. aylar arasında kaşığı tutarak ağızına götürmeye çalışan bebek, “Ce-e”oyunu gibi, karşılıklı basit oyunları oynayabilir ve yetişkinle bir kitaba bakabilir. 12-15. aylar arasında kaşıkla yemek yiyebilen ancak sık sık döken çocuk, bardaktan kendi başına içebilir, yetişkinlere oyuncaklarını gösterebilir ve selamlaşma için belirli hareket ve sesleri kullanabilir. 15-18. aylar arasında giyinirken kollarını uygun biçimde hareket ettirerek yetişkine yardımcı olabilen çocuk, basit kurmaca oyunları oynarken çevresindekileri oyuna katılmaları için davet edebilir. 18-24. aylarda elini yüzünü yıkayabilen çocuk kaşıkla dökmeden yiyebilir. Bu dönemde diğer çocukların yanında oynayarak arada sırada onlarla iletişime geçebilen çocuk, jestler kullanarak iletişim kurabilir ancak henüz oyuncaklarını paylaşmak istemez (Lewis 2002). 1,5 yaş civarında paralel oyuna başlayan çocuk için taklit, 2 yaş civarında bir oyun niteliğindedir (Eckerman ve ark 1989). 2-3 yaş arasında seçenek sunulduğunda seçim yapabilmeyi öğrenen çocuk, hatırladığında “lütfen” kelimesini kullanır. Bu dönemde diğer çocuklarla veya kendi başına kurmaca oyunları oynamaya başlayan çocuk, yetişkin denetiminde tuvaleti kullanabilir, yetişkinin yönergeleriyle pantolonunu indirebilir ve kendisinden beklenen sosyal beklentilere uymaya çalışır (Karabekiroğlu ve ark 2009).

3-4 yaşları arasında ise çocuk, diğer çocuklarla sırasını bekleyerek oynamayı öğrenerek; “lütfen” ve “teşekkür ediyorum” ifadelerini daha sık kullanır. Anne ve babasının belirlediği sınırlar içerisinde kalan ve tehlikelerden kaçınmayı öğrenen çocuk, bu dönemde ilgiyi paylaşmayı öğrenir. Bütün giysilerini giyip çıkartabilir ve iri düğmelerini ilikleyebilir. Gece boyunca kuru kalabilen çocuk, tuvalete kendi başına gidebilir, dişlerini fırçalayabilir ve kendi başına elini yüzünü yıkayabilir (Lewis 2002). Aynı zamanda bu dönemde işbirliğine dayalı oyunlara ilgi duymaya başlar ve hayal gücünü kullanarak evcilik gibi oyunlar oynar (Eckerman ve ark 1989).

1.2.2.4.2. Duygusal Gelişim

Öfke, üzüntü, kaygı, sevinç, tikslenme ve benzeri gibi durumlar duyguları günlük yaşantımızda sıklıkla yaşarız. Temelde, olumlu ve olumsuz duygular olmak üzere iki tür duygu vardır. Bazı durumlarda da hem olumlu hem de olumsuz duygu oluşur. Bebekler, anne karnına düştüğü andan itibaren, duyuları tarafından olumlu veya olumsuz olarak algılanan durumları olumlu veya olumsuz duygu olarak hisseder ve kodlarlar. Bunun yanı sıra, evrimsel süreçte de genetik olarak aktarılan birtakım bilgiler de duyguların kodlanma biçimini etkiler. Genellikle kısa süreli olan, en az birkaç saniye, en fazla birkaç dakika sürdüğü bilinen *duygularla* ilişkili yüz ifadeleri gözlemlenebilir. Duygu, bir saat veya daha uzun sürdüğünde *duygudurum* (keyif durumu) halini alır ve duygudurumların yüz ifadeleri yoktur. Bir duygunun kısa süre içinde pek çok kez yaşanması ile oluşan biyokimyasal değişiklikler sonucunda duygudurumun kalıcı olması durumu ile karşılaştırılır. Duygusal gelişim, çocuklarda psikopatoloji olup olmadığını anlamamıza yardımcı olan önemli bir göstergedir. Aynı zamanda duyguların, gelişimin diğer bileşenleriyle bütünleşmemesi durumunda, olumsuz sonuçlar doğurması açısından da önemli işlevleri vardır (Wenar ve Kerig 2005).

1.2.2.4.2.1. Duygu İfadesi

Yaşamın ilk günlerinde bebek, ilgilenme, gülümseme, acı ve rahatsız olmayı içeren geniş çeşitlilikte duyguyu ifade etme yeteneğine sahiptir. 2 veya 3. ayların başında üzüntü ve kızgınlığını gösterebilen bebek, 6 ve 7. aylarda korku duygusunu göstermeye başlar.

Yaşamın ilk yılının ardından bilişsel gelişimin de ilerlemesiyle birlikte çocuk, küçümseme, utanma, mahcup olma ve suçluluk gibi daha karmaşık duyguları ifade etmeye başlar. Duygu ifadesi, önemli ölçüde bakımverenden etkilenir. Bebekler, doğrudan bakımverenin afektini taklit ederken, dönüşümlü olarak bakımveren de bebeğin yüz ifadelerini seçici şekilde güçlendirir. Örneğin, anneler erkek ve kız çocukların öfke ifadelerine farklı şekilde cevap verirler (Malatesta ve Haviland 1982). 10-12 aylar arasında duygusal ifadelerin davranışı organize etmede önemli ölçüde sosyal işlevi vardır. 1 yaşındaki bebeğin, bakımverenin kendisine verdiği duygusal tepkilerden olayların anlamını değerlendirebilmesi “sosyal referans” olarak bilinir (Wenar ve Kerig 2005). Çocuk yaşamının ikinci yılına geldiği andan itibaren duygu ifadesi artan şekilde istikrarlı bir hale

gelir ve bilişsel gelişimiyle bütünleşir. Üçüncü yılda benlik farkındalığı gelişen çocukta utanç, suçluluk, mahcubiyet gibi utanma ile duygular gözlemlenir (Harter 1999).

1.2.2.4.2.2. Duygu İfadelerini Tanıma ve Anlama

Bir çok araştırma, yaşamın ilk yılında bebeklerin, duyguları anlama ve gelişimini inceleme üzerine odaklanmıştır. Bu çalışmalarda yenidoğan bebeklerin yüzdeki mutluluk, üzüntü ve şaşkınlık ifadelerini tanıma kapasiteleri canlı bir kadın model aracılığıyla test edilmiştir. (Grossmann 2010). Bu araştırmaların birinde, doğumun ardından 36 saat geçmiş olan bebeklerin, farklı yüz ifadelerini ayırt edebildiklerini göstermiştir (Field ve ark 1983, Field ve ark 1982). Aynı zamanda araştırmalar doğumunun ardından kısa bir süre geçmiş olan bebeklerin, duygulanıma göre değişen vokal ifadelerdeki farklılıkları ayırt edebildiklerini, 5 aylık olduklarında ise üzgün vokal ifadelerden mutlu vokal ifadelere geçişi ve değişimi ayırt edebilirler (Grossmann 2010). 3 aylık bebekler, mutlu ve şaşkın yüz ifadelerini ayırt edebilirler. 4 ay civarında ise mutlu ifadesi olan yüzlere, kızgın ve nötr ifadesi olan yüzlere oranla daha uzun süre bakabilirler (Young-Browne ve ark 1978). Bebekler 7 aylıkken farklı duygulanım ifadeleri olduğunu fark edebilirken, 10 aylık olduklarında ise genellikle pozitif veya negatif duygulanım ifadelerini ayırt edebilirler. 1 yaş civarında ise başkalarının duyguları üzerinden dışsal dünyayı yorumlamayı öğrenir ve öğrendikleri duygu ifadeleri ile dış dünyayla iletişimi sağlarlar (Grossmann 2010).

1.2.2.4.2.3. Duygu Düzenleme

Duygu düzenleme, kişinin bir hedefe ulaşmak amacıyla duygusal tepkilerini izleyebilme, değerlendirme ve tepkilerinde değişiklik yapabilme becerisidir (Thompson 1994). Duygu düzenleme, kişinin hislerini tanımlayabilmesi, anlaması ve uygun olduğunda hafifleterek ılımlı hale getirebilme becerisini gerektirir. Aynı zamanda duygusal tepkileri engellemeyi veya kontrol altına almayı gerektirebilir, örneğin; çocuklar can sıkıcı hislerle yüzleştiklerinde kendilerini sakinleştirebilmek için derin nefes alabilir veya 10'a kadar sayabilir. Ancak, hedefe ulaşmak için duygu düzenleme duygusal uyarılmayı da güçlendirmeyi gerektirebilir. Örneğin, çocuklar korkunç bir zorbalıkla karşılaştıklarında kendilerini cesaretlendirmek için öfkelerini artırabilirler veya hoşlarına giden bir deneyimlerini anımsayarak olumlu duygularını güçlendirebilirler. Özetle, duygu düzenleme, çocuğa “kendisinin patronu olma” imkanı sunar. İçsel duygu düzenlemesine

açılan en iyi pencereyi, ebeveyn-çocuk bağlanmasının oluşturduğu yapı sağlamaktadır (Wenar ve Kerig 2005). Anne, bebeğin duygusal sinyallerini okuyarak onun duygusal durumunu düzenleyebilir. Bu durum da bebeğin uyarılmışlık düzeyini ayarlamasını, karşılıklı alış-verişin sağlanmasını ve bebeğin tepkilerinin güçlenmesini sağlar. Öte yandan bebek, annesinin girişimine, uyarılarına, olası duygularına cevap vererek ve alıcı durumda olarak annesinin duygularını düzenler. Cole ve arkadaşları duygu düzenlemenin zayıf ve aşırı duygu düzenlemesi şeklinde iki şekilde ters gidebileceğini belirtmiştir. Zayıf duygu düzenlemesi zayıf dürtü kontrolü ile ilişkiliyken, aşırı duygu düzenlemesi de kaygı ve depresyon ile ilişkili bulunmuştur (Cole ve ark 2004).

1.2.2.4.2.4. Sevgi Duygusunun Gelişimi

Annenin yavrusuna bakım vermediği, onu besleyip sıcak tutmadığı, engelleyip cezalandırmadığı; yavrunun da uyum davranışı göstermediği, yakınlık kurmadığı zaman neslin devamının sağlanması mümkün değildir. Yaşamın ilk günlerinde anne veya bakıcı ile kurulan ilk ilişkinin ve bu ilişki kapsamında bebeğin edindiği yakınlık ve sevgi deneyiminin bebeğin sosyal ve duygusal gelişimi açısından önem taşıdığı görüşü, bugün birçok kuramın kabul ettiği bir bilgidir (Yörükan 2011).

John Nash, 1973 yılında yaptığı gözlem çalışmasında kurumlarda kalmış çocukların “ortalığı düzenlemek” gibi görevlerde pek çok ayrıntıyı göremedikleri ve motive edildikleri halde yine pek çok şeyi ihmal ettiklerini gözlemlemiştir. Normal aile ortamında büyüyen çocukların da benzer şekilde ihmalleri olduğunu, ancak motive edildiklerinde çoğu ayrıntıyı eksik bırakmadan görebildikleri saptanmıştır. Bu gözlemleri sonucunda Nash, kurumda kalan çocukların algı sahalarının daha dar olduğunu fark etmiştir (Arık 1996). Bazı kuramcılar, anne-çocuk etkileşiminin, annenin veya diğer yakınların çocuğa yaklaşım biçimlerinin sevgi duygusunun gelişmesinde etkili olduğunu ileri sürmüşlerdir. Doğumdan hemen sonraki dönemlerde yaşanan anne-bebek etkileşimi ile ileri yaşlardaki sevgi ilişkilerinin temelleri atılır. Spitz (1945), Bowlby (1973) ve Erikson (1968)’un anne-çocuk etkileşimi ile ilgili görüşleri ve çalışmaları önemlidir. Spitz, diğer çocuklar gibi beslenen ve temizlenen kurum bakımındaki çocukların, kurum bakımında olmayan çocuklardan bakıcıları tarafından daha az ilgi görmeleri sebebiyle önce çökkünlük gösterdikleri, hareketlerinin yavaşladığını ve bedensel yakınmalarının daha fazla olduğunu saptamıştır. Bowlby, anneden ayrılığın veya ilgi azlığının toplumsal gelişimi olumsuz

etkilediğini ileri sürerek, yakınlık ve sıcaklığının insan gelişimindeki önemi üzerinde durmuştur. Erikson ise, annenin çocuğa yaklaşımındaki süreklilik ve tutarlılığın üzerinde durmuştur. Bu kuramcıların gözlemleri de, sevebilme yetisinin kendiliğinden gelişmediğini ortaya koymaktadır. Freud sevgi ve sevginin gelişimiyle ilgili üç kuram geliştirmiştir. İlk kuramda sevgiyi “cinsel içgüdünün yansıması ve yüceltilmesi” olarak ele almıştır. Ödipal dönemde anne-baba, çocuk için hem cinsel, hem de sevgi nesnesidir. İkinci kuramda ise narsisizmle ilgili görüşler baskındır. Freud, narsistik libidoyu başkalarına yatıramayan kişilerin başkalarını semce becerisi geliştiremediklerini iddia etmiştir. Üçüncü sevgi kuramında ise, gelişim süreçlerine odaklanmıştır. Olgun sevgiye ulaşılabilmesi ve sevginin gelişebilmesi için genital döneme ulaşmanın öneminden bahsetmiştir (Odağ, 2009).

Yaşamın ilk yılı bebek psikoloji ve sonrasındaki ruhsal gelişim açısından önemlidir. Temel güvenin oluştuğu bu dönemde bakım veren kişi ile bebek arasındaki ilişki en çok üzerinde durulan alanlardan birisidir. Sevgi duygusu ile ilgili yapılan çalışmalarda annelik duygusuna yoğunlaşmıştır ve belirli dokunsal, görsel ve işitsel uyaranların bu duygu üzerinde etkili oldukları saptanmıştır. Ayrıca hayvan yavrularının “temas etme rahatlığı” olarak isimlendirilen kavramın etkisiyle hareket ettikleri ileri sürülmüştür (Soysal ve ark 2000). H.F. Harlow’un yaptığı kontrollü araştırmalarda canlı türlerinin “temas etme rahatlığı” ve anne yoksunluğu kavramlarına ilişkin gösterdiği tepkiler üzerinden elde edilen bilgiler, bu alanda yapılan çalışmalar için önemli sonuçlar ortaya koymuştur (Arık, 1996).

1.3. Anne-Bebek İlişkisi Üzerine Yapılan Çalışmalar ve Bağlanma Kuramı

Erken çocukluk dönemindeki psikolojik rahatsızlıklar ve bu rahatsızlıklar üzerinde etkili olabilecek faktörlerin incelenmesi 19. yüzyılın sonlarında psikanalitik kuramın gelişimi ile başlamıştır. Fakat, çocukların küçük yaşlarda gözlenmesine ve klinik değerlendirmesine ilişkin ilk çalışmalar 20. yüzyılın ortalarında yapılmıştır (Karabekiroğlu ve ark 2009).

1915 yılında John Hopkins Hastanesi’nde çalışan bir doktor, yeterli bakım almalarına rağmen yetimhaneye kabul edilmiş çocukların yüzde 90’ının öldüğünü fark etmiştir. Sonraki 30 yıl içerisinde yapılan araştırmalar da hastanede yatmış olan bebeklerin yeterli fiziksel şartlara sahip olmalarına rağmen solunum enfeksiyonlarına ve nedeni

belirlenemeyen ateşli hastalıklara yakalandıklarını, fiziksel yetersizlik yaşadıklarını ve kilo kaybettiklerini ortaya koymuştur. İkinci Dünya Savaşı süresince ve hemen ardından yapılan çalışmalar, ayrılma ve mahrumiyet deneyimlerinin anne-baba ve çocuk üzerindeki etkilerin ortaya koyması açısından oldukça önemli bir yere sahiptir (Yörükhan 2011).

René Spitz ve Wolf'un 1945 ve 1946 yıllarında yayımladıkları çalışmalar, sosyopsikolojik açıdan yetersiz bakım görmüş çocuklarla; terk edilmiş, sokağa bırakılmış, kurum bakımındaki çocuklar ve annelerinin zaman zaman kendilerini görmelerine izin verildiği tutukevi çocuk yuvalarında veya kreşlerde bakım görmüş çocuklar arasında belirgin davranış farklılıklarının bulunduğu ortaya koyulmasına olanak sağlamıştır. Gözlenen bu farkın, bakımevlerindeki çocukların anneleri ile hiçbir şekilde temaslarının olmaması, tutukevindeki çocuklarınsa birkaç saat anne bakımı ile olumlu sosyal etkileşim yaşamaları sonucunda ortaya çıktığı vurgulanmıştır. Spitz, anne babaları belli olmayan 123 bebekten 19'unun bakım yurduna alındıktan bir yıl sonra *anaklitik depresyon* olarak tanımladığı yas tutma, olumsuz heyecan davranışları gösterme, hareket etme güçlüğü ve yetersizliği yaşama, iştahsızlık, uykusuzluk ve kilo kaybı şeklinde kendini gösteren bir bağlanma depresyonu yaşadıklarını; bu durumun ilerlemesi ile birlikte çocukların kas yapısında genel bir yetersizliğin oluştuğunu; bedensel reflekslerin de ileri derecede yavaşlığın/eylemsizliğin görüldüğü saptanmış ve bu durumu *hospitalizm* olarak tanımlamıştır (Spitz 1945, Spitz ve Wolf 1946).

Anne-bebek ilişkisi üzerine yapılan ampirik çalışmalar, bağlanma kuramına giden yolu açmışlardır. İlk olarak Bowlby 1958'de bağlanma terimini kullanmış ve bağlanmayı çocuğun ilgi, bakım ihtiyaçlarını karşılayan kişilere, genellikle ebeveynlere, karşı geliştirdiği, bebekte güven duygusunu yerleştiren güçlü duygusal bağ olarak tanımlamıştır (Bolat 2008).

Bowlby kuramını oluştururken özellikle Harlow'un yaptığı hayvan çalışmalarından etkilenmiştir. Harlow'un maymunlar üzerinde yaptığı çeşitli deneyler bulunmaktadır (Schrier ve Harlow 1958). Harlow, Bowlby Londra'da annesiz çocuklar üzerine bir araştırma yaptığı sırada Wisconsin Üniversitesi'nde anne yoksunluğunu incelemiştir. Harlow, bazı deneylerinde, yavru maymunları 12 aya varan sürelerle, herhangi bir canlıyla temas ettirmeyerek tam bir tecrit koşuluna tabi tutmuştur. Bu durumun sonucunda maymun yavruları, zaman zaman bir köşeye sinmiş, ileri geri sallanmış ve kendi kendilerini

ısırmışlardır. Daha sonra akranlarının arasına tekrar bırakıldıklarında diğerlerinin boğuşarak oynadıkları oyunlara katılmamışlar ve herhangi bir saldırı karşısında kendilerini koruyamamışlardır. Yetişkin olduklarında cinsel açıdan yetersizlik gösterdikleri görülmüştür. Yapay dölleme yoluyla ebeveyn olduklarında ise yeterli ebeveyn davranışı sergilememişlerdir. Kısacası tam bir tecrite maruz kalmış maymunlar, normal bir sosyal yaşam sürdürmenin gerekliliklerini yerine getirmede başarısız olmuşlardır (Hogg ve Vaughan 2008). Harlow ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer deneyde, doğumdan 6-12 saat sonra annelerinden ayrılıp insanlar tarafından büyütülen yavru maymunların, yaşlıları olan diğer maymunlara oranla daha fazla kilo aldıkları ve ölüm oranlarının da daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu bilgilere göre, uygun koşullar sağlandığında, canlı türleri anne dışındaki bir başka nesneden sevgi ve sıcaklık bakımından tatmin olabilmektedir (Harlow ve Suomi 1970, Harlow ve ark 1964).

Bowlby'nin 1950 yılında, Londra'da yaşayan evsiz çocukların ruh sağlığı üzerine bir bildiri sunmak üzere Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından çağırılması bağlanma kuramının gelişiminde bir başlangıç etkeni niteliği taşıması bakımından oldukça önemli bir gelişmedir. Bowlby'nin, erkek çocukların erken dönemde annelerinden ayrılmalarının, ileriki yaşlarda suçluluk oranını artırdığını gösteren çalışmasını sunmasının ardından, erken dönemde ebeveyn-çocuk ilişkisi gündemin önemli bir parçası olmuştur. Bowlby'nin 1944 yılında "Kırk dört çocuk hırsız: kişilikleri ve yaşamları" makalesinin sonucunda yayınlanan Dünya Sağlık Örgütü raporunda, yaşamın ilk üç yılında yaşanan anne yoksunluğunun ruhsal ve fiziksel risk oluşturduğunu vurgulanmıştır. Kabul görmesine ve etkili olmasına rağmen, anne yoksunluğunun neden ve nasıl bu denli olumsuz etkilere yol açtığının açıklanmamış olması, raporun önemli bir eksikliği olmuştur (Bowlby 1988, Hazan ve Shaver 1994).

Bowlby'e göre anne-çocuk arasında kurulan güvenli bir bağlanma ilişkisi çocuğa sağlıklı psikolojik gelişim olanağı sağlar. Bowlby, rhesus maymunlarında gözlenen bağlanma ilişkisi ile insanlardaki ilk bağlanma süreçleri arasında benzerlik olduğunu düşünerek, olağan dışı gelişmiş ya da dönem dönem kesintilere uğramış olan bağlanma ilişkilerinin kişilik problemlerine ve zihinsel hastalıklara yol açacağını iddia etmiştir. Bağlanma kuramının kaynağını oluşturan bu noktadan yola çıkarak bağlanma sürecinin ayrıntılı olarak incelenmesi, kuramın kişilik problemleri ve ruhsal hastalıkların

temelindeki yerinin daha kapsamlı şekilde anlaşılmasına yardımcı olabilir (Tüzün ve Sayar 2006). Bowlby “bağlanma”nın birincil içgüdü olduğunu ileri sürmüştür. Bebek, bilişsel yetilerinin gelişiminden önce de anneye gereksinim duyar; varlığı hakkında bir tehdit duygusu yaşamıyorsa veya bağlanma nesnesine kolayca ulaşabiliyorsa kendini güvende hisseder (Altıntaş 2009).

Bağlanma teorisi, insanlar arası etkileşim ve iletişim konularına işaret eden birçok konuyu kapsamaktadır (Pickover 2002). Ainsworth, bağlanma teorisinin işlemsel tanımını yapan kuramcıdır. Kanadalı bir psikolog olan Ainsworth 1960'lı yılların başlarında, Bowlby ile birlikte çalışıp onun görüşlerini benimsemiş olmasına rağmen, zaman içerisinde John Hopkins Üniversitesi'nde bebekler üzerinde yaptığı çalışmalarda Bowlby'nin iddia ettiğinden daha fazlasını içeren sonuçlara ulaşmıştır. “Yabancı Durum Testi” olarak bilinen bu çalışmada, Ainsworth ve öğrencileri, ev ziyaretleri yaparak 1 yaşındaki çocukları, bir oyun odasında 20 dakikalık zaman dilimlerinden ve 8 ayrı oturumdan oluşan bir işlemle gözlemişlerdir. Bu zaman dilimleri sırasında oluşturulan çalışma düzeneğine göre bebeğin annesi ve bir yabancı odaya girip çıkmıştır. Bu çalışmada temel hedef, bebeğin bağlanma tarzını ortaya çıkarmasına yönelik, annenin yabancı bir ortamda tekrarlayan bir şekilde ve zaman zaman da içeride bir yabancı olduğu durumlarda bebeğinden ayrılmasıdır. Bu sayede bebeklerin, çalışma boyunca vermiş olduğu tepkiler gözlemlenerek ne tür bağlanma örüntüleri sergilediklerini incelemek hedeflenmiştir. Çalışma sonucunda çocukların bağlanma biçimleri, bağlanmada kararsız ve kaçınan olarak ayrılmıştır. Bu sonuçlara göre güvenli bağlanmaya sahip çocuklar anne giderken normal bir gerilim yaşarken geri döndüğünde ise sevinçli bir karşılama içine girmiştir. Kararsız bağlanma tarzına sahip olan çocuk ise, karşılama içine girmiştir. Kararsız bağlanma tarzındaki çocuk ise anne giderken aşırı bir üzüntü yaşayıp ayrılmakta zorlanırken anne geri döndüğünde reddedici ve öfkeli olmuştur. Kaçınan bağlanma tarzına sahip çocuklar ise anne giderken neredeyse tepkisizken, anne döndüğünde uzaklaştırıcı ve reddedici olmuşlardır (Eder 1997, Bretherton 1992, Karen 1998).

