

T.C

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK VE ERGEN
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYİNİN, GEBELİKTE ANKSİYETE VE
DEPRESYONUN ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNE ETKİLERİ: BİR
KOHORT ÇALIŞMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Deniz ARGÜZ ÇILDIR

İZMİR-2015

T.C

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK VE ERGEN
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYİNİN, GEBELİKTE ANKSİYETE VE
DEPRESYONUN ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNE ETKİLERİ: BİR
KOHORT ÇALIŞMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Deniz ARGÜZ ÇILDIR

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:

Doç. Dr. Aylin ÖZBEK

İZMİR-2015

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR	x
ÖZET	1
GİRİŞ VE AMAÇ	6
1.1. GİRİŞ	6
1.2. AMAÇ	8
GENEL BİLGİLER	9
2.1. PRENATAL BAĞLANMA	9
2.1.1. Prenatal Bağlanmanın Tanımı	9
2.1.2. Prenatal Bağlanmanın Tarihçesi ve Gelişim Süreci	9
2.1.3. Prenatal Bağlanmanın Ölçümü	13
2.1.4. Prenatal ve Postnatal Bağlanma ve Arasındaki İlişki	15
2.2. GELİŞİM	16
2.2.1 Sosyal ve Duygusal Gelişim	16
2.3. EBEVEYN PSİKOPATOLOJİSİNİN ÇOCUK GELİŞİMİ ÜZERİNE ETKİLERİ	25
2.3.1. Depresyon	25
2.3.2. Anksiyete	29
GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. ÖRNEKLEM	32
3.2. YÖNTEM	33
3.3. GEREÇLER	34
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	34
3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory-BDI)	34
3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği (Beck Anxiety Inventory-BAI)	35
3.3.4. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ; Parental Attitude Research Instrument-PARI)	35
3.3.5. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE; Prenatal Attachment Inventory-PAI)	35
3.3.6. Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği (K-1/3SDD; Brief Infant and Toddler Social Emotional Assessment-BITSEA)	36
3.3.7. Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)	37
3.4. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	37
BULGULAR	39

4.1. ANNELERE VE AİLE ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR	39
4.1.1. Annelerin Sosyodemografik Verilerine Ait Bulgular	39
4.1.2. Eş ile İlişki.....	40
4.1.3. Aile İçi Şiddet Öyküsü	40
4.1.4. Sosyal Çevre Desteği	40
4.3. ANNELERİN BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ SONUÇLARI	45
4.3.1. Beck Depresyon Ölçeği Kesme Puanına Göre Olguların Sayıları.....	46
4.4. ANNELERİN BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ SONUÇLARI.....	47
4.4.1. Beck Anksiyete Ölçeği Kesme Puanına Göre Olguların Sayıları.....	48
4.4.2. Annelerin Prenatal Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçları ile Çalışma Sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması	49
4.5. AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ SONUÇLARI	50
4.6. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ SONUÇLARI	51
4.7. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİNE AİT SONUÇLAR İLE BECK DEPRESYON, BECK ANKSİYETE VE AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİNE AİT SONUÇLARIN İLİŞKİSİ.....	52
4.7.1. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçları ile Çalışma Sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği Sonuçlarının İlişkisi	52
4.7.2. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçları ile Çalışma Sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarının İlişkisi	52
4.7.3. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçları ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği Sonuçlarının İlişkisi	53
4.8. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLE AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ İLİŞKİSİ	54
4.9. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ SONUÇLARI AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ İLİŞKİSİ	55
4.10. ÇOCUKLARIN KISA 1-3 YAŞ SOSYAL DUYGUSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SONUÇLARI.....	56
4.10.1. Kısa 1-3 yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği Kesme Puanına Göre Olguların Sayıları	57
4.11 ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ SONUÇLARI.....	58
4.11.1. Ankara Gelişim Tarama Envanteri T-puanları Profiline Göre Olguların Sayısı	59
4.11.2. Ankara Gelişim Tarama Envanteri Genel Gelişim ve Alt Test Ham Puanları Profiline Göre Olguların Sayıları	59

4.12. ÇOCUKLARIN KISA 1-3 YAŞ SOSYAL DUYGUSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLE ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ SONUÇLARININ İLİŞKİSİ	61
4.12.1. Çocukların K-1/3SDD Sonuçları ile AGTE Genel Gelişim Güzeyi T Puanı Sonuçlarının İlişkisi.....	61
4.13. KISA 1-3 YAŞ SOSYAL DUYGUSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SONUÇLARINA SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN ETKİSİ.....	62
4.13.1. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Çocukların Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeğine Ait Sonuçların İlişkisi.....	62
4.14. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLE KISA 1-3 YAŞ SOSYAL DUYGUSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLİŞKİSİ.....	68
4.14.1. Çalışma Sırasındaki Beck Depresyon Ölçeğine Ait Sonuçlar ile Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeğine Ait Sonuçların Karşılaştırılması.....	68
4.14.2. Çalışma Sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği Sonuçları ve Prenatal Dönem Beck Depresyon Ölçeği Sonuçları Arasındaki Puan Farkı ile Çocukların Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması	69
4.15. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLE ÇOCUKLARIN KISA 1-3 YAŞ SOSYAL DUYGUSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLİŞKİSİ	69
4.15.1. Annelerin Çalışma Sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçları ile Çocukların Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması ..	69
4.15.2. Çalışma Sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçları ve Prenatal Dönem Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçları Arasındaki Puan Farkı ile Çocukların Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması	69
4.16. KISA 1-3 YAŞ SOSYAL DUYGUSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLE ANNELERİN PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYLERİ İLİŞKİSİNE AİT SONUÇLAR	70
4.17. ANNELERİN AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLE ÇOCUKLARIN KISA 1-3 YAŞ SOSYAL DUYGUSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ İLİŞKİSİ	72
4.18. ANNELERİN ÇALIŞMA SIRASINDAKİ BECK DEPRESYON/ANKSİYETE ÖLÇEK PUANLARI İLE PRENATAL DÖNEM BECK DEPRESYON/ANKSİYETE ÖLÇEK PUANI ORTALAMALARI ARASINDAKİ FARKIN VE ANNELERİN PRENATAL BAĞLANMALARININ ÇOCUKLARIN KISA 1-3 YAŞ SOSYAL DUYGUSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ YETKİNLİK PUANLARI ÜZERİNE ETKİSİNE AİT VERİLER.....	75
4.19. ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ SONUÇLARINA SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN ETKİSİ.....	76
4.19.1. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri ile AGTE Alt Test Ham Puanları Arasındaki İlişki	76
4.19.2. Aile Özellikleri ile AGTE Alt Test Ham Puanları Arasındaki İlişki	79

4.20. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLE ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ SONUÇLARI İLİŞKİSİ	80
4.20.1. Annelerin Prenatal Beck Depresyon Ölçeği Sonuçları ve Çalışma Sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği Sonuçlarının Çocukların Ankara Gelişim Tarama Envanteri Genel Gelişim T Puanları ile İlişkisi	80
4.20.2. Annelerin Prenatal ve Çalışma Sırasındaki Depresyon Düzeyleri ile Ankara Gelişim Tarama Envanteri Sonuçlarına Göre Çocuklarda Gelişim Geriliği Bulunup Bulunmaması Arasındaki İlişki	81
4.20.3. Annelerin Prenatal Dönemde Ölçülen Beck Depresyon Ölçeği Puanı ile Çalışma Sırasında Ölçülen Beck Depresyon Ölçeği Puanı Ortalamaları Arasındaki Farkın Çocukların AGTE Genel Gelişim T Puanı ile İlişkisi	81
4.21. ANNELERİN BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLE ÇOCUKLARIN ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	83
4.21.1. Annelerin Prenatal Beck Anksiyete Ölçeğine Ait Sonuçlar ile Çalışma Sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeğine Ait Sonuçların Çocukların Ankara Gelişim Tarama Envanteri Genel Gelişim T puanları ile İlişkisi	83
4.21.2. Annelerin Prenatal ve Çalışma Sırasındaki Anksiyete Düzeyleri ile Ankara Gelişim Tarama Envanteri Sonuçlarına Göre Çocuklarda Gelişim Geriliği Bulunup Bulunmaması Arasındaki İlişki	83
4.21.3. Annelerin Prenatal ve Çalışma Sırasında Ölçülen Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın Çocukların AGTE Genel Gelişim T Puanı ile İlişkisi	83
4.22. ANNELERİN PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ SONUÇLARI İLE ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ SONUÇLARININ İLİŞKİSİ	84
4.22.1. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanterine Ait Sonuçlar ile Ankara Gelişim Tarama Envanteri Genel Gelişim T Puanı Sonuçlarının İlişkisi	84
4.22.2. AGTE Genel Gelişim T Puanına Göre Gelişim Geriliği Olan ve Olmayan Çocukların Annelerinin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması	85
4.22.3. Annelerin Prenatal Bağlanmalarının Çocukların AGTE Genel Gelişim T Puanları Üzerine Etkisinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi Sonuçları	86
4.22.4. Annelerin Çalışma Sırasındaki Beck Depresyon/Anksiyete Ölçek Puanı ile Prenatal Dönem Beck Depresyon/Anksiyete Ölçek Puanı Ortalamaları Arasındaki Farkın Çocukların AGTE Genel Gelişim T Puanları Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi	87
TARTIŞMA.....	89
SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	105
6.1. SONUÇLAR	105
6.1.1. Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçları	105
6.1.2. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçları	106

6.1.3. AHÇYTÖ Sonuçları	106
6.1.4. K-1/3SDD Ölçeği ve AGTE'ye İlişkin Diğer Sonuçlar	106
6.2. ÖNERİLER.....	107
EKLER.....	139

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Annelerin eğitim düzeyi, mesleki durumu ve medeni hallerine ait sosyodemografik bulgular

Tablo 2. Annelerin gebelik sayıları

Tablo 3. Kayıpla sonuçlanan gebeliklerin nedenleri ve kaybın zamanına ait veriler

Tablo 4. Annelerin yaşayan çocuk sayısına ilişkin sonuçlar

Tablo 5. Aile özelliklerine ait sonuçlar

Tablo 6. Çocukların kaçıcı çocuk olduklarına ait sonuçlar

Tablo 7. Çocukların anne sütü alma sürelerine ait sonuçlar

Tablo 8. Çalışmaya dâhil edilen 83 annenin prenatal dönem ve çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması, minimum ve maksimum değerleri

Tablo 9. Beck Depresyon Ölçeği kesme puanına göre olguların sayıları

Tablo 10. Annelerin prenatal dönemdeki Beck Depresyon Ölçeği sonuçları ile çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 11. Annelerin prenatal dönemdeki Beck Depresyon Ölçeği sonuçları ile çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği sonuçlarının ilişkisinin değerlendirilmesi

Tablo 12. Çalışmaya dâhil edilen 83 annenin prenatal dönem ve çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği sonuçları

Tablo 13. Prenatal ve çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği kesme puanlarına göre olguların sayıları

Tablo 14. Annelerin prenatal Beck Anksiyete Ölçeği sonuçları ile çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği sonuçlarının ilişkisinin değerlendirilmesi

Tablo 15. Annelerin prenatal dönemdeki Beck Anksiyete Ölçeği puanları ile çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının ilişkisinin değerlendirilmesi

Tablo 16. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ) beş alt ölçek sonuçları

Tablo 17. Çalışmaya dâhil edilen 83 annenin Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalaması, minimum ve maksimum değerleri

Tablo 18. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri sonuçları ile çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 19. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri sonuçları ile çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği sonuçlarının ilişkisi

Tablo 20. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri sonuçları ile AHÇYTÖ sonuçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 21. Annelerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği sonuçları ile prenatal dönem ve çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği' ne ait sonuçların karşılaştırılması

Tablo 22. Annelerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği sonuçları ile prenatal ve çalışma sırasında Beck Anksiyete Ölçeği' ne ait sonuçların karşılaştırılması

Tablo 23. Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği sonuçları

Tablo 24. Kısa 1-3 yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği kesme puanına göre olguların sayılar

Tablo 25. Çalışmaya katılan çocukların AGTE T puanı ortalamaları

Tablo 26. AGTE T-puanları profiline göre olguların sayıları

Tablo 27. AGTE alt testleri ham puanları profiline göre olguların sayıları

Tablo 28. Çocukların K-1/3SDD puanları ile AGTE genel gelişim düzeyi T puanlarının ilişkisi

Tablo 29. K-1/3SDD-Problem Puanlarının çocukların AGTE genel gelişim T puanı üzerine etkisinin değerlendirilmesi

Tablo 30. Çocukların cinsiyeti ile Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği (K-1/3SDD)-problem ve yetkinlik puanları ilişkisinin değerlendirilmesi

Tablo 31. Çocukların cinsiyeti ile Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği (K-1/3SDD)-problem puanlarının ikiyeşerli gruplar halinde karşılaştırılması

Tablo 32. Tıbbi hastalığı olan çocuklarla olmayan çocukların Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği (K-1/3SDD)-Problem puanları sonuçlarının değerlendirilmesi

Tablo 33. Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği' ne ait sonuçlar ile annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri sonuçları ilişkisi

Tablo 34. Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği (K-1/3SDD) problem puanına göre normal, subklinik düzeyde riskli ve klinik düzeyde riskli çocukların annelerinin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 35. Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği-yetkinlik puanına göre normal ve klinik düzeyde riskli çocukların annelerinin Prenatal Bağlanma Envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 36. Annelerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği' ne ait sonuçlar ile çocukların Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği - problem puanı sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 37. Annelerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği' ne ait sonuçlar ile çocukların Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği-yetkinlik puanı sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 38. Annelerin çalışma sırasındaki Beck depresyon/anksiyete ölçek puanı ile prenatal dönem Beck depresyon/anksiyete ölçek puanı ortalamaları

Tablo 39. Annelerin mesleği ile çocukların AGTE alt test ham puanları arasındaki ilişki

Tablo 40. Annelerin mesleği ile çocukların AGTE alt test ham puanlarının ikiyeşerli gruplar halinde karşılaştırılması

Tablo 41. Annelerin prenatal Beck Depresyon Ölçeği' ne ait sonuçlar ile çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği' ne ait sonuçların çocukların Ankara Gelişim Tarama Envanteri genel gelişim T puanları ile ilişkisi

Tablo 42. Çalışma sırasında ölçülen Beck Depresyon Ölçeği puanı ile prenatal dönemde ölçülen Beck Depresyon Ölçeği puanı ortalamaları arasındaki farka göre “depresyon düzeyi azalmış” ve “depresyon düzeyi artmış” annelerin çocukların AGTE genel gelişim T puanı ile ilişkisi

Tablo 43. Çalışma sırasında ölçülen Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile prenatal dönemde ölçülen Beck Anksiyete Ölçeği puanı ortalamaları arasındaki farka göre “anksiyete düzeyi azalmış” ve “anksiyete düzeyi artmış” annelerin çocukların AGTE genel gelişim T puanı ile ilişkisi

Tablo 44. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri' ne ait sonuçlar ile Ankara Gelişim Tarama Envanteri genel gelişim T puanı sonuçlarının ilişkisi

Tablo 45. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri puanlarının çocukların AGTE genel gelişim T puanı üzerine etkisinin değerlendirilmesi

Tablo 46. Ankara Gelişim Tarama Envanteri genel gelişim düzeyi T puanına göre gelişim geriliği olan ve olmayan çocukların annelerinin Prenatal Bağlanma Envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Tablo 47. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri sonuçlarının çocukların AGTE genel gelişim T puanları üzerine etkisinin değerlendirilmesi

Tablo 48. Annelerin çalışma sırasındaki Beck Depresyon/Anksiyete Ölçeği puanı ile prenatal dönem Beck Depresyon/Anksiyete Ölçeği puanı ortalamaları arasındaki farkın çocukların AGTE genel gelişim T puanları üzerine etkisinin değerlendirilmesi

KISALTMALAR

BDI	: Beck Depression Inventory
BAI	: Beck Anxiety Inventory
PARI	: Parental Attitude Research Instrument
PAI	: Prenatal Attachment Inventory
BITSEA	: Brief Infant and Toddler Social Emotional Assessment
AHÇYTÖ	: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği
K-1/3 SDD	: Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği
AGTE	: Ankara Gelişim Tarama Envanteri
PBE	: Prenatal Bağlanma Envanteri
Ort	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
IUMF	: İntra Uterin Malformasyon
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca her zaman örnek aldığım, bilgisini ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Süha Miral, Prof. Dr. Ayşen Baykara, Prof. Dr. Aynur Akay, Prof. Dr. Şahbal Aras, Prof. Dr. Özlem Gencer, Doç. Dr. Aylin Özbek, Doç. Dr. Taner Güvenir, Doç. Dr. Fatma Varol Taş, Doç. Dr. Neslihan Emiroğlu ve Doç. Dr. Burak Baykara'ya çok teşekkür ederim.

Bölümde ilk tanıştığım, bana her zaman örnek ve destek olan, tez çalışma sürecimde de hep yanımda olan tez danışmanım Doç. Dr. Aylin Özbek'e ayrıca çok teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca beraber çalışıp her zaman desteklerini aldığım değerli meslektaşlarım Handan, Sevey, Fatma, Ceren, Canem, Damla, Dilay, Gonca, Eyaz, Enver, Yusuf, Murat Kaçar, Mustafa Can, Murat Eyüboğlu, Ferhat, Burçin, Barış, Gözde, Önder, Pelin, Merve, Ayça, Diğdem, Ali Mert, Aybüke, Begüm, Bari, Berrin, Serkan, Seçil, Cansu, Esra, Elif, Can ve Gökhan'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmamda, istatistiksel değerlendirme sırasındaki yardımları için Doç. Dr. Ahmet Topuzoğlu'na çok teşekkür ederim.

Tez çalışma süresimde çocukların gelişimlerinin değerlendirilmesinde yardımları için Uzm.Psk.Esmehan Orçin'e teşekkür ederim.

Psikiyatri rotasyonum sırasında bilgisini ve deneyimlerini paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Berna Binnur Akdede, Prof. Dr. Can Cimilli, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Beyazıt Yemez, Prof. Dr. Ayşegül Yıldız, Prof. Dr. Elif Onur Aysevener, Doç. Dr. Halis Ulaş'a ve tüm psikiyatri asistanlarına çok teşekkür ederim.

Çocuk nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Semra Hız'a, Doç. Dr. Uluç Yiş'e, ayrıca tüm pediatri uzman ve asistanlarına teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım Özel Eğitim Uzmanı Aysu Eroğlu, Uzm. Psikolog Esmahan Orçin, Uzman Psikolog Lalecan İşcanlı, Psikolog Ümit Şahin, Psikolog Özge Karakuş, Çocuk Gelişim Uzmanı Oya Kasapçı, Sorumlu Hemşire Emel Çevrim ve tüm hemşire arkadaşlarıma, anabilim dalı sekreterlerimiz Naciye Özegemen ve Duygu Çalışkan'a, poliklinik sekreterimiz Selcan Uluçay'a, servis sekreterimiz Gülçin Algüller, arşiv sorumlularımız Mehmet Havare ve Ozan Şakar'a ve tüm personele teşekkür ederim.

Beni bugünlere getiren, benden desteklerini hiç esirgemeyen anneme, babama; her zaman sevgilerini ve desteklerini hissettiğim ablama ve kardeşime çok teşekkür ederim.

Çalışmalarımın her aşamasında yanımda olan, canım eşim Hamza'ya varlığı ve sabrı için sonsuz teşekkür ederim.

Deniz ARGÜZ ÇILDIR

ÖZET

PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYİNİN, GEBELİKTE ANKSİYETE VE DEPRESYONUN ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNE ETKİLERİ: BİR KOHORT ÇALIŞMASI

Dr. Deniz Argüz Çıldır

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Tez danışmanı: Doç. Dr. Aylin Özbek

Amaç: Prenatal bağlanma anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen eşsiz ilişkidir ve gebelikte anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıkların olumsuz etkilerini prenatal bağlanmayı etkileyerek de gösterebileceği düşünülmektedir. Prenatal bağlanma ile erken çocukluk dönemi gelişimi, duygusal ve davranışsal özellikleri ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişki çalışılmamış bir alandır. Kohort deseninde planlanmış bu çalışmanın amacı gebelikte prenatal bağlanma düzeyinin, depresyonun ve anksiyetenin bebeğin anne sütü alma süresine, erken çocukluk dönemi (12-36 ay) sosyal ve duygusal iyilik haline, gelişime ve bu dönemdeki ebeveyn tutumlarına etkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışma grubu Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Polikliniğine Haziran 2012 ile Aralık 2012 tarihleri arasında başvuran, 28-40 haftalık iken rutin obstetrik değerlendirilmesi yapılan 142 gönüllü anne ve 12-36 ay aralığındaki çocuklardan oluşmaktadır. Annelere sosyodemografik özelliklerinin kaydedileceği veri kayıt formu doldurulmuştur. Annelerde değerlendirme sırasında depresyon varlığını araştırma ve şiddetini ölçmek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği, kaygı belirtilerinin varlığını değerlendirme ve sıklığını ölçmek için Beck Anksiyete Ölçeği, annelerin 12-36 ay arasındaki çocuklarını yetiştirirken sergiledikleri ebeveynlik tutumlarının belirlenmesini sağlayacak Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği ve çocukların sosyal ve duygusal özelliklerini araştırmak amacıyla Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Çocuklarının gelişimini ve becerilerini bakım veren kişiden alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirmek amacıyla Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) farklı bir görüşmeci tarafından uygulanmıştır.

Bulgular: Prenatal dönemde depresyon puanı yüksek olan annelerin çalışma sırasındaki depresyon puanlarının da yüksek olduğu; annelerin, prenatal döneme kıyasla çalışma sırasında depresyon puanlarının yükseldiği saptanmıştır. Prenatal dönemde anksiyete puanı yüksek olan annelerin çalışma sırasında anksiyete puanlarının yüksek olmayı sürdürdüğü, ancak prenatal dönemle karşılaştırıldığında çalışma döneminde düşüş bulunduğu görülmüştür. Çalışma sırasında depresyon puanı yüksek olan ve prenatal dönem ile depresyon ölçeği puanları arasındaki farkın yüksek olduğu annelerin çocuklarının Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) T puanı düşük saptanmış; prenatal döneme göre depresyon düzeyi artmış annelerin çocuklarının AGTE T puanları düşük bulunmuştur. Prenatal bağlanma düzeyleri yüksek olan annelerin çocuklarının Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği yetkinlik puanları ve AGTE T puanları yüksek bulunmuştur. Gelişim geriliği olan çocukların annelerinin prenatal bağlanma puanları düşük saptanmıştır. Çalışma sırasında depresyon puanı yüksek olan annelerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ) alt ölçeklerinden ‘düşmanlık ve reddedici tutum’ ile ‘evlilik uyumsuzluğu’ puanları yüksek bulunmuştur. K-1/3SDD ölçeği problem puanı yüksek olan çocukların AGTE T puanları düşük bulunmuştur. K-1/3SDD ölçeği yetkinlik puanı yüksek olan çocukların AGTE T puanları yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Prenatal bağlanmanın ve gebelikte depresyon ve anksiyeteyi içeren annenin ruhsal sağlığının erken çocukluk döneminde gelişim ile duygusal ve davranışsal yetkinliğe önemli etkileri olduğu saptanmıştır. Prenatal dönemde başlayan depresyonun ortalama 2 yıl sonra da saptanmaya devam ettiği, bu annelerin çocuklarının gelişimlerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Ek olarak prenatal bağlanmaları düşük olan annelerin yaklaşık 2 yaşındaki çocuklarının prenatal bağlanmaları yüksek olan yaşlılarına göre duygusal ve davranışsal yetkinliklerinin risk altında olduğu görülmüştür. Özellikle koruyucu ruh sağlığı açısından incinebilirliği olan yüksek söz konusu grubun tespit edilerek önleyici girişimler uygulanmasının yaşam boyu psikopatoloji riskini azaltarak toplum ruh sağlığına katkıda bulunabileceği düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Prenatal bağlanma, prenatal depresyon, prenatal anksiyete, erken çocukluk dönemi sosyal ve duygusal özellikler, gelişim, ebeveyn tutumları.

ABSTRACT

THE EFFECTS OF PRENATAL ATTACHMENT LEVEL, ANXIETY AND DEPRESSION DURING PREGNANCY ON INFANCY AND EARLY CHILDHOOD: A COHORT STUDY

Dr. Deniz Argüz Çıldır

Dokuz Eylul University Medical School Child and Adolescent Psychiatry Unit

Supervisor: Doc. Dr. Aylin Ozbek

Aim: Prenatal attachment is the sole relationship formed between the mother and her unborn infant and it is a common concern that the negative impacts of psychiatric morbidities like anxiety and depression during pregnancy might also consider prenatal attachment, resulting in much adverse consequences. Prenatal attachment and the development during infancy and early childhood, emotional and behavioral characteristics and the relationship with parental attitudes is a field left mainly understudied. The aim of this research that was designed as a cohort study was to assess the effects of prenatal attachment levels during pregnancy, depression and anxiety on the duration of breastfeeding, social and emotional wellbeing during infancy and early childhood (12-36 months), development and parental attitudes during this identified phase.

Method: Our study sample consisted of 142 mothers and their infants currently aged between 12-36 months that have applied to Dokuz Eylul University Medical School Gyneacology and Obstetrics Department for routine obstetric evaluation during the prenatal 28-40 week period between dates June 2012 and Deecember 2012 who have agreed to participate voluntarily in our study. Mothers were given sociodemographic data form, Beck Depression Invantory, Beck Anxiety Invantory, Parental Attitude Research Instrument and Brief Infant and Toddler Social Emotional Assessment. Ankara Development Screening Inventory to elavuate the developmental levels of children were also applied.

Results: The mothers who have scored higher in the depression scale during the prenatal period scored higher also during the time of the study for depression and it was also observed that the depression scores increased for these mothers during the

time of the study compared to the prenatal period. Mothers who have scored higher in the anxiety scale during prenatal period continued to score higher in anxiety scales during the time of the study; but it was seen that there was a decline in anxiety scores during the time of the study when compared to the anxiety scores obtained during the prenatal period. The infants of the mothers who scored higher in the depression scale during the time of the study and had a higher discrepancy regarding depression scores during prenatal period and the time of the study had a lower T score in Ankara Development Screening Inventory (AGTE); the infants of mothers who had an increased depression level compared to prenatal period had a lower AGTE T score. The infants of the mothers who had a higher level of prenatal attachment scored higher in both AGTE T scores and Brief Infant and Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA) competence subscale scores. The mothers who had infants with developmental delay had scored lower in prenatal attachment assessment. The mothers who had higher depression scores during the study period had also scored higher in hostility and parental rejection and marital discordance in the subscales of Parental Attitude Research Instrument (PARI). Children with higher problem scores in BITSEA scale had lower AGTE T scores. Children with higher competence scores in BITSEA scale had higher AGTE T scores.

Conclusion: It was seen that prenatal attachment and maternal psychiatric well being including the presence of depression and anxiety during pregnancy had important effects on the development and emotional and behavioral competence of their infants and children. Infants of mothers who had lower prenatal attachment had a greater risk of declined emotional and behavioral competence compared to the infants of mothers with higher prenatal attachment levels around 2 years old. In addition to that, it was seen that the depression that had started during the prenatal period continued clinically even after 2 years from the onset and the development of children of these mothers were adversely affected by this situation. It was concluded that the determination of high risk groups that show an increased vulnerability regarding psychiatric disorders in particular and planning preventive measures might decrease the lifetime risk of psychopathology, resulting in a better development of community based psychiatric well being.

Keywords: Prenatal attachment, prenatal depression, prenatal anxiety, social and emotional characteristics in infancy and early childhood, development, parental attitudes

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. GİRİŞ

Bağlanma bebekle anne (birincil bakım veren) arasında gelişen ve bebekte güven duygusunu yerleştiren güçlü bir bağıdır. Bebeklikteki bağlanma kavramı; anne-baba ya da birincil bakım verenlere olumlu tepkilerin verilmesi, bu kişilere yönelme, arama, bağlanılan kişinin varlığının duyumsanmasına eş zamanlı olarak rahatlama duygusunun eşlik etmesi gibi duygu ve davranış örüntülerinin tümünü kapsamaktadır (1). Bağlanma yaşamın erken döneminde belirlenmekte, süreklilik göstermekte ve temel olarak bireyin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsünü belirlemektedir (2).

Henüz tam olarak kanıtlanamamasına karşın anne ile bebek arasındaki ilk bağlanma ilişkisinin doğum öncesinde kurulduğu ileri sürülmektedir (3). Prenatal bağlanma hamileliğe olumlu bir şekilde tepki verildiği zaman başlar. Gebeliğin planlanması, gebeliğin istenmesi, gebeliğin kabul edilmesinin yanında özellikle ikinci trimesterde fetal hareketlerin hissedilmesi ve annenin kendi bedeninde meydana gelen değişiklikleri benimsemesi, olumlu duygularını henüz doğmamış olan bebeğine aktarabilmesi bağlanmanın ilk temellerini oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda gebelik ilerledikçe fetüs ile etkileşimin artması sonucu bağlanmanın arttığı bildirilmiştir (3, 4).

Prenatal bağlanmanın anneyi iyi sağlık uygulamalarına motive ettiği, ebeveynlik rolüne uyumu kolaylaştırdığı ve annenin perinatal dönemdeki ruhsal sağlığı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Doğumdan sonra anne ve bebeği arasında ilk ve temel etkileşimi sağlayan emzirme, bağlanma gelişiminde de önemli bir yere sahiptir. Prenatal bağlanma ve bebeğin memeye adapte olduğu süre arasındaki ilişki araştırıldığında prenatal bağlanma düzeyleri yüksek olan annelerin bebeklerinin memeye daha hızlı uyum sağladıkları bulunmuştur (4).