Hazan ve Shaver (1987), Bowlby'nin bağlanma kuramına ilişkin yazıları ve Ainsworth'un bebeklikteki üç temel bağlanma tipini keşfine ilişkin yaptığı çalışmadan yararlanmış ve belirtilen üç tip bağlanma biçiminin (güvenli, kararsız, kaçınan) yetişkinlikte de sürdüğünü ve yetişkinlerin romantik ilişkilerinde bağlanma biçimlerine

göre davrandığını ileri sürmüştür. Hazan ve Shaver'in (1987) çalışmaları yetişkin bağlanma tarzlarının anlaşılmasında diğer araştırmacılara öncülük etmiştir. Bu araştırmacılar arasında bulunan Bartholomew ve Horowitz (1991) Hazan ve Shaver'in (1987) sınıflamasını genişleterek "Dörtlü Bağlanma Modeli" adında yeni bir model geliştirmişlerdir. Bu modelde benlik ve başkalarına ilişkin zihinsel modeller olumlu ve olumsuz olarak ele alındığında ise, dört bağlanma stili ortaya çıkmaktadır. Bu dört bağlanma stili güvenli, saplantılı, korkulu ve kayıtsız bağlanma stilleridir (Şahin, 2009).

1.3.1. Kuramsal Açıklamalarla Anne Yoksunluğunun Çocuğun Duygusal Gelişimi Üzerine Etkileri

Freud (1915) *Üç Tartışma* başlıklı yapıtında çocuk cinselliğinin ilk belirtilerinin cinsel nitelik taşımayan, bedensel işlevlerden kaynaklandığı görüşünü ileri sürmüştür. O'na göre, psikolojik ve cinsel gelişim beş dönemde tanımlanır ve bu dönemlerin her biri kendisinden bir önceki dönem davranışlarını özümlemesi üzerine kurulur. Oral dürtülerin, libidoya yönelik ve saldırganlık fazı olmak üzere iki ögesi bulunmaktadır. Bu dönemin ilk fazında, bebeğin, oral gerginliğin ardından (açlık gibi) amacına ulaşıp oral dürtülerin tatminin sağlanması durumunda gevşeyip sustuğu gözlemlenir. Oral dönemin son aylarında ise, oral saldırganlık ısırma, tükürme, çiğneme ve ağlama şeklinde ortaya çıkar ve bu oral saldırganlık, insanda var olan yıkıcı eğilimlerin ilk belirtisidir (Geçtan 2002).

Freud'a göre bebeğin bu evredeki oral cinsel ihtiyaçları yoğun ve dürtüseldir ancak bebek, memeden yeterli oral tatmini sağlayabilmek için bakım verenine bağlıdır. Bakım verenin çocuğun bu ihtiyaçlarına cevap verme düzeyi çocuğun kişilik gelişimi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bakım veren bebeği gereğinden fazla tatmin ederse ve yoksun bırakırsa, bebeğin oral dönemde olgunlaşıp kişilik gelişiminin diğer sonraki basamaklara geçişi zorlaşır. Yoksun kalma durumunda çocuk oral dönemde kalmayı sürdürebilir ve enerji, birincil olarak oral tatmini sağlamaya yönlendirilir. Aşırı doyum durumunda ise, çocuk yine oral dönemde kalmaya devam eder ve enerji oral tatmini sağlayan koşulları yinelemeye ve sürdürmeye yönelir. Tatmin veya yoksunluk durumlarının her ikisine de bağlı olarak meydana gelebilen fiksasyon; pesimizm/optimizm, şüphecilik/kolay aldanma(suspiciousness/gullibility), kendini küçümseme/kendini beğenme, pasivite/manipulatif olma, haset/hayranlık, gibi iki uçlu kişilik özelliklerine sahip olan oral kişiliğin gelişmesine yol açar (Prochaska ve Norcross 2003).

Freud'un tanımladığı "yoksunluk" kavramı, Bowlby tarafından içeriği değiştirilerek ve kapsamı genişletilerek tekrar tanımlanmıştır. Bowlby (1951) ilk çocukluk veya çocukluk döneminde, çocuğun bakımıyla ilk elden ilgilenen; annelik eden, anneden veya onun yerine geçebilecek birinden yoksun kalmanın daha sonraki gelişim dönemlerinde de bağlanma ilişkisinde veya heyecan gelişiminde sorunların gelişmesiyle sonuçlanabileceğinden bahsetmiştir. Son dönemde yapılan çalışmalar yaşamın ilk dönemlerinde anne bakımının çocuk için hayati önem taşıdığına dair kanıtlara ulaşmada önemli gelişmeler olmuştur. Bu kanıtlar, ilk olarak yetişkinlerin, onu takiben de çocukların psikanalitik tedavisinden kaynağını almıştır. Bir bebeğin; annesi (veya annesi yerine geçen biri) ile sıcak, yakın ve kesintisiz bir ilişki içinde olmasının ruh sağlığı açısından temel bir işlevi olduğunu belirtmek önemlidir. Böyle bir ilişkide suçluluk ve kaygı duyguları ölçülü ve organize bir şekilde gelişir. Bebeğin, bu tür bir ilişkiden yoksun olduğu durumlar "anne yoksunluğu" olarak tanımlanır. Bu terim, farklı durumlar için kullanılan genel bir ifadedir. Yoksunluğun derecesine göre olumsuz etkileri de değişir. Kısmi yoksunlukta akut anksiyete, sevilme ihtiyacı, intikam almaya ilişkin güçlü hisler ve bunlardan kaynaklanan suçluluk ve depresyon görülür. Tam yoksunluğun ise, karakter gelişiminde daha uzun süren etkileri görülür ve kişinin ilişki kurma kapasitesini bozabilir (Bowlby 1951).

Winnicott'a (1945) göre, bebek başlangıçta ancak annenin ona sunduğu kucaklayıcı çevrenin korumasında yaşamını sürdürebilir ve gelişebilir. O'na göre psikolojik gelişimin başlangıcı "anne-bebek" ilişkisine dayanır. Bebek, doğduğunda bir "olma" halindedir ve bu olma durumunun devamlılığının sağlanması için "kucaklama" gereklidir. Winnicott, annenin, bebeğin "olmaya devam etme" sürecini sağlayan duygusal durumunu "birincil annelik tasası" olarak tanımlamıştır (Winnicott). Annenin bebeğe sağladığı içinde yaşayabileceği tutma ortamı, sadece fiziksel tutmayı değil aynı zamanda bebeğin çevresel koşullarını da ifade eder. Tutma dışarıdan sadece fizyolojik bir eylem gibi görünse de, psikolojiyle bağlantılı olan bir süreci de içermektedir (Tükel 2011).

Winnicott (1945), "Birincil Duygusal Gelişim" başlıklı makalesinde, annenin sağladığı kucaklayıcı çevrenin temel amaçlarını; bütünleşme, kişiselleşme ve gerçekleştirme olarak sıralamıştır. O'na göre, yaşamın erken döneminde annenin bebeğe uyum sağlayamaması bebek için travmatik bir deneyimdir ve bütünleşme sürecini etkiler.

Winnicott, bu dönemdeki uyum başarısızlıklarını “yoksunluk” olarak nitelendirir ve bütünleşme süreçlerini etkilediği için psikozla sonuçlandığını belirtir. Anne, bu dönemde bebeğin ihtiyaçlarını, bebeğin ihtiyaç duyduğu zamanda ve şekilde sağlar. Bebeğe kendini bir nesne olarak sunan annenin bebeğin ihtiyaçlarını gerektiği şekilde ve zamanda karşılamasıyla beraber çocukta nesneyi kendisinin yaratmış olduğuna dair bir yanılsama oluşur. Bu yanılsama sonucunda “tümgüçlülük duygusu”na ulaşan bebek, içsel ve dışsal gerçekliğin bir olduğunu düşünür.

Winnicott (1968) “Bebek ve Anne arasındaki ve Anne ile Bebek arasındaki İletişimin Karşılaştırılması ve Kıyaslanması” makalesinde, uyuma ilişkin başarısızlığı, yaygın başarısızlıkla karşılaştırmıştır. Kucaklamaya ilişkin yaygın başarısızlıkların bebekte “düşünülemez bir kaygı” yarattığını ve bu kaygının “parçalara ayrılma”, “sonsuz kadar düşme” içeriğini taşıdığını ileri sürmüştür. İletişimin hiçbir anlamının olmadığı bu yalıtılmışlık hali, onarılmamış bir çevresel başarısızlığın sonucudur. Winnicott, yoksunluğun (privation) yanı sıra, mahrumiyet (deprivation) durumundan da söz etmiştir. Bu durum bir ara durum olmakla birlikte psikozla sonuçlanmaz, ancak “antisosyal eğilimin” oluşmasına neden olabilir. Kucaklayıcı çevredeki başarısızlığın yoğun ve yaygın olmadığı durumlarda bebekte savunmacı bir kişilik yapısı gelişebilir. Bebek, biricik bireysellik potansiyeli ile doğmuştur ve bebek, bu potansiyelin korunmadığı ısrarcı bir çevre ile başa çıkma durumunda kalırsa ikincil tepkisel bir kişilik (sahte kendilik yapılanması) oluşturur. Böylece bebeğin gerçek kendiliği, kendini ve mahremiyetini aşırı baskının neden olduğu yok olma tehdidinden korur. Yok olma korkusu gerçek kendilik tarafından deneyimlendiğinde sahte kendililiğe mutlak bağımlılığa neden olabilir. Bu tür bir işlevsellik akademik, mesleki ve sosyal başarıyı sağlayabilir ancak kişi giderek sıkılmış olduğunu, rutine bağlandığını ve kendi olmaktan yoksun; mekanik ve bağlantısız hisseder (Dilek 2011).

Melanie Klein’a göre bebek, ilk ilişkiyi anne memesiyle kurar ve sevgi-nefret duygularını ilk aşamada buna yansıtır. Bu yansıtma mekanizması ve sapkın güçlerle fantezileri bozma gücü, yaşanan gerçekliğe rağmen içselleştirilen annenin farklı olabileceğini ve bu yolla gerçek ile fantezinin birbirinden ayrılmış olabileceğini söyler (Tüzün ve Sayar 1998). Yaşamın ilk dönemindeki paranoid-şizoid konumda baskın olan kaygı paranoid niteliktedir ve benliği niteleyen evre de şizoid evredir. Klein bebeğin bu ilk

6 ayını kapsayan evresine önce "evre" sonra "konum" olarak adlandırır çünkü bu konumdaki yaşantılar sadece o evreye mahsus kalmaz, yaşamın bütününe yayılır ve benliğin baş edemediği kimi zorluklarla baş edebilme biçimi olarak ortaya çıkar. Bebek, nesneyi kaybetme ve nesnenin yasını tutmaya yönelik bir ayrılmama düzeneği kurmuştur. Klein tüm yas süreçlerinin prototipinin bebeğin memeden kesilmesinde yattığını ileri sürer. Memeden kesilmeyle birlikte bebek depresif konuma adımını atar ama paranoid-şizoid evrenin etkileri devam etmektedir. Bebeğin yaşadığı iyi deneyimler kötü deneyimlerden hem nicelik hem de nitelik olarak fazla olursa benlik daha az bölme mekanizmasını kullanır ve birleşik bir benliğe sahip olma yoluna girer. Bebeğin kendisi ile nesnesini ayırt etmeye başladığı konum “depresif konum”dur (Habip 2009). Klein’ın 1935 yılında teorisine eklediği depresif pozisyonu, Winnicott’ın tanımladığı, "ilgi basamağına" denk düşer. Bu dönemde, Winnicott’ın terimleriyle "kapsayan anne" ve "nesnel anne" bir araya gelir. Kapsayan anne , gerektiğince kusurludur, çünkü bir anne mükemmel bir şekilde daima duyarlı olamaz, verdiği bakımda zaman zaman kesilmeler, aksamalar olabilir. Çocuk bu aksamalara veya kesilmelere nesnel anneye yönelmiş öfke ve saldırganlıkla cevap verir. Anne yine de, hayatta kalıp çocuğunu sevmeye devam ederek dengeyi tekrar yapılandırmış olur. Bu şekilde çocuk, annesinin onun üzülmesine izin vermekle beraber sevdiğini de fark eder. Çocuk bu aşamada nefret ettiğini yok etmek isterken aynı zamanda korumak ister ve depresif pozisyonu oluşturan ruhsal bir acı içine girer (Klein 1935). Klein’a (1948) göre bebek, depresif pozisyonda bir yandan gerçekliğin yaşattığı şokla, diğer yandan da içeriden işleyen ölüm dürtüsüyle başa çıkmak zorundadır. Benlik bu kaygıya karşı savunma yöntemi olarak dışarıya fırlatmayı kullanır. Benlik ikiye bölünür ve memeye içinde ölüm dürtüsü bulunan benliğin bir kısmını fırlatarak onu memenin içine yerleştirir. Eğer bebek, annesinin bir beden kısmı ile ilişkide iken libidinal dürtülerin egemenliği altındaysa o beden kısmını “iyi nesne” olarak; saldırgan dürtülerin egemenliği altındaysa da “kötü nesne” olarak içselleştirir (Dereboy 2000) Yani, meme doyurucu ve memnun ediciyken bebek için ideal nesne erteleyici ve yoksun bırakıcı olduğunda ise yansıtma mekanizması ile zulmedici bir nesneye dönüşür. Ancak bu evrede iki meme aynı meme değildir (Habip 2009). Yansıtma düzeneği ile iyi ve kötü memeyi yaratan bebek bölme düzeneği ile de iyi ve kötü memenin ayrı tutulmasını sağlar. Bebek, anneyi giderek bir bütün olarak algılamaya başladığında bile iyi ve kötü anne algısı birbirinden ayrı kalmaya devam eder. Saldırganlık duygularının kötü anneye yansıtan bebek, anneden kötü davranışlar bekler. Bunun sonucu olarak bu bölünmüş nesneden (anneden) hem korkar

hem de nefret eder (Dereboy, 2000). Depresif konum yaşamın 6. ayında doruk noktasına ulaşır ve sonra giderek etkisini yitirir (Klein 1935).

Melanie Klein, (1939) “Yas ve Yasın Manik Depresif Durumlara Etkisi” başlıklı yazısında içsel kaygının yatıştırabilmesi için annenin dışsal varlığının bulunması gerektiğini ileri sürer. Gereğinden uzun süren ayrılık yaşayan çocuklar durgunluk yaşayabilir. Çocuğun bakım veren ve güvende tutan bir nesneden sürekli yoksun kalması durumunda içinde bulunduğu şartlar çocuğu boğacak hale gelir. Normal gelişim sürecinde, dışsal nesnenin sürekli varlığı da çocuk için rahatsız edici olur. Sürekli ortamda bulunma durumunda çocuk ve nesne arasında zararlı bir simbiyoz gelişebilir. Çocuğun duygusal gelişimi, nesneden ayrı kaldığı zaman, onu nesneye bağlayan güçlere karşı durmasıyla desteklenecektir. Hatta çocuklar bir açıdan süttten kesilmeyi de isterler. Eğer nesne yokken de onun iyi olduğuna inanmışsa, nesnenin geri döneceğine dair bir güven de oluşur ve onun kendisine odaklanmasına, dinlenmesine izin verir. Bu, çocuğun nesneyi özlemesine neden olsa da, istenen ve kabul edilen bir durumdur (O’Shaughnessy 1964).

1.4. Erken Çocukluk Dönemi Ruh Sağlığı

Anne-bebek ilişkisindeki aksamalar, hem bebeğin ilişkideki aksamayı yaşadığı dönemde, hem de ilerleyen dönemlerde psikolojik olarak zorlanmasına veya bazı durumlarda da psikopatolojiye yol açabilen bir durumdur (Tüzün ve Sayar 2006). Bu dönemde çocuklar için ilişkiler oldukça önemlidir ve erken çocukluk döneminde ruhsal değerlendirmede mutlaka aile ilişkileri de dikkate alınır. Öte yandan, bütün çocuklar kendilerine özgü gelişim süreci içerisindedirler; motor, duyuşsal, dil-bilişsel, duygulanım ve etkileşim alanlarında bireysel farklar gösterebilirler (www.zerotothree.org).

1.4.1. Erken Çocukluk Dönemi Ruh Sağlığı Bozukluğu Tanıları

1.4.1.1. Duyusal Süreçleri Ayarlama Bozuklukları

Bebek doğuştan itibaren çeşitli duyulardan bilgi edinir. Edinilen bu bilginin oldukça karmaşık süreçlerden geçmesi sonucunda bir yanıt oluşturulur. Bu karmaşık bilgi edinme ve yanıtlama sürecinin sağlıklı gelişmediği durumlarda “duyuşsal süreçleri ayarlama” sorunu ortaya çıkabilir. Yaşa özgü olan sorunlar zamanla düzelerken bazı bebeklerde devam eder ve zamanla sıkıntı verici boyuta ulaşır. Örneğin bebeklerde sıklıkla

görülen uyku bozuklukları veya karın ağrıları 5-6 aylıkken kendiliğinden geçerken, bazı bebeklerde 6 aydan sonra da devam eder (www.zerotothree.org).

Duyusal süreçleri ayarlama bozukluğunda, hem davranış kontrolünde hem de duyu-motor becerilerde problem yaşanır (DeGangi 2000). Bu çocuklarda iç denetim bozukluğu yaşanabilir. Aşırı huzursuzlukla birlikte kendini yatıştırma eksikliği, uyku problemleri, beslenme problemleri, dikkat eksikliği, duygudurum iniş çıkışlarında belirgin dalgalanmalar ve bir duygudurumdan diğerine kolay geçme sorunları ve duyu işleme sorunlarından (Örneğin; dokunsal uyarıları yanlış değerlendirme) en az 3'ünü yaşayan çocuklarda iç denetim bozuklukları görülebilir. Duyusal süreçleri ayarlama bozukluğu, 1-aşırı duyarlı tip, 2-az duyarlı/tepki veren tip ve 3-motor aktivite açısından dürtüsel tip olmak üzere üç temel tipe ayrılmaktadır (Karabekiroğlu 2009).

1.4.1.2. Konuşma ve İletişim Bozuklukları

İletişim problemleri yaşam boyu sürebilir ve bireyin sosyal, duyu-motor, bilişsel gelişimi ve akademik performansını da olumsuz etkiler (Baker ve Blackwell, 2004). Konuşmanın akıcılığı (örn: kekemelik), ses ve konuşma-ses üretimi (artikülasyon/fonoloji) bozuklukları, konuşma bozuklukları olarak bilinen iletişim bozukluklarıdır (Ukrainetz ve Fresquez 2003).

Fonolojik bozukluğu olan çocuklar yaşlarından beklenen sesleri çıkartamazlar. Çocuklar genellikle “ı, r, s, z, t, ç” gibi yaşla düzelmesi beklenen sesleri çıkartmakla zorlanırken, daha küçük yaşta veya bozukluğun daha ağır olarak görüldüğü çocukların erken dönemde öğrenilmesi beklenen ünlü ve ünsüz sesleri hatalı kullandıkları da görülebilir (Karacan 2000).

Kekemelik, konuşmanın akıcılığını ve sürekliliğini bozan, aile etkisiyle gelişebilen ve erkeklerde daha sık görülen bir bozukluktur. İkiz çalışmaları, genetik ve çevre etmenlerinin, yatkın bireylerde kekemeliğe neden olduğunu ortaya koymuştur (Yairi ve ark 1996).

Ses bozukluğu, ses kalitesinin, aralığının, şiddetinin, titreşiminin ve/veya süresinin çocuğun yaşı ve cinsiyetine uygun olmayan biçimde anormal şekilde üretilmesiyle ilgilidir (Karbasi ve ark 2010).

1.4.1.3. Yaygın Gelişimsel Bozukluklar ve Otizm

Leo Kanner'ın (1943) yazmış olduğu bir makalesinde, otizmle ilgili tanımların temelini atmıştır. Kanner, makalesinde 8'i erkek, 3'ü kız olan 11 olgunun gelişimsel özelliklerini kısaca anlatmıştır. Bu olguların ortak özelliklerinden yola çıkarak otizm tanımlamasının temellerini atmıştır. O'na göre, otizm belirtileri gösteren çocuklar etkinlikleri yalnız gerçekleştirmek istemekte, nesnelere birbaşına saatlerce oynayabilmesine rağmen insanlarla aynı şekilde oynayamamaktadırlar. Kanner bu durumu "otizm yalnızlığı" olarak tanımlamıştır. Kanner, bu çocukların spontan aktivitelerinin az olduğunu, daha çok monoton tekrarlar yaptıklarını belirtmiş ve bu durumu da "aynılığı koruma arzusu" olarak nitelendirmiştir. Özellikle iletişim alanında kısıtlılıkları olmasına rağmen, bazı alanlarda güçlü özel yetenekleri olabilir. Kanner, bu duruma "yetenek adacağı" adı vermiştir. Özetle Kanner gözlemleri sonucunda belirlediği, sosyal izolasyon, dil gelişiminde gecikme ve aynılığı koruma arzusu belirtilerinin otizmin karakteristik özellikleri olduğunu ileri sürmüştür.

Otizm tanımı Kanner'ın ardından geliştirilmiştir. Bu yelpazede yer alan tüm bozukluklar için farklı tanı ölçütleri mevcuttur. Otizm tanısının konulabilmesi için, belirtilerin 3 yaşından önce başlamış olması, karşılıklı sosyal etkileşim ve iletişimde niteliksel bozulmaların (sınırlı, tekrarlayıcı, basmakalıp davranış, ilgi ve etkinlikler) olması gereklidir. Uygun genetik özellikler ve tedavi sağlandığında, gelişimsel bozukluk özellikleri otizm tanısını karşılamayacak düzeyde iyileşme gösterebilir. Zekânın normal olduğu otizm durumları için "yüksek fonksiyonlu otizm" tanımı kullanılır. Yaygın gelişimsel bozukluklar arasında, Rett sendromu, çocukluk çağı dezintegratif bozukluğu, Asperger sendromu, başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk (atipik otizm) yer alır (www.otizmvakfi.org.tr).

1.4.1.3.1. Rett Sendromu

Rett sendromu ilk olarak Andreas Rett tarafından 1966'da "çocuklukta beyin atrofisi" olarak tanımlanmıştır. Hagberg ve arkadaşları ise 1983'de "kızlarda otizm, demans, ataksi, amaçlı el kullanım kaybı ile giden ilerleyici bozukluk" olarak tekrar tanımlanmıştır (Dunn 2001). İlk 5 ayda normal bir gelişim döneminin ardından genellikle mikrosefaliye neden olacak şekilde baş büyüklüğünde büyüme hızının azalması, amaçlı el

hareketleri, vokalizasyon ve iletişim becerileri gibi kazanılmış olan beceriler 3 ay-3 yaş arasında kaybolur (Ellaway ve Christodoulou 1999).

Otizmle en belirgin farklılıkları, Rett Sendromuna sahip çocukların 18 aya kadar normal gelişim döneminin olması, kazanılmış yetilerinde kaybın meydana gelmesi, mikrosefali, büyüme geriliği, kilo kaybının durması, dil gelişiminin olmaması, bu bozukluğa sahip olanların %70'inde erken çocuklukta nöbet yaşanmış olması ve göz temasının otizmde gözlenen oranda bozulmamış olmasıdır (Özusta, 1999).

1.4.1.3.2. Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu

Çocukluk çağı dezintegratif bozukluğu (ÇÇDB) en az iki yaşına kadar normal bir gelişimin ardından gelişimsel ve davranışsal işlevsellikle belirgin bir gerileme ile kendini gösterir (Homan ve ark 2011). ÇÇDB tanısının düşünülmesi için, işlevsellikle meydana gelen bozulmanın yanı sıra, çocukta genellikle otizmde görülen davranışsal bozulmaların (sosyal etkileşim ve iletişimde bozulmaların yanı sıra, stereotipik davranışlar) en az iki tanesinin görülmesi beklenmektedir (APA 2000).

ÇÇDB başlangıç yaşı genellikle üç-dört yaşları arasında olsa da, normal gelişimin 2 yaşından daha fazla devam ettiği ve belirtilerin geç başladığı durumlarda, tanının koyulması 10 yaşa kadar olabilmektedir (Volkmar 1992).