Düşük prenatal bağlanma düzeyi ve olumsuz maternal davranışların, postpartum anksiyete (5) ve depresyon ile ilişkili olduğu (6, 7) bildirilmiştir. Doğumun en yaygın komplikasyonlarından biri depresyondur. Annelerin yaklaşık olarak %75'inde doğum sonrası 1-2. günde depresif belirtiler görülür ve bu belirtiler yaklaşık olarak 10. günde geriler. Postpartum depresyon ise daha uzun sürer, daha ciddi depresif duygu durum eşlik eder ve yaklaşık olarak %8-15 oranında görülür. Postpartum depresyonun sıklıkla doğum sonrası 6 ay içerisinde gerilediği gözlenirse de, 2012 yılında yapılan bir çalışmada son trimesterde ve postpartum dönemde görülen depresif belirtilerin 18. aya kadar devamlılık gösterdiği; postpartum 3. haftadaki depresif belirtilerin postpartum 6. aydaki depresif belirtilerle güçlü korelasyon gösterdiği bulunmuştur (8). Bulgular kronik postpartum depresyonun önlenmesinde erken tanının önemini göstermektedir. Postpartum depresyon, annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta; anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımını ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir.

Postpartum depresyon tipik olarak annenin sıcaklık, duyarlılık ve yapıcılık gibi annelik becerilerini bozarak çocuğun gelişimini olumsuz etkiler. Postpartum depresyonu olan annelerin olumsuz annelik davranışları çocuğuna sert davranma ve duyarsız olmaktan çocuğunu reddetmeye kadar değişebilmektedir. Annelerdeki depresyona maruz kalan çocukların sosyal ve duygusal uyumlarına olumsuz etkiler birkaç yıl sürebilir (9). Annelerinde depresyon olan çocuklarda uzun dönemde sosyal ve bilişsel yetkinlik sorunlarının eşlik ettiği içe yönelim ve dışa yönelim belirtilerinin yanı sıra (10) duygusal düzenleme bozukluğu (dysregulation) ve %17 ile %28 oranında kaçınan ve desorganize bağlanma örüntüleri de görülebilmektedir (11).

Prenatal bağlanma düzeyinin ve annelerdeki kaygı ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi, postpartum depresyonu (PPD) ve çocuktaki düzenleme sorunlarını yordamaya yardımcı olabileceği öne sürülmektedir. Yapılan araştırmalarda, gebeliğe özgü anksiyetenin 3. ve 8. aylarda bebekte dikkat ve davranış problemleri ve erken dönem çocuklukta zor mizaç ve davranış problemleri ile ilişkili olduğu ve bu annelerin çocuklarında daha zayıf uyum gözlemlendiği bildirilmiştir (12-23).

Tüm bu bilinenlere rağmen, prenatal maternal bağlanma ve erken çocukluk dönemi gelişimi, duygusal ve davranışsal özellikleri ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişki çalışılmamış bir alandır. Benzer şekilde gebelikteki depresyon ve anksiyetenin çocuğa etkileri konusunda ek çalışmalara gereksinim vardır. Bu çalışmadan elde edilecek verilerin, prenatal bağlanmanın, gebelikteki depresyon ve anksiyeteyi içeren annenin ruhsal sağlığının çocuktaki psikopatoloji ile ilişkisinin anlaşılabilmesine, incinebilirliği yüksek gruba önleyici girişimlerin planlanabilmesine ve böylece yaşam boyu psikopatoloji riskinin azaltılması sayesinde koruyucu ruh sağlığının ve toplumun ruh sağlığının geliştirilebilmesine katkıda bulunacağı düşünülmüştür.

1.2. AMAÇ

Bu çalışmada;

1. Gebelikte prenatal bağlanma düzeyinin, erken çocukluk dönemi (12-36 ay) sosyal ve duygusal iyilik haline ve gelişimine etkisinin değerlendirilmesi
2. Gebelikteki prenatal bağlanma düzeyinin, bebeğin anne sütü alma süresine etkisinin değerlendirilmesi
3. Gebelikteki prenatal bağlanma düzeyi ile erken çocukluk döneminde ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin saptanması
4. Prenatal depresyon ve anksiyetesi bulunan ve değerlendirme sırasında depresyon/anksiyetesi olan annelerin çocuklarında erken çocukluk dönemi (12-36 ay) sosyal ve duygusal iyilik halinin ve gelişiminin araştırılması
5. Prenatal depresyon ve anksiyetesi bulunan ve değerlendirme sırasında depresyon/anksiyetesi olan annelerin çocuklarına yönelik erken çocukluk dönemindeki ebeveyn tutumlarının araştırılması amaçlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. PRENATAL BAĞLANMA

Gebelikte anne bebek bağlanması kavramı, bebeğini doğum esnasında kaybeden annelerin yaşadığı yoğun yasin gözlenmesi sonucunda ortaya konmuştur (24). Araştırmacılar annenin ölü doğmuş bebeği ile fiziksel temas kurup kurmamasının maternal yası etkilemediğini tespit etmiş ve bu sonuç, gebelikte anne-bebek bağlanması kavramının araştırılması gereksinimini doğurmuştur (24-26).

2.1.1. Prenatal Bağlanmanın Tanımı

[Muller prenatal-maternal bağlanmayı “anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen eşsiz bir ilişki” (27) veya “gebe kadın ve doğmamış çocuğu arasında normal olarak gelişen bir bağ veya bağlılık” olarak tanımlanmıştır (6)]. [Cranley ise prenatal-maternal bağlanmayı gebe kadının doğmamış çocuğuna davranışları yoluyla bağlanarak yakın bir ilişki kurup etkileşime girmesi olarak tanımlamıştır (28)]. Condon ise prenatal-maternal bağlanmayı “gebe ebeveyn ve doğmamış çocuğu arasında doğal olarak gelişen duygusal bağ” olarak tanımlamıştır (6).

2.1.2. Prenatal Bağlanmanın Tarihçesi ve Gelişim Süreci

Freud insan gelişimi basamaklarını tanımlayan ilk kuramcıdır. Psikanalitik gelişim kuramından sonra, psikososyal gelişim kuramını tanımlayan Erikson da, çocuğun ebeveynlerine geliştirdiği güven duygusunun sonraki sosyal ve duygusal gelişimine temel oluşturacağına vurgu yaparak bağlanma kuramının habercisi olmuştur. John Bowlby’nin bağlanma kuramı, Freud’un psikanalitik kuramından köken almaktadır. Nesne ilişkileri okulunun öğrencisi olan Bowlby nesne ilişkileri kuramını çok katı bularak ve psikopatolojinin gelişiminde çevresel etkenlerin göz ardı edildiğini düşünerek Klein’den da ayrılmıştır (29).Bowlby, çocuk ve ergen hırsızların yaşamlarını incelerken, bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde

annelerinden uzun süre ayrı kaldıkları dikkatini çekmiştir (29). Ardından yaptığı çalışmalar sonucunda, çocukların annelerini sadece açlık içgüdüsünü doyurdukları için sevdiği açıklamalarına karşı çıkmıştır ve bağlanma kuramını geliştirmiştir (3, 28, 30). Bowlby'ye göre bağlanma davranışı içgüdüsel, temel hedefi içgüdüsel ihtiyaçların karşılanmasıdır ve aynı zamanda sosyal ilişkilerin kurulmasında temel belirleyicidir (27, 30).

Bowlby, yakınlık arama ve yakın ilişkiler kurma yönünde evrensel bir eğilim olduğunu ve bunun bebeklikten itibaren başladığını ortaya koymuştur. Bebeğin annesi ile geliştirdiği, daha çok doğuştan olan, biyolojik belirteçlerle yönlendirilen, sosyal ilişkilerin başlangıcını oluşturan, emme, gülme, ağlama, izleme, çağırma, arama, bekleme gibi davranışlarla kendini gösteren ve gelecek ilişkiler için şablon niteliği taşıyan bir ilişki tanımlamıştır (31). Bowlby duygusal ve davranışsal sorunlar geliştiren çocukların sıklıkla ambivalan bir tutum sergileyen veya açıkça reddeden bir ebeveynlikle karşılaştıklarını belirtmiştir. Tüm bunlardan yola çıkarak, bakım verenin bebeğe duygusal yaklaşımının çocuğun yaşam boyu ruhsal sağlığıyla doğrudan ilişkili olduğunu öne sürmüştür (29).

Kanadalı bir psikolog olan Ainsworth ise 1960'lı yılların başlarında, Bowlby ile birlikte çalışan ve onun görüşlerini paylaşan bir psikolog olmasına karşın, zaman içerisinde John Hopkins Üniversitesi'nde bebekler üzerinde yaptığı çalışmalarda Bowlby'nin iddia ettiğinden daha fazlasını içeren sonuçlar bulmuştur. İçinde bulunduğu zaman diliminde çok da alışılmış olmayan bir yöntemi izleyip öğrencileriyle birlikte ev ziyaretleri yaparak çocukları ve annelerini daha yakından gözlemlemiş ve bazı temel alanlarda (beslenme, ağlama, göz teması, gülümseme vb.) annenin çocuğun ihtiyaçlarına olan yanıtlarını incelemiştir. Ainsworth, bağlanmayı bireyin diğerleriyle kurduğu duygusal bağ olarak tanımlamıştır ve Bowlby'nin görüşlerini deneme yoluyla test etmiş, yeni fikirler oluşturarak teorisini genişlemesine yardımcı olmuş ve bağlanma kuramına davranışsal boyut kazandırarak, kuramın istatistiksel olarak ölçülebilir hale gelmesini sağlamıştır (5). Ainsworth ve Bell annenin, çocuğun yanında olmadığı durumlarda ve çevrede yabancıların bulunduğu ortamlarda çocuğun araştırıcı davranışlarında bir azalma olduğunu belirtmişlerdir (32). Bebeğin bir yabancı ile karşılaştığındaki tepkilerini ölçmek amacıyla "Yabancı durum" olarak bilinen deneysel bir yöntem geliştirmişler

ve çocukları üç tipik bağlanma örüntüsü içinde sınıflandırmışlardır: Güvenli (secure) Bağlanma, Güvensiz Bağlanma. Güvensiz bağlanma da Kaygılı/Kararsız (anxious/ambivalent) Bağlanma (Tip C) ve Kaçınan (avoidant) Bağlanma (Tip A) olarak ikiye ayrılmaktadır. Son yıllarda bu üç klasik bağlanma stiline “dezorganize” bağlanma (Tip D) olmak üzere dördüncü bir bağlanma stili eklenmiştir. Yabancı Durum Testinin yorumlanması sırasında sonuçların kültürel etkenlerden (özellikle anne ve bebeğin kısa süre bile ayrılmasının uygun görülmediği doğu kültürleri) ve uygulamanın yapıldığı dönemdeki ailesel stresörlerden etkilenebileceği göz önünde bulundurulmuştur (33).

Ainsworth ve arkadaşları bağlanma sisteminin maternal davranışlarca etkilenmesini de içereceğini öne sürmüştür. Maternal davranışların annenin bebeğinin emosyonel dünyası ile olan ilgilenme düzeyini gösterdiğini düşünmüşler ve bu durumu “duyarlılık” olarak tanımlamışlardır. Duyarlı anneler bebeğin sinyallerine dikkatli biçimde uyum gösteren, sinyalleri uygun biçimde yorumlayan, onlara zamanında ve uygun biçimde yanıt verebilen anneler olarak tanımlanmıştır. Duyarlılığın bebeklerdeki güvenli bağlanma ile yüksek düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (34).

Bowlby’nin konu ile ilgili yaptığı çalışması, bebeğin biyolojik güven gereksinimi sonucu erken dönemde anneye bağlanması ve annenin yanıtı üzerine odaklandığı çalışmayla eş zamanlı olarak gebelik deneyiminin psikanalitik analizlerini yapan Deutch, Bibring ve Benedeck isimli teorisyenler prenatal bağlanmayı gebe kadının psişik enerjisini emosyonel olarak fetüsüne yatırdığı bir süreç olarak tanımlamışlardır (35-39). Gebelik ilerlerken fetusun gebe kadına daha insani gelmeye başladığı ve en sonunda fetüsün hem benliğinin bir uzantısı hem de bağımsız bir nesne olarak sevmeye başladığını öne sürmüşlerdir. Bu hipotez ilerleyen dönemlerde doğum sırasında bebeğini kaybeden anneler tarafından gösterilen ve annelerin bebeklerine dokunup dokunmadıklarından bağımsız olan yas sürecini gözlemleyen klinisyenlerce de desteklenmiştir (24).

Prenatal psikolojik süreçlerin tanımlanmasında Donald Winnicott’un çalışmalarının da göz önünde bulundurulması gereklidir. Her ne kadar Winnicott gebeliğin geç dönemlerini “annenin birincil annelik meşguliyeti” olarak ayrıca adlandırması gereken “psikolojik hal” olarak tanımlasa da, Winnicot’un erken

dönemdeki çalışmalarında prenatal veya postnatal bağlanmaya dair bir atıfta bulunmadığı düşünülmektedir (40).

Prenatal bağlanma teorisinin gelişiminde hemşirelerin çalışmaları önemli yer tutmaktadır. Chicago Üniversitesi'nde anne bakımı dalında uzman hemşire Reva Rubin, doğum sonu dönemde yeni doğan ile anne arasındaki bağın prenatal sürecin sonucunda gelişen bir davranış olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca doğum yapmadan önce kadınların hem bebeği hem de kendisi için güvenli bir geçiş arama, bebeğin diğer bireyler tarafından özel olarak kabul edilmesini sağlama, bebeğe bağlanma ve kendini bebeğe verme gibi dört özel görevi olduğunu bildirmiştir (25).

Aynı zamanda bir perinatal epidemiyolog olan Lumley, birinci gebeliklerinde kadınları gebeliklerinin her bir trimesterinde farklı zaman dilimlerinde izlemiş ve bu kadınların gebelikleri ilerledikçe bebeklerini artan bir şekilde “insani” olarak hayal etmeye başladıklarını saptamıştır (41). Gebelik takiplerinde ultrasonun kullanılmaya başlanmasından sonra fetüsün erken görüntüsünün annenin onu “küçük bir birey” olarak ayırma becerisini arttığı gözlenmiştir ve Lumley prenatal bağlanmayı annelerin bebeklerini “gerçek bir birey” olarak gördükleri noktada “hayallerindeki fetüsle ilişki kurmak” şeklinde kavramsallaştırmıştır (41).

Prenatal bağlanma kavramındaki gelişime dair ilk gözden geçirme Mecca Cranley tarafından yayınlanmıştır. Cranley, maternal-fetal bağlanma için altı unsurdan oluşan çok boyutlu bir model oluşturmuştur. Bu unsurlar; annenin fetüsü kendinden farklı olarak algılaması, fetüs ile etkileşime girme, fetüsün özelliklerini yorumlama, kendini (verme) adama, rol alma ve iç içe geçmedir. Cranley maternal-fetal bağlanmanın tanımını, doğmamış çocuğu ile davranışları yoluyla bağlanarak yakın bir ilişki kuran ve etkileşim gösteren kadını kapsar şeklinde yapmıştır (28).

Muller, maternal-fetal bağlanmayı düzenlerken Cranley'in araştırmalarından faydalanmıştır. Muller bu tanımları kavramsallaştırırken anne ve bebek arasında gelişen yakın ilişkiyi gözler önüne seren düşünce ve hayalleri hariç tutarak davranışlar üzerine odaklanmıştır. Muller maternal-fetal bağlanmayı anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen yegâne ilişki olarak yeniden tanımlamıştır (42). Aynı zamanda Muller'in gebelik ile ilgili öne sürdüğü modele göre bebek bekleyen annenin kendi annesiyle olan erken dönemdeki deneyimlerinin içsel temsillerin gelişimine etki

ederek aile, eş ve arkadaşlarla olan sonraki bağlanmasını şekillendirebileceğini öne sürmüştür.

John Condon da prenatal bağlanmayı “ gebe ebeveyn ve henüz doğmamış bebeği arasında normalde gelişen emosyonel bağ veya bağlantı” şeklinde tanımlamış olup prenatal bağlanmanın sevgi ile ilişkili çekirdek deneyimi içerdiğini ve annenin “ fetüsü tanıma, onunla olma ve ondan ayrılma ya da onu kaybetmekten sakınma, onu koruma, gereksinimlerini anlama ve bunu karşılamayı” içeren gelişmekte olan bir ilişki olduğunu savunmuştur (6).

Günümüzde “ prenatal bağlanma” soyut bir kavram olarak ve olasılıkla gebelik öncesi dönemde var olup ebeveyn ile fetüsü arasında duygusal yakınlığa dayanan ilişkiyi temsil eder ve bir diğer insanı zihninde canlandırmak üzere bilişsel ve emosyonel becerilerin kullanımı ile ilişkilidir olarak kabul edilmektedir (43).

2.1.3. Prenatal Bağlanmanın Ölçümü

Prenatal bağlanma ölçümleri öz bildirime dayalı anketler yoluyla yapılmıştır. İlk prenatal bağlanma ölçeği olan Maternal Fetal Bağlanma Ölçeği (MFAS) Cranley’in tezinde öne sürdüğü altı yön temel alınarak oluşturulmuştur: Selfin fetüsten ayrımı, fetüsle olan etkileşim, fetüs ait özellikler atfetme, kendinden verme, rol alma ve yuva yapma (28). Ölçek gebe kadınlarla olan görüşmelerdeki ortak özelliklere dayanarak klinisyenler ve doğum eğitmenlerince tanımlanan, bağlanma ile yüklü ifadeler temel alınarak oluşturulmuştur. Böylesi bir gerecin elde edilmesi prenatal bağlanma araştırmalarını hızla ileriye taşımıştır.

Cranley’nin ölçeğini kullanan ilk araştırmacılardan biri olarak Müller, MFAS’ın hem kendi araştırmasında, hem de sonrasında gelen 1992 tarihli literatür gözden geçirmesinde karşılaştığı sonuçsuz ve çelişkili sonuçlar nedeniyle sıkıntı duymuştur (44). MFAS’ın geçerlik, güvenirlik ve teorik zeminini sorgulamakta olan bir diğer araştırma ekibi, Müller’e de ulaşacak şekilde antepartum stresle ilişkili çalışmalarında kendi verilerini oluşturmuşlardır (45, 46). Müller bunun sonrasında bu katılımcılarla yapılan görüşmelerin ikincil bir analizini gerçekleştirebilmiş ve görüşme verilerince oluşturulan kategorilere Cranley’nin alt ölçeklerinden sadece üçünün karşılık verdiği, ikisinin ise (kendinden verme ve fetüs ile iletişim) hiç karşılık vermediği sonucuna ulaşmıştır. Müller, Mercer ve arkadaşlarının

alışmasında (1988) yer alan kadınlarla gerçekleştirilen açık uçlu görüşmelerden elde edilen verilere göre Cranley'nin itemlerinin belirli bazı emosyonel bileşenleri yakalamadığını tespit etmiştir. Mercer'in çalışmasına katılanlar çoğunlukla henüz doğmamış bebekleri ile ilgili ifadelerde bulunurken “umarım”, “dilerim” ve “hayal ederim” gibi ifadeler kullanmışlar ve davranışlarla açığa vurmak yerine daha çok duygularını (veya zihinsel durumlarını) ifade eder grűnmüşlerdir. Bu analiz yeni bir ölçeğin, Prenatal Baėlanma Envanterinin (PAI) geliştirilmesine yol açmıştır (27). Bu gereç gebelik sırasında annenin fetűsű ile olan kişisel ilişkisi veya şefkatli bağlanmasını ölçmeye yönelik tasarlanmıştır. Herhangi bir alt leėi içermemektedir, sadece global bir skor elde edilmektedir. Bu lek, duygusal yakınlığı vurgulamak, davranışsal lűmleri dışlamak ve Cranley'nin MFAS'ına yandaş bir ölçek olarak durmasını sağlamak, dolayısıyla çalışmalar arasındaki tutarlılığı artırmayı hedeflemiştir (27). Ne yazık ki PAI'nın MFAS'ın yakalayamadığı prenatal bağlanmanın emosyonel bileşenlerinin değerlendirilmesi amacıyla ek olarak kullanımı oldukça az olmuştur. Her ne kadar bazıları iki leėi bir gerete birleştirmeyi nerse de, böylesi bir birleştirilmiş lűműn geçerliliği veya gűvenirliėi ile ilgili çok az araştırma yapılmıştır (47).

Prenatal baėlanma alanındaki en yeni gereç Avustralya'da John Condon tarafından geliřtirilmiştir (48). Condon var olan gereçlerin fetusa olan yaklařımı gebelik ile anneliėe olan yaklařımdan yetersiz dűzeyde ayırdığını belirtmiştir. Kendi oluřturduėu Maternal Antenatal Baėlanma leėi' ne (MAAS) 19 item eklemiř ve sadece bebekle ilgili olan dűřűnceler ile duygulara odaklanarak gebeliėin fiziksel durumu veya annelik rolűne olan yaklařımlarını dıřarıda bırakmıştır. lekle iliřkili “kalite” ve “yoėunluk” faktörlerini tanımlamıştır. “Kalite” annenin bildirdiėi, yakınlık/mesafe, yumuřaklık/irritasyon, pozitif/negatif, keyifli/hoř olmayan beklentiler ve fetűsűn gerçek bir birey olarak canlı/belirsiz içselleřtirilmiş temsili gibi affektif deneyimleri tanımlamaktadır. “Yoėunluk” annenin fetűsű ile etkileřim halindeyken onu dűřűnmek, onunla konuřmak, onunla ilgili hayal kurmak veya dokunsal olarak onu hissetmek ile iliřkili geçirdiėi zamanı belirtmektedir. Condon bu iki faktrű dikey sűremler olarak haritalandırmıştır ve böylece prenatal baėlanma stili açısından dört kadran oluřturmuřtur: (1) gűlű/saėlıklı baėlanma, (2) baėlanmanın kalitesi olumlu olsa da dikkatin daėılması veya kaçınmaya baėlı olarak

düşük düzeyde meşguliyet, (3) düşük düzeyde meşguliyet ile birlikte ilgisizlik veya ambivalan şekilde ilgili olma ve (4) anksiyöz, ambivalan veya affeksiz meşguliyet (48).

Prenatal bağlanmayı değerlendirdiği öne sürülen bir diğer ölçek ise Prenatal Maternal Bağlanma ölçeğidir. Ancak ilk yöntemsel çalışmaya ek olarak sadece bir yayımlanmış çalışmada kullanılmış olması nedeniyle henüz kısıtlı veriye sahip olunan bir gereçtir (49, 50).

2.1.4. Prenatal ve Postnatal Bağlanma ve Arasındaki İlişki

Prenatal ve postnatal bağlanmanın farklı kavramsal yapılarının olduğu kabul edilebilir; bununla birlikte bu iki kavramın gözlenebilir bir iç tutarlılığının olduğu da kabul edilmektedir (51). Bebeği için bağlanma nesnesi olan annenin, bakım vermeye ilişkin bilişsel tasarımı ve içsel çalışma modeliyle ilişkili duygu ve davranışların gözlemlenmesi çok önemlidir. Prenatal bağlanma ve postnatal bağlanma arasında bir yakınlık olduğu; prenatal bağlanmanın ölçümü ve bunu takiben postnatal bağlanma stili arasındaki ilişkinin gösterilmesi, doğumdan önce ve sonra ebeveyn davranışları, bebeğin doğumundan sonraki annelik hisleri, bebekten gelen işaretlere karşı annenin duyarlılığı, besleme davranışları ve doğum sonrası anne bebek bağlanması araştırılarak kanıtlanmıştır (6, 51-54).

Prenatal bağlanmanın ölçümünde, annenin kişiliği, bağlanma biçimi, erken bakım verme deneyiminin zihinsel tasarımı gibi sadece anneye ait faktörlerin saf bir biçimde değerlendirildiği öne sürülmüştür. Bağlanma sürecini anlamaya yönelik yaklaşımlar; özellikle gebe kadının erken ebeveynlik deneyimleri, kendi fetusu ile içsel çalışma modeli geliştirmek için bilişsel kapasitesi, kendi erişkin bağlanma stili, sosyal destek düzeyi ve bununla ilgili olarak görülen perinatal depresyon düzeyi, anksiyete ve doğum sonrası bağlanma durumu, prenatal bağlanmaya olan ilgiyi arttırmıştır (55).

Postnatal bağlanmanın ise sadece prenatal bağlanma ile ilişkili olmadığı doğum sonrası diğer faktörlerden de etkilenebileceği belirtilmiştir (51). Prenatal bağlanmayı etkileyen faktörlerin postnatal bağlanma ile de ilişkili olduğu, postnatal bağlanmanın yeni doğanın kilosuna ve yeni doğanın yoğun bakım servisinde kalmak zorunda olması gibi faktörlerden de etkilendiği ortaya konmuştur (6, 53, 56). Ayrıca,

prenatal bağlanma düzeyi yüksek olan kadınların doğumdan sonraki dönemde anne-bebek etkileşimlerinin daha iyi olduğu da saptanmıştır (57).

2.2. GELİŞİM

Gelişim çok boyutlu ve disiplinler arası bir alandır. İnsan gelişimi fiziksel gelişim, zihinsel gelişim, duygusal gelişim, sosyal gelişim olmak üzere dört temel boyuttan oluşan karmaşık bir süreçtir. Her bir boyut gelişimin belirli bir yönünü vurgulasa da söz konusu boyutlar arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Örneğin, bilişsel gelişim fiziksel, duygusal ve sosyal gelişimden etkilenirken, sosyal gelişim de biyolojik olgunlaşma, zihinsel gelişim, duygusal gelişim gibi farklı gelişim süreçlerinden etkilenir. Bu dört alanın betimlenmesinde, biyoloji, fizyoloji, tıp, eğitim, psikoloji, sosyoloji ve antropolojiden yararlanan gelişim psikolojisi disiplinler arası bir bilim dalıdır. *Fiziksel gelişim*; gelişimin kalıtsal temellerini içerir. Bir bütün olarak insan vücudunun büyümesi; motor gelişim, vücut ve duyu sistemlerindeki değişiklikler; cinsel gelişim sağlık, beslenme, uyku gibi fiziksel gelişimle ilgili süreçleri kapsar. *Zihinsel Gelişim*; düşünme, öğrenme, hatırlama, yargıda bulunma, problem çözme ve iletişimle ilgili bütün bilişsel süreçlerdeki değişimleri içerir. Zihinsel gelişime etkileri nedeniyle kalıtsal ve çevresel etkenler de zihinsel gelişim süreci kapsamında ele alınır. *Duygusal Gelişim*; bütün olarak insanda duygu gelişimini kapsar. Sevgi, bağlılık, güven, güvenlik duyguları bu bütün içinde yer alır. Benlik ve özerklik gelişimi, duygusal rahatsızlık stres ve tepkisel davranışlar da duygusal gelişim süreçleri içindedir. *Sosyal Gelişim*; insanın sosyalleşme sürecini, ahlak gelişimini, yaşlılarıyla ve aile üyeleriyle ilişkilerini içermektedir. Sosyal gelişimin evlilik, anne baba olma, çalışma, mesleki roller ve iş yaşamı gibi çeşitli yönleri de sosyal gelişim süreci içinde yer alır.

2.2.1 Sosyal ve Duygusal Gelişim

Duygusal ve sosyal davranış, dinamik ve karmaşık bir repertuarın bir parçasıdır. Duygu ve sosyal davranış birbiriyle ilişkilidir ve ebeveynler bu tanımlamaları erken dönemde bebeklerinin kişiliklerini tanımlamada kullanırlar: “Ne kadar mutlu bir bebek”, ‘çok utangaç’, ‘insanları seviyor’ vb. Her ne kadar bazı

araştırmalarda bu iki alan sosyal ve duygusal olarak ayrılmış olsa da sosyal ve duygusal gelişim birbiri içine geçmiş kavramlardır. İlk bir yılda bebeğin bu iki alandaki gelişimi dramatiktir. Yeni doğan kendini düzenlemede yetersizdir, ebeveynlerinden korunma ve bakım almak için en çok biyolojik temelli sinyalleri yansıtan duygu ifadelerini kullanır ve bu yolla fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasına gereksinim duyarlar. Aylar içinde yeni doğanın duygu deneyimleri daha karmaşık hale gelir ve etrafındakilerle yüz yüze oyunlarda iletişime geçer. Üzüntüsünü kızgınlığını farklı yüz ifadeleri ile dile getirir. Bebeğin durumlara nasıl yanıt vereceğı ebeveynlerinin duygularını nasıl ifade ettiklerine de bağıdır. Gelişim yeni doğan dönemiyle sınırlı değildir, erken çocukluk döneminde çocuk utanç, suçluluk gibi daha karmaşık duygularının farkına varır ve diğerlerinin duygularını da anlamaya başlar. Erken sosyal etkileşimler içe alınır ve erken çocukluk döneminde diğerleriyle sosyal ve duygusal etkileşimde rehber olarak kullanılır. Tüm bu gelişmeler bebeğin duygusal yeterliliğini artırır; duygusal düzenlemesine ve baş etme kapasitesine katkıda bulunur.

Erken sosyal ve duygusal gelişimi tanımlamada ve anlamada, duygusal düzenleme kavramını da ele almak önemlidir. Duygusal yanıtların düzenlenmesi, sağlıklı, tatmin edici ve onaylanabilir bir sosyal duygusal davranışın gelişimi için büyük önem taşımaktadır (58).

2.2.1.1. Sosyal ve Duygusal Gelişim için Kuramsal Modeller

Sosyal ve duygusal alanlardaki gelişimsel süreci açıklayan çeşitli kuramsal modeller öne sürülmüştür.

2.2.1.1.a. Olgunlaşma Modeli

Olgunlaşma modeli belki en temel modeldir (59). Üst düzey kapasite, beynin ve beden işlevlerinin gelişmesi sonucu görülmektedir. Duygusal ifadelerin gelişimsel ilerlemesi bu tarz “zaman çizelgesinde gelişmenin” yansıması olarak görülebilir.

2.2.1.1.b. Bütünleyici Modeller

Bütünleyici modeller, bireyi koşulları içinde ele alır. Karşılıklı olarak birbirini etkileyen ardışık koşullar çerçevesinde çocuğun deneyimini kavramsallaştırmasına, ekosistem modeline, çocukların günlük deneyimlerini doğrudan etkileyen anlık

çevrelere (örn.. ebeveyn-çocuk etkileşimleri) ve çocukla doğrudan etkileşimi olmayan ancak gelişimi dolaylı olarak etkileyen daha uzak çevrelere (örn. Çocuk bakım politikası, kültürel değerler) vurgu yapılmaktadır (60). Bu koşullar (çevreler) bebeğin sosyal ve duygusal gelişimini çeşitli açılardan şekillenmeye eğilimlidir.