1.4.1.3.3. Asperger Sendromu

Asperger sendromu, sosyal etkileşimde şiddetli bir bozulma ile giden, davranış ve ilgilerde büyük ölçüde kısıtlılığın ve tekrarlayıcı örüntülerin olduğu bir bozukluktur. Genellikle bu sendromda zihinsel alanda bir sınırlılık görülmek ancak, yaşamın ilerleyen dönemlerinde ruh sağlığı bozuklukları veya medikal problemlerle birlikte görülebilir (Smith ve Volkmar 2009). Bu bozuklukta dil gelişimi, otizmde olduğu kadar bozuk değildir. Bu çocuklar, karşılıklı sosyal etkileşimde sorun yaşarlar ve insanlara kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmek için yaklaşırlar. Etiyolojisi ve yaygınlığı bilinmeyen, oldukça stabil seyirli olan Asperger bozukluğunun klinik özellikleri, empati yoksunluğu, tek yönlü sosyal ilişki, monoton konuşma, arkadaşlık kuramama, sözel olmayan iletişimde kısıtlılık, garip konulara (örn: haritalar, hava durumu vb) özel ilgi, garip postür ve sakarlık olarak bilinmektedir (Mukaddes 2001).

1.4.1.3.4. Başka Türü Adlandırılmayan Gelişimsel Bozukluk (Atipik Otizm)

Bu bozukluk ilk olarak 1949 yılında Rank tarafından “Atipik Kişilik Gelişimi” olarak tanımlanmıştır. bu grupta, sosyal etkileşim güçlükleri ve garip duyarlılıklar söz konusudur. Otizm veya özgül bir yaygın gelişimsel bozukluk tanısını karşılamayan çocukların bu kategoride olduğu düşünülür (Mukaddes 2001).

1.4.1.4. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna sahip olan çocuklar, gelişimsel açıdan akranlarından daha fazla dikkat ve/veya hareketlilik, dürtüsellik sorunları yaşarlar. DEHB olan çocuklarda aşırı hareketlilik, motor algıda bozulma, duygusal labilite, genel koordinasyon eksikliği, dikkat eksikliği (kısa dikkat süresi, dikkat dağınıklığı, perseverasyon, görevleri sonlandırmakta güçlük, odaklanmada güçlük), dürtüsellik (etkinliklerde ani değişiklikler yapma, düşünmeden davranma, organizasyonda güçlük yaşama), düşünce ve hafıza sorunları, özgül öğrenme güçlüğü, konuşma ve işitme sorunları, nörolojik sorunlar ve EEG düzensizliği görülebilir. Belirtiler, 7 yaşından önce başlayabilir (Kaplan ve Sadock 2008). DEHB’de, bir çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi biyo-psiko-sosyal nedenlerin ortak bir etkisi olduğu ileri sürülmektedir. Bunun yanı sıra, Frajil X sendromu, düşük doğum ağırlığı ve fetal alkol sendromu gibi bazı durumların da DEHB’ye yol açtığı bilinmektedir (Ercan ve Aydın 1999).

1.4.1.5. Uyku ve Beslenme Bozuklukları

Normal uykunun REM ve NREM olmak üzere iki ana dönemi vardır. REM’in bebeklerde sinir gelişimini uyarmak gibi bir fonksiyonu varken 2 yaş civarında ise hafıza ile ilgili yaşama stratejisi ve mevcut deneyimleri bu strateji ile değerlendirme fonksiyonu devreye girer (Göktürk 2001). Genellikle çocuklar 5-6 yaşlarına geldiklerinde düzenli bir uyku ritmine ve yatak alışkanlığına kavuşurlar. Küçük çocuklarda görülen uyku bozuklukları türleri; psikososyal, biyolojik ve gelişimsel uyku bozuklukları olarak sıralayabiliriz. Psikososyal uyku bozuklukları, yatakla ve uyuma mekanı ile ilgili sorunlar, uykuya dalma zorlukları, geceleri uyanma, uyuma ve yatma zamanı ile ilgili korkulardan kaynaklanırken, biyolojik ve gelişimsel uyku bozuklukları, parasomniler, günlük uyku-uyanıklık döngüsü (sirkadyen ritim) bozuklukları ve gece terörü şeklinde ortaya çıkar. Psikososyal uyku bozuklukları genellikle bir arada görülür ve ailelerin % 15-35’inde

görülür. Biyolojik ve gelişimsel uyku sorunları daha nadir olarak ortaya çıkar ve ailelerin %1-3'ünde görülür. Beslenme Bozuklukları: Gelişimi normal seyreden çocuklarda iştah, 15-18. Aylar arasında en düşük düzeydedir. Yemeği reddetme ya da belli yiyeceklere karşı geçici ilgi azlığı 2 yaşındaki çocuklarda sık görülür. 2-5 yaş arasında ortaya çıkan beslenme çocukları genellikle ailelerin yeme açısından aşırı ısrarcı olmalarından kaynaklanır (Çıtak 1999).

1.4.1.6. Pika

En az 1 yıl süreyle yiyecek olmayan maddeleri gelişimsel düzeye ve kültürel pratiğe uymayan biçimde yeme bozukluğu, “pika” olarak tanımlanır (APA 2000). 2-3 yaşlarında başlayan pika, homojen küçük bir grupla sınırlı değildir, normal gelişim gösteren çocuklarda da gözlemlenir. Pika öyküsü olan çocukların konuşması gecikebilir, bağımlılık gereksinimleri ve agresif duyguları fazla olabilir. Oral aktivitelerde artma; parmak emme, tırnak koparma, ileri yaşlarda da tütün ve alkol madde kullanımı fazladır (Göktürk 2001).

1.4.1.7. Postravmatik Beslenme Bozukluğu

Postravmatik Beslenme Bozukluğu, yemekle ilgili yaşanan travmatik deneyimlerin ardından gelişebilir. Bu bozukluğa sahip olan çocuklar, katı gıda yemekle birlikte, biberondan sıvı almak konusunda yoğun bir direnç gösterebilirler. Daha ileri durumlarda, çocuklar yemeyi ve içmeyi reddedebilirler. Ebeveynler, çocuklarda, katı gıda almayı ve biberondan içmeyi reddetmeyi takiben tıkanma, öğürme, kusma veya zorla beslenme görüldüğünü bildirmişlerdir. Bazen, yaşadıkları travmatik yeme deneyimini hatırlatan durumlar (yüksek sandalye, mama önlüğü, biberon vb) karşısında da kusma veya öğürme görülebilir. Postravmatik Beslenme Bozukluğu olan çocuklar, beslenmeye ağlayarak veya ağızlarını açmayı reddederek direnç gösterebilirler. Yeme ve içmeyi tamamen reddeden çocukların açlık ve susuzluğunun önlenmesi için akut müdahale gereklidir (www.zerotothree.org)

1.4.1.8. Davranım Bozuklukları

Davranım bozukluğu, durdurulamayan, yıkıcı, saldırgan yasa dışı eylemler, başka insanların haklarına yönelik saldırganca tutum ve yaşa uygun olmayan biçimde sosyal normlara uymamayı içeren, yineleyici ve sürekli olarak görülen bir davranış örüntüsüdür (APA 2000). 0-3 yaş döneminde davranım bozukluğu tanısını düşünmek doğru değildir, bu yaş döneminde görülen belirtiler yıkıcı davranım bozukluğu ya da dışavurum bozukluğu yönünde düşünülebilir. Davranım bozukluğu 5-6 yaşlarında başlayabilir ancak daha çok geç çocukluk ya da erken ergenlik döneminde görülür. Bozukluğun başkalarına gözdağı verip üstünlük taslamak, kabadayılık etmek, kavga, dövüş başlatmak, sopa, taş, kırık şişe, tabanca, bıçak, şiş gibi şeylerle başkalarına ciddi biçimde fiziksel olarak zarar vermek, insanlara veya hayvanlara fiziksel olarak acımasızca davranmak, başkalarının eşyalarına zarar vermek gibi belirtileri 0-3 yaş döneminde de görülebilir (Karabekiroğlu 2009).

1.4.1.9. Bağlanma Bozuklukları

Tepkisel Bağlanma Bozukluğu çocuklarda 5 yaşından önce başlayan ve genellikle çocuğun rahatlatılması, uyarılması ve sevgi verilmesi gibi temel duygusal ve fiziksel koşulların göz ardı edildiği ve çocukta kalıcı bir bağlanmanın oluşmasını engelleyen sıklıkta bakıcı değiştirilmesi durumlarda meydana gelen bir bozukluktur (Güvenderer 2005). Zeanah, Mammen ve Lieberman 1994 yılında bağlanma bozukluklarını; bağlanmama bozukluğu, ayırt edici olmayan bağlanma bozukluğu, bastırılmış bağlanma bozukluğu, agresif bağlanma bozukluğu, rollerin değiştiği bağlanma bozukluğu olarak sınıflandırdıkları, DSM IV-TR'de ketlenmiş veya ketlenmemiş tip olarak iki türde incelenmektedir. Ketlenmiş (inhibe) tipte bağlanma bozukluğunda çocuk toplumsal etkileşimi başlatmada ve yaşına uygun tepki vermede zorluk yaşarken ketlenmemiş tipte çocuk, uygunsuz ve belirli bir seçicilik göstermeyen türde bağlanma geliştirir (Zeanah ve ark 2002, APA 2000). Tepkisel bağlanma bozukluğunun tipi, sosyal yoksunluğun zamanlamasına göre değişir. Doğumdan sonra yoksunluk yaşayan çocuklarda garip, otizmi andıran davranışların görüldüğü bir ilişki örüntüsü gözlenebilir. Tepkisel bağlanma bozukluğu olan çocuklarda fiziksel gelişimde ve dil gelişiminde gerilik görülebilir (Cheng ve Myers 2005).

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu, çocuğun bağlandığı kişiden ayrılmasını takiben, en az 4 hafta süren, gelişim düzeyine uymayacak düzeyde aşırı kaygı duymasındır. Çocuk ve ergenlerin ortalama %4'ünde bu bozukluğun görüldüğü bilinmektedir. Ayrılık kaygısı bozukluğu sıklıkla okul fobisi şeklinde görülmektedir (Cheng ve Myers 2005). Ayrılık kaygısı bozukluğunun oluşumunda çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır. Okulla ilgili birtakım olumsuzluklar, yeni kardeş doğumu, bir yakının kaybı, çocuğun anne ya da babasından uzun süre ayrı kalması ve karşılıklı bağımlılığın olduğu anne-çocuk ilişkisi, üzerinde en çok durulan etmenlerdir (Erermiş 2009).

1.4.1.10. Depresyon ve Duygudurum Bozuklukları

Spitz (1946) yaşamın erken döneminde depresyonun özellikle anaklitik depresyon olguları ile gündeme geldiğini öne sürmüştür. Spitz, hapishanede doğan 8-9 aylık bebeklerin annelerinden ayrıldıktan sonra gelişimlerinde duraksama, beslenme sorunları, kilo kaybı, ağlama atakları gibi belirtiler gösterdiğini belirtmiştir.

Çocuklarda depresyon başlangıcı sinsi olabilir. Apati, sosyal içe çekilme, uykusuzluk, kilo kaybı gibi belirtiler ortaya çıkar. Poznanski'ye göre (1982) okul öncesi dönemde sözel iletişim yeterince gelişmediği için ses tonu, beden duruşu, yüz ifadesi, konuşma temposu, etkinlik düzeyinde artış gibi belirtiler oldukça önemlidir. Çocukların bilişsel ve dil gelişimi düzeylerinin farklı olması nedeniyle sorulara verdikleri yanıtlar da farklılık gösterir. Örneğin, öncesindeki dönemde çocuk üzgün olduğunu söyleyebilir ancak bu dönemde uyku bozukluğu, gece korkuları, iştahta bozulma, kilo alamama veya yeme davranışında değişiklik gözlemlenebilir (Tamar ve Özbaran 2004).

1.4.1.11. Kaygı Bozuklukları

Korku, genellikle çevresel bir tehdide gösterilen normal bir reaksiyon olarak tanımlanabilir. Hayatta kalmak için gerekli ve önemlidir çünkü bireyleri bir durumun fiziksel ya da psikolojik olarak zarar verici olabileceği konusunda uyarmaktadır. Çocukluk döneminde bir şeylerden korkmak genellikle çok yaygındır. 0-12. aylar arasında bebekler yüksek sesler, karartı gibi görünen nesnelere, destek kaybindan korkarken, 12-24. aylar arasında bakım verenden ayrılık ve yabancılardan korkarlar. 24-36. aylarda ise ayrılık, hayvanlar ve köpeklerden korkan çocuk, 36-48. aylar arasında ise ayrılık ve yabancı korkusunun yanı sıra karanlık ve hayali varlıklardan korkabilir. Anksiyete bozukluğuna

sahip olan çocuklar içselleştiricidirler; sıkıntıları içeriye yöneliktir. İçselleştirme semptomları; fobiler, endişe duyma, karın ağrıları, geri çekilme, mide bulantısı, kompulsiyonlar, uykusuzluk, yalnız kalma isteği, depresyon ve ağlama olarak karakterize edilebilir. Anksiyete bozuklukları, çocukluk ve ergenlik döneminde çok yaygın görülen bozukluklardır. Genel örnekleme nüfusun %10.7 - %17.3'ün de görülürken klinik örnekleme yapılan çalışmalarda bu oran %45'lere çıkmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluklarının ayırıcı özelliği kaygıdır. Bu kaygının diğer anksiyete bozukluklarından farkı, belirli bir duruma ya da belli bir nesneye ilişkin olmamasıdır. Her şey hakkında aşırı kuruntulara kapılma ve kaygılanmanın görülmesidir. Yaygın anksiyete bozukluğunun gözlemlenebilir belirtileri içerisinde; kas gerginliği, titreme, kendini güçsüz hissetme, somatik semptomlar; karın ağrısı, mide bulantısı, ishal, sinirli/huzursuz hareketler; tırnak yeme ya da saçla oynama ve çabuk irkilme sayılabilir (Wenar ve Kerig, 2005).

1.4.1.12. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu, kendilerinin veya başkalarının yaşamını, güvenliğini veya fiziksel bütünlüğünü tehdit edebilecek nitelikte önemli bir olay yaşamış veya bu olaya tanık olmuş kişilerde görülür. Yapılan çalışmalar, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin yaşa göre (bebeklerde, okul öncesi döneminde ve okul çağı çocukları) farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır Okul çağı çocukları sıkıntılarını sözel olarak ifade edebilirken, daha küçük çocuklar oyunlarına yansıtabilir (Scheeringa 2011). TSSB tanısının ilk kriteri *travmatik bir olay* yaşanmasıdır. Bu olayın travmatik olması, çocuğun ona yüklediği anlama bağlıdır. Örneğin bir kazaya tanık olan çocuk bunu arkadaşlarının ilgisini çeken bir olay olarak da algılayabilir, çaresizlik, utanç, kendini suçlama gibi negatif biçimde de değerlendirebilir. Travmatik olay iki tür olabilir. *Tip I* travmalar ani, beklenmedik olayları içerir, araba kazası, doğal afet, ev yangını, okuldan atılma gibi. Kısa, keskin ve sarsıcıdır. *Tip II* travmalar ise uzun süreli, tekrarlayan biçimde maruz kalmayı ifade eder, istismar edilen çocuklar gibi. TSSB'de üç grup belirti görülebilir; yeniden yaşama, kaçınma ve hissizlik (Wenar ve Kerig 2005).

1.4.1.13. Kolik

Gelişimi normal olan, sağlıklı 0–3 aylık bebeklerde görülen, günde üç saat, haftada üç gün ve üç haftadan uzun süren, nedeni açıklanamayan huzursuzluk, ajitasyon ve ağlamaların olduğu tabloya “İnfanıl Kolik” denilmektedir (Wessell,1954). Ağlama tipik olarak genellikle geceleri başlar. Yaşamın ilk haftalarında başlayan bu durum, bebek 4-5 aylık oluncaya kadara devam eder (Lucassen vd., 1998). Koliğin nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte, yeni doğmuş bebeklerin akciğer gelişimi için gerek duyulan ağlamaların aşırı biçimi, doğumdan sonra duyuşal uyanlara karşı hassasiyetin artması, genetik yatkınlık, ebeveyn depresyonu ve olumsuz anne-bebek ilişkisi önemli risk faktörleri arasında gösterilir. Akman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, annenin doğum sonrası depresif belirtileri ve güvensiz bağlanmanın da infanıl kolik ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmaya alınan 78 bebeğin 17’sinde (%21.7) kolik saptanmıştır. Koliği olan bebeklerin annelerinde daha fazla güvensiz bağlanma ve depresif belirti saptanmıştır (Akman vd., 2006). Öte yandan, Desantis ve arkadaşlarının çalışmasında, çalışmaya alınan ve kolik tanısı olan 3-8 yaş arası çocukların %75’inde duyuşal hassasiyet sorunlarının olduğu saptanmıştır Ağlamaya oranla tepkiselliği fazla olan çocukların duyuşal süreç etkinliklerinin ve çevreyle başa çıkma becerilerinin azaldığı ve daha fazla hiperaktivite ve dikkat problemleri gösterdikleri görülmüştür (Desantis ve ark 2004).

1.4.1.14. Zeka ve Gelişme Gerilikleri

Zeka geriliği, okul öncesi dönemde kendini gösterir. Zeka ve gelişimsel geriliği olan çocukların tamamında kişisel, sosyal, dil, kaba ve ince motor alanlarda yavaş gelişme söz konusudur ve bu çocuklar bu alanlarda kronolojik yaşlarına göre daha geridedirler. Zihinsel gerilikle ilişkili fiziksel hastalıkların (örn: down sendromu, konjenital hipotroidi, mikrosefali, makrosefali) belirtileri de zihinsel geriliğin erken fark edilmesini sağlayabilir (Özmen 1999). Zeka geriliği, beceriler, çevre ile ilişkiler ve işlevsellik alanlarında kısıtlılık ile kendini gösterir. Biliş ve öğrenmeyi içeren zihinsel işlevsellikte, kendi kendini yönetebilme, kendine bakım, toplumsal/kişilerarası becerileri içeren uyum sağlayıcı beceriler, toplumun sağladığı olanakları kullanma iletişim, ev yaşamı, iş, boş zamanlar, sağlık ve güvenlik alanlarından en az ikisinde yetersizlik olması gerekmektedir (Wenar, Kerig 2005). İlk aylarda emme güçlüğü, hareket azlığı, hipotoni veya hipertoni, çevresel uyanlara yönelik işitme-görsel tepkilerin olmaması veya yetersizliğinin görülmesi; 6.

aydan sonra oturma, emekleme ve yürümede gecikme, 2-3 yaş arasında ise dil gelişiminde gecikme ve davranış sorunlarının görülmesi Okul öncesi dönemde gelişim geriliğini düşündürülen en sık belirtilerdir (Özmen 1999).

Zihinsel geriliğin en çarpıcı belirtileri dil gelişiminde gerilik ve davranış bozukluğudur. Klinik görüşmede en kolay motor beceriler izlenebilir. Zihinsel geriliği olan çocukların motor becerilerinde yetersizlik olmasına rağmen hafif zeka geriliği olan çocukların % 10-50'sinin kaba motor gelişimleri normal zamanında kazanıldığı bilinmektedir (Kinsbourne 1995). DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre, 55-70 arasında IQ düzeyi, hafif zeka geriliğine, 40-54 arasındaki IQ düzeyi orta zeka geriliğine, 25-39 arasındaki IQ düzeyi ağır zeka geriliğine, 25'in altındaki IQ düzeyi ise ileri zeka geriliğine işaret etmektedir (APA 2000).

1.4.1.15. İlişki Bozuklukları

Bebek ve küçük çocuk ruh sağlığı, birincil duygusal ilişkiler bağlamında gelişir ve bu ilişkilerinin niteliği, ilerleyen dönemde çocuğun gelişimsel sürecini şekillendirerek ruh sağlığını etkiler. Eğer bu bağlamda bir sorun yaşanırsa bu, bakım veren veya çocuğa özgü bir sorun değil, bakım veren-çocuk ilişkisiyle ilgili bir sorundur. Bebeklik ve erken çocukluk dönemi ruh sağlığı ve gelişimsel bozukluklar için tanı sınıflama sisteminde (DC: 0-3R) ilişki bozuklukları önemli bir yer tutar. İlişki bozuklukları değerlendirirken ilişki örüntüsüne bakmak gereklidir. Tanı sınıflama sisteminde ilişki bozuklukları, aşırı ilgili ilişki bozukluğu, yetersiz ilgili ilişki bozukluğu, kaygılı/gergin ilişki bozukluğu, öfkeli/düşmansı ilişki bozukluğu, karışık ilişki bozukluğu ve istismarcı (sözel, fiziksel veya cinsel açıdan) ilişki bozukluğu olarak sınıflanmıştır (www.zerotothree.org).

1.5. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, doğumu takiben kısa süreli anne yoksunluğu yaşayan ve yaşamayan çocukların gelişim düzeyi ile sosyal, duygusal ve davranışsal problemlerinin karşılaştırmalı şekilde incelenerek, erken çocukluk döneminde anne-bebek ilişkisini etkileyen değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bunun yanı sıra, araştırma kapsamında ulaşılan çocukların, ruh sağlığı açısından değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda ailelere bilgi vererek yönlendirmesi yoluyla koruyucu önlemler alınması hedeflenmiştir.

1.6. Araştırmanın Önemi

Yaşamın erken döneminde oluşan anne-bebek ilişkisinin devamlılığının önemi hemen her psikolojik kuramın önemini kabul ettiği bir süreçtir. Doğumla başka bir boyutta başlayan anne-bebek ilişkisinin devamlılığın bozulmasının bebek üzerindeki etkileri ile ilgili yapılmış birçok çalışma mevcuttur. Özellikle doğumun ardından anneye kısıtlı etkileşimi olan bebeklerin bu durumdan olumsuz etkilendiği çalışmalarla ortaya konulmuştur. Bu bağlamda ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde bebek ruh sağlığı ile ilgili çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Bu nedenle, bu çalışmanın öncelikle bebek ruh sağlığı ve okul öncesi dönem fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal gelişim alanlarına katkı sağlaması beklenmektedir. Öte yandan bu araştırma; gerek doğum öncesi, gerek doğum sonrası anne-babaya yönelik; doğum ünitelerinde ve bakımveren kurumlarda ise personele yönelik doğumu takiben oluşan anne-bebek ilişkisinin önemine ilişkin eğitim programlarının hazırlanması ve bu kurumlarda erken çocukluk dönemi ruh sağlığı ve gelişimini destekleyici düzenlemelerin yapılabilmesine yönelik bir kaynak oluşturması adına da oldukça önemlidir.

1.7. Araştırma Hipotezleri ve Beklentiler

Yapılacak olan bu çalışmada görgül verilerce desteklenen görüşler temel alınarak hipotezler oluşturulmuştur.

Buna göre;

1)Yeni doğan yoğun bakım ünitesinde kalarak annelerinden kısa süreyle yoksun kalan çocukların 1,5-5 Yaş Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği(ÇDDÖ) içeyönelim, dışayönelim ve toplam problem puanlarının; doğumun ardından anne yoksunluğu deneyimi yaşamayan çocuklara oranla daha yüksek olacağı;

2) Anneden ayrı kalma süresi arttıkça çocukta ortaya çıkan duygusal, sosyal ve davranışsal problemlerin daha fazla olacağı; bu durumun ÇDDÖ'ye yoğun bakımda kalma süresi arttıkça içeyönelim, dışayönelim ve toplam problem puanının artması şeklinde yansıtacağı,

3) Yeni doğan yoğun bakım ünitesinde kalarak annelerinden kısa süreyle yoksun kalan çocukların (araştırma grubu) genel gelişim düzeylerinin doğumun ardından anne yoksunluğu yaşamayan (kontrol grubu) çocuklara oranla daha düşük olacağı ve bu durumun Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)'ne daha düşük T puanına sahip olma şeklinde yansıtacağı,

4) Araştırma grubunu oluşturan çocukların annelerinin yoğun bakım sürecinde bebeklerine fiziksel temas süresi arttıkça, çocukların duygusal, sosyal ve davranışsal problemlerinin temas süresi az olanlara oranla daha düşük olacağı; bu durumun ÇDDÖ'ye daha düşük içe yönelim, dışa yönelim ve toplam problem puanları olarak yansıtacağı beklenmektedir.

2.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın şekli, evren ve örneklem, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, verilerin toplanmasında izlenen yol ve verilerin analizinde uygulanan istatistiksel teknikler üzerinde durulmuştur.