2.2.1.1.c. Etkileşimsel Modeller

Dinamik bir süreçte birinin durumunun ötekini sonraki durumunu etkilediği, zaman içinde çocuk ve çevresi arasındaki etkileşimdir (61). Bu bakış açısının sosyal ve duygusal gelişim için açık çıkarımları vardır. Örneğin, ebeveynler çocuklarının duygusal gösterilerine tepki gösterirlerken, onların tepkileri, onlara olan tepkilerinin niteliğini şekillendirir. Bebek-ebeveyn ikili ilişkisinde iki ortak da birbirinin sosyal ve duygusal deneyimlerini kesintisiz şekilde şekillendirir.

2.2.1.1.d. Gen-Çevre Etkileşim Modeli

Biyoloji alanında yakın zamanda yapılan bir araştırma, biyolojik (genetik) yapı ve çevresel koşullar arasındaki karmaşık etkileşimler üzerinde durmuştur. Gen-çevre etkileşim modeli, gelişim sürecini şekillendirmek için bireyin biyolojik eğiliminin çevresel özellikleriyle etkileşim kurduğu yolları vurgulamaktadır. Örneğin ebeveyn tutumları genetik olarak inhibe mizaca yatkın çocukların sosyal gelişimlerini etkileyebilir ve değiştirebilir (62).

2.2.1.1.e. Bağlanma Teorisi

Bağlanma teorisinde, bağlanmanın bebeğin ve küçük çocuğun sosyal gelişiminin baskın düzenleyici rolü olarak kabul edilmiştir (29, 63). Bakım verenlerle erken etkileşimler hem hayatta kalmayı sağlar hem de daha sonraları, bakım verenlerin uygun yanıtları bebeğin daha karmaşık tasarımları için temel oluşturur. Bağlanmadaki temel farklılıklar, bebeğin bağlanma figürünü ‘güvenli üs’ olarak kullanabilmesinde belirgindir ve bu farklılıkların birçok bağlamda sosyal ve duygusal gelişime etkileri vardır.

2.2.1.1.f. Mizaç Modeli

Mizaç modelleri biyolojik temelli bireysel farklılıkları sıklıkla vurgular (62). Mizacın bazı özellikleri sosyal ve duygusal gelişim ile daha az ilişkiliyken (örn.aktivite düzeyi), bazı özellikleri de doğası gereği ilişkilidir (örn.duygusallık ve duygu durum).

Çocuğun duygusallığının sosyal işlevselliğe olan etkisinin, duygu düzenleme becerisine bağlı olduğu düşünülmektedir (64). Duygu düzenleme modellerinin çoğu, küçük çocuğun kendi duygusal tepkisini ve ifadesini kontrol etme, değiştirme ve yönetme yetileri üzerinde durur. Kendi duygularını düzenlemede farklılık gösteren çocukların mizaç özellikleri olarak değişkenlik gösterdikleri bilinse de (64); duygu düzenlemedeki bireysel farklılıkların büyük oranda çocuğa verilen bakımın içeriğinin farklı olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir (65).

2.2.1.2. Ebeveynlerin Sağlıklı Sosyal ve Duygusal Gelişime Etkileri

Yaşamın ilk dönemlerinden itibaren duygusal tepkiler bebeğin çevresini düzenlemesine yardım eder. Duygusal süreçler bebeğin fizyolojik, bilişsel ve sosyal işlevlerindeki değişimleri yansıtır. Bebeğin sağlıklı sosyal ve duygusal gelişiminde bebekle ilgili bebeğin duygu ifadelerinin gelişimi, bebeğin diğerlerinin sosyal sinyallerine duyarlılığı ve mizaç özellikleri gibi etmenlerin yanı sıra ebeveynleri de önemli rol oynar. Ebeveynler bebeklerinin duygularını düzenlemelerinde doğrudan etkilidirler.

2.2.1.2.a. Duygu Düzenleme

Sosyal duygusal yeterliliğin temel bileşenlerinden birisi duygu düzenlemesidir.

Kopp (1989) tarafından yapılan tanımlamasında ‘duygu düzenlenmesi’ hoşlanma, haz alma, kaygı, öfke, korku ve diğer duyguları içine alan olumlu ve olumsuz duygu düzeylerindeki artış ile başa çıkmayı kapsayan süreç ve özellikleri belirtmek için kullanılan bir terimdir (66).

Thompson (1994) duygu düzenlenmesini kişinin amaçlarını elde etmek için özellikle yoğun ve şiddetli bulgular veren duygusal tepkileri gözleme, değerlendirme ve değiştirmeden sorumlu dışsal ve içsel süreçler olduğunu belirtmiştir (67).

Witherington ve ark. duygusal düzenlemenin hem bireysel yanıttan, hem de duygunun oluştuğu sosyal çevreden ayrı tutulduğunda, anlaşılmayacak kadar karmaşık bir süreç olduğunu vurgulamıştır. Yazarlar duygu sisteminin doğuştan bir düzenleyici olduğunu ve bunu anlamak için, kişi ile çevre arasındaki işlevsel ilişkiye bakılması gerektiğini belirtmektedir. Duyguyu ve duygu düzenlenmesini anlamak

için yazarlar, çocuğun ne yapmaya çalıştığını anlamının temel olduğuna inanırlar (58, 68).

Duygusal ve davranışsal olarak regule olan çocuklar yapısal ve durumsal değişikliklere daha kolay uyum sağlarlar ve değişikliklere olan tepkilerini geciktirebilirler (69).

Önemli gözden geçirmeler duygusal düzenlemeyi nasıl tanımlayacakları ve nasıl ölçecekleri konusuna odaklanmışlardır (70). Tüm bu tanımlamaların ortak paydası duygusal düzenlemenin duygu ifadelerini azaltan ya da arttıran davranışları, yetenekleri ve; duyguları düzenlemeye ve ifade etmeye yarayan (bilinçli, bilinç dışı, otonomik ya da çaba sarf edici biçimde olan) stratejileri içermesidir (65).

Çocuğun duygusal regülasyonu sağlanmış ise çocuğun pozitif ve negatif duygularını düzenleyip belli amaçlar için kullanılabilesinin yanında (örneğin iletişimi arttırmak için gülme; engeli ortadan kaldırmak için öfkelenme gibi.) negatif duygularını da meydan okumak için kullanabildiği gözlenmiştir (70). Yeni doğan ya da erken çocukluk dönemindeki çocuk, meydan okuma durumuyla karşı karşıya kaldığı zaman kaçınma ya da kendini koruma davranışı gibi çok çeşitli davranışsal baş etme stratejisini kullanabilir (65, 66, 71). Bu stratejilere erken bebeklik döneminde bebeğin olumsuz duygulanımını hafifletmek için göz kaçırma ve motor kontrolü yoluyla olumsuz bir durumdan olumlu bir duruma dikkatini kaydırabilmesi örnek verilebilir (72-74), ebeveynlerin buradaki rolü bebeğin dikkatini kaydırmasına yardım etmektir. Birinci yılın sonunda bebekler streslerini hafifletme girişimlerini yapabilir, davranışlarını planlayabilir ve diğerlerinin affektif durumlarını hafifletmek için bilinçli bir şekilde sinyal gönderebilir hale gelirler. Çocuklar yaşamlarının ikinci yılında duygularını düzenlemede pasif yöntemlerden daha çok aktif yöntemleri kullanmaya başlarlar, farklı duygusal durumları daha iyi yönetmek için spesifik stratejiler kullanabilir hale gelirler ve bakım verenler bu dönemde çok önemli rol oynarlar.

Bebek için zorlu olaylara yanıt verebilmek daha etkin bir düzenleme gerektirir. Örneğin Lewis ve Ramsay 2005 yılında yaptıkları bir çalışmada 4 ve 6 aylık bebeklerde engellenmeye yanıt olarak öfke ve üzüntü yanıtlarının ortaya çıktığını gözlemlemişlerdir (75). Bebeğin üzüntülü görüntüsünün büyük oranda stres hormonlarının cevabı ile ilişkili olduğu düşünülmüş olup öfkeli görüntüsünün stres

hormonlarının cevabıyla ilişkili olmadığı, öfkenin adaptif yönüyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bebeğin engellendiğinde çıkan öfkesi karşısına çıkan engelin üstesinden gelmeyi amaçlar (76), bunun tersine üzüntü o olay karşısında kontrolünü kaybettiğini ya da başarısız olduğunu hissettirir (75, 77).

Etkili duygu düzenlemesinin, ebeveyn ve bebek arasında erken etkileşimlere dayanan güçlü sosyal kökleri olduğu kabul edilir. İki yaşındaki çocukta olumsuz ebeveyn davranışı; zayıf fizyolojik düzenleme, azalmış adaptif duygu düzenleme ve uyumsuz davranışlar ile bağlantılıdır (78). Nitekim yapılan bir çalışmada 18 aylık iken çocukların dikkatlerini başka tarafa çekebilmeleri olumlu anne rehberliğinde olur ve anne odaklı düzenleme davranışlarının engellenme karşısında çocuk için uyaran görevi gördüğü bulunmuştur (78).

Sonuç olarak her çocuğun etkin düzenleme yetileri, ilişkisel bağlamda gelişir ve çocuğun kendiliğini düzenlemesinin ve sosyal-duygusal yeterliliğinin bir çekirdeği haline gelir (79).

2.2.1.2.b. Bebeğin Duygularına Ebeveyn Yanıtı

Ebeveyn-bebek ikilisinden ebeveynin bebeği ile duygusal alışverişi ebeveyn-bebek ilişkisini oluşturur. Stern (1985) anne ile bebeğinin duygusal alışverişini gözlemlemiş, bu karşılıklı alışverişin her anne bebek ikilisine göre değişkenlik gösterdiğini saptamış ve bebeğin ruh sağlığının büyük oranda bu etkileşimdeki senkronizasyona-uyuma bağlı olduğunu savunmuştur (80).

Asenkronik etkileşim, bu ikiliden herhangi birinin duyarlı olmayan ve diğerinin ipuçlarını yeterince yanıtlayamayan konumda olmasıyla ortaya çıkar ve bebeğin duygusal gelişimini olumsuz etkiler. Karşılıklı duygusal alışveriş gelişimsel süreçlerin bozulmasında ve onarılmasında; bebeğin kendi duygularını tanımlama ve düzenlemesinde kritik bir rol oynamaktadır (77). Dilin gelişmesi de duyguların ifade edilmesinde önemli bir rol oynar. Verbal aynalama bebeğin duyguları anlamasını kolaylaştırır (81, 82).

Erken gelişim dönemlerinde bakım verenlerin ve ebeveynlerin bebeklerin duygularını ifade etmesinde ve gelişen duygularını yönetmesinde önemli katkıları bulunmaktadır.

2.2.1.2.c. Bebeğin Sosyal Gelişimine Ebeveynlerin Etkisi

Bakım veren bebeğin güvenli bağlanmasında ve erken dönem sosyal-duygusal dayanıklılığın gelişmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bebeğin sosyal duygusal gelişimine bakım verenin ebeveynlik davranışları, bakım veren-bebek arasındaki sözel iletişim ve bakım verenin kendi ebeveynleriyle bağlanma stili etki eder.

Duyarlılık

Ainsworth'un çalışmaları maternal duyarlılığın bebeğin primer bağlanma mekanizmalarının altında yatan temel etken olduğunu göstermiştir (34). Zamanla bağlanma paternini etkileyen diğer faktörler: bebeğin mizacı (83), bakım veren ile diadik ilişkisi ve duygusal ulaşılabilirlik (84, 85).

Babaların duyarlılığı ve bebeklerin bağlanması ile ilgili çalışmalar yetersizdir; ancak destekleyici olma, oyun sırasında esnek olma gibi diğer paternal davranışların baba-bebek ilişkisine olumlu katkıları bulunmaktadır (86).

Ebeveynlerin verbal özellikleri, bebeğinin zihnini anlaması ve onu bebeğine verbalize etmesi (mind-mindedness) bebeğin ruhsal durumu için önemlidir. *Mind-mindedness* annenin bebeğini bir birey olarak zihninde hissedebilmesidir. Örneğin fazlaca *mind-mindedness* yorumları olan ebeveynler çocuklarının ilgilerini, isteklerini ve düşüncelerini etkileşimleri sırasında dile getirirler. Az *mind-mindedness* yorumları olan ebeveynler bebekleri için daha somut terimler kullanırlar (örn, telaşlı görünüyorsun). Annelerin uygun *mind-mindedness* yorumlarının davranışsal duyarlılığın da ötesinde ilk bir yıl içinde güvenli bağlanmanın en güçlü prekürsörü olduğu düşünülmektedir (87). Tüm bunlara ek olarak ilk bir yıl içinde yapılan *mind-mindedness* yorumlar 4 yaşındaki çocuklarda başkalarının duygularını anlama-zihin kuramı-gelişmesiyle ilişkili bulunmuştur (88).

Zihinsel Temsillerin Rolü

Ebeveynlerin zihinsel temsilleri, ebeveynlerin kendi ebeveynleri ile olan geçmişleri, ebeveynlik davranışları ve bebekleriyle bağlanma ilişkisinde önem taşımaktadır. Ebeveynlerin içsel çalışma modelleri bebeklerin duygusal regülasyonunda önemlidir. Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin ebeveynlikle ilgili zihinsel temsilleri hem prenatal hem de postnatal bebeklerine bağlanma ilişkisi ve erişkin bağlanma stilleri ile ilişkili bulunmuştur (89, 90). Buna ek olarak ebeveynlerin zihinsel temsilleri bebekleriyle nasıl meşgul olduklarıyla yakından

ilişkilidir (91). Ebeveynlerin zihinsel temsilleri, duyarlılıkları ve bebeklerine bağlanmaları arasında bir ilişki olduğu düşünülmeye rağmen yapılan çalışmaların meta analizinde ebeveyn duyarlılığının sadece %23 oranında ebeveyn-çocuk içsel çalışma modelleriyle ilişkili bulunduğu görülmüştür (92). Bu yüzden etkili olabilecek olumlu duygulanım, sözel aynalamanın kalitesi gibi diğer faktörlerin araştırılmasına ihtiyaç duyulmuştur (87, 93).

2.2.1.2.d. Ebeveyn tutumları ile ilgili yaklaşımlar

Ebeveynlik, ebeveynin kendisinin, çocuğun ve sosyal bağlamın etkisinin görüldüğü bir kavramdır (94). Çocuk yetiştirme ve etkileri konusunda yapılan araştırmaların çoğu, ebeveynleri birbirlerinden ayıran özelliklerini belirlemektedir. Bu özellikler çocuklardaki bireysel farklılıklarla da ilişkili olabilmektedir (95). Ebeveynlik stillerini değerlendirmek üzere yapılan çalışmalar ebeveyn-çocuk arasındaki duygusal ilişki, ebeveynlerin yöntem ve davranışları ile ebeveynin düşünce sistemi olmak üzere üç unsur üzerinde odaklanmıştır. Davranışlara anlam katan tutumlardır, ancak tutumlar da davranışlar aracılığıyla açıklanabilmektedir (96).