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, analitik bir çalışmadır ve çalışmada araştırma ve kontrol grubu olmak üzere iki grup bulunmaktadır. Çalışma örneklemini oluşturacak çocuklara geriye dönük doğum kayıt dosyası bilgileri kullanılarak ulaşılmıştır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada, 40'ı çalışma, 35'i de kontrol grubunu oluşturacak şekilde toplam 75 çocuğa ulaşılabilmektedir. Çalışma grubunu, doğumun ardından yeni doğan yoğun bakım ünitesinde kalarak anne yoksunluğu yaşayan 24-47 aylık yaş aralığında olan çocuklar oluştururken; kontrol grubunu, doğum sonrası herhangi bir nedenle yoğun bakımda kalmamış olan 24-47 aylık yaş aralığında bulunan çocuklar oluşturmuştur. Araştırma grubunu oluşturan çocuklara Adnan Menderes Üniversite Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi kayıtlarından telefonla ulaşılmıştır. Kontrol grubunu oluşturan çocuklara ise aynı hastanelerin pediatri servisi doğum kayıt bilgileri aracılığıyla ulaşılmıştır. Kontrol grubunu oluşturan çocukların yaş ortalaması $34,31\pm 7,07$ aylıkken, çalışma grubunu oluşturan çocukların yaş ortalaması $35,05\pm 5,92$ aylıktır.

Çalışmaya katılan çocuklardan hiçbiri önemli bir kaza, yaralanma veya tıbbi operasyon geçirmemiştir ve tüm çocuklar öz anne-babaları ile aynı evde yaşamaktadırlar. Çalışma ve kontrol grubuna ait özellikler aşağıdaki çizelgede belirtilmiştir.

Çizelge 2.2.1 Çalışma ve Kontrol Grubunun Çeşitli Özellikleri

<i>Özellikler</i>	<i>Araştırma Grubu (n=40)</i>	<i>Kontrol Grubu (n=35)</i>
Cinsiyet		
Erkek	16 (%40)	13 (%37.1)
Kız	24 (%60)	22 (%62,9)
Çocuğun yaşı(aylık)	$35,05\pm 5,92$	$34,31\pm 7,07$

Çizelge 2.2.1 Çalışma ve Kontrol Grubunun Çeşitli Özellikleri Devam

Kaçıncı çocuk	16 (%40)	21 (%60)
1	15 (%37,5)	7 (%20)
2	9 (%22,5)	7 (%20)
3 ve üzeri		
Kardeş sayısı		
Kardeş yok	13 (%32,5)	16 (%45,7)
1	17 (%42,5)	10 (%28,6)
2 ve üzeri	10 (%25)	9 (%25,7)
Bakım veren		
Anne	31 (%77,5)	29 (%82,9)
Diğer	9 (%22,5)	6 (%17,1)
(Ebeveyn olmayan yakın/bakıcı)		
Yakın kaybı		
Kayıp yok	37 (%92,5)	34 (%97,1)
Anne	0 (%0)	0 (%0)
Baba	0 (%0)	1 (%2,9)
Ebeveyn olmayan yakın	3 (%7,5)	0 (%0)
Doğumdan ardından ilk kucaklama zamanı		
Hemen ardından	4 (%10,3)	9 (%25,7)
İlk 6 saat	24 (%61,5)	24 (%68,6)
6 saat ve üzeri	11 (%28,2)	2 (%5,7)
Eve giren aylık gelir		
1000 TL ve altı	14 (%35)	19 (%54,3)
1100-2000 TL	12 (%30)	7 (%20)
2100- 3000 TL	9 (%22,5)	3 (%8,6)
3000 TL ve üzeri	5 (%12,5)	6 (%17,1)
Anne Yaş Ortalaması	31, 9±5,08	31±6,1
Anne psikiyatrik tanı		
Yok	34 (%85)	33 (%94,3)
Var	6 (%15)	2 (%5,7)
Anne psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü		
Yok	35 (%87,5)	35 (%100)
Var	5 (%12,5)	0 (%0)
Anne çalışma durumu		
Ev hanımı	28 (%70)	25 (%71,4)
Çalışıyor	12 (%30)	10 (%28,6)
Anne kronik hastalık		
Yok	29 (%72,5)	30 (%85,7)
Var	11 (%27,5)	5 (%14,3)

Çizelge 2.2.1 Çalışma ve Kontrol Grubunun Çeşitli Özellikleri Devam

Anne eğitim		
Okur-yazar değil	5 (%12,5)	2 (%5,7)
İlköğretim	18 (%45)	16 (45,7)
Lise	9 (%22,5)	7 (%20)
Üniversite ve üzeri	8 (%20)	10 (%28,6)
Çocuk kronik hastalık		
Yok	39 (%97,5)	35 (%100)
Var	1 (%2,5)	0 (%0)
Baba eğitim		
Okur-yazar değil	1 (%2,5)	0 (%0)
İlköğretim	11 (%27,5)	17 (%48,6)
Lise	17 (%42,5)	11 (%31,4)
Üniversite ve üzeri	11 (%27,5)	7 (%20)
Baba yaş ortalaması	35,87±5,19	34,34±5,75
Baba çalışma durumu		
Çalışıyor	40 (%100)	35 (%100)
Çalışmıyor	0 (%0)	0 (%0)
Doğum türü		
Normal vajinal	20 (%52,6)	17 (%48,6)
Sezaryen	18 (%47,4)	18 (%51,4)
Doğum ağırlığı		
2500 gm altında	5 (%12,5)	0 (%0)
2500 gm ve üzeri	35 (%87,5)	35 (%100)
Anne-baba akrabalığı		
Var	3 (%7,5)	0 (%0)
Yok	37 (%92,5)	35 (%100)

Çizelge 2.2’de belirtilen değişkenler açısından araştırma ve kontrol grubu dağılımları kontrol edilmiş, karşılaştırılan 18 değişken arasından 10 değişkenin dağılımlarının farklılık göstermediği belirlenmiştir. Ancak, yakın kaybı, annenin psikiyatrik tanısı, annenin psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü, anne eğitimi, baba eğitimi, çocuk kronik hastalığı, doğum ağırlığı ve anne-baba akrabalığı değişkenlerinin dağılımları açısından farklılık göstermiştir. , bu değişkenlerin değişkenlerin alt kategorilerinde az sayıda kişi bulunması sebebiyle dağılımlarının eşit olmadığı görülmüştür. Bu değişkenlerin ÇDDÖ toplam puan ve AGTE T puanı üzerindeki olası etkileri iki analizlerle incelenmiş ve bu farklılıkların ÇDDÖ toplam puan üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı saptanmıştır.

2.3. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

Doğum sonrası yeni doğan yoğun bakım ünitesinde kalma araştırma grubu için, doğum sonrası herhangi bir nedenle yeni doğan yoğun bakım ünitesinde kalmamış olma ise kontrol grubu için belirlenmiş olan katılım ölçütleridir. Fiziksel engel ve gelişimsel geriliğin olmaması, 24-47 aylar arasında bulunan yaş grubunda bulunma, doğumdan itibaren kreş veya anaokulu gibi çocuğun gelişimini destekleyecek bir kuruma gitmemiş olma ve çalışmaya katılmak için gönüllü olma (ailelerin gönüllü olması) ise hem araştırma, hem de kontrol grubu için belirlenmiş olan araştırmaya alınma ölçütleridir.

2.4. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

Fiziksel engeli veya gelişimsel geriliği olan, yaş kriteri belirlenen aralıkta olmayan, doğumundan itibaren herhangi bir dönemde kreş veya anaokuluna gitmiş olan, prematüre bebek olarak doğmuş ve araştırmaya katılmak istemeyen ailelerin çocukları araştırmaya dahil edilmemiştir.

2.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formu aracılığıyla çocuğa ve aileye ilişkin bilgi edinilmiştir. Davranışsal ve duygusal sorunlarının taranması amacıyla 1,5-5 Yaş Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ/1,5-5); gelişimsel değerlendirmelerinin yapılması amacıyla Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) uygulanmıştır.

2.5.1. Çocuk ve Aile Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan Çocuk ve Aile Bilgi Formu; çocuk ve aileye ilişkin sosyo-demografik özellikler (cinsiyet, çocuğun yaşı, kardeş sayısı ve sırası, bakım veren kişinin kim olduğu, eve giren aylık gelir, anne ve baba eğitimi, annenin ve babanın çalışma durumu) anne ve çocuğa ilişkin sağlık bilgileri (anne ve çocuğun kronik hastalığı, annenin psikiyatrik tanısının varlığı ve ilaç kullanım öyküsü), doğum ağırlığı ve anne-baba akrabalığı gibi, çocuğun ruhsal ve fiziksel gelişimi açısından önemli olan değişkenleri içeren bir formdur. Form; sosyodemografik özelliklerin yanı sıra, literatür bilgisi ışığında okul öncesi dönemde çocuğu gelişimsel, duygusal ve davranışsal açıdan etkilediği bilinen değişkenler göz önünde bulundurularak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

2.5.2. 1,5-5 Yaş Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği

Achenbach ve Rescorla tarafından 2000 yılında geliştirilen ölçek, Achenbach tarafından 1992 yılında geliştirilmiş olan 2-3 Yaş Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği'nin yenilenmiş versiyonudur. Birçok maddesi 2-3 yaş versiyonu ile aynı olan ölçek, 1,5-5 yaş arası çocukların davranışsal ve duygusal problemlerini belirlemek amacıyla kullanılmakta ve ebeveynler tarafından doldurulmaktadır. Ölçek, aile ile ilgili demografik sorularla birlikte, çocuğun son 2 ay içerisindeki davranışsal ve duygusal problemlerini içeren 99 soru ve açık uçlu 3 ek sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek, içe yönelim sorun skoru, dışa yönelim sorun skoru ve toplam skoru olmak üzere, çocuğun davranışsal/duygusal sorunlarını puanlayan bir ölçektir ve ölçekteki soruları cevaplayan kişinin çocukla ilgili algısına dayanan açıklayıcı bilgiler edinmeyi sağlar. ÇDDÖ; içe yönelim(Duygusal Tepkisellik, Kaygılı/Çökkün, Somatik Şikayetler ve İçe çekilme alt alanları), dışa yönelim (Dikkat Sorunları ve Saldırgan Davranışlar alt alanları) puanlarının yanı sıra Uyku Sorunları ve Diğer Sorunlar alan puanları ayrı ayrı elde edilebilir. Ölçek aynı zamanda Duygudurum Sorunları, Kaygı, Yaygın Gelişimsel Sorunlar, Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Sorunları ve Karşıt Olma/Karşı Gelme Sorunları olmak üzere DSM IV-TR tanı kriterlerine göre belirlenmiş olan alanlar açısından değerlendirilmesinin de yapılmasını sağlamaktadır (Achenbach ve Rescorla 2000). Ölçeğin uyarlama çalışmasını yapmak amacıyla Türkçe çevirisi Prof. Dr. Neşe Erol Tarafından 2003 yılında yapılmıştır (Yurduşen 2004).

2.5.3. Ankara Gelişim Tarama Envanteri

Savaşır ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilen Ankara Gelişim Tarama Envanteri sıfır-altı yaş grubu çocukların, hem genel gelişim Dil-Bilişsel, İnce Motor, Kaba Motor, Sosyal Beceri- Öz Bakım olmak üzere dört farklı gelişim alanında yaş düzeyine uygun gelişim gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla kullanılan bir değerlendirme aracıdır. Çeşitli yaş gruplarına göre düzenlenen envanter, 154 maddeden oluşmaktadır. Envanter her biri tek başına ayrı bir çalışma olan beş aşamalı ön çalışma sonucunda geliştirilmiştir. Ön çalışmanın ilk aşamasında batı ülkelerinde geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği saptanmış ölçeklerin sekiz tanesi yazarlar tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra hemen her ölçekte rastlanan ortak maddeler gruplanarak madde sayısı azaltılmıştır. İkinci aşamada dil ve ifadeler ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Üçüncü aşamada elde edilen maddeler incelenerek, dil ve bilişsel, ince motor, kaba motor ve sosyal

gelişim alanlarından oluşan 218 maddelik deneysel bir deneme formu elde edilmiştir. Daha sonra yapılan madde analizi sonrasında, bazı maddeler çıkarılarak, envantere 154 maddelik son şekli verilmiştir.

Envanterin yapılan güvenilirlik çalışmasında, 0-12,13-44 ve 45-72 aylar için toplam puan üzerinden hesaplanan cronbach alpha katsayılarının çok yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı yaş gruplarında hesaplanan test-tekrar test güvenilirlikleri sırasıyla .99, .98, ve .88 olarak bulunmuştur.Envanterin yapılan geçerlik çalışmasında altı farklı yaş grubu için hesaplanan toplam puan ortalamalarının yaşla birlikte arttığı belirlenmiştir. Bununla birlikte genel gelişim puanı ile alt test puanlarının birbirleri ile olan korelasyonları hesaplanmıştır ve alt testin birbiri ile ve toplam genel gelişim puanı ile olan korelasyonunun 0-24 ve 25-48. aylarda çok yüksek olduğu saptanmıştır. 49-72 aylarda ise Kaba Motor ve Sosyal Beceri-Öz Bakım alt testlerinin diğer alt testler ve toplam genel gelişim puanı ile olan korelasyonlarının düşük olduğu görülmüştür (Savaşır ve ark 2005).

2.6. Verilerin Toplanması

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği ve Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi veri tabanından edinilen doğum kayıt listesinden bilgilerine ulaşılan 24-47 aylık çocukları olan ailelere telefonla ulaşılmıştır. Gönüllü katılımcılar, psikiyatri kliniğine davet edilerek çalışmaya dahil edilmiştir.

3-4 yaşlarından önce çocuğun anne ve babası dışında başkalarıyla yakın ilişki kurmaması söz konusu olabilmektedir. Bu dönemde ortaya çıkabilecek belirtileri en erken fark eden ve çocuğun ilk ilişki kurduğu kişiler genellikle anneler olmaktadır. Bu nedenle çalışmaya katılan çocuklarla ilgili bilgiler, annelerinden alınmıştır Uygulama yapılan çocukların 18 yaşından küçük olması nedeniyle, annelerine hem kendilerinin hem de çocuklarının katılımı için, araştırma amacı ve içeriği ile ilgili bilgileri içeren onay kağıdı imzalatılarak bilgilendirilmiş, onamları alınmıştır.

2.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada, küçük bir örneklem grubuyla çalışılmıştır. Bunun nedeni;

- 1) Sınırlı sayıda ailenin çalışmaya katılmayı kabul etmesi

- 2) Uygulamada kullanılan ölçeklerin anne bildiriminin yanı sıra araştırmacının da klinik becerilerini kullanmasını gerektiren nitelikte olması ve uygulama sırasında anket çalışmalarına oranla daha çok vakit ayrılmış olmasıdır.

2.8. Araştırmanın güçlükleri

Çalışmada, hastanelerden edinilen telefon listelerinde bulunan tüm hastalara ulaşılmaya çalışılmış ancak özellikle Aydın ilinde ulaşılmaya çalışılan hastaların birçoğu çalışmaya katılmayı kabul etmemiş veya verilen randevuya gelmemiştir. Bu durum da, uygulama sırasında zaman kaybına yol açmıştır.

2.9. Veri Analizi

Olgu ve kontrol grubu olmak üzere iki gruptan oluşan analitik çalışmada, temel olarak grup oran ve ortalama farklılıkları incelenmiştir. Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS 16.0 paket programında yapılmıştır.

2.9.1. Araştırma ve Kontrol Grubunun Çeşitli Özelliklerinin Karşılaştırılması **Amacıyla Yapılan Tanımlayıcı İstatistiksel Analizler**

Araştırma (n=40) ve kontrol grubunun (n=35) kategorik veri dağılımları (cinsiyet, anne ve çocuk yaş ortalamaları, kardeş sayısı ve sırası, bakım verenin kim olduğu, anneden ayrılık süresi, yakın kaybı ve süresi, doğum sonrası ilk temasa kadar geçen süre, çocuk ve anne kronik hastalığı, anne ve babanın yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık gelir, geçirilen kaza, ameliyat, anne psikiyatrik tanı ve ilaç kullanımı varlığı, doğum türü ve doğum ağırlığı) ki kare testi ile karşılaştırılmıştır.

2.9.2. Araştırma ve Kontrol Grubu Ölçek Ortalama Farklarını Karşılaştırmak **Amacıyla Yapılan İstatistiksel Analizler**

Uygulanan ölçeklerden elde edilen sürekli değişkenlerin gruplara göre dağılımı, Kolmogrov-Smirnov testi ile incelenmiş, ÇDDÖ alt ölçeklerinden olan içe yönelim, dışa yönelim ölçekleri, ölçek toplam puanının ve AGTE T puanlarının normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. ÇDDÖ alt ölçeklerinin (Duygusal tepkisellik, kaygılı/çökkün, somatik şikayetler, içeçekilme, saldırgan davranışlar, uyku sorunları ve diğer sorunlar alt ölçeklerinin) ve yine ÇDDÖ'nün DSM IV temelli alt alanların (Duygudurum sorunları,

yaygın gelişimsel sorunlar, dikkat eksikliği/hiperaktivite, karşıt olma-karşı gelme ve kaygı sorunları) normal dağılım göstermediği belirlenmiştir.

Gruplar arası ortalama farklarının belirlenmesinde, ÇDDÖ ve AGTE'den edilen sürekli özelliğe sahip değişkenlerden parametrik varsayımlara uygun olduğu belirlenenler için (AGTE T puanı, ÇDDÖ toplam puanı ve aynı ölçeğin alt ölçeklerinden olan içeyönelim ve dışayönelim puanları) Student's t testi kullanılmıştır. ÇDDÖ'nün parametrik varsayımlara uygun olmayan diğer alt ölçekleri için Mann-Whitney U testi kullanılarak ortalama farkları belirlenmiştir.

2.9.3. Araştırma Grubuna İlişkin Belirli Özelliklerinin İncelenmesi Amacıyla Yapılan Tanımlayıcı İstatistiksel Analizler

Araştırma grubunun yoğun bakımda kalma nedeni, yoğun bakımda anneyle temas süreleri, yoğun bakım anne yoksunluğu süresi ve ortalamasını incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistik yöntemleri kullanılmıştır.

2.9.4. Yoğun Bakım Anne Yoksunluğu Süresi ve Yoğun Bakımda Temas Süresiyle AGTE T Puanı ve ÇDDÖ Toplam Puanı İlişisini ve Ortalama Farklarını İncelemek Amacıyla Yapılan İstatistiksel Analizler

Yoğun bakım anne yoksunluğu süresi normal dağılım göstermemektedir. Bu nedenle, yoğun bakım anne yoksunluğu süresi ile AGTE T puanı ve ÇDDÖ toplam sorun puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla non-parametrik bir korelasyon analiz yöntemi olan η (eta) korelasyon oranından yararlanılmıştır. Uygulama sırasında, yoğun bakımda kalma süresi, nominal bir değişken olarak korelasyon analizine dahil edilmiştir.

2.9.5. Yaşamın Erken Döneminde Gelişim ve Ruh Sağlığına Etki Eden Değişkenlerin AGTE T Puanı ve ÇDDÖ'yü Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi

Erken dönemde; cinsiyet, çocuğun kronik hastalığı, annenin psikiyatrik tanı varlığı, yakın kaybı, doğum ağırlığı, anne-baba akrabalığı ve anne yoksunluğu değişkenlerinin çocukların gelişim düzeyleri ve ruh sağlığı üzerinde etkili olabileceği bilindiği için, çalışmamızda bu değişkenler arasından gelişim düzeyi ve ruh sağlığına etki eden faktörler

belirlenmiştir. Değişkenlerin AGTE T puanı ve ÇDDÖ toplam puanına birlikte etkisini ve her bir değişkenin bağımsız etkisini görebilmek için tekli analizler yapılmış, AGTE T puanı ve ÇDDÖ toplam puanı ile ilişkili olduğu belirlenen, grup tipi (yoğun bakım anne yoksunluğu var-anne yoksunluğu yok), cinsiyet, yakın kaybı, annenin psikiyatrik öyküsü, doğum türü, doğum ağırlığı ve anne-baba akrabalığı değişkenlerine aşamalı çoklu regresyon modeli (stepwise multiple regression) uygulanmıştır. Her iki ölçek için ayrı ayrı uygulanan aşamalı çoklu regresyon analizlerinde modellerin uygunluğu Durbin-Watson analizi ile, anlamlı doğrusal modeller olup olmadıkları F analizi ile değerlendirilmiştir.

İstatistiksel anlamlılık sınırı; normal dağılmadığı belirlenen ÇDDÖ 12 alt ölçek puanını araştırma ve kontrol grubu açısından ayrı ayrı karşılaştırma yapmak gerektiğinden, şişmiş Tip I hata olasılığından kaçınmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi yapma yoluna gidilmiş ve her bir karşılaştırma için $\alpha=0.05/12=0.004$ olarak belirlenmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel analizler, t test, Mann-Whitney U, korelasyon analizi ve ileri istatistiksel analizlerde $\alpha=0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

3.1. Araştırma ve Kontrol Grubunun Çeşitli Özelliklerinin Karşılaştırılması Amacıyla Yapılan Tanımlayıcı İstatistiksel Analizler

Araştırma ve kontrol grubu, demografik özellikler ve çeşitli değişkenlerin dağılımları açısından karşılaştırıldığında grupların cinsiyet, çocuğun yaşı, kardeş sayısı ve sırası, bakım verenin kim olduğu, eve giren aylık gelir, anne ve babanın çalışma durumu, anne kronik hastalığı ve doğum türü değişkenleri açısından farklılık göstermediği görülmüştür. Yapılan inceleme sonuçları “Araştırma Evreni ve Örneklemi” başlığı altında bulunan Tablo 1’de ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

Çizelge 3.1 Araştırma Grubunun Yoğun Bakımda Kalma Nedeni, Yoğun Bakım Süresi Ortalaması ve Anne Temas Süresi

	n	Yüzde
Yoğun bakımda kalma nedeni		
Geçici takipne	2	%5
RH uygunsuzluğu	3	%7,5
Abo uygunsuzluğu	1	%2,5
HB(Yenidoğan sarılığı)	28	%70
Aspirasyon pnömonisi	5	%12,5
Sarılık+Kan değişimi	1	%2,5
Yoğun bakım anne yoksunluğu süresi		
1-4 gün arası	15	%37,5
5-9 gün arası	14	%35
10-19 gün arası	11	%27,5
Yoğun bakımda anne ile temas süresi		
Hiç	11	%27,5
1-3 saat arası	19	%47,5
3-5 saat arası	10	%25

3.2. Araştırma ve Kontrol Gruplarına Göre Ortalama Farkları Çizelgeleri

Çizelge 3.2.1. Araştırma ve Kontrol Grubunun AGTE T Puan Ortalaması ve Ortalama Farkının Anlamlılık Düzeyi

	Grup tipi	N	Ortalama	S.S	t	df	p =
AGTE T puanı	Çalışma	40	43,8000	8,20319	-2,276	73	,026
	Kontrol	35	47,8857	7,21017			

Grupların AGTE T puanı ortalamaları ve ortalama farkının anlamlılık düzeyi Çizelge 3.2.1’de belirtilmiştir. Çalışma ve kontrol grubundaki çocukların AGTE T puanı ortalamaları t testi ile karşılaştırıldığında çalışma grubu AGTE T puan ortalamasının kontrol grubunun T puanı ortalamasından daha düşük olduğu bulunmuştur. Her iki grup arasındaki ortalama farkının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık niteliği taşıdığı görülmüştür ($p<0,05$).

Çizelge 3.2.2. Araştırma ve Kontrol Grubunun ÇDDÖ Toplam Puan, İçe yönelim ve Dışa yönelim Puanları Ortalamaları ve Ortalama Farkının Anlamlılık Düzeyi

	Grup tipi	N	Ortalama	S. S	t	df	p =
ÇDDÖ toplam puan	Araştırma	40	50,70	13,51	9,162	71,185	,000
	Kontrol	35	25,71	10,02			
İçe yönelim	Araştırma	40	15,77	6,18	6,148	68,953	,000
	Kontrol	35	8,34	4,20			
Dışa yönelim	Araştırma	40	18,65	5,22	7,536	73	,000
	Kontrol	35	9,94	4,71			

Çizelge 3.2.2’de çalışma ve kontrol grubunun ÇDDÖ toplam puanı, içe yönelim ve dışa yönelim puanlarının ortalamaları ve ortalama farkları gösterilmiştir. T-testi ile yapılan analiz sonucunda ÇDDÖ toplam problem puanı, içe yönelim puanı ve dışa yönelim puan ortalamalarının kontrol grubunun puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür.

Gruplar arası ortalama farklarının anlamlılık düzeyi değerlendirildiğinde, her üç puan türünde de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,004$).

Çizelge 3.2.3 Araştırma ve Kontrol Gruplarının ÇDDÖ Alt Ölçekler Puanları Ortalaması

	Grup tipi	N	Ortalama	S. S	Z	p =
Duygusal Tepkisellik	Arastirma	40	6,13	2,32	-2,970	,003
	Kontrol	35	4,37	2,41		
Kaygılı/Çökkün	Arastirma	40	5,10	2,48	-4,822	,000
	Kontrol	35	2,23	1,72		
Somatik Şikayetler	Arastirma	40	3,85	2,74	-3,626	,000
	Kontrol	35	1,69	1,49		
İçe Çekilme	Arastirma	40	0,70	1,18	-3,564	,000
	Kontrol	35	0,06	0,34		
Uyku Sorunları	Arastirma	40	4	2,76	-3,538	,000
	Kontrol	35	1,83	1,93		
Dikkat Sorunları	Arastirma	40	4,13	1,65	-3,524	,000
	Kontrol	35	2,69	1,37		
Saldırgan Davranışlar	Arastirma	40	14,53	4,79	-5,480	,000
	Kontrol	35	7,26	4,23		
Diğer Sorunlar	Arastirma	40	11,75	3,94	-5,968	,000
	Kontrol	35	5,57	2,84		

Bonferroni düzeltmesi sonrası her bir karşılaştırma için anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05/12=0.004$ olarak kabul edilmiştir.

Çizelge 3.2.3 incelendiğinde araştırma grubundaki çocukların ÇDDÖ alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının kontrol grubundaki çocukların aldıkları puanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Sonuçların Mann-Whitney U testi ile analizi sonucunda duygusal tepkisellik, kaygılı/çökkün, somatik şikayetler, içe çekilme, uyku ve dikkat sorunları, saldırgan davranışlar ve diğer sorunlar alanlarından alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0,004$)

Çizelge 3.2.4. Araştırma ve Kontrol Gruplarının ÇDDÖ DSM IV-TR Temelli Alt Ölçek Puanları Ortalamaları

	Grup tipi	N	Ortalama	S.S	Z	p =
Duygudurum Sorunları	Arastırma	40	2,70	2,11	-4,820	,000
	Kontrol	35	0,71	0,96		
Kaygı	Arastırma	40	5,68	2,84	-4,742	,000
	Kontrol	35	2,54	1,58		
Yaygın Gelişimsel Sorunlar	Arastırma	40	3,53	2,61	-4,571	,000
	Kontrol	35	0,94	1,70		
DE/H Sorunları	Arastırma	40	7,85	2,17	-4,361	,000
	Kontrol	35	5,09	2,52		
Karşıt olma-Karşı Gelme	Arastırma	40	4,70	2,04	-4,561	,000
	Kontrol	35	2,37	1,77		

Bonferroni düzeltmesi sonrası her bir karşılaştırma için anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05/12=0.004$ olarak kabul edilmiştir.

ÇDDÖ, aynı zamanda DSM IV temelli değerlendirme yapılmasına olanak sağlamaktadır. Tablo 6'da çalışma grubunda bulunan çocukların ÇDDÖ'nün DSM IV temelli alt alanları olan duygudurum sorunlar, kaygı, yaygın gelişimsel sorunlar, dikkat eksikliği/ hiperaktivite sorunları ve karşıt olma-karşı gelme alanlarından aldıkları puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılık, yapılan Mann-Whitney U analizi sonucunda istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,004$).

Farkın anlamlılığını incelemek amacıyla, ÇDDÖ'nin ölçtüğü 12 puan kategorisi için ayrı ayrı uygulanan Mann-Whitney U testinin sonuçları, Bonferroni düzeltmesinden sonra her bir test için anlamlılık düzeyi 0,004 olarak kabul edilerek yorumlanmıştır. Böylelikle testler oldukça muhafazakar (conservative) bir nitelik kazanmış olmasına karşın, yine de incelenen 12 puan türü açısından çalışma ve kontrol grupları arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur.

3.3. Yoğun Bakım Süresi ile AGTE T puanı ve ÇDDÖ Toplam Puan arasındaki Eta Korelasyon Oranları

Çizelge 3.3.1. ÇDDÖ Toplam Puanı Puanı İle Yoğun Bakım Süresi Arasındaki η (Eta) Korelasyon Oranları

	Yoğun Bakım Süresi (Bağımsız)	ÇDDÖ Toplam Puanı (Bağımlı)
Eta (η)	0,90	0,75

Çizelge 3.3'te özetlenen eta değerleri, yoğun bakımda kalma süresi ile ÇDDÖ Toplam Puan arasında yüksek düzeyde korelasyon ($\eta = 0,75$) bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Çizelge 3.3.2. AGTE T Puanı İle Yoğun Bakım Süresi Arasındaki η (Eta) Korelasyon Oranları

	Yoğun Bakım Süresi (Bağımsız)	AGTE T Puanı (Bağımlı)
Eta (η)	0,633	0,393

Çizelge 3.3.2'de özetlenen eta değerleri, yoğun bakımda kalma süresi ile AGTE T puanı arasında orta düzeyde korelasyon ($\eta = 0,39$) bulunduğunu ortaya koymaktadır.

3.4. Yoğun Bakımda Anne Teması Süresi ile AGTE T puanı ve ÇDDÖ Toplam Puan arasındaki Eta Korelasyon Oranları

Çizelge 3.4.1. ÇDDÖ Toplam Puan İle Yoğun Bakımda Anne Teması Süresi η (Eta) Korelasyon Oranları.

	Yoğun Bakım Anne Teması (Bağımsız)	ÇDDÖ Toplam Puan (Bağımlı)
Eta (η)	0,058	0,833

Çizelge 3.4.1'de özetlenen eta değerleri, çocuğun yoğun bakımda anne ile temas süresi ile ÇDDÖ Toplam Puan arasında yüksek düzeyde korelasyon ($\eta = 0,833$) bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Çizelge 3.4.2. AGTE T puanı İle Yoğun Bakımda Anne Teması Süresi η (Eta) Korelasyon Oranları

	Yoğun Bakım Anne Teması (Bağımsız)	AGTE T Puan (Bağımlı)
Eta (η)	0,734	0,116

Çizelge 3.4.2’de özetlenen eta değerleri, çocuğun yoğun bakımda anne ile temas süresi ile AGTE T puanı arasında düşük düzeyde korelasyon ($\eta = 0,833$) bulunduğunu ortaya koymaktadır.

3.5 Araştırma Grubunun Yoğun Bakım ve Anne Temas Süresi Grupları Arası Ortalama ve Ortalama Farkının Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.5.1. Yoğun Bakım Süresine Göre Gruplar Arası Ortalamalar ve Ortalama Farkının Anlamlılık Düzeyi

	Yoğun Bakım Süresi	N	Ortalama Sırası	X²	df	P
AGTE T puanı	1-4 gün arası	15	23,90	3,685	2	0,158
	5-9 gün arası	14	21,11			
	10 gün ve üzeri	11	15,09			
ÇDDÖ toplam puan	1-4 gün arası	15	15,83	3,871	2	0,144
	5-9 gün arası	14	22,89			
	10 gün ve üzeri	11	23,82			

Yoğun bakımda kalma sürelerine göre AGTE T puan ve ÇDDÖ toplam puan ortalama sıraları ve ortalama farklarının anlamlılık düzeyini belirlemek amacıyla uygulanan Kruskal-Wallis analizi sonuçları Çizelge 3.5.1’de gösterilmiştir. Yapılan incelemede, yoğun bakımda kalma sürelerine göre oluşturulan grupların AGTE T puanı ve ÇDDÖ Toplam Puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Çizelge 3.5.2 Araştırma Grubunun Yoğun Bakım Anne Temas Süresine Göre Gruplar Arası AGTE T Puanı ve ÇDDÖ Toplam Puan Ortalaması ve Ortalama Farkının Anlamlılık Düzeyi

	Yoğun Bakımda Anne Temas Süresi	N	Ortalama Sırası	X ²	df	P
AGTE T puanı	Hiç almadım	11	18,68	0,415	2	0,812
	1-3 saat arası	19	21,53			
	3-5 saat arası	10	20,55			
ÇDDÖ toplam puan	Hiç almadım	11	21,73	0,184	2	0,912
	1-3 saat arası	19	20,24			
	3-5 saat arası	10	19,65			

Yoğun bakımda anne teması sürelerine göre AGTE T puan ve ÇDDÖ toplam puan ortalama sıraları ve ortalama farklarının anlamlılık düzeyini belirlemek amacıyla uygulanan Kruskal-Wallis analizi sonuçları Çizelge 3.5.2’de gösterilmiştir. Yapılan incelemede, yoğun bakımda anne teması sürelerine göre oluşturulan grupların AGTE T puanı ve ÇDDÖ Toplam Puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür (p>0,05)

3.6 Grup Tipi (Araştırma-Kontrol), Cinsiyet, Çocuğun Kronik Hastalığı, Annenin Psikiyatrik Öyküsü, Doğum Ağırlığı ve Anne-baba Akrabalığı Değişkenlerinin Aşamalı Çoklu Regresyon Analizi ile İncelenmesi

Çizelge 3.6.1 Değişkenlerin ÇDDÖ Toplam Puanı Yordamasına İlişkin Kurulan Modelin Özeti

Değişken	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahminin standart hatası	R ² 'deki değişim	F'deki değişim	df1	df2	p F'deki değişim	Durbin-Watson
1.Grup tipi	0,718	0,515	0,508	12,14	0,515	75,400	1	71	0,000	1,814
2.Yakın kaybı	0,738	0,545	0,532	11,85	0,030	4,565	1	70	0,036	

Çizelge 3.6.1 incelendiğinde, araştırma örneklemini oluşturan çocukların ÇDDÖ'den aldıkları toplam sorun puanlarının yordanmasına ilişkin aşamalı çoklu regresyon analizinin iki aşamada tamamlandığı görülmektedir.

Çizelgede görüldüğü gibi, her aşamanın sonunda R'nin 0 (sıfır) dan önemli ölçüde farklı çıktığı gözlenmiştir. Birinci aşamada, ÇDDÖ toplam puanındaki varyansın en fazla açıklayıcısı olarak grup tipi (anne yoksunluğu yaşama-anne yoksunluğu yaşamama) değişkeni analize girmiş ve toplam varyansın %50,8'ini açıklamıştır (Düzeltilmiş $R^2 = 0,508$).

Aşamalı çoklu regresyon analizine ikinci aşamada, grup tipi değişkenine ek olarak yakın kaybı değişkeni girmiştir. Yakın kaybı değişkeni, varyansın açıklanmasına %2.4'lük bir katkı sağlayarak ÇDDÖ toplam puanında açıklanan toplam varyansı % 53.2'ye çıkarmıştır (R^2 değişim= 0,030; $F(1,70)$ değişim= 4,56, $p<0,05$). Yakın kaybının, grup tipine (anne yoksunluğu yaşama-yaşamama) ek olarak önemli ölçüde ÇDDÖ toplam sorun puanını açıkladığı saptanmıştır. İki aşamada tamamlanan aşamalı regresyon analizi sonucunda grup tipi ve yakın kaybı değişkenleri toplam varyansın %53.2'sini açıklamışlardır. Açıklanan varyans istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca analiz sonucunda elde edilen Durbin-Watson test değeri de bu sonucun rastlantısal olmadığını bir göstergesidir.

Cinsiyet, çocuğun kronik hastalığı, annenin psikiyatrik öyküsü, doğum ağırlığı ve anne-baba akrabalığı değişkenleri çoklu regresyon analizi sonucunda dışlanan ve modele dahil olmayan değişkenler olmuştur. Bu değişkenlerin çocukların ÇDDÖ'den aldıkları toplam sorun puanlarının yordanmasına katkıda bulunmadıkları ortaya çıkmıştır.

Çizelge 3.6.2 Değişkenlerin ÇDDÖ Toplam Puanı Yordamasına İlişkin B, Beta Korelasyonu ve Anlamlılık

Model	β		Standart Hata	Standart β	t	P
	Sabit	75,128	4,443		16,909	0,000
Grup tipi	-24,707	2,845	-0,718	-8,683	0,000	
Yakın kaybı	4,722	2,210	0,174	2,137	0,036	

a. Bağımlı Değişken: ÇDDÖ toplam puan

$$\text{ÇDDÖ toplam puan} = 75,12 - 24,707 * \text{Grup tipi} + 4,722 * \text{Yakın kaybı}$$

Modele dahil olan yordayıcıların ÇDDÖ toplam puanın değişkenliğine katkıları Tablo-14’de verilmiştir.

Denklemden verilen regresyon katsayıları incelendiğinde, grup tipine ilişkin β (standart)= -0,718 ve ilgili t istatistiği $t = -8,683$ ($p < 0,01$) olup, bu değer anlamlı olduğu görülmektedir. Daha önce yapılan istatistiksel analizde, yoğun bakım anne yoksunluğu grubunun ÇDDÖ toplam puanlarının, kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir.

Yakın kaybı değişkenine ilişkin regresyon katsayıları incelendiğinde ise, (standart)= -0,174 ve ilgili t istatistiği ($t = 2,137$, $p < 0,05$) olup, bu değer anlamlı olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.6.3 Değişkenlerin AGTE Toplam Puanı Yordamasına İlişkin Kurulan Modelin Özeti

Değişken	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahminin standart Hatası	R ² 'deki değişim	F'deki değişim	df 1	df 2	P F'deki değişim	Durbin-Watson
1. Cinsiyet	0,393	0,155	0,143	7,471	0,155	12,987	1	71	0,001	2,014
2. Anne-baba akrabalık	0,501	0,251	0,230	7,081	0,097	9,034	1	70	0,004	

Bağımlı Değişken: AGTE T puanı

Çizelge 3.6.3 incelendiğinde, araştırma örneklemini oluşturan çocukların AGTE T Puanlarının yordanmasına ilişkin aşamalı çoklu regresyon analizinin iki aşamada tamamlandığı görülmektedir.

Çizelgede görüldüğü gibi, her aşamanın sonunda R'nin 0 (sıfır) dan farklı çıktığı gözlenmiştir. Birinci aşamada, AGTE T puanındaki varyansın en fazla açıklayıcısı olarak cinsiyet değişkeni analize girmiş ve toplam varyansın %14.3'ünü açıklamıştır (Düzeltilmiş $R^2 = 0,143$).

Aşamalı regresyon analizine ikinci aşamada, grup tipi değişkenine ek olarak anne-baba akrabalığı değişkeni girmiştir. Anne-baba akrabalığı değişkeni, varyansın açıklanmasına %9.6'lık bir katkı sağlayarak AGTE T puanında açıklanan toplam varyansı % 25.1'e çıkarmıştır (R^2 değişim= 0,097; $F(1,70)$ değişim= 9,03, $p<0,01$). Anne-baba akrabalığının, cinsiyete ek olarak önemli ölçüde AGTE T puanını açıkladığı saptanmıştır. İki aşamada tamamlanan aşamalı regresyon analizi sonucunda grup tipi ve yakın kaybı değişkenleri toplam varyansın %25.1'ini açıklamışlardır. Açıklanan varyans istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca analiz sonucunda elde edilen Durbin-Watson test değeri de bu sonucun rastlantısal olmadığını bir göstergesidir.

Grup tipi, çocuğun kronik hastalığı, annenin psikiyatrik öyküsü ve doğum ağırlığı değişkenleri çoklu regresyon analizi sonucunda dışlanan ve modele dahil olmayan değişkenler olmuştur. Bu değişkenlerin AGTE T puanının yordanmasına katkıda bulunmadıkları ortaya çıkmıştır.

Çizelge 3.6.4. Değişkenlerin ÇDDÖ Toplam Puanı Yordamasına İlişkin B, Beta Korelasyonu ve Anlamlılık

Model	β		Standart Hata	Standart β	t	P
	Sabit	35,305	3,036		11,630	0,000
	Cinsiyet	6,481	1,798	0,393	3,604	0,001
	Anne-baba akrabalığı var mı?	-12,642	4,206	-0,313	-3,006	0,004

Bağımlı Değişken: AGTE T puanı

$$\text{AGTE T puanı} = 35,305 + 6,481 * \text{Cinsiyet} - 12,642 * \text{Anne-baba akrabalığı}$$

Modele dahil olan yordayıcıların AGTE T puanının değişkenliğine katkıları Tablo 16'da verilmiştir.

Denklemden verilen regresyon katsayıları incelendiğinde, cinsiyet (kız çocukların AGTE T puanı) ortalaması erkek çocuklardan daha yüksek bulunmuştur değişkenine ilişkin $\beta(\text{standart}) = 0,393$ ve ilgili t istatistiği ($t = 3,604$, $p < 0,01$) olup, bu değerin anlamlı olduğu görülmektedir.

Anne-baba akrabalığı değişkenine ilişkin regresyon katsayıları incelendiğinde ise, $\beta(\text{standart}) = -0,313$ ve ilgili t istatistiği $t = -3,006$ ($p < 0,01$) olup, bu değerin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

Anne yoksunluğu yaşama ve yaşamama durumunun AGTE T puanının yordanmasına ilişkin katkıda bulunmadığı saptanmıştır.

4. TARTIŞMA

Bu çalışma, yenidoğan döneminde yaşanan kısa süreli anne yoksunluğunun 2-3 yaş çocuklarının ruh sağlığı ve gelişimine etkisinin, gruplar arası karşılaştırmalı olarak incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmada aynı zamanda anneden kısa süreli olarak yoksun kalan çocukların yoksun kalma ve anneleriyle fiziksel temas süresine göre ruh sağlığı ve genel gelişim düzeyleri de incelenmiş ve erken çocukluk dönemi ruh sağlığı ve gelişimine etki edecek değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın bulguları, aşağıda ayrı başlıklar halinde tartışılmıştır.

4.1. Araştırma ve Kontrol Grubunun ÇDDÖ Toplam Problem Puanı, İçeyönelim ve Dışayönelim Puanları, Bu Puanları Oluşturan Alt Ölçekler ve DSM IV-TR Temelli Tanı Grupları Açısından Karşılaştırılması

Çalışmamızda, yenidoğan döneminde annesinden ortalama $6,8\pm 4,5$ gün ayrı kalan çocukların ÇDDÖ toplam problem puanlarının annesinden ayrı kalmayan çocuklara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol ve araştırma grubu ÇDDÖ içe yönelim (duygusal tepkisellik, kaygılı/çökkün, somatik şikayetler ve içe çekilme alt alanları) ve dışa yönelim (dikkat sorunları ve saldırgan davranışlar) puanları, uyku sorunları ve diğer sorunlar açısından da karşılaştırılmıştır. Yapılan istatistiksel analizin Bonferroni düzeltmesi ile muhafazakar bir nitelik kazanmasına karşın çalışma sonuçları, içe yönelim ve dışa yönelim alanını oluşturan tüm alt alanların yanı sıra uyku sorunları ve diğer sorunlar alanlarında araştırma grubunun puanlarının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Çalışmada, araştırma ve kontrol grupları ÇDDÖ'nün DSM-IV'e göre tanı sınıflamaları yapabilmeyi sağlayan alt alanları açısından da karşılaştırılmış ve araştırma grubunu oluşturan çocukların duygudurum sorunları, yaygın gelişimsel sorunlar, kaygı, dikkat eksikliği/ hiperaktivite sorunları, karşıt olma-karşı gelme alanlarının tümünde, kontrol grubundan daha yüksek puanlar aldığı ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Yenidoğan döneminde anne yoksunluğu yaşayan çocukların, anne yoksunluğu yaşamayan çocuklara oranla belirtilen alanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar aldıklarını ortaya koymanın yanı sıra, bu sorunlar açısından risk altında olan çocukların erken çocukluk döneminde fark edilerek koruyucu

önlemler alınmasına ve gerekli durumlarda çocukların ilgili birimlere yönlendirilmesine olanak sunmuştur.

Bebeklik döneminde duygusal gelişimin sağlıklı olabilmesinde anahtar rolü anne-baba oynamaktadır (Zeanah ve ark 1997). Freud'a göre oral dönemde oral tatminden yoksun kalma durumunda çocuk oral dönemde kalmayı sürdürebilir ve enerji, birincil olarak oral tatmini sağlamaya yönlendirilir (Prochaska ve Norcross 2003). Winnicott'a (1945) göre psikolojik gelişimin başlangıcı "anne-bebek" ilişkisine dayanır. Yaşamın erken döneminde annenin bebeğe uyum sağlayamaması bebek için travmatik bir deneyimdir ve bütünleşme sürecini etkiler. Winnicott, bu dönemdeki uyum başarısızlıklarını "yoksunluk" olarak nitelendirir ve bütünleşme süreçlerini etkilediği için psikozla sonuçlandığını belirtir. Anne yoksunluğuna ilişkin yapılan ampirik çalışma sonuçları incelendiğinde, Spitz'in (1945) anneden ayrı kalmanın bir sonucu olarak *anaklitik depresyon* tablosunun görüldüğü çalışması, Bowlby'nin (1988) ise erkek çocukların erken dönemde annelerinden ayrılmalarının, ileriki yaşlarda suçluluk oranını artırdığını, olağan dışı gelişmiş ya da dönem dönem kesintilere uğramış olan bağlanma ilişkilerinin kişilik problemlerine ve zihinsel hastalıklara yol açtığını öne sürdüğü çalışmalarının öne çıktığı görülmektedir. Psikanalitik kuramla beraber, hem nesne ilişkileri kuramcılarının, hem bağlanma kuramcılarının erken dönemde anne-bebek ilişkisinin devamlılığının ve niteliğinin önemini altını çizerek çocuğun duygusal ve sosyal gelişimini ilerleyen yıllarda etkilediğini belirttikleri görülmektedir. Bu durum ampirik çalışmalarla da kanıtlanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları da, nesne ilişkileri ve bağlanma kuramcılarının görüşlerini destekler niteliktedir. Çalışmada doğumun hemen ardından anne yoksunluğu yaşayan çocukların hem içe yönelim hem dışı yönelim alanlarında kontrol grubundan daha yüksek puanlar almış olması kuramcılarının görüşlerini desteklemiştir.

Son yıllarda anne yoksunluğu yaşayan çocuklara ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde, çalışmaların genellikle kurum bakımında kalan çocuklar üzerinde yoğunlaştığı ve erken çocukluk döneminde yapılan çalışmaların az sayıda olduğu görülmektedir. Yıldırım'ın (1985) yaptığı araştırmada 0-3 yaş aralığında annesi olan ve kurum bakımındaki anne yoksunu çocukların fiziksel, gelişimsel ve duygusal gelişimini karşılaştırmak ve anne yoksunluğunun çocuğun fiziksel, gelişimsel ve duygusal gelişimi üzerine etkisini incelemeyi amaçlamıştır. 27'si kız, 33'ü erkek toplam 60 çocuğun fiziksel

değerlendirmelerini yapmak amacı ile vücut tartısı, boy uzunluğu, bas çevresi ölçümlerini almıştır. Denver Gelişimsel Tarama Testi ile yapılan gelişimsel değerlendirme sonucunda 0-1 yaş aralığında gruplar arasında gelişimsel düzeyler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, 1-2 ve 2-3 yaş aralığındaki annesi olan çocukların, anne yoksunu olan çocuklara oranla, gelişimsel düzeylerinin daha ileri düzeyde olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Çocukların alışkanlıkları ve davranış bozuklukları ile ilgili sorunlar ele alındığında anneden yoksun çocuklar arasında parmak emme, kendi kendine sallanma ve başını vurma gibi davranışların, diğer gruba oranla daha fazla olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Özmen'in (1989) yaptığı araştırmada ise okulöncesi ve ilkokul döneminde olan, yaşları 5-8 arasında değişen annesi veya babası ölmüş çocukların bazı kişilik özellikleri, çocukların aileleri ve sınıf öğretmenlerinden anket formu ile edinilen bilgiler doğrultusunda değerlendirilmiştir. Çalışmaya 62 kız, 68 erkek çocuk olmak üzere toplam 130 çocuk katılmıştır. Bu çocukların 69'u annesiz, 31'i ise babasız çocuklardır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda liderlik, çekingenlik, sinirlilik, bağımlılık duygusu ile annenin hayatta olması arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmuştur. Alaycılık, içedönüklük, sorumluluk duygusu ile ana-babadan ayrı evde yaşama arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmuştur. Sosyallik ve liderlik ile anneye birlikte olma arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Liderlikle babayla birlikte olma arasındaki ilişki ve duygusallıkla anne veya babanın öldüğünü bilmek arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Araştırma sonucunda ulaşılan bulgular, beş-sekiz yaş çocuklarının bazı kişilik özelliklerinin anne veya babanın ölümünden etkilendiğini göstermiştir. Rutter ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları araştırmada, Romanya'dan İngiltere'ye evlatlık olarak alınmış olan 4-6 yaşlar arasında olan 111 çocuğun, % 60'ının otizm benzeri davranış örüntüleri sergilediği, % 6'sının ise hafif düzeyde otistik özelliklere sahip olduğu görülmüştür

Araştırma grubunun saldırgan davranışlar, içe çekilme ve yaygın gelişimsel sorunlar alanlarında kontrol grubundan daha yüksek puanlar aldığı bu çalışmanın bulguları, uzun süreli anne yoksunluğunun etkilerine ilişkin yapılan bu üç çalışmanın sonuçlarına paralel niteliktedir.