Ebeveyn tutumlarının boyutlar üzerinden nasıl ele alındığına bakılırsa, Becker (1964) düşmanlığa (red) karşı sıcaklık (kabul) ve hoşgörülülüğe karşı kısıtlayıcılık olmak üzere birbirine benzeyen iki değişken öne sürmüştür (95). Yapılan çalışmalarda disiplin konusunun da iki önemli başlık altında toplanmaktadır. Bunlardan biri “güç iddialı disiplin”dir. Bu disiplin çeşidi fiziksel ceza, bağırma, şiddetli emir, tehdit gibi kavramları içermektedir. Bir diğer disiplin çeşidi de “sevgi odaklı disiplin” dir. Bu da hayal kırıklığı, yalnızlık, sevgiyi geri çekmek, şartlı sevgi sunmak ve mantıklı düşünmek gibi kavramları içermektedir (95).

Baumrind’in en son kavramsallaştırması olan ebeveynlikle ilgili sınıflandırma ise, iki boyutun kesişmesiyle oluşmuştur. Bu iki boyut ebeveyn talepkarlığı ve ebeveyn duyarlılığıdır (95). Boyutlardaki kesişme sonucu ortaya çıkan dörtlü ebeveynlik modeli demokratik, otoriter, izin verici-hoşgörülü ve izin verici-ihmalkâr ebeveyn tutumlarını kapsamaktadır.

Demokratik ebeveynler çocuklarını mantıklı, konu odaklı davranış üzerinden yönlendirmektedirler. Bu ebeveynler çocuklarını sözel olarak desteklemekte ve davranış tarzlarının ardındaki nedenleri çocuklarıyla paylaşma eğilimindedirler.

Ebeveyn-çocuk ayrımında kararlı bir kontrol uygulamakta, ancak çocuğu yasaklarla baskılamaktan kaçınmaktadırlar. Demokratik ebeveynlik tutumunda ebeveyn ve çocuk; saygı ve kendilik değeri gibi ihtiyaçlarda eşit olup, sorumluluk ve karar verme konusunda eşit değildirler (97). Baumrind, demokratik ebeveynlik tutumunun şu bileşenlerden meydana geldiğini belirtmektedir: ebeveynlerin çocuktan gelecek olgun davranışlarla ve açık kurallarla ilgili beklentilerinin olması, çocuğun bireyselliğini ve bağımsızlığını teşvik etmesi, ebeveynlerin çocukları ile açık iletişimde olması, kendi açıklamalarını yapmalarının yanı sıra çocuklarının fikirlerini de dinlemeleri, hem ebeveynlerin hem de çocukların haklarının tanınması (95).

Otoriter ebeveynler çocuklarının tutum ve davranışlarını, mutlak standart davranışlara göre yön vermeye ve kontrol etmeye çalışmaktadır. Bu ebeveynler kısıtlayıcıdır ve çok kısıtlı pozitif duygulanım gösterirler. Bu ebeveynler itaate önem vermekte ve kendisinin doğru bulduğu davranışlar ile çocuğun hareketleri çatıştığı zaman cezayı kullanmaktadır. Çocuğun bağımsızlığını sınırlayan otoriter ebeveynler aynı zamanda kendi sözlerinin çocuk tarafından kabul edilmesi gerektiğine inanmaktadır (98). Bu ebeveynler çocuklarına sözel destek sağlamamaktadır (98). Otoriter ebeveynlik tutumunda, ebeveynlerin çocuklarına yönelik talepleri, çocuklarından gelen talepleri kabul etmeleriyle dengeli değildir. Kuralların önceden tartışılması da söz konusu olamaz. Çocukları meydan okumaya kalktığında ise bu ebeveynler çocuklarının bu çabalarını bastırmaktadır. Çocuklar ebeveynlerinin isteklerinden uzaklaştığında, sıklıkla fiziksel olmak üzere oldukça ağır ceza görmeleri mümkündür. Otoriter ebeveyn tutumu, yüksek düzeyde talepkarlık boyutu ve düşük düzeyde duyarlılık boyutuyla ilgilidir (95). Bu ebeveynlerin çocukları kendini suçlama ve kendinden nefret etme eğilimindedir, buna bağlı olarak öz güvenleri düşüktür ve davranış problemleri gösterebilirler (99).

İzin verici ebeveynler çocuklarının dürtü, istek ve hareketlerine karşı kabul edici ve cezalandırıcı olmayan şekilde davranmakta, sorumluluklarla ilgili olarak çocuklarından az miktarda istekte bulunmaktadır. Açık bir şekilde güç kullanmayan bu ebeveynler, çocuklarının kendi hareketlerini olabildiğince kendilerinin düzenlemesine izin vermekte, kontrol uygulamamakta ve çocuklarının belirlenmiş kurallara uyması için destek sağlamamaktadır (98). Baumrind'in ilk çalışmasına dayanılarak izin verici/hoşgörülü ebeveynlerin, çocuklarının bir takım saldırgan vb.

hareketlerine karşı kabullenici olan, hoşgörülü davranan, çok az ceza kullanan, görevleri yerine getirmek ve olgun davranmak konusunda bir kaç talepte bulunan, çocuklarına kendi davranışlarını düzenlemeleri ve mümkünse kendi kararlarını vermelerine izin veren, yatma zamanı, yemek zamanı ve televizyon gibi aktiviteleri kapsayan zaman çizelgesine yönelik birkaç kurala sahip olan ebeveynler olduğu belirtilmektedir. Çocuklar üzerindeki etkileri de göz önüne alındığında izin verici ebeveynliğin olumlu etkilerinden çok olumsuz etkilerinin olduğu görülmektedir (95). Baumrind'in ilk çalışmasında izin verici ebeveynler otoriter olanlara göre daha sıcak ebeveynlerken, daha sonraki çalışmalarda izin verici ebeveynlerin bir kısmının soğuk ve ilgisiz olduğu tespit edilmiştir. Bu ebeveynler de Maccoby ve Martin'in dörtlü şemasında izin verici-hoşgörülü ve izin verici-ihmalkâr olmak üzere izin verici ebeveynlerin iki alt kategorisini oluşturmuştur (95).

İzin verici-ihmalkâr ebeveynlik modelinde ebeveynler çocuklarının ihtiyaçlarına duyarsız, düşük düzeyde talep ve düşük düzeyde uygulamanın söz konusu olduğu, çocuğunu ihmal eden ve önemsemeyen, çocuğunu kendisine uzak tutmak isteyen, çocukla kurulacak etkileşim çabasını azaltan ebeveynlerdir (95).

2.3. EBEVEYN PSİKOPATOLOJİSİNİN ÇOCUK GELİŞİMİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Yukarıda da aktarıldığı gibi sağlıklı gelişim için yaşamın ilk 2-3 yılı temel bir önem taşımaktadır. Bu dönemde özellikle anne ile çocuk arasındaki iletişim çocuğun ilerideki yaşamında belirleyici rol oynamaktadır. Bu dönem bebeklik ve erken çocukluk döneminden oluşmaktadır (100). Ebeveyn psikopatolojisinin bakım verme kalitesi ve bağlanmayla doğrudan ilişkili olduğu bilinmektedir. Ebeveyn psikopatolojisinin bebeklerin fiziksel ve duygusal ihtiyaçları için kazanılan ebeveyn rolüne etkisi oldukça fazla araştırmanın konusu olmuştur.

2.3.1. Depresyon

Kadınların % 6-17'si hayatları boyunca bir kez majör depresif epizot geçirmiştir (101). Kadınlardaki depresyon sıklığı çocuk doğurma yaşlarında artmaktadır (102). Gebelerde depresif semptom sıklığı %8-51 oranında iken (103,

104); majör depresif epizot sıklığı %10-17 arasındadır (104-106). Doğum sonrası 3 ay içerisinde majör ya da minör depresyon görülme sıklığı ise % 19.2 dir (107).

Anne depresyonunun çocuğun ruh sağlığı ve iyilik hali üzerinde büyük etkisi olduğu öne sürülmektedir (108). Depresyonlu annelerin ilerleyen dönemde çocukta gelişebilecek patolojilere yatkınlık oluşturduğu bilinmektedir. Annelerdeki depresyon çocuklarında büyük oranda avoidan ve dezorganize bağlanma ile ilişkili bulunmuştur (ortalama %17-28 oranında) (11). Duyarlılık çocuğun bağlanma davranışlarına annenin uygun yanıt verebilmesidir ve duyarlılığın çocuklarda güvenli bağlanmanın bir prekürsörü olduğu bilinmektedir (92, 109). Annelerdeki depresyon annenin duyarlılığını olumsuz etkileyerek çocuğun sinyallerine yanıtsız ya da uygunsuz yanıt vermesine neden olmakta ve böylece çocuklarda güvenli bağlanmanın gelişimi olumsuz etkilemektedir (34). Bebeğin annesine bağlanmasındaki olumsuzluklar, bebeklerin diğerleriyle ilişkilerinde olumsuz beklentilere ve olumsuz kendilik algısına neden olarak ilerleyen dönemde bebekte depresyon gelişimine yatkınlık oluşturmaktadır (110, 111). Azalmış olumlu duygulanım, artmış olumsuz duygulanım ve duygu-davranış regülasyonundaki bozukluklar bebekte ileride gelişebilecek depresyon dışındaki psikopatolojilere de (self regülasyonda güçlük, akranları ve ebeveynlerine kontrolsüz davranışlar sergileme, stresli olaylarla başa çıkmakta zorluk çekme vb.) yatkınlık oluşturmaktadır (112, 113). Yapılan bir çalışmada annelerdeki depresyonun erkek bebeklerde artmış problem davranışları ve azalmış yetkinlik davranışları ile ilişkili bulunması da bilinenleri desteklemektedir (114). Annelerdeki depresyon ve sonuçları birçok farklı etmenden etkilenmektedir.

Annelerdeki depresyonu ve sonuçlarını etkileyen çeşitli faktörlerden söz edilmektedir. Bunlardan ilki annelerin zihin meşguliyetidir. Annelerin zihnindeki güvensiz durumlar doğum sonrası depresyon ve bebeğin güvensiz bağlanma riskini arttırmaktadır (115).

Diğer önemli bir faktör ise bebeğin fiziksel durumudur. Bebekleri prematur doğan annelerin doğum sonrası depresyon semptom şiddeti ve bebeklerine bağlanma kalitesi etkilenmektedir (116). Düşük sosyoekonomik düzey, sosyal destek yokluğu, yoksulluk, aile içi şiddet varlığı, stresli yaşam olayları, madde kullanımı, düşük

öyküsü ve plansız gebelik de annelerin depresyonunun şiddetini arttıran diğer psikososyal etkenlerdir (117-120).

Prenatal depresyon dünyanın birçok yerinde “antenatal depresyon” olarak ifade edilmektedir ve prevalansının %6-38 oranında değiştiği bildirilmektedir (121). Görülme sıklığı açısından prenatal ya da antenatal depresyonun, postpartum depresyona göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir (122-124). Prenatal depresyonun doğacak bebeğe olan etkilerinin anne karnında başladığı bilinmektedir. Prenatal kronik depresyona maruz kalan yeni doğanların görsel ve sesli uyarana daha az yanıt verdikleri, uyaranlara daha az oryante oldukları ve yapılan Brazelton Yeni doğan Davranış Değerlendirme skalasında daha fazla depresif belirti gösterdikleri saptanmıştır (125). Diğer bir çalışmada prenatal depresyona maruz kalan yeni doğanların verilen uyaranlara az yanıt vermesinin ilerde aşırı uyarılmışlık, dikkatsizlik ve daha az empatik olmalarıyla ilişkilendirilmiş olup bu çocukların doğum sonrası 2. ve 6. aylarda zor mizaçlı çocuklar olarak tanımlandıkları bulunmuştur (126). Aynı zamanda prenatal depresyona ve/veya gebelik sırasında yüksek depresyon skorlarına sahip olan annelerin bebeklerinin daha fazla ağladığı; daha zor yatıştıkları (127); daha fazla olumsuz duygulanıma sahip oldukları (128) ve anneleriyle daha kaçınan göz teması kurdukları da bilinmektedir (129). Prenatal depresyona maruz kalan çocukların yeni doğan döneminin yanında erken çocukluk döneminde sıklıkla uyku sorunu yaşadıkları, yatağa gitmeyi reddettikleri, erken uyandıkları, daha fazla kâbus gördükleri ve uykuyu sürdürmede zorluk çektikleri görülmüştür (130).

Prenatal depresyonu olan annelerin çocuklarında erken çocukluk döneminde görülen diğer bir bulgu ise, 18.ayda yapılan değerlendirmelerinde saptanan gelişim gecikmesidir. Bu çocukların 14 ve 54.aylarda içe yönelim ve dışa yönelim semptomlarının da gelişim gecikmesine eşlik ettiği gösterilmiştir (18). Finlandiya’da yapılan başka bir çalışmada prenatal depresyonun çocuklarda dışa yönelim semptomlarının önemli bir prekürsörü olduğu saptanmıştır (131). Prenatal depresyonun yaşam boyu etkilerinin olduğu göz önüne alındığında, adölesan dönemde gelişebilecek majör depresyon ve iletişim bozukluğu tanılarının da prekürsörü olduğu öne sürülmektedir (132).

Prenatal depresyonun söz konusu olumsuz etkilerini hangi biyolojik süreçler üzerinden yaptığı merak konusudur. Yapılan çalışmalarda prenatal depresyonu olan annelerin kortizol seviyelerinin yükseldiği ve bu yükselmenin etkilerini anne karnında göstermeye başladığı, bu annelerin bebeklerinin anne karnında daha yavaş büyüdükleri ve daha düşük doğum ağırlıklı doğdukları hatta %13 oranında da prematüre doğdukları gösterilmiştir (133). Kortizol yükselmesi ile çocukların prenatal depresyona maruz kaldığı sürenin ilişkisinin olup olmadığının araştırıldığı bir çalışmada prenatal dönemde distimisi olan anneler ile majör depresif epizodu olan annelerin kortizol seviyeleri ile doğacak çocuklarının büyüme hızları karşılaştırılmış, kronik depresyonu diğer bir değişle distimisi olan annelerin kortizol seviyeleri daha yüksek bulunmuş ve bu annelerin bebeklerinin doğum ağırlıkları daha düşük, femur uzunlukları daha kısa, karın çevreleri de daha dar saptanmıştır (134).

Annedeki depresyonun çocuğun zihinsel gelişimini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Sharp ve ark. 1998 yılında yaptığı bir çalışmada, depresyonlu olan annelerin çocuklarının yaklaşık 4 yaşında yapılan değerlendirmelerinde normalin altında zekâ puanı aldıkları görülmüştür (135). Aynı grubun 11 yaşında yapılan değerlendirmelerinde çocuklarda dikkat sorunlarının daha fazla olduğu, özellikle matematik alanında daha fazla zorlandıkları, özel eğitim desteğine daha fazla gereksinim duydukları ve zekâ puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu gösterilmiştir (136). Ek olarak artmış kalp hızı, artmış kortizol seviyeleri, azalmış vagal tonus, azalmış fiziksel aktivite ve daha az ses çıkarma depresyonlu annelerin bebeklerinde gösterilmiş diğer bulgulardandır. Bu bulguların hamilelik sırasında annenin yaşadığı stres ve depresyona maruz kalan bebeğin daha duyarlı hale gelmesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (137). Bebeklerdeki EEG asimetrisi de saptanan diğer bulgular arasındadır. Bebeklerde ve erişkinlerde yapılan çalışmalarda sağ beyin aktivitesinin stres, üzüntü, etkileşimden kaçınma ve davranışsal inhibisyon ile ilişkili olduğu; sol beynin ise eğlence ve mutluluk gibi pozitif duygularla aktive olduğu gösterilmiştir (112, 138, 139).Yapılan bir araştırmada sağ ve sol lob arasındaki asimetrisinin 7-12 aylık çocukların duygulanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (140). Ayrıca 3 aylıkken sağ frontal lob asimetrisi saptanan olguların 3

yaşına geldiklerinde de bu asimetrisinin devam ettiği ve yaşlılarına göre daha inhibe çocuklar oldukları gösterilmiştir (141).