Anne yoksunluğuna ilişkin yapılan çalışmalar ayrı ayrı incelendiğinde anne yoksunluğu yaşamış olan çocuklarda dikkatsizlik/ hiperaktivite sorunları, dışsallaştırma,

sosyal sorunlar, ayrılık kaygısı bozukluğu, reaktif bağlanma bozukluğu ve uyku sorunlarının saptandığı görülmektedir. Roy ve arkadaşların (2000) 1 yaşından daha önce kurum bakımına alınmış olan kurumda yaşamaya devam eden 19 çocuk ve evlatlık verilmiş 19 ilkokul çocuğunu duygusal ve davranışsal rahatsızlıklar açısından karşılaştırdıkları çalışmada gruplar sınıf kontrolleri, öğretmen anketleri, sistematik sınıf içi gözlemler ve standardize bilişsel değerlendirme yoluyla karşılaştırılmış ve kurum bakımındaki çocuklarda, diğer gruptan daha yüksek derecede hiperaktivite/dikkatsizlik örüntüsü görüldüğü saptanmıştır. Mesiç'in (2000) yaptığı çalışmada ise, araştırmaya 71' i (34' ü kız 37' si erkek) kurum bakımında, 71' i (35'i kız, 36' sı erkek) ailesinin yanında yaşayan toplam 142 çocuk karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, kurumlarda yaşayan çocukların, ailelerinin yanında yaşayan çocuklara oranla daha düşük okul başarısı ve uyumlu davranış göstermesine karşılık daha yüksek öz-kavramı, dışsallaştırma ve duyarlık / yalıtlanma sorunlarına sahip olduğunu ortaya koymuştur. Sosyallik/liderlikte, saldırganlık/bozgunculukta ve içselleştirme sorunlarında iki grup arasında fark bulunmamış, anne-baba yoksunluğunun cinsiyete göre farklı etkisi olmadığı görülmüştür. Sosyal ve arkadaşlarının (2000) doğumun ardından 4 ay 7 gün süreyle hastanede tedavi gören bir bebeğin bağlanma örüntüsüne ilişkin yaptıkları olgu sunumunda, yaptıkları gözlemler ve değerlendirmeler sonucunda hastanede yatış deneyiminin anne-bebek bağlanma örüntüsü ve bebeğin bilişsel, sosyal, ve duygusal gelişimi üzerinde olumsuz etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Şimşek ve arkadaşları (2008) kurum bakımında büyüyen 6-18 yaşları arasındaki 674 çocuğun davranış ve duygusal sorunlarını, ailesi yanında büyüyen çocuklarla karşılaştırmıştır. Veri toplamada "Sosyo-Demografik Bilgi Formu", "6-18 Yaş Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği-ÇDDÖ/6-18", "Öğretmen Bilgi Formu-TRF/6-18", "11-18 Yaş Grubu Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği-YSR/11-18" kullanılan araştırma sonuçlarına göre, bakım verenler, öğretmenler ve ergenlerden elde edilen bilgilere göre, sorun davranışların görülme sıklığı kurum bakımında %18.3 ile %47 arasında değişirken, ailesi yanında büyüyen çocuklarda %9 ile %11 arasındadır. Kurum bakımında dışa yönelim sorunlarının (%21.4-%41.9) içe yönelim sorunlarına (%6.2-%40.1) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sosyal sorunlar (%5.7-%11.7), düşünce sorunları (%7.2- %18.4) ve dikkat sorunlarının (%7.7-%31.4) da toplum örneğine göre (%1.6-%5.8) anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Çocukların %2.4'ünün ruh sağlığı hizmetinden yararlandığı saptanmıştır (Şimşek ve ark 2008). Karabel'in 2009 yılında uzmanlık tezi kapsamında yaptığı

araştırmada yenidoğan döneminde yoğun bakımda kalmış 57 çocukla, yoğun bakımda kalmamış olan 50 ocuk ayrılık kaygısı bozukluğu açısından karşılaştırmıştır. Araştırmaya, bilinen tıbbi, nörolojik ve psikiyatrik hastalığı olmayan, tekiz ve 6 yaşından büyük çocukları dahil etmiştir. Yoğun bakım ünitesinde, ortalama $14,2\pm 13,4$ gün kalmış olan çocukların, ayrılık kaygısı bozukluğu puanının, kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu grlmştir. Ayrıca yoğun bakımda kalanlarda AKB'nun olması riskinin 3,9 kat daha yüksek olduğu görüldüğü, yoğun bakımda kalma süresi arttıka, AKB'nun puanının da istatistiksel olarak anlamlı oranda arttığı ve yoğun bakımda kalma süresi 20 günden fazla olanlarda AKB olma riski, yoğun bakımda 10 günden az kalanlara göre 8,8 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Goodfriend (1993), çeşitli nedenlerle doğumdan hemen ardından annelerinden ayrılarak, hastanede yoğun bakıma alınan bebeklerde gelişmenin yavaşladığını ya da durduğunu, bu bebeklerin yemek yeme problemleri ve sosyal geri çekilme yaşadıklarını, yüzlerinde sürekli üzüntülü bir ifade taşıdıklarını, davranış sorunlarının olduğunu ve ilerleyen dönemlerde “reaktif bağlanma bozukluğu” tanısını karşılayabildiklerini belirtmiştir. Abou-Khadra'nın (2012) kurum bakımındaki çocukların uyku örüntülerini incelemek amacıyla yaptđı araştırmada, kurum bakımında yaşayan 4-12 yaşları arasındaki 118 çocuğun bakım verenini ile grşmştir. Çocukların uyku alışkanlığı, bakımverenlerin bildirimleri doğrultusunda ocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi ile değerlendirilmiştir. Araştırma sonucuna göre, en sık belirtilen uyku problemlerinin yatağa gitme zamanı direnç gösterme, gündüz uykusu ve gece uyanma ile ilgili olduğu grlmştir. Sonuçlar, kurumda yaşayan bu örneklem grubunda uyku problemlerinin yaygın olduğunu göstermiştir.

İlgili literatür incelendiğinde; bu araştırmadan elde edilen ÇDDÖ alt alanlarına ilişkin tüm bulguların yapılmış olan diğer çalışmalarla tutarlı olduğu görülmektedir. Ancak incelenen çalışmaların genellikle kurumda yaşayan çocuklar üzerine yoğunlaştığı, erken çocukluk döneminde kısa süreli anne yoksunluğunun ocuk ruh sağlığı ve gelişimsel düzeyine etkilerini inceleyen araştırmaların sayısının oldukça az olduğu dikkati çekmektedir. Bu alışma, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde anneden ayrı kalmanın, diğer bir deyişle doğumun ardından yaşamın ilk günlerinde anne yoksunluğu yaşama deneyiminin, yoksunluk kısa süreli olsa da, erken çocukluk dönemi duygusal ve sosyal gelişimi üzerinde olumsuz etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmanın bu yönüyle bebek ruh sağlığı alanına katkıda bulunabileceği dşnlmştir. Yapılan araştırmaların

çoğunda anneden ayrılmanın içeyönelim veya dışayönelim alanlarının bir tanesi üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu araştırmada ise, anne yoksunluğunun hem içeyönelim hem de dışa yönelim; dolayısıyla da toplam problem puanı alanlarının her ikisi üzerinde de etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma bulguları, bu yönüyle de bahsedilen araştırma sonuçlarının tamamını destekler niteliktedir.

4.2 Araştırma ve Kontrol Grubunun Gelişim Düzeyi (AGTE T Puanı) Açısından Karşılaştırılması ve AGTE T Puanını Yordayan Değişkenlerin Belirlenmesi

Erken çocukluk döneminde anne yoksunluğunun çocukların bilişsel, fiziksel, duygusal ve sosyal gelişimi üzerine olumsuz etkilerinin olduğu araştırma sonuçlarıyla ortaya koyulmuştur. Spitz (1945) iyi veya uygun standartta fiziksel bakım gören yetimhanelerde yaşayan çocukların bir müddet sonra, kolayca hastalanabildiklerini ve güçsüzleştiklerini gözlemlemiştir. Spitz, bu tabloyu *zayıflamış bağışıklık tepkisi* olarak adlandırmış ve bu durumu çocukların duygusal yoksunluk yaşamaları sebebiyle olabileceğini ileri sürmüştür. Spitz'in ardından, stresin bedensel gelişim üzerindeki etkisi üzerine yapılan çalışmalar devam etmiştir. *Mahrumiyet küceliği* kavramının ise, duygusal veya psiko-sosyal yoksunluk yaşamış olan çocuklarda görüldüğü belirtilmiştir. Bu çocuklar, oldukça iştahlı, kısa boylu ve cinsel gelişiminde gecikmenin olduğu çocuklardır ve bebekliklerinde uyku ve yeme problemleri görülmüştür (Silver ve Finkelstein 1967). Yenidoğan döneminde anneden ayrılmanın nörobiyolojik değişiklikler üzerine etkisini araştırmak amacıyla kemiriciler ve primatlarla yapılan çalışmalar da erken yaşam deneyimlerinin sonuçlarının deneysel ortamda gösterilebilmesine imkân vermiştir.

1989 yılında Davidson ve Fox'un 10 aylık 13 normal bebekle yaptıkları çalışmada ise, bebeklerin annelerinden ayrı kaldıklarında EEG kayıtları incelenmiş, annelerinden 30 saniye süreyle ayrı kaldığında ağlayan bebeklerde ağlamayan bebeklere oranla daha yüksek sağ frontal etkinlik görülmüştür. Dent ve arkadaşlarının (2000) yaptığı bir çalışmada, anneden ayrılmanın 10. ve 18. günlerinde yenidoğanın plazma kortikosteron düzeylerinin anlamlı olarak arttığını, anneden ayrılmanın 12. gününde plazma Adrenokortikotropik Hormon'un yüksek olduğunu bulmuşlardır.

2000 yılında Caldji ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada doğumdan sonra 2-14. günlerde 180 dakika süreyle annelerinden ayrılan sıçanlarda median eminens, portal kan ve beyin-omurilik sıvısında Kortikotropin Salgılatan Faktör (CRF) artışı, hipotalamusun paraventricüler nükleusunda da CRF mRNA'sında artış olduğu saptanmıştır. Bu sıçanlarda tatlı solüsyon tüketiminin azaldığı (*anhedoni*), yeni çevreye uyumun bozulduğu, akustik uyarana irritabilite yanıtının olduğu gözlenmiştir. Aynı çalışmada ayrılma sonrasında rafe çekirdeğindeki serotonerjik nöronların tutuşma hızında azalma, 5-hidroksitriptamin (5-HT) ve 5-HT1A reseptörlerinde kalıcı değişiklikler olduğu saptanmıştır.

İlgili literatür incelendiğinde araştırma sonuçları, anne yoksunluğunun çocukların fiziksel ve bilişsel gelişimi üzerinde etkilerini ortaya koyduğu görülmektedir.

Yıldırım (1985)'in çalışması anne yoksunluğunun 2-3 yaş çocuklarının gelişim düzeyleri üzerinde olumsuz etkisi olduğunu ortaya koyan, ülkemizde yapılan çalışmalar arasında bulunmaktadır. Karacan'ın 1998 yılında yaptığı çalışmada ise anne-bebek etkileşiminin dil gelişimi üzerine etkileri incelenmiştir. 30 kız, 41 erkek toplam 71 bebeği, anne-bebek etkileşimi ve dil gelişimi yönünden bir yıl boyunca izlenmiş ve 2, 4, 6, 9 ve 12. aylarda olmak üzere beş zamanda değerlendirilmiştir. Her değerlendirme aşamasında, anne-bebek etkileşimi ve bebeğin dil gelişimi ile ilgili bilgiler, araştırmacı ve danışmanlar tarafından hazırlanan "Anne- Bebek Etkileşim Değerlendirme Formu" ve "Dil Gelişimi Değerlendirme Formu" nun anneler tarafından yinelenerek doldurulması yolu ile alınmıştır. Araştırmanın başında ve sonunda annelerin duygu durum değerlendirmeleri yapılmıştır. Anne-bebek etkileşimi ve dil gelişimine yönelik bulgular, her aşamada birbirleri ile karşılaştırılmış ve aralarındaki ilişkiye bakılmıştır. Ayrıca, her aşamaya ait dil gelişimi bulguları, ilk görüşme sırasında alınmış olan sosyodemografik bilgiler, cinsiyet, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasına ait özellikler ile de karşılaştırılmıştır. Son değerlendirme sırasında bebeklerin ilk çıkardıkları kelimeler belirlenmiş ve yürüme durumları kaydedilmiş ve dil ile motor gelişimin karşılaştırması yapılmıştır. İlk bir yıldaki anne-bebek etkileşiminin dil gelişimi üzerine etkisi ve ilk bir yıldaki dil gelişim basamakları belirlenmiştir. Araştırma sonuçları, 2. ayda dil yönünden önde olan bebeklerin 12. ayda da önde oldukları ve annenin bebekle kurduğu sözel iletişimin, anne-bebek ve

çevre bebek etkileşiminin, bebeğe verilen sözel uyaran miktarının, özellikle 2. ayda olmak üzere, bebeğin dil gelişimi ile ilişkili olduğu yönünde bulunmuştur.

İgili literatür bulgularından yola çıkarak, bu çalışmada, araştırma ve kontrol grubu AGTE T puanı açısından karşılaştırılmış, her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmuş ancak, yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda, bu farklılığın, “anne yoksunluğu” değişkeninden değil, “cinsiyet” ve “anne baba akrabalığı” değişkenlerinden kaynaklandığı belirlenmiştir. Diğer bir deyişle, AGTE T puanının yordayıcısı, cinsiyet ve anne-baba akrabalığı değişkenleri olmuştur. Çalışmanın başlangıç hipotezleri arasında, anne yoksunluğunun çocukların gelişim düzeyi üzerinde olumsuz etkisi olabileceği bulunmaktadır, çalışma sonuçları, bu hipotezi destekler nitelikte bulunmamıştır. Bu durumun, araştırma ve kontrol grupları arasında kız-erkek dağılımında bir farklılık bulunmamasına rağmen, grup içi kız çocuk sayısının erkek çocuklardan fazla olmasından ve anne-baba akrabalığı olan çocukların araştırma grubunda bulunmasından kaynaklanmış olabileceği; bu durumun da araştırmamızda sınırlılık yaratmış olabileceği düşünülmüştür. Bu sınırlılıklar engellenerek, daha geniş bir örneklem grubuyla yapılan değerlendirmede, belirtilen hipotezi destekler nitelikte sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir.

4.3. Yoğun Bakımda Kalma ve Anneye Temas Etme Süresinin AGTE T Puanı ve ÇDDÖ Toplam Puanı ile İlişkisi

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, yoğun bakımda kalma süresi ile AGTE T puanı arasında, orta düzeyde bir korelasyon oranının ($r = 0,39$) olduğu belirlenirken, aynı değişkenin ÇDDÖ toplam puanı ile yüksek düzeyde bir korelasyon oranının ($r = 0,75$) bulunduğu saptanmıştır. Bu durum çalışmanın başlangıç hipotezleri doğrultusunda; beklenen bir durumdur. Ancak, araştırma grubundaki çocukların yoğun bakımda kalma sürelerinin gruplandırılmasına göre (1-4 gün arası, 5-9 gün arası, 10 gün ve üzeri) yapılan bir diğer istatistik analizi sonucunda, gruplar arasında AGTE T puanı ve ÇDDÖ toplam puan açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu sonuç, araştırmamızın başlangıç hipotezlerinden biri olan; yoğun bakımda kalma süresinin arttıkça AGTE T puanının azalacağı, ÇDDÖ toplam puanının da artacağı hipoteziyle örtüşmemiştir. Öte yandan, yoğun bakımda anne teması ile AGTE T puanı arasında ve ÇDDÖ toplam puanı arasında süresinin gruplanarak yapıldığı istatistiksel değerlendirme sonucunda da AGTE T puanı ve ÇDDÖ toplam puan açısından gruplar arası anlamlı bir fark bulunmamıştır.

İlgili literatür incelendiğinde bazı bilim insanlarınca önce sürülen insan yavrusu için de bir *hassas devre* nin bulunduğu hipotezini benimseyen Klaus ve Kennell'in doğumun ardından ten temasında bulunmanın anne ve bebek üzerinde etkisini inceleyen araştırmaları dikkati çekmektedir. Klaus ve Kennell (1976) yaptıkları araştırmada, doğumdan hemen sonra 6 veya 12 saat sonra görmüş, onları hastane bakım odalarında düzenli aralıklarla; 4 saatte bir beslemiş, gelişigüzel yöntemle seçilmiş 14 anne ile, bebekleriyle her gün fazladan 5 saat birlikte olmuş, onlarla daha fazla temas edebilmiş, sarılmış anne ve bebeklerini karşılaştırılmıştır. Bir ay sonunda, bebekleriyle daha fazla ten temasında bulunan annelerin bebeklerine fiziksel olarak daha yakın durdukları, çocuklarına daha az temas eden annelere oranla daha yatıştırıcı oldukları ve bir yılın sonunda daha kucaklayıcı oldukları görülmüştür. Yapılan değerlendirmeler sonucunda bu annelerin çocuklarının da fiziksel ve zihinsel gelişim puanlarının, çocuklarına daha az temas eden annelerin çocuklarının puanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. De Chateau ve Wiberg'in (1977) araştırmasında ise, ilk çocuklarını dünyaya getirmiş olan, doğumu takip eden ilk bir saatte bebeklerini 15-20 dakika emzirmiş ve tensesel temas kurmuş ve kurmamış anneler ve bebeklerini 36 saat gözlemlenmişlerdir. Bu gözlemler sonucunda, doğumun ardından uzatılmış ten temasını gerçekleştiren temas grubu annelerinin bebekleriyle daha fazla fiziksel temas halinde oldukları, daha çok öptükleri, kucakladıkları ve diğer gruptaki annelere oranla iki-üç defa daha ve daha uzun süre emzirdikleri görülmüştür. Bu araştırmayı takiben aynı anne-bebekleri serbest oyun saatinde yaptıkları 3 aylık izlem çalışması kapsamında gözlemlemiş ve annelerle görüşme yapmışlardır. Bebekleriyle daha fazla temas eden gruptaki annelerin, bebeklerinin yüzlerine diğer gruba nazaran daha uzun süre baktıkları ve onları daha çok öptükleri görülmüştür. Bu annelerin bebeklerininse daha çok güldüğü ve daha az ağladığı gözlenmiştir.

İlgili alanyazın ışığında belirlenen hipotez doğrultusunda araştırma grubunun anne yoksunluğu ve fiziksel temas süresine ilişkin gruplamalar yapılmış ve bu gruplar arasında ÇDDÖ toplam puan ve AGTE T puanı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Yapılan diğer çalışmalarda anne yoksunluğun etkisi, annenin fiziksel temas ve yoksunluk süresi bağlamında açıklanmıştır. Bu çalışmada, araştırma ve kontrol grupları ÇDDÖ toplam problem puanları arasında anlamlı fark bulunurken; anne yoksunluğu yaşayan grubun annenin fiziksel teması ve yoksunluk süresine göre yapılan gruplamalar arasında ÇDDÖ toplam problem puanı ve AGTE T puanı arasında fark bulunmaması bulgusu; doğumun

ardından yaşanan anne yoksunluğunun; yoksunluk süresinden bağımsız olarak değerlendirilerek, yoksunluğun duygusal ve psiko-sosyal yönüne odaklanmanın önemli olduğunu göstermiştir.

Sonuç olarak, tartışmanın başında da belirtildiği gibi yapılan çalışmaların büyük bölümü uzun süreli anne yoksunluğuna ilişkin olsa da, bu çalışma kısa süreli anne yoksunluğunun da çocuklar üzerinde olumsuz etkilerle sonuçlandığı ortaya koyan çalışmalar arasında yer alacak sonuçlara ulaşmıştır. Annenin fiziksel temas ve yoksunluk süresinin çocuk ruh sağlığı ve gelişim düzeyi üzerinde etkili olacağı, bu çalışmanın başlangıç hipotezleri arasında bulunmaktadır. Ancak araştırma ve kontrol grupları arasında ÇDDÖ'nün tüm alanlarından alınan puan ortalamaları arasında belirgin bir fark varken, araştırma grubunda yoğun bakım ve fiziksel temas süresine göre yapılan gruplar arası değerlendirmede aynı ölçeğin puanlarına ilişkin anlamlı bir farkın bulunmaması, anne yoksunluğunun süreden bağımsız olarak değerlendirilerek, temel olarak “anne yoksunluğu yaşama deneyiminin” etkisine odaklanma gerekliliğini ortaya koymuştur.

4.4. Erken Çocukluk Dönemi Sosyal, Duygusal, Davranışsal Sorunları Üzerine Etki Eden Değişkenler

Ciddi tıbbi hastalıklar, prematürite, ailenin eğitim, gelir düzeyi ve etnik kökeni gibi etkenlerin de içinde yer aldığı doğum sonrası aile ortamı, çocuğun mizaç özellikleri, bebek ile bakım veren arası bağlanma örüntüsü, ebeveynlerdeki psikopatoloji (özellikle anne depresyonu ve madde kullanımı), evlilik çatışmaları, ebeveynin çok küçük yaşta olması ve aile içi şiddet çeşitli açılardan çocuğu etkileyebilmektedir (Zeanah ve ark 1997). Türkiye'nin Erken Çocukluk Dönemi (1-3 Yaş) Ruh Sağlığı Profili'nin Belirlenmesi Projesi'nde 0-4 yaş arası çocuklar için stres faktörleri:

- 1) Çocuğa bakım veren kişideki zorluklar (Kardeş doğumu, ihmal, bakım verilen çevrede değişiklik, evlat edinilme, koruyucu aile yanında kalma, kurum bakımında olma, anne-babanın tıbbi hastalığı veya ölümü, ebeveyn olmayan bir yakının ölümü, aile içi şiddet, duygusal örselenme, evlilikle ilgili geçimsizlik, anne-babanın tıbbi rahatsızlığı, ihmal, evde yeni bir erişkin olması, anne-babanın boşanması veya çocuktan ayrılması)

- 2) Sosyal çevredeki zorluklar (Kültür çatışması, ayrımcılık, ailenin sosyal desteğinin yetersiz olması, tek ebeveynli ailenin olması)
- 3) Eğitim/çocuk bakımı ile ilgili zorluklar (Ev dışında 9 saatten uzun süren bakım, çok sayıda bakıcı değiştirme, anne-baba eğitim düzeyinin düşük olması veya okur-yazar olmaması, okul öncesi ortamın niteliklerinin yetersizliği),
- 4) Barınma ile ilgili zorluklar (Evsizlik, evden ayrılma, çok sayıda taşınma, ısı- elektrik-su sağlamada sorunlar, güvensiz veya kalabalık ortamda bulunma)
- 5) Ekonomik zorluklar (Güvensiz ve sağlıksız yiyecek, çok fazla borç, yoksulluk),
- 6) İşle ilgili zorluklar (Anne babanın işinin tehlikeli olması veya zorlayıcı olması, ebeveynin işsiz olması)
- 7) Sağlık/Bakıma Ulaşmada Zorluklar (Yaşanılan bölgede yetersiz sağlık hizmetleri, sağlık güvencesinin yetersiz olması ya da olmaması)
- 8) Çocuğun sağlığı (Çocuğun hastaneye yatması, çocuğun tıbbi hastalığının olması, çocuğun yaralanması veya kaza geçirmesi, çocuğa uygulanan tıbbi girişimler)
- 9) Yasal/kanuna karşı haklarda karşılaşılan zorluklar (Çocuğun cinayete tanık olması, anne-babanın boşanması sırasında çocuk velayeti ile ilgili anlaşmazlıklar, göçmen olmak, anne-babanın tutuklanması)
- 10) Diğerleri (Kaçırılma, çocuğun şiddete tanık olması, salgınlar, doğal afet, savaş/terör) şeklinde belirtilmiştir (Karabekiroğlu ve ark 2009).

Bu araştırmada, literatür bilgisi ışığında hazırlanan “Çocuk ve Aile Bilgi Formu”nda bulunan sorularla erken çocukluk döneminde çocuğu etkileyebileceği bilinen değişkenlerin çoğuna ilişkin bilgi edinilmiştir.