Annelerdeki depresyon sadece çocukları olan doğrudan etkileşimleri üzerinden değil, eş ilişkisini de riske sokarak tüm aileyi etkileyebilmektedir. Depresyonu olan kadınların eşlerinde de yüksek oranda depresyon varlığı bilinmektedir. Ruhsal sıkıntıları olan babaların çocuklarında davranış sorunları ve uyum güçlüğü daha fazla görülmektedir (142). Babada psikopatoloji varlığı annenin depresyonun olumsuz etkilerini daha da arttırabilir (143). Bunun nedenleri psikiyatrik bozukluk için genetik yatkınlığın artması, aile üyeleri arasındaki çatışmanın artması ve birlikteliğin azalması olabilir (144). Diğer yandan sağlıklı babaların varlığı çocuğu annenin depresyonunun olumsuz etkilerinden koruyabileceği de öne sürülmektedir (121).

2.3.2. Anksiyete

Prenatal depresyonun ile prenatal anksiyetenin birçok kadında bir arada bulunduğu saptanmıştır (145, 146). Anksiyete seviyesi yüksek olup depresif olmayan gebe örneği bulmak çok zordur (147). Buist ve ark.'nın 2011 yılında yaptığı bir çalışmada kadınların %9.5'i gebelikte yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almaktadır (148). İngiltere'de Heron ve ark.'nın 2004 yılında yaptığı diğer bir çalışmada kadınların % 14.6'sında gebeliğinin 18. haftasında anksiyete semptomları görülmüştür (149). Sıklık araştırmalarının yanında gebelikte anksiyetenin nasıl seyrettiğinin araştırıldığı Vythilingum'un 2009 yılında yaptığı çalışmada, gebelikte görülen anksiyetenin klinik özelliklerinin gebe olmayan kadınlarda görülen anksiyete ile farklı olmadığı ancak ek olarak gebeliğe özgü kaygıların eklendiği bulunmuştur (150).

Prenatal anksiyete, depresyon ya da stresin doğacak bebekler için birçok nörogelişimsel sonucu olduğu bilinmektedir (151). Yeni doğan döneminde prenatal anksiyete ile annelerin uyaranlarına fazlaca maruz kalan çocukların doğum sonrası ilk 6 haftada daha irritabl oldukları; daha fazla ağladıkları (152) ve ilk 10. haftalarından 7. aylarına kadar daha zor mizaç özellikleri gösterdikleri bildirilmiştir (15, 16). Prenatal anksiyetenin, postpartum depresyon, sosyodemografik değişkenler ve doğum komplikasyonlarından bağımsız olarak annenin bebeğini doğum sonrası

ilk 4 ya da 6 ay içerisinde bebeği zor mizaçlı algılaması ile ilişkili bulunduğu (153, 154); geç gebelik dönemlerinde strese maruz kalmanın bebeklikte ve çocuklukta gelişebilecek anksiyeteli ve korkulu mizaç özelliklerinin prediktörü olduğu (16) saptanan diğer bulgular arasındadır. Prenatal anksiyete ve stresin çocuklarda mizaç özelliklerinin yanı sıra düşük dikkat ve regülasyon düzeyleriyle (155, 156) ve bilişsel yetenekler ile %17 oranında ilişkili olduğu bilinmektedir (157). Annelerin prenatal dönemde yaşadığı anksiyetelerinin uzun dönemde, 8 yaşındaki çocuklarda, DEHB semptomlarını %22 oranında açıkladığı saptanmıştır (158). Aynı zamanda gebeliklerinde %15 oranında anksiyete semptomlarının eşlik ettiği depresyona sahip annelerin çocuklarında DEHB, anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk ve iletişim bozukluğu görülme sıklığının arttığı saptanan diğer bulgular arasındadır (159). Yapılan araştırmalarda prenatal anksiyeteye maruz kalmanın çocuklara etkilerinin cinsiyetler arası farklılık gösterdiği bulunmuştur. Van den Bergh ve arkadaşlarının 2008 yılındaki yaptıkları çalışmada prenatal anksiyete ile prenatal anksiyeteye 12-22.haftalarında maruz kalan çocuklardan sadece kızların depresif semptomları arasında ilişki olduğu bulunmuştur (160, 161). Prenatal 2009 yılında De Bruijn ve ark., nın yaptığı diğer bir çalışmada gebeliğin 1.trimesterinde yaşanan stres ile erkek çocukların içe yönelim semptomları arasında ilişki olduğu; 3.trimesterinde yaşanan stres ile kız çocukların içe yönelim ve dışa yönelim semptomları arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (18). Prenatal anksiyetenin doğacak çocuğa etkileri de merak konusu olmuştur.

Prenatal anksiyetenin çocuklara etkileri araştırılırken nasıl etki ettikleri merak konusu olmuştur. Öncelikle annelerin prenatal stres ve anksiyetesi, stres hormonlarını arttırarak direk olarak bebeklerin beyin büyümesini etkilemekle birlikte, indirek olarak doğum ağırlığına ve doğum zamanına da etki etmektedir. Prenatal stresin katekolamin artışı ile birlikte vazokonstriksiyona sebep olarak annenin uterin arterlerinde kan akım hızını azaltmak yoluyla fetal hipotansiyon ve bradikardi gibi semptomlara sebep olduğu bulunmuştur (162). Aynı zamanda HPA aksının anksiyeteye cevabının prematuriteyi tetiklediği (163) ve oksitosini arttırarak da prematurite riskini arttırdığı saptanan diğer bulgular arasındadır (164).

Annelerin artmış anksiyetelerinin çocuklara direk etkilerinin yanında indirek olarak ebeveyn tutumunu etkileyerek de olumsuz etkilerini sürdürdüğünü gösteren

alışmalar bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda anksiyetesi olan annelerin 6 aylık bebekleriyle oyunları sırasında aşırı uyarılmış oldukları (165); 10-14 aylık bebekleriyle oyunları sırasında daha az duyarlı oldukları ve duygusal tonlarının dūřuk olduğu (166); 9 aylık bebekleriyle serbest oyun sırasında daha az duyarlı oldukları (167) ve 6 aylık bebekleriyle serbest oyun sırasında abartılı ve öğretici davranışları olduğu bulunmuştur (165). Ayrıca anksiyöz annelerin daha kontrolcü oldukları ve bebekleriyle duygusal koordinasyonlarının daha az olduğu saptanan diğerk bulgular arasındadır.

Söz konusu annelerin çocukları ile olan olumsuz etkileşimlerinin olası nedenlerinin ve sonuçlarının araştırıldığı çalışmalarda annelerin kendi kaygı belirtilerine aşırı odaklanmış oldukları, dolayısıyla çocuklarının duygusal gereksinimlerini fark etmede ve gidermekte zorlandıkları ileri sürölmüştür (168, 169). Annedeki yüksek kaygı düzeylerinin güvensiz-özellikle de ambivalan bağlanma ile ilişkili olduğu görölmüştür (170). Annenin bir durum karşısında kaygılı bir tutum sergilemesinin ocuk için “kaygılı ebeveyn modeli” oluşturduğu, kaygılı ebeveynlerin çocuklarına daha korkulu ve kaçınan olmayı öğrettikleri ileri sürölmektedir (171).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Bu çalışmanın örneklemini 2013 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Ceren Evcen Janbakhishov'un Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık tezi olan 'Gebelerde anksiyete, depresyon, yetişkin bağlanma özellikleri, prenatal bağlanma düzeyleri ve fetüsün intrauterin iyilik hali ilişkisinin değerlendirilmesi: Prospektif bir çalışma' başlıklı yayınlanmamış çalışmasının örneklem grubunu oluşturan - Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Polikliniğine Haziran 2012 ile Aralık 2012 tarihleri arasında başvuran, 28-40 haftalık iken rutin obstetrik değerlendirilmesi yapılan, umbilikal kord kan akımı, depresyon ve kaygı belirtileri ölçülen, erişkin bağlanma tipleri değerlendirilen, prenatal dönemde fetüslerine bağlanma düzeyi tespit edilen 142 gönüllü anne ve 12-36 ay aralığındaki çocukları oluşturmaktadır.

Söz konusu 142 olgudan 111'ine telefonla ulaşılmıştır. Telefonla ulaşılan olguların 9'u çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir, 19 olgu ise çalışmaya katılmayı kabul etmiş ancak görüşmeye gelmemiştir. Sonuç olarak 83 anne ve 12-36 ay aralığındaki 83 çocuk dâhil edilme ölçütleri açısından değerlendirilip, çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmaya dâhil çocuğuna gelişim testi uygulanmasını kabul etmeyen 1 anne dışında tüm olgular gerekli tüm uygulamalara katılmıştır.

Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

1. Klinik olarak normal düzeyde zekâya sahip anneler
2. Araştırma sonucunu etkileyecek yargılama ve gerçeği değerlendirme kusuru olmayan anneler

3. Hastalardan ve/veya kendileri hakkında karar vermeye yetkili birinci derecede yakınlarından çalışmaya katılmak için yazılı onam almış olmak

Çalışmadan Dışlama Kriterleri:

1. Klinik olarak mental retardasyonu olan anneler
2. Yargılama ve gerçeği değerlendirme kusuru olan anneler
3. Okuma yazma bilmeyen anneler
4. Prenatal ölçümleri yapılan anne ve çocuk ikilisinden birinin yaşamıyor olması

3.2. YÖNTEM

Çalışmaya dâhil edilen tüm anneler ve çocukları çalışmaya dâhil olma ve dışlanma kriterleri açısından değerlendirildikten ve çalışma konusunda bilgilendirilerek Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu işaretlendikten sonra görüşmeci tarafından sosyodemografik özelliklerinin kaydedileceği veri kayıt formu (Sosyodemografik veri kayıt formu) doldurulmuştur. Annelerde değerlendirme sırasında depresyon varlığını araştırmak ve şiddetini ölçmek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory), kaygı belirtilerinin varlığını değerlendirmek ve sıklığını ölçmek için Beck Anksiyete Ölçeği (Beck Anxiety Inventory), annelerin 12-36 ay arasındaki çocuklarını yetiştirirken sergiledikleri ebeveynlik tutumlarının belirlenmesini sağlayacak Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (Parental Attitude Research Instrument) ve çocukların sosyal ve duygusal özelliklerini araştırmak amacıyla Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği (Brief Infant and Toddler Social Emotional Assessment) uygulanmıştır. Çocukları gelişimini ve becerilerini bakım veren kişiden alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirmek amacıyla Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) farklı bir görüşmeci tarafından uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan ve yukarıda belirtilen değerlendirmeleri yapılan annelerin prenatal dönemdeki bebeklerine bağlanma puanları; prenatal dönemdeki depresyon ve kaygı düzeyleri 2013 yılında Janbakhishov, C.E' nin yaptığı 'Gebelerde anksiyete, depresyon, yetişkin bağlanma özellikleri, prenatal bağlanma düzeyleri ve fetüsün

intrauterin iyilik hali ilişkisinin değerlendirilmesi: Prospektif bir çalışma' başlıklı yayınlanmamış tez çalışmasının dosya kayıtları kullanılarak kaydedilmiştir.

3.3. GEREÇLER

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya katılan annelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni hali, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kayıpla sonuçlanan gebelik varsa nedeni ve zamanı, aile tipi anneler sorularak kaydedilmiştir. Ailenin aylık toplam gelir düzeyi, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 yılı Temmuz ayı verilerine göre 4 kişilik ailenin açlık sınırı yaklaşık olarak 1100 TL, yoksulluk sınırı 3800 TL olarak bildirildiğinden, bu rakamlara göre gruplandırılarak forma işaretlenmiştir. Ayrıca annenin eş ilişkisini “iyi”, “orta”, “kötü” seçeneklerine göre nasıl tanımladığı, aile içi şiddet öyküsü, annenin kendisine göre sosyal çevre desteğinin olup olmadığı ve ailede fiziksel hastalık varlığı, çocuğun doğum tarihi, kaçınıcı çocuk olduğu, doğum sonrası 24 saatten fazla kuvöz bakımı alıp almadığı, fiziksel hastalık öyküsü ve anne sütü alma süresi sorularak kaydedilmiştir.

3.3.2.Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory-BDI)

Depresyon varlığını araştırma ve şiddetini ölçmek amacıyla Beck AT tarafından 1961 yılında geliştirilmiş olan kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Hem psikiyatri hem de genel tıp hastalarına uygulanabilir. Envanterin geçerlik ve güvenilirliği Nesrin Hisli ve arkadaşları tarafından 1989 yılında yapılmış, kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir (172, 173).

3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği (Beck Anxiety Inventory-BAI)

Kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin varlığını değerlendirmek ve şiddetini ölçmek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılmıştır (174). Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçeğin puanlamasında 0-7 puan arası minimal anksiyeteyi, 8-15 puan arası hafif anksiyeteyi, 16-25 puan arası orta düzeyde anksiyeteyi, 26-63 puan arası ise şiddetli düzeyde anksiyeteyi göstermektedir (175).

3.3.4. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ; Parental Attitude Research Instrument-PARI)

Ana-babaların çocuk yetiştirme tutumlarını belirlemek amacıyla Schaefer ve Bell tarafından 1958 yılında geliştirilmiş ve LeCompte, LeCompte ve Özer (1978) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (176). Ana-babalara, çocuk ve gençlere uygulanabilen, 60 maddeden oluşan ölçek, aşırı koruyucu annelik, demokratik tutum ve eşitlik tanıma, ev kadınlığı rolünü reddetme, evlilik çatışması-geçimsizlik ve sıkı disiplin adlı beş faktörden oluşmaktadır. Ölçekte 2,29 ve 44. maddeler tersine kodlanmaktadır. 'Demokratik tutum ve eşitlik tanıma' boyutu dışındaki faktörlerde puan artışı olumsuz anne baba tutumlarına işaret etmektedir. Her madde 1 ile 5 arasında puan alabilen beşli likert tiptedir. 5= Her zaman böyledir, 4= Çoğunlukla böyledir, 3=Bazen böyledir, 2= Nadiren böyledir ve 1=Hiçbir zaman böyle değildir şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte, faktör puanları değerlendirilmektedir. 1987 yılında Küçük ve ark. tarafından geçerliliği desteklenmiştir (177).

3.3.5. Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE; Prenatal Attachment Inventory-PAI)

1993 yılında Mary Muller tarafından geliştirilmiştir. Gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve bebeğe

prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1 ile 4 arasında puan alabilen dörtlü likert tiptedir. 1= Hiçbir zaman, 2=Bazen, 3=Sık sık, 4=Her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten en az 21 en fazla 84 puan alınabilmektedir. Gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir. Bu envanterin geçerlik ve güvenirliği Sema Dereli Yılmaz ve Nezihe Kızılkaya Beji tarafından 2009 yılında yapılmıştır (4).

3.3.6. Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği (K-1/3SDD; Brief Infant and Toddler Social Emotional Assessment-BITSEA)

Ölçek Briggs-Gowan ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (178), Karabekiroğlu ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve klinik geçerliği gösterilmiştir (179, 180). K-1/3SDD, otizm spektrum bozukluklarını da içeren erken çocukluk dönemi sosyal-duygusal/davranış ve/veya sosyal-duygusal yeterlik gecikmesi yaşayan ya da risk taşıyan çocukları tanımlamada tarama amaçlı geliştirilmiş 42 maddeden oluşan bir ölçektir. Her maddede tanımlanan durum ya da davranış, sorun (örneğin, “Uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte güçlük çeker”, “Çok endişelidir, her şeyi fazla ciddiye alır”) ya da yeterlik (örneğin, “Uzaktaki bir şeyi size parmağıyla gösterir”, “Kuralları uygular”) kümesine dâhildir. Ebeveynlerden Her madde için, son bir ay için çocuklarına en uygun olan cevabın işaretlenmesi (0=doğru değil/nadiren; 1=kısmen doğru/bazen; 2=oldukça doğru/sık sık) istenmektedir. Bazı maddeler (toplam 4 madde) N=“Böyle bir şeyi gözleme şansı hiç olmadı” seçeneğini de içermektedir. Problem alt grubundaki (BITSEA/P) yüksek puanlar yüksek derecede davranışsal ve emosyonel problemleri; yeterlik alt grubundaki (BITSEA/C) düşük puanlar sosyal ve duygusal gelişimsel gecikmeleri gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında problem alt grubu (BITSEA/P) subklinik kesme puanı kız cinsiyet için 21 puan ve üstü, erkek cinsiyet için 18 puan ve üstü; klinik kesme puanı her iki cinsiyet için de 24 puan ve üstü olarak saptanmıştır. Yeterlilik alt grubu (BITSEA/C) kesme puanı 14-23 ay yaş aralığındaki çocuklar için 9 puan ve altı; 24-35 ay aralığındaki çocuklar için 12 puan

ve altı; 36-42 ay aralığındaki çocuklar için 13 puan ve altı olarak saptanmıştır (179, 181).

3.3.7. Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)

Sezgin, Erol ve Savaşır'ın 1993 ve 1994 yılında yaptıkları çalışmalar ile geliştirdikleri, ülkemiz çocuklarının gelişimsel taramasında kullanılabilecek yüksek derecede geçerlik ve güvenilirliğe sahip bir ölçüm aracıdır (182, 183). Bebeklerin ve okul öncesi dönemdeki çocukların gelişimi ve becerileri bakım verenden alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirilir. 'Evet/Hayır/Bilmiyorum' şeklinde yanıtlanan 154 maddeden oluşur. Uygulama sonucu Toplam Gelişim Puanı ve gelişimin farklı ancak birbiriyle ilişkili alanlarını temsil eden Dil-Bilişsel, İnce Motor, Kaba Motor ve Sosyal Beceri-Öz Bakım olmak üzere 5 ayrı alt testte gelişim düzeyi aya göre belirlenmektedir. Gelişim puanlarının yorumlanması amacıyla iki çeşit profil kâğıdı vardır. İlk profil gelişim ve alt test ham puan ortalamalarını yaşa göre sıralanması temeline dayanmaktadır. Diğer ise yine yaşlara göre toplam ham puanların ortalaması 50, standart sapması 10 olan T değerine dönüştürüldüğü T puanı tablosudur. Bu çalışmada ham puanı ve T puan tablosu kullanılmıştır (184).

3.4. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences, version 15, Inc, USA) programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı verilerin özetlenmesinde ortalama ve standart sapma, sayı ve yüzdeler kullanılmıştır. Normal dağılım incelenmesinde 'Kolmogorov-Smirnov' testi kullanılmış olup; ikili karşılaştırmalarda dağılımın normal olup olmamasına göre 't-testi' ya da 'Mann Whitney U' testi; üçlü karşılaştırmalarda 'One Way ANOVA testi' uygulanmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında yerine göre 'Ki kare analizi' ya da 'Fisher'in kesin ki kare analizi' kullanılmıştır. Farklı ölçek puanlarının birbiriyle ilişkisini incelemeye dağılımın özelliğine göre 'Pearson' ya da 'Spearman' korelasyonu kullanılmıştır. Korelasyonun gücü, 0.00-0.24 arası 'zayıf', 0.25-0.49 arası 'orta', 0.50-0.74 arası 'güçlü', 0.75-1.00 arası 'çok güçlü' korelasyon

olarak değerlendirilmiştir (185). K-1/3SDD leğinin kesme puanına göre ‘normal’ ve ‘riskli’ çocukların ve AGTE T puanına göre ‘normal’ ve ‘gelişim geriliği’ olan çocuklarda risk faktörlerinin analizinde multiple lineer regresyon analizi uygulanmıştır. Multiple lineer regresyonda B katsayıları hesap edilmiş ve %95 güven aralığı sınırları en az ve en çok şeklinde rapor edilmiştir. Tüm analizlerde $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu çalışmanın verileri sırasıyla sunulmuştur. İlk olarak annelerin sosyodemografik verileri, gebelik öyküleri ve çalışmaya katılan anne ve çocuklarının aile özelliklerine ilişkin veriler ile çocukların, yaş ve cinsiyet özellikleri ve anne sütü ile beslenme sürelerine ait veriler sunulmuştur. Sonra annelerin Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçek puanları ve bu puanların prenatal dönemde Janbakhishov C.E (2013) tarafından ölçülmüş prenatal depresyon ve anksiyete puanları ile karşılaştırılması ve korelasyonlarına ait veriler ile, AHÇYTÖ puanları sunulmuştur. Ayrıca annelerin PBE uygulanarak Janbakhishov C.E (2013) tarafından ölçülmüş prenatal bağlanma düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkiye ait veriler aktarılmış, depresyon ve anksiyetenin ebeveyn tutumları üzerine etkilerini değerlendiren verilere yer verilmiştir. Çocukların K-1/3SDD ve AGTE sonuçları, K-1/3SDD ve AGTE sonuçlarının birbiri ile ilişkisine ait verilerin sunumu sonrası; son olarak K-1/3SDD ve AGTE sonuçlarına sosyodemografik değişkenlerin, annelerin prenatal ve çalışma sırasındaki Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçek puanlarının, PBE ve AHÇYTÖ puanlarının etkilerine dair analiz sonuçları aktarılmıştır.

4.1. ANNELERE VE AİLE ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR

4.1.1. Annelerin Sosyodemografik Verilerine Ait Bulgular

4.1.1.1. Yaş

Çalışmaya katılan tüm anneler 23-43 yaş aralığındadır. Annelerin yaş ortalaması (ort) $\pm$ standart sapma (SS) 31.36 $\pm$ 4.71 yıl olarak bulunmuştur.

4.1.1.2. Eğitim Düzeyi, meslek durumu ve medeni hal

Çalışmaya katılan annelerin eğitim düzeyleri, meslek durumları ve medeni hallerine ait veriler Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Çalışmaya katılan annelerin eğitim düzeyi, mesleki durum ve medeni hallerine ait sosyodemografik bulgular

	Olgu sayısı (N)	Yüzde (%)
Eğitim düzeyi		
İlkokul-ortaokul	33	39.8
Lise	25	30.1
Yüksekokul	25	30.1
Toplam	83	100.0
Meslek		
Ev hanımı	57	68.7
Kamuda görevli	17	20.5
Serbest	9	10.8
Emekli	0	0.00
Toplam	83	100.0
Medeni Hali		
Bekâr	0	0.00
Evli	83	100.0
Ayrılmış-boşanmış	0	0.00
Dul	0	0.00
Toplam	83	100.0

4.1.2. Eş ile İlişki

Çalışmaya katılan annelerin %79.5'i (n=66) eş ile ilişkisini "iyi"; %18.1'i (n=15) "orta"; %2.42'si (n=2) "kötü" olarak tanımlamıştır.

4.1.3. Aile İçi Şiddet Öyküsü

Annelerin %8.4'nün (n=7) aile içi şiddet tanımlamakta iken %91.6'sının (n=76) aile içi şiddet öyküsü bulunmamaktadır.

4.1.4. Sosyal Çevre Desteği

Annelerin kendi algısına göre %55.4'ü (n=46) sosyal çevre desteğine sahip iken %44.6'sı (n=37) sosyal çevre desteğine sahip değildir.

4.1.5. Annelerin Gebelik Öykülerine Ait Bulgular

4.1.5.1. Gebelik sayısı

Çalışmaya katılan annelerin gebelik sayısı ortalaması ($\pm$ SS) 2.08 ± 1.14 'tür. Çalışma örnekleminde minimum gebelik sayısı 1, maksimum gebelik sayısı 6'dır. Annelerin gebelik sayılarına ilişkin veriler Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Annelerin gebelik sayıları

Gebelik Sayısı	Olgu Sayısı (N)	Yüzde (%)
1	30	36.1
2	31	37.3
3	12	14.5
4	6	7.2
5	3	3.6
6	1	1.2
Toplam	83	100

4.1.5.2. Kayıp gebelik öyküsü, kayıp gebelik zamanı ve kayıp gebelik nedeni

Çalışmaya katılan annelerin gebelik öykülerinde kayıp gebelik olup olmadığı, kayıp gebelik varsa nedeni ve zamanı araştırılmıştır. Annelerin %31.3'ünün (n=26) kayıpla sonuçlanan gebelik öykülerinin bulunduğu görülmüştür. Kayıpla sonuçlanan gebeliklerin nedenleri ve kaybın zamanına ait veriler Tablo 3'de özetlenmiştir.

Tablo 3. Kayıpla sonuçlanan gebeliklerin nedenleri ve kaybın zamanına ait veriler

	Olgu Sayısı (N)	Yüzde (%)
Kayıp gebelik nedeni		
İsteğe bağlı	8	30.8
Spontan abortus	12	46.2
*IUMF	4	15.4
Erken doğum	2	7.7
Toplam	26	100.0
Kayıp gebelik zamanı		
1.trimester	21	80.3
2.trimester	0	0.00
3.trimester	5	19.2
Toplam	26	100.0

*IUMF: Intrauterin Malformasyon

4.1.5.3. Yaşayan çocuk sayısı

Çalışmaya katılan annelerin yaşayan çocuk sayıları ortalama ($\pm$ SS) 1.66 $\pm$ 0.73'tür. Annelerin yaşayan çocuk sayısına ilişkin veriler Tablo 4'de sunulmuştur.

Tablo 4. Annelerin yaşayan çocuk sayısına ilişkin sonuçlar

Yaşayan çocuk sayısı	Olgu Sayısı (N)	Yüzde (%)
1	40	48.2
2	32	38.6
3	10	12.0
4	1	1.2
Toplam	83	100.0

4.1.6. Aile Özelliklerine Ait Sonuçlar

Çalışmaya dâhil edilen annelerin aile yapısı, ailenin aylık toplam gelir miktarı, ailede tıbbi hastalık öyküsünün olup olmadığı araştırılmıştır. Elde edilen veriler Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5. Aile özelliklerine ait sonuçlar

	Olgu Sayısı (N)	Yüzde(%)
Aile yapısı		
Tek ebeveyn	1	1.2
Çekirdek aile	73	88.0
Geniş aile	9	10.8
Toplam	83	100.0
Ailenin aylık toplam gelir miktarı		
< 1100 TL	8	9.6
1100-3800 TL	62	74.7
>3800 TL	13	15.7
Toplam	83	100.0
Ailede tıbbi hastalık		
Var	19	22.9
Yok	64	77.1
Toplam	83	100.0

4.2. ÇOCUKLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE ÖZGEÇMİŞLERİNE AİT BULGULAR

4.2.1. Çocukların Sosyodemografik Verileri

4.2.1.1. Yaş

Çalışmaya dâhil edilen tüm çocuklar 21-31 ay aralığındadır. Çocukların yaş ortalaması (ort)±standart sapma (SS) 25.6±2.32 aydır.

4.2.1.2. Cinsiyet

Çalışmaya katılan çocukların % 50.6’sı (n=42) kız cinsiyette iken %49.4’ü (n=41) erkek cinsiyettedir.

4.2.1.3. Kaçınıcı çocuk:

Çalışmaya katılan çocukların kaçınıcı çocuk olduklarına ilişkin veriler Tablo 6’da özetlenmiştir.

Tablo 6. Çocukların kaçınıcı çocuk olduklarına ait sonuçlar

	Olgu Sayısı (N)	Yüzde (%)
Kaçınıcı çocuk		
Birinci	44	53.0
İkinci	30	36.1
Üçüncü	7	7
Dördüncü	2	2
Toplam	83	100.0

4.2.2. Çocukların Özgeçmişlerine Ait Veriler

4.2.2.1. Kuvözde kalma öyküsü

Çalışmaya katılan çocukların %96.4’ünde (n=80) 24 saatten fazla kuvözde kalma öyküsü yok iken %3.6’sında (n=3) 24 saatten fazla kuvözde kalma öyküsü vardır.

4.2.2.2. Tıbbi hastalık öyküsü

Çalışmaya katılan çocukların %21.7’sinde (n=18) psikiyatrik hastalık dışında tıbbi hastalık öyküsü vardır. Çocuklardan 2’sinde demir eksikliği anemisi, 2’sinde hipospadias, 1’inde rektovestibuler fistül, 1’inde nefrolitiazis, 1’inde hidronefroz, 3’ünde ailesel akdeniz ateşi, 2’sinde patent duktus arteriozus, 1’inde ventrikuler septal defekt, 1’inde atrial septal defekt, 1’inde epilepsi, 1’inde tanı aşamasında olan gastrointesitinal sistem hastalığı, 1’inde egzema, 1’inde alerjik astım bulunmaktadır.

4.2.3. Anne Sütü Alma Süresi

Çalışmaya katılan çocukların anne sütü alma sürelerine ait sonuçlar Tablo 7’de özetlenmiştir.

Tablo 7. Çocukların anne sütü alma sürelerine ait sonuçlar

	Olgu Sayısı (N)	Yüzde (%)
Anne sütü alma süresi		
0-1 ay	3	3.6
2-6 ay	16	19.3
7-12 ay	14	16.9
13-18 ay	15	18.1
19-24 ay	27	32.5
>24 ay	8	9.6
Toplam	83	100.0

4.3. ANNELERİN BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ SONUÇLARI

Çalışmaya dâhil edilen 83 anne Beck Depresyon Ölçeği'ni eksiksiz doldurmuştur. Annelerin prenatal dönemdeki Beck Depresyon Ölçeği puanları Evcen Janbakhishov C tarafından 2013 yılında yapılan yayınlanmamış tez çalışması dosya bilgilerinden elde edilmiştir. Annelerin ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları, minimum ve maksimum değerleri Tablo 8’de özetlenmiştir.

Tablo 8. Çalışmaya dâhil edilen 83 annenin prenatal dönem ve çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması, minimum ve maksimum değerleri

	Ortalama±SS*	Min-max Değerleri
Prenatal dönem Beck Depresyon Ölçeği puanı	8.85±4.49	0-19
Çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği puanı	10.97±5.87	0-27

*SS: Standart Sapma

4.3.1. Beck Depresyon Ölçeği Kesme Puanına Göre Olguların Sayıları

Literatürde