Yapılan analiz sonucunda araştırma bulguları arasında bulunan “grup tipi”(araştırma-kontrol) değişkeninin ÇDDÖ Toplam problem puanına ilişkin toplam varyansın %50.8’ini açıkladığı, yakın kaybı değişkeni ile birlikte ise toplam varyansın 53.2’sini açıkladığı yönündedir. Analizde cinsiyet, çocuğun kronik hastalığı, annenin psikiyatrik öyküsü, doğum ağırlığı ve anne-baba akrabalığı değişkenlerinin tamamı dışlanmıştır.

Çalışmanın bu sonucu, anne yoksunluğunun, çocukları 24- 47 ay yaş döneminde sosyal, duygusal ve davranışsal açıdan etkilediğini açıkça ortaya koymuş ve araştırma grubunun ÇDDÖ toplam puan, içe yönelim ve dışa yönelim puanlarının kontrol gurubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek oluşunu destekler nitelikte bir bulgu olmuştur.

Araştırmalarda, örneklem grubuna araştırmacının her hangi bir yönlendirmesi olmaksızın üzerinde araştırma yapılan alanla ilgili sorun yaşayan kişiler katılabilir. Bu durum, da araştırmanın istenen yönde sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir. Bu, bazı araştırmalarının doğası gereği meydana gelen bir durum olarak ortaya çıkabilir. Bu araştırmada, her iki grup arasında özellikle ÇDDÖ toplam problem puan farkının belirgin ölçüde farklı çıkması bu türden bir durumun sonucu olabileceğini düşündürebilir ancak araştırmadan elde edilen bulguların neredeyse tamamı, bu alanda yapılan daha önceki araştırma sonuçlarının neredeyse tamamına paralel niteliktedir. İlgili alan yazın ışığında belirlenen başlangıç hipotezlerinin çoğu araştırma bulgularınca desteklenmiş, araştırma bulgularının alan yazın ışığında da beklenen bir sonuç olduğunu ortaya koymuştur. Bu bakış açısı, istatistiksel farkın bu türden bir sınırlılıktan kaynaklanmış olabileceği düşüncesinden uzaklaşmamızı sağlamıştır.

5. SONUÇ

Bu araştırma, doğumu takiben yaşanan kısa süreli anne yoksunluğunun çocuğun sosyal, duygusal ve davranışsal gelişimini olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Aynı zamanda, araştırma bulguları, anne yoksunluğunun yanı sıra; ebeveynleri dışında bir yakın kaybı yaşamalarının da çocukların sosyal, duygusal ve davranışsal gelişimini olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir.

İlgili alanyazın incelendiğinde, anne yoksunluğunun çocuklar üzerindeki etkilerine ilişkin yapılan çalışmaların büyük bölümünün kurumlarda yaşayan çocuklarla ve uzun süreli yoksunluğa ilişkin yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmada, doğumu takiben yaşanan kısa süreli anne yoksunluğu deneyiminin, çocuk ruh sağlığı açısından uzun süreli anne yoksunluğu kadar önemli olduğu görülmüştür.

Yaşamları boyunca çevre şartlarına uyum sağlamaya çalışan insanlar sosyal süreçler ile çevre ile ilişki içinde olmuşlardır. Evrimsel süreçte bağlanma ve bağ kurma yoluyla insanlar sosyalleşme davranışlarını geliştirmişlerdir. Annesi tarafından bakım görmeyen, sıcak tutulmayan, engellenip ceza almayan ve yakınlık görmeyen yavruların oluşturduğu nesiller sosyalleşmemektedir (Yörükkan, 2011). Bu bağlamda özellikle Harlow ve arkadaşlarının yaptıkları kontrollü çalışmalar, bebeklik döneminde tecrite maruz kalan maymun yavrularının yetişkinliklerinde ebeveyn davranışı sergileyemediğini ve sosyal uyum sağlamakta güçlük çektiklerini oraya koyan çalışmalar arasında önemli bir yer tutmaktadır (Hogg ve Vaughan 2008).

Doğumu takiben, anne ve bebeğin bir arada kalmalarının, etkileşimlerini desteklemenin önemini belirtmek gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Özellikle yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde anne-bebek etkileşimi olumsuz yönde etkilenmekte ve bozulmaktadır. Bu amaçla, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin, yoğun bakımda yatan bebeklerin fiziksel takibinin yapılmasının yanı sıra, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarının da karşılandığı şekilde düzenlenmesi gerekliliği öne çıkmaktadır. Doğum sonrasında yenidoğan ünitelerinde anne-bebek yakınlaşmasını sağlayan ve etkileşimini destekleyen anne ile oda paylaşımı, ten-tene temas (kanguru bakımı), göz-göze temas ve emzirme unsurlarının yanı sıra, anne-bebek arasındaki duygusal paylaşımın ve anne-bebek bağlanma sürecinin desteklenmesinin önemi ile ilgili tıbbi personel bilgilendirilmelidir.

Bu bağlamda, yaşamın erken döneminde anne yoksunluğunun görüldüğü kurum ve yenidoğan yoğun bakım üniteleri çalışanlarına yönelik eğitim programlarının hazırlanmasının yanı sıra, risk altında bulunduğu düşünülen çocuklara yönelik koruyucu ruh sağlığı projelerinin geliştirilmesi ileriye yönelik çalışma önerileri olarak sıralanabilir.

Cynthia ve arkadaşları (1993) bağlanma ilişkisinin en erken dönemde, doğumdan sonraki saatlerde ve günlerde oluştuğunu belirtmektedirler. Mac Farlane ve arkadaşları (1978) 97 anneye, “yavrunuza ilk sevgiyi ne zaman hissettiniz?” sorusunu sormuş ve annelerin verdiği yanıtları değerlendirmişlerdir. Olguların % 41’i hamilelik süresince, %24’ü doğumda, % 27’si ilk hafta içinde, % 8’i ise ilk haftadan sonra sevgiyi hissedip bağlandıklarını ifade etmişlerdir, Bu bilgiler, anne-bebek ilişkisinin sadece bebek açısından değil, anne açısından da incelenmesi gerekliliğini düşündürmüştür. Bu araştırmada, ulaşılan bilgiler, uygulayıcının klinik gözleminin yanı sıra, annelerin bildirim yoluyla edinilmiştir. Annelerin bildirimleri, çocuk davranışlarını ölçtüğü kadar, ebeveyn yanıtlarını da içermektedir. Böyle bir durumda, anne-bebek ilişkisi, anne açısından da yorumlanabilmelidir. Bu çalışmada anne yoksunluğunun etkileri bir yönüyle; çocuk açısından değerlendirilmiş, annenin bağlanma örüntüsüne ilişkin bir değerlendirme yapılmamıştır. Gelecek araştırmalarda, yenidoğan döneminde yaşanan kısa-süreli anne yoksunluğu deneyiminin, çocuk ruh sağlığı ve gelişiminin yanı sıra annenin bağlanma süreci açısından da araştırılarak anne-bebek ilişkisinin iki yönlü değerlendirilmesinin alanyazına önemli katkıda bulunabileceği düşünülmüştür. Bunun yanı sıra, bu çalışmada araştırma ve kontrol grubu birçok değişkenin dağılımı açısından eşitlenmeye çalışılmış ancak değişkenlerin çok sayıda olması ve örneklem sayısının geniş olmaması nedeniyle tüm değişkenler açısından eşitlik sağlanamamıştır. Bu sınırlılığın önüne geçilerek yapılacak olan çalışmaların alanyazına önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

ÖZET

Dursun G. Yenidoğan Dönemindeki Kısa Süreli Annelik Yoksunluğunun 2-3 Yaş Arası Çocukların Ruh Sağlığı ve Gelişimi Üzerine Etkisi

Çalışmada, yenidoğan döneminde kısa süreli anne yoksunluğu yaşıyan ve yaşamayan çocukların gelişim düzeyi ile sosyal, duygusal ve davranışsal problemlerinin karşılaştırmalı şekilde incelenmesi ve erken çocukluk döneminde anne-bebek ilişkisini etkileyen değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, araştırmaya katılmayı kabul eden 75 çocuğa Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği 1,5-5 Yaş Formu (ÇDDÖ-1,5/5) ve annelerin bildiriminin yanı sıra klinisyen değerlendirmesini de gerektiren Ankara Gelişim Tarama Envanteri uygulanmıştır. Ayrıca annelere Çocuk ve Aile Bilgi Formu doldurularak aile ve çocuğa ilişkin bilgilere ulaşılmıştır. Yaşları ortalama $35,05 \pm 5,92$ (24-47) ay olan, doğumun ardından yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalmış 40 çocuk araştırma grubunu, $34,31 \pm 7,07$ (24-47) ay olan yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalmamış olan 35 çocuk da kontrol grubunu oluşturmuştur. Çalışmada, araştırma grubunun ÇDDÖ toplam problem puanlarının yanı sıra içe yönelim (duygusal tepkisellik, kaygılı/çökkün, somatik şikayetler ve içe çekilme alt alanları), dışa yönelim (dikkat sorunları ve saldırgan davranışlar), uyku sorunları ve diğer sorunlar alt alanlarından aldıkları puanların da kontrol grubuna oranla daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Ayrıca, çalışmada, araştırma ve kontrol grupları ÇDDÖ'nün DSM-IV'e göre tanı sınıflamaları yapabilmeyi sağlayan alt alanları açısından da karşılaştırılmış ve araştırma grubunu oluşturan çocukların duygudurum sorunları, yaygın gelişimsel sorunlar, kaygı, dikkat eksikliği/hiperaktivite sorunları, karşıt olma-karşı gelme sorunları alanlarının tümünde, kontrol grubundan daha yüksek puanlar aldığı ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Yapılan gelişim değerlendirmesinde, araştırma grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunsa da, bu farklılığın cinsiyet ve anne-baba akrabalığı değerşkenlerinden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: kısa süreli anne yoksunluğu, bebek ruh sağlığı, erken çocukluk dönemi ruh sağlığı, erken çocukluk dönemi gelişimi, yenidoğan yoğun bakım ünitesi

SUMMARY

Dursun G. The Effect of Short-term Maternal Deprivation During Neonatal Period on Toddlers' Mental Health and Development

The aim of this study is to investigate the effects of short-term maternal deprivation during neonatal period on the level of development, as well as social, emotional and behavioral problems of infants, and to identify the variables that affect mother-child relationship at the early stages of childhood. The study was conducted on 75 subjects, which were assessed using Child Behavior Checklist – ages 1.5 to 5 (CBC-1,5/5), as well as Ankara Development Scanning Inventory, which requires clinical assessment in addition to self-report from the mother. Information about the families and the children was gathered by having the mothers fill out a “Child and Family Information Form”. The study compared a group of 40 children of average age 35.5 ± 5.92 months, which were admitted to neonatal intensive care unit, with a control group of 35 children of average age 34.31 ± 7.07 months, which were not admitted to intensive care. The results of the study has indicated that the subjects in the research group had higher total problem scores in CBCL as well as in other subcategories including Internalizing (Emotionally Reactive, Anxious Depressed, Somatic Complaints, Withdrawn), Externalizing (Attention Problems, Aggressive Behavior), Sleep Problems and Other Problems, compared to the control group. Moreover, the two groups were compared based on subcategories of CBCL that allows for DSM IV based classification and it was identified that the research group had higher scores in each of Affective Problems, Anxiety Problems, Pervasive Development Problems, Attention Deficit/Hyperactivity Problems, Oppositional Defiant Problems categories compared to the control group, with a significant difference between the groups. Although the developmental analysis suggests a significant statistical difference between the experimental and control groups, it was identified that this difference can be attributed to variables of sex and consanguineous marriage.

Keywords: Short-term maternal deprivation, infant mental health, early childhood mental health, early childhood development, neonatal intensive care unit.

KAYNAKLAR

Abou-Khadra MK. Sleep of children living in institutional care facilities. *Sleep Breath* 2012; 16(3):887-94 Date of Electronic Publication: 2011 Sep 14.

Achenbach, T M, Rescorla L. A manual for the ASEBA preschool forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry; 2000.

Akman I, Kuşcu K, Ozdemir N, Yurdakul Z, Solakoglu M, Orhan L, Karabekiroglu A, Ozek E. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic, *Arch Disturbances Child*. May;91(5): 417-9. Epub, Feb 1.

Altıntaş İ. Ayrılma anksiyetesi tanısı alan çocukların ebeveynlerinin mizaç ve karakter özellikleri. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, Türkiye. 2009.

Altuhul, S. Konya çocuk yuvasındaki 0-12 yas çocuklarının gelişim özellikleri ve ana yoksunluğunun çocuk gelişimine etkileri açısından koruyucu aile bakımı ve aile çocuklarının kurum bakımı ile karşılaştırmalı incelenmesi. Yüksek lisans tezi (basılmamış). Selçuk Üniversitesi, Türkiye. 1991.

Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride hastalıkların tanımlandırılması ve sınıflandırılması elkitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). In: Köroğlu E. (Eds). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2000.

Arık Aİ. Motivasyon ve heyecana giriş. Çantay Kitabevi; 1996.

Atkinson J, Braddick O. visual attention in the first years: typical development and developmental disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2012, 54: 589–595

Baker BM, Blackwell PB. Identification and remediation of pediatric fluency and voice disorders. *Journal of Pediatric Health Care* 2004;18(2): 87-94.

Başaran F. Psiko-sosyal gelişim (2-11 Yaş Çocukları Üzerinde Yapılan Bir Araştırma), Ankara: Kalite Matbaası; 1998. s: 17.

Bee H, Boyd D. The developing child. New York: Pearson Education; 2009.

- Bergan JR., Dunn JA. Psychology and education. John Wiley and Sons Inc; 1976
- Bolat N. Bebeklik döneminde tam görme kaybı gelişen ergenlerde ruhsal değerlendirme. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye, 2008.
- Bowlby J. A Secure base: clinical applications of attachment theory. London: Routledge; 1988.
- Bowlby J. Maternal Care and Mental Health, Bulletin of the World Health Organization 1951;3: 355-534
- Bracken AB. The psychoeducational assesment of pre-school children. New York ; London : Routledge; 2011.
- Bretherton, I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Developmental Psychology. 1992;28: 759-775.
- Caldji C, Francis D, Sharma S, Plotsky PM, Meaney MJ. The effects of early rearing environment on the development of GABAA and central benzodiazepine receptor levels and novelty-induced fearfulness in the rat. Neuropsychopharmacology 2000; 22(3): 219-29.
- Cheng K, Myers KM. Child and adolescent psychiatry (1st ed.). ABD: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- Cole MP, Martin ES, Dennis AT. Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. Child Development 2004;75(2): 317-333.
- Cynthia A, Stifter CA, Coulchan CM. (1993) Linking employment to attachment: the mediating effects of maternal separation anxiety and interactive behavior. Child Development 1993;64(5):1451-1460.
- Çıtak A. Acil Pediatri: Uyku bozukluğu. In: Ekşi A. (Eds). Ben hasta değilim: çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü. Nobel Tıp Kitabevleri; 1999, s: 517-519.

Çıtak A. Çocukluk döneminde uyum ve davranış sorunları: beslenme sorunları. In: Ekşi A. (Eds) Ben hasta değilim: çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü. Nobel Tıp Kitabevleri; 1999, s: 98-105.

Davidson RJ, Fox NA. Frontal brain asymmetry predicts infants' response to maternal separation. *Journal of Abnormal Psychology* 1989;98(2):127-31.

De Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour post-partum: I. first observation at 36 hours. *Acta Paediatrica Scandinavia* 1977;66:137-144.

De Chateau, P, Wiberg, B. Long-term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour post-partum. II. A follow-up at three months. *Acta Paediatrica Scandinavia* 1977;66:2 s. 145-151.

DeGangi G. Pediatric disorders of regulation in affect and behavior: A therapist's guide to assessment and treatment. San Diego, CA: Academic Press; 2000.

Demos V. (1986) Crying in early infancy: an illustration of the motivational function of affect. In: Brazelton BT, Yogman, MW. (Eds), (1986). *Affective development in infancy*. Westport, CT, US: Ablex Publishing; 1986.

Dent GW, Okimoto DK, Smith MA, Levine S. (2000). Stress-induced alterations in corticotropinreleasing hormone and vasopressin gene expression in the paraventricular nucleus during ontogeny. *Neuroendocrinology* 2000;71(6):333-42.

Dereboy F. Şizofreniye İlişkin Psikanalitik Yaklaşımlar, Şizofreni Dizisi 2000;1:11-19

DeSantis A, Coster W, Bigsby R, Lester B. Colic and fussing in infancy, and sensory processing at 3 to 8 years of age. *Infant Mental Health Journal* Volume 2004; 25 (6): 522–539

Dilek, Ö. Winnicott, D.W.(1945) Pediatriden Psikanalize, İnsan Doğasından Psikanalitik Keşiflere, *Psikanaliz Yazıları* 2010;23:37-38.

Dorothy, E. *Learning Early*. New York: Checkmark Books; 1999.

Dunn HG. Importance of rett syndrome in child neurology, review article. Brain Development 2001; 23:38-43.

Eckerman CO, Davis CC, Didow SM. Toddlers' emerging ways of achieving social coordinations with a peer. Child Development 1989;60:440-453.

Eder R., Mangelsdorf S. (1997) The emotional basis of early personality development: implications for the self concept,. In: Hogan R, Briggs S. (Eds). Handbook of Personality Psychology. Orlando, FL: Academic Press; 1997:209-240.

Ekşi A. (Eds). Ben hasta değilim: çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 1999:17-271.

Ellaway CJ, Williams K, Leonard H, Higgins G, Wilcken B, Christodoulou J. rett syndrome: randomised controlled trial of L-carnitine. Journal of Child Neurology 1999;14:162-167.

Ercan SE, Aydın C. Çocuk ve Adolesanda Ruhsal Bozukluklar. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Ekşi A. (Eds) Ben Hasta Değilim: Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. Nobel Tıp Kitabevleri; 1999, s: 270-284.

Erermiş ve ark. (2009) Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Olan Okul Öncesi Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Mizaç Özellikleri, Türk Psikiyatri Dergisi 20(1): 14-21).

Field TM, Woodson RW, Greenberg R, Cohen C. Discrimination and imitation of facial expressions by neonates. Science 1982; 218:179-181.

Field TM., Cohen D, Garcia R, Collins R. Discrimination and imitation of facial expressions by term and preterm neonates. Infant Behavior and Development 1983;6:485-489.

Gander JM, Gardiner WH. Çocuk ve ergen gelişimi. In: Onur B. (Eds). İmge Kitabevi; 2004, s:127-128.

Geçtan E. Psikanaliz ve Sonrası, İstanbul: Metis Yayınları; 2002, s:33.

Goodfriend MS. Treatment of attachment disorder of infancy in a neonatal intensive care unit. Pediatrics 1993;91(1):139-42.

Göktürk Ü. Beslenme Bozuklukları. In: Polvan Ö. (Eds). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi. Nobel Kitabevleri; 2001, s:143-151.

Göktürk Ü. Uyku Bozuklukları. In: Polvan Ö. (Eds). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi. Nobel Kitabevleri; 200, s: 163-169.

Groome LJ, Swiber MJ, Bentz LS, Holland SB, Atterbury JL (1995) Maternal anxiety during pregnancy: effect on fetal behavior at 38 to 40 weeks of gestation. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics 1995;16(6): 391-396.

Grossmann, T. The development of emotion perception in face and voice during infancy. Restorative Neurology and Neuroscience 2010; 28:219–236

Güvender N. Bebeklik veya küçük çocukluk döneminin tepkisel bağlanma bozukluğu. Yeni Symposium 2005;43(1): 20-23.

Habip B. Manik-Depresif Psikozlar ve Nesneyle Kurulan İlk İlişkiler. İstanbul: 2009. www.psikesistanbul.org

Harlow FH, Suomi VS, Nature of love-simplified. American Psychologist 1970; 13, s:161.

Harter S. The construction of the self: A developmental perspective. New York: Guilford Publications; 1999.

Hazan C, Shaver PR. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. Psychological Inquiry 1994;1:1-22

Hazan C, Shaver PR. Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of Personality and Social Psychology 1987;52:511-524.

Hess HE. The natural history of Imprinting. Annals of The New York Academy of Sciences 1972;193: 124-136.

Hogg MA, Vaughan GM. Social Psychology (5th Edition). UK: Pearson Education; 2008, p.531-533.

Homan JK, Mellon WM, Houlihan D, Katusic ZM. Brief report: childhood disintegrative disorder: a brief examination of eight case studies. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2011; 41: 497-504.

Kanner, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943;2: 217-250.

Karabekiroğlu, K. Anne babalar için bebek ruh sağlığı rehberi. Say Yayınları; 2009, s: 172-241.

Karabel M. Yenidoğan döneminde yoğun bakımda kalan çocuklarda ayrılık kaygısı bozukluğunun incelenmesi. Uzmanlık Tezi. Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, 2009.

Karacan E. Çocuklarda kekemelik ve diğer iletişim bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 2000; 4, s.18-21.

Karacan E. Yasamın ilk bir yılında anne-bebek etkileşimi ve bebeklerde dil gelişimi. Uzmanlık tezi (basılmamış). Gazi Üniversitesi , Ankara, Türkiye, 1998.

Karbasi AS, Fallah R, Golestan M. The prevalence of speech disorder in primary school students in yazd-iran. *Acta Medica Iranica*, 2011; 49(1): 33-37.

Karen, R. *Becoming attached*. New York, Oxford University Press; 1998. s: 6-107.

Kılıç GB. Yönetici işlevler ve dikkat süreçlerine ilişkin kuramsal modeller ve nöroanatomi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2005;5:105-110.

Kinsbourne M. Mental retardation. *Principles of child neurology.*, Berg BO. (Eds). International edition. New York: Mc Graw Hill Company; 1996. p. 371-381.

Klaus MH, Kennell JH. *Maternal-Infant Bonding*, St. Louis: Mosby; 1976.

Klein M. A contribution to the psychogenesis of manic- depressive states. *International Journal of Psychoanalysis* 1935;16: 145-74.

Kliegman MR, Behrman ER. Nelson (Eds) *Essentials of Pediatrics*. 3rd Revised edition. W B Saunders Co; 1998.

Kopp C. Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology* 1982; 18:199–214.

Lewis M. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 2. Edition. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Lewis M. *Clinical aspects of child development*. 2. Edition. USA: Lea & Febiger; 1982.

Lickliter R, Bahrick LE, Honeycutt H. Intersensory redundancy facilitates prenatal perceptual learning in bobwhite quail (*colinus virginianus*) embryos. *Developmental Psychology* 2002;38(1):15-23.

Lucassen P L B J, Assendelft WJJ, Gubbels W, Van Ejjik JTM, Van Geldrop WJ, Neven Knuistingh A. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review *BMJ* 1998; 316 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.316.7144.1563> (Published 23 May 1998) .

Malatesta CZ, Haviland JM. Learning display rules: the socialization of emotion expression in infancy. *Child Development* 1982;53: 1001-1003.

Mesiç BK. Thesis Submitted to The Institute of Social Sciences in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree of Bogaziçi University, İstanbul, 2000.

Morris C, Maisto AA. *Understanding Psychology*. Prentice Hall Publishing; 2009.

Moses JL, Baldwin AD, Rosicky GJ, Tidball G. Evidence for referential understanding in the emotion domain at twelve and eighteen months. *Child Development* 2001; 72 (3):718-735.

Mukaddes MN. Yaygın gelişimsel bozukluklar. Polvan Ö. (Eds) *Çocuk ve ergen psikiyatrisi*; 2001. p. 59-61.

O' Shaughnessy E. The absent object. *Journal of Child Psychotherapy* 1964;1:34-43.

Oktay A. Yaşamın sihirli yılları: okul öncesi dönem., İstanbul: Epsilon Yayıncılık; 2004, s.109-111.

Özmen B. Annesiz veya babasız büyüyen beş-sekiz yaş çocuklarının kişilik özelliklerinin incelenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi (Basılmamış). Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye, 1989.

Özmen M. Değerlendirme: mental gerilikte erken tanı. Ekşi A. (Eds) Ben hasta değilim: çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü. Nobel Tıp Kitabevleri; 1999, s: 571-581.

Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002, s: 566-570.

Özusta Ş. Çocuk ve adolesanda ruhsal bozukluklar. Otizm: tanı ve ayırıcı tanı. Ekşi A. (Eds) Ben hasta değilim: çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü. Nobel Tıp Kitabevleri; 1999. s. 259-270.

Piaget J. Language and Thought of the Child, Third Edition, New York: Routledge and Kegan Paul, 1959.

Pickover S. Breaking the cycle: a clinical example of disrupting an insecure attachment system. Journal of Mental Health Counselling 2002;24:358-366.

Prochaska OJ, Norcross CJ. Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis, Thomson Books, 2003, s: 31.

Roy P, Rutter M, Pickles A. Institutional care: risk from family background or pattern of rearing? Journal of Child Psychology Psychiatry 2000;41 (2):139-149.

Rutter M, Anderson-Wood L, Beckett C, Bredenkamp, D, Castle, J, Groothues C, Kreppner J, Keaveney L, Lord C, O'Connor GT, English and Romanian Adoptees Study Team. Quasi-autistic patterns following severe early global privation. Journal of Child Psychology Psychiatry 1999;40 (4): 537-549.

Sadock BJ, Virginia A. Sadock Kaplan and Sadock's concise textbook of clinical psychiatry, 3rd Edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

Savaşır I, Sezgin N, Erol N. Ankara Gelişim Tarama Envanteri El Kitabı. Genişletilmiş 3. Basım, Ankara, 2005.

Scheeringa SM. PTSD in children younger than the age of 13: toward developmentally sensitive assessment and management. *Journal of Child & Adolescent Trauma* 2011;4:181–197.

Schrier AM, Harlow HF. Effect of reserpine on avoidance of humans by Rhesus monkeys. *Journal of General Psychology* 1958;59(2):149-55.

Seay B, Alexander, BK, Harlow HF. (1964) Maternal behavior of socially deprived Rhesus monkeys. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1964; 69: 345-54.

Silver KH, Finkelstein M. Deprivation dwarfism. *The Journal of Pediatrics* 1967;70(3), Part 1, s: 317–324.

Smith WRM, Volkmar RF. Asperger syndrome. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2009;18(1).

Sosyal ŞA, Öktem F, Ergenekon E, Erdoğan E. Doğum türü değişkeninin bağlanma örüntüsü üzerindeki etkilerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 2000;3:75-85.

Spitz RA, Wolf MK. Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child* 1946;2: 313-342.

Spitz RA. Hospitalism; A follow-up report on investigation described in volume I. *The Psychoanalytic Study of the Child* 1945;2:113-117.

Spitz RA. Hospitalism-An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child* 1945;1:53-74.

Şahin G. Yetiştirme yurdunda ve ailesi yanında yaşayan ergenlerin bağlanma stilleri ile kimlik statüleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Konya, Türkiye*, 2009.

Şimşek Z, Erol N, Öztop D, Özcan ÖÖ.(2008) Kurum bakımındaki çocuk ve ergenlerde davranış ve duygusal sorunların epidemiyolojisi: ulusal örnekleme karşılaştırmalı bir araştırma, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19(3): 235-246.

Tamar M, Özbaran B. Çocuk ve Ergenlerde Depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2004;Ek 2:84-92.

Thompson RA. Emotion Regulation: A theme in search of definition. In N.A fox, Monographs of the society for research in child development, 1994.

Tortora GJ, Grabowski SR. Principles of Anatomy and Physiology. 7th Edition. New York: HarperCollins College; 1993.

Tükel R. Bebek ve anne arasındaki mekânda öznenin yaratılması: Winnicott'un çalışmalarına bir bakış. Psikanaliz Yazıları 2011; 23:15-35.

Türkiye'nin Erken Çocukluk Dönemi (1-3 Yaş) Ruh Sağlığı Profiline Belirlenmesi. TÜBİTAK Araştırma Projesi, No:107K501,Samsun, 2009.

Tüzün O, Sayar K. Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji Düşünen Adam 2006;19(1):24-39.

Ukrainetz TA, Fresquez EF. "What isn't language?" A Qualitative study of the role of the school speech-language pathologist. Language Speech Hearing Services in School 2003;34:284-98.

Vasta R, Haith MM, Miller AS. Child psychology: the modern science. Inc, U.S.A: John Willy & Sons, 1992.

Volkmar FR. Childhood Disintegrative Disorder: Issues for DSM-IV. Journal of Autism and Developmental Disorders 1992; 22(4): 625-42.

Wenar C, Kerig P. Developmental psychopathology: from infancy through adolescence. McGraw-Hill International Edition, 1992, p: 43.

Wessel JC, Morris A, Cobb EB, Jackson GS. (1954) Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic". Pediatrics (Electronic Journal) 1954; 14(5): 421-435.

Winnicott DW. (1945) Primitive emotional development. the international Journal Of Psycho-Analysis 1945; 26: 137-43.

www.otizmvakfi.org.tr

Yairi E, Ambrose NG. (1999) Early childhood stuttering I: persistency and recovery rates. Journal of Speech Langage Hearing Research 1999; 42(5):1097-112.

Yıldırım Z. İstanbul bölgesi 0-3 yaş grubundaki çocuklarda anne yoksunluğunun çocuğun büyüme-gelişimi üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 1985.

Young-Browne G, Rosenfeld HM, Horowitz FD. (1978). Infant discrimination of facial expression. *Child Development* 1978;48, 555-562.

Yörükkan T. Bağlanma ve Sonraki Yaşlarda Görülen Etkileri. 1. Basım. İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları, 2011, s: 1-26.

Yurduşen S. The Effects of mothers' parental attitudes on their preschool children's internalizing and externalizing behavior problems: the mediator role of mothers' psychological adjustment. Master Thesis. Middle East Technical University, Ankara, 2004.

Zeanah CH, Smyke AT, Dumitrescu A.(2002) Attachment disturbances in young children. II: Indiscriminate behavior and institutional care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002; 41(8):983-989.

ZERO TO THREE /National Center for Clinical Infant Programs. Diagnostic Classification: 0-3; diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Arlington, VA. 1994. www.zerotothree.org

EKLER

EK1. Anne ve Çocuk Bilgi Formu

ANNE VE ÇOCUK BİLGİ FORMU

Aşağıda çocuğunuz, siz ve ailenizle ilgili bazı sorular bulunmaktadır. Size ve çocuğunuza uygun olan cevapları işaretleyiniz.

Çocukla İlgili Bilgiler



1. Çocuğunuzun doğum tarihini belirtiniz(gün/ ay/ yıl):/...../20...

2. a) Çocuğunuzun başka kardeşi var mı?

Evet Hayır

b) Varsa kaç tane?

3. Bilgilerini doldurduğunuz çocuğun, kaçınıcı çocuğunuz olduğunu belirtiniz:
.....

4. a) Çocuğunuz hiç kreş, yuva veya anaokuluna gitti mi? Evet Hayır

b) Gittiyse, çocuğunuzun kreş/yuva/anaokuluna devam ettiği süre aşağıdakilerden hangisine uyar?

0-6 aylıktan bugüne kadar 6 aylıktan bugüne kadar 1 yaşından bugüne kadar

2 yaşından bugüne kadar Ara-sıra devam etti (Süresini yazınız).....

5.Doğumdan bu yaşına kadar çocuğunuza en uzun süreyle günlük bakım veren kişi kimdir?

Anne Baba Ebeveyn olmayan yakınlar(babaanne, anneanne, hala vb)

Bakıcı Yuva, kreş çalışanları vb.

6. Çocuğunuzla aşağıda belirlenen zaman dilimlerinden herhangi birini karşılayacak süreyle ayrılık yaşadınız mı?

0-3 ay arası 3-6 ay arası 6-9 ay arası 1 yıl ve fazlası

7. Çocuğunuz, son bir yıl içerisinde doğumundan itibaren uzun süreyle birlikte olduğu sizin dışınızdaki bir yakınının ayrılık-kaybını yaşadı mı?

Evet Hayır

Ek 1. Devamı

8. Yaşadıysa;

a) Ayrılık yaşadığı kişinin çocuğa yakınlık derecesi aşağıdakilerden hangisidir?

Anne

Baba

Ebeveyn olmayan yakınlar(babanne, anneanne, hala vb) Bakıcı Yuva, kreş çalışanları vb.

b) Ayrılık yaşadığı süre, yaklaşık olarak aşağıda belirlenen zaman dilimlerinden hangisine denk gelmektedir?

0-3 ay arası 3-6 ay arası 6-9 ay arası 1 yıl ve fazlası

9. Doğumun hemen ardından çocuğunuzu kucakladığınız mı?

Evet Hayır

10. Doğumdan sonra çocuğunuzu ilk kez kucağınıza ne zaman aldınız?

Doğumun hemen ardından ilk birkaç dakika içinde

Doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde

Doğumdan sonra 6-12 saat içinde

12 saat ve sonrası

11. Çocuğunuz doğumun olduğu ilk hafta içinde yoğun bakım ünitesinde kaldı mı?

Evet Hayır

12. Yoğun bakım ünitesinde kaldıysa;

Çocuğunuz bu dönem boyunca hangi amaçla olursa olsun gün içinde ortalama kucağınıza aldığınız yaklaşık süre aşağıdaki aralıklardan hangisine uyar?

Hiç almadım 1-3 saat arası 3-5 saat arası İstedğim kadar

13. Çocuğunuz yoğun bakımdayken onu kucağınıza alarak geçirdiğiniz süre sizce ne kadar tatmin ediciydi? Aşağıdaki cetvelde birden ona kadar rakamlar bulunmaktadır. Cetvel üzerinde 1'le 10 arasında bir sayı vererek işaretleyiniz.

a) Sizin için;

b) Bebeğiniz için;

1....2....3....4....5....6....7....8....9....10

1....2....3.....4.....5....6....7....8....9....10

(1: yetersizdi, 10: yeterliydi)

(1: yetersizdi, 10: yeterliydi)

14.Çocuğunuzun kronik bir hastalığı (uzun süren tekrarlayıcı hastalığı) var mı?

a) Evet Hayır

b) Evet ise, bu hastalığın adını biliyorsanız yazınız

Ek 1. Devamı

Anneyle İlgili Bilgiler



1. Aşağıdaki durumlardan hangisi çocuğunuz ile bağınızı daha iyi tanımlamaktadır?

- a. Öz annesiyim b. Üvey annesiyim c. Diğer.....

2. Kaç yaşındasınız?

3. Eğitim düzeyinizi işaretleyiniz:

- Okuma yazma bilmiyor Okuryazar İlköğretim Lise Üniversite ve üzeri

4. Aşağıdakilerden hangisi aile yapınızı daha iyi anlatıyor?

- a. Evli ve anne-baba birlikte b. Evli ve anne-baba ayrı yaşıyor
c. Boşanmış ve çocuk anne ile yaşıyor d. Boşanmış ve çocuk baba ile yaşıyor
e. Boşanmış ve çocuk akraba ile yaşıyor f. Diğer(Lütfen belirtiniz).....

5. Size en uygun iş durumunu işaretleyiniz:

- Ev Hanımı Çalışıyor (Belirtiniz):..... Şu an çalışmıyor
 Emekli

6. Evinize giren aylık gelir ne kadardır?

- 1000 TL veya altı 1100 TL – 2000 TL arası 2100 TL – 3000 TL arası
 3100 TL – 4000 TL arası 4000 TL ve üzeri

7. a) Herhangi bir psikolojik/psikiyatrik rahatsızlık tanınız var mı?

- Evet Hayır

b) Evet ise, bu tanının ne olduğunu biliyorsanız yazınız.
.....

c) Bu tanıya yönelik düzenli olarak kullandığınız bir ilaç varsa adını yazınız.....

8. a) Kronik bir hastalık (uzun süren, tekrarlayıcı hastalığınız) tanınız var mı?

- Evet Hayır

b) Evet ise, bu tanının ne olduğunu biliyorsanız yazınız.....

Teşekkür ederiz.

Ek 2. 1,5-5 Yaş Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği

1 ½ - 5 YAŞ ÇOCUKLARI İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ		ID:
ÇOCUĞUN ADI, SOYADI:	EV ADRESİNİZ ve TEL NO:	ANNE BABANIN İŞİ (Ayrıntılı biçimde yazınız, örneğin emekli ilkököl öğretmeni, şoför, oto tamircisi, avukat gibi.)
CİNSİYETİ: <input type="checkbox"/> ERKEK <input type="checkbox"/> KIZ	YAŞI:	EĞİTİMİ (Toplam kaç yıl okula gittiğinizi yazınız) _____
BUGUNUN TARİHİ	ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ	BABANIN İŞİ:..... EĞİTİMİ:..... YAŞI:..... TEL. NO:.....
GÜN-----AY-----YIL-----	GÜN-----AY-----YIL-----	ANNENİN İŞİ:..... EĞİTİMİ:..... YAŞI:..... TEL. NO:.....
Kreşe, anaokuluna gidiyor mu? <input type="checkbox"/> HAYIR <input type="checkbox"/> EVET Evet ise okulun adı:.....	Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formu lütfen görüşlerinizi yansıtacak biçimde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verebilir ve 2. sayfadaki boşluklara yazabilirsiniz. Teşekkür ederiz.	FORMU DOLDURAN: <input type="checkbox"/> ANNE (adı) :..... <input type="checkbox"/> BABA (adı) :..... <input type="checkbox"/> DİĞER (adı) :..... Çocukla olan ilişkisi _____

Aşağıda çocukları tanımlayan maddelerin bir listesi bulunmaktadır. Her bir madde **çocuğun şu andaki ya da son 2 ay içindeki durumunu** belirtmektedir. Bir madde çocuk için **çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0** sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0: Doğru Değil (Bildiginiz kadarıyla)	1: Bazen ya da Biraz Doğru	2: Çok ya da Sıklıkla Doğru
0 1 2 1. Ağrı ve sızıları vardır (sağlık sorunu olmadığı halde; karın ve baş ağrısı dışında)		0 1 2 25. Başka çocuklarla geçinemez
0 1 2 2. Yaşından çok daha çocuksu davranır		0 1 2 26. Eğlenmeyi bilmez, büyümüş de küçülmüş gibi davranır
0 1 2 3. Yeni şeyleri denemekten korkar		0 1 2 27. Hatalı davranışından dolayı suçluluk duymaz, orali olmaz, aldırmaz
0 1 2 4. Başkalarıyla göz göze gelmekten kaçınır		0 1 2 28. Evden dışarı çıkmak istemez
0 1 2 5. Bir konuya odaklanamaz, dikkatini uzun süre toplayamaz		0 1 2 29. Çabuk vazgeçer, pes eder (güçlüklerle karşılaştığında)
0 1 2 6. Yerinde sakince oturamaz, kıpır kıpırdır, çok hareketlidir		0 1 2 30. Kolay kıskanır
0 1 2 7. Eşyaların yerinin değiştirilmesine katlanamaz		0 1 2 31. Yenilip içilmeyecek şeyleri yer ya da içer-kum, kil gibi; şekerlemeleri katmayınız- (açıklayınız).....
0 1 2 8. Beklemeye tahammülü yoktur, her şeyin anında yapılmasını ister.		0 1 2 32. Bazı hayvanlardan, durumlardan (kalabalık yerler gibi) ya da ortamlardan (asansör, karanlık gibi) korkar (açıklayınız)
0 1 2 9. Yenmeyecek şeyleri ağızına alıp çiğner		
0 1 2 10. Büyüklüğün dizinin dibinden ayrılmaz, gereken gayreti göstermeden her şeyi onlardan bekler		0 1 2 33. Duyguları kolayca incinir
0 1 2 11. Sürekli yardım ister		0 1 2 34. Sık sık bir yerlerini kaza ile incinir
0 1 2 12. Kabızdır, kakasını kolay yapamaz		0 1 2 35. Çok kavga çıkarır, kavgayı karıştır
0 1 2 13. Çok ağlar		0 1 2 36. Her şeye burnunu sokar
0 1 2 14. Hayvanlara eziyet eder		0 1 2 37. Anne-babasından ayrılınca çok tedirgin olur
0 1 2 15. Karşı gelir		0 1 2 38. Uykuya dalmada güçlük çeker
0 1 2 16. İstekleri anında karşılanmalıdır		0 1 2 39. Baş ağrıları vardır (sağlık sorunu olmadığı halde)
0 1 2 17. Eşyalarına zarar verir		0 1 2 40. Başkalarına vurur
0 1 2 18. Ailesine ya da başka çocuklara ait eşyalara zarar verir		0 1 2 41. Nefesini tutar
0 1 2 19. İshaldir, kakası yumuşaktır		0 1 2 42. İstemeden, insanlara ya da hayvanlara zarar verir
0 1 2 20. Söz dinlemez, kurallara uymaz		0 1 2 43. İyi bir neden yokken mutsuz görünür
0 1 2 21. Günlük yaşantısındaki en ufak bir değişiklikten rahatsız olur		0 1 2 44. Öfkelidir
0 1 2 22. Tek başına uyumak istemez		0 1 2 45. Bulantı, kusma duygusu olur (sağlık sorunu olmadığı halde)
0 1 2 23. Kendisiyle konuşulduğunda yanıt vermez		0 1 2 46. Ani irkilmeleri, seğirmeleri ve tikleri vardır (açıklayınız).....
0 1 2 24. İştahsızdır (açıklayınız).....		

Lütfen tüm maddeleri yanıtlayınız.

Copyright 2000 T. Achenbach, L. Rescorla, ASEBA, University of Vermont
Türkçe çeviri ve uyarlaması Neşe Erol tarafından yapılmıştır (2003, 2010)
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

1

Ek 2. Devamı

0: Doğru Değil (Bildiğiniz kadarıyla)	1: Bazen ya da Biraz Doğru	2: Çok ya da Sıklıkla Doğru
0 1 2 47. Sinirli ve gergindir		0 1 2 76. Konuşma problemi vardır (açıklayınız).....
0 1 2 48. Geceleri kabus görür		0 1 2 77. Boş gözlerle bakar, akli başka yeredir
0 1 2 49. Aşırı yemek yer		0 1 2 78. Mide-karın ağrısı ve krampları vardır (sağlık sorunu olmadığı halde)
0 1 2 50. Aşırı yorgundur		0 1 2 79. Üzüntü ile coşku arasında hızlı geçişler yaşar
0 1 2 51. Bir neden yokken panik yaşar		0 1 2 80. Tuhaf, alışılmadık davranışları vardır (açıklayınız).....
0 1 2 52. Kakasını yaparken ağrısı, acısı olur (sağlık sorunu olmadığı halde)		0 1 2 81. İnatçı, somurtkan ve huysuzdur
0 1 2 53. İnsanlara vurur, fiziksel saldırıda bulunur		0 1 2 82. Ruhsal durumu ya da duyguları çabuk değişir
0 1 2 54. Bumunu karıştırır, derisini ya da vücudunu yolar, saç ve kirpiğini koparır (açıklayınız).....		0 1 2 83. Çok sık küser
0 1 2 55. Cinsel organlarıyla çok fazla oynar		0 1 2 84. Uykuda konuşur, ağlar, bağırır
0 1 2 56. Hareketleri uyumlu değildir, sakardır		0 1 2 85. Öfke nöbetleri yaşar, çabuk öfkelenir
0 1 2 57. Sağlık sorunu olmadığı halde göz ile ilgili şikayetleri vardır (açıklayınız).....		0 1 2 86. Çok temiz, titiz ve düzenlidir
0 1 2 58. Verilen ceza davranışını değiştirmez		0 1 2 87. Çok korkak ve kaygılıdır
0 1 2 59. Bir uğraş ya da faaliyetten diğerine çabuk geçer		0 1 2 88. İşbirliği yapmaz
0 1 2 60. Döküntü, pullanma ya da başka cilt hastalığı vardır (sağlık sorunu olmadığı halde)		0 1 2 89. Hareketleri yavaştır, enerjik değildir
0 1 2 61. Yemek yemeyi reddeder		0 1 2 90. Mutsuz, üzgün ve çökkündür (depresyondadır)
0 1 2 62. Hareketli, canlı oyunlar oynamayı reddeder		0 1 2 91. Çok gürültücüdür
0 1 2 63. Başını ya da bedenini sürekli olarak sallar		0 1 2 92. Yeni tanıdığı insanlardan ve durumlardan çok tedirgin olur (açıklayınız).....
0 1 2 64. Gece yatağına gitmemek için direnir		0 1 2 93. Kusmaları vardır (sağlık sorunu olmadığı halde)
0 1 2 65. Tuvalet eğitimine karşı direnir (açıklayınız).....		0 1 2 94. Geceleri sık sık uyanır
0 1 2 66. Çok bağırır		0 1 2 95. Alıp başını gider
0 1 2 67. Yakınlık ve ilgiye tepkisiz görünür		0 1 2 96. Çok ilgi ve dikkat ister
0 1 2 68. Topluluk içinde rahat değildir, sıkılgandır		0 1 2 97. Mızırdanır, sızlanır
0 1 2 69. Bencilidir, paylaşmaz		0 1 2 98. İçine kapanıktır, başkalarıyla kaynaşmaz
0 1 2 70. İnsanlara çok az yakınlık, ilgi gösterir		0 1 2 99. Her şeyi dert eder
0 1 2 71. Çevresindeki eşyalara/nesnelere ilgisi azdır		0 1 2 100. Çocuğunun yukarıdaki listede belirtmeyen başka sorunları varsa lütfen yazınız
0 1 2 72. İncinmekten, canının yanmasından çok az korkar		0 1 2
0 1 2 73. Çok utangaç ve çekingendir		0 1 2
0 1 2 74. Gece ve/veya gündüz diğer çocuklardan daha az uyur (açıklayınız).....		0 1 2
0 1 2 75. Kakasıyla oynar ve onu etrafa bulaştırır		

Lütfen tüm maddeleri yanıtlayınız.
Sizi kaygılandıran maddelerin altını çiziniz.

Çocuğunuzun herhangi bir bedensel hastalığı ya da zihinsel engeli var mıdır?

Hayır

Evet- Lütfen açıklayınız:

Çocuğunuzun sizi en çok üzen, kaygılandıran özellikleri nelerdir?

Çocuğunuzun en çok beğendiğiniz özellikleri nelerdir?

ÖZGEÇMİŞ

Kimlik bilgileri:

Adı Soyadı: Gülşah Dursun

Doğum Yeri: Erzurum

Doğum Tarihi: 10. 09.1986

Eğitim bilgileri:

1992-1997: Erzurum Atatürk İlkokulu

1997-2004: Erzurum Anadolu Lisesi

2004-2008: Maltepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Rehberlik ve
Psikolojik Danışmanlık Bölümü (Burslu)

2004-2008: Maltepe Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji
Bölümü (Burslu-Çift Anadal Programı)

2009-2013: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Mesleki bilgiler:

2008-2009: Haliç Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü
Araştırma Görevliliği

2009-2013: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Klinik Psikoloji Bölümü Araştırma Görevliliği.

TEŞEKKÜR

Bu araştırma, birçok kişinin desteği ve katkısı ile yürütülmüştür. Öncelikle, yüksek lisans eğitimimiz süresince bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan, tez çalışmamın her aşamasına katkıda bulunan ve değerli geribildirimler veren tez danışmanım Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY'a teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim boyunca teorik ve uygulama alanındaki derin bilgilerini paylasan, geleceğe yönelik mesleki proje ve hayallerimizi ilgiyle destekleyen ve cesaretlendiren hocam Prof. Dr. Mehmet ESKİN'e, aynı şekilde mesleki bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan, bireysel farklılıklarımıza duyarlı ve özenli davranarak bizleri her zaman destekleyen hocam Prof. Dr. Ferhan DEREBOY'a, sosyal ve klinik psikolojinin kesişme noktaları ile bizleri tanıştıran her iki alana da farklı bir pencereden bakmamızı sağlayan hocam Doç. Dr. Hacer HARLAK'a çok teşekkür ederim.

Tez çalışması veri toplama aşamasında araştırma ve kontrol grubuna ulaşmama yardımcı olan Prof. Dr. Münevver Kaynak Türkmen'e, Yrd. Doç. Dr. İbrahim Caner'e, Yrd. Doç. Dr. Kadir Şerafettin Tekgündüz'e, Dr. Fatih Kacıroğlu'na, veri analizi aşamasında katkı ve yardımları ile kaygılarımı azaltan Doç. Dr. Hamit Acemoğlu'na ve lisans eğitimimden bu yana mesleki ve bireysel desteğini hissettiren değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Cem Kirazoğlu'na, çok teşekkür ederim. Ayrıca çalışmaya katılan tüm çocuklara ve çocuklarının çalışmaya katılmasına izin veren tüm ailelere teşekkür ederim.

Hayatımın her alanında her zaman desteğini ve ilgisini hissettiğim, tez çalışmam süresince bana yardımcı olan ve cesaretlendiren sevgili ağabeyim Yrd. Doç. Dr. Onur Burak DURSUN'a, yüksek lisans eğitimim boyunca geçirdiğim zor günlerde bana her zaman destek olan, yüksek lisans sürecini daha anlamlı kılan sevgili dostlarım Psikolog Canan Çelik Özden'e ve Psikolog Betül Çetintulum Huyut'a teşekkür ederim.

Son olarak, hayatımın her döneminde sevgi ve desteklerini hissettiren, yüksek lisans eğitimim boyunca da maddi ve manevi her türlü fedakarlığı yaparak her ihtiyaç duyduğumda yanımda olan sevgili aileme sonsuz teşekkür ederim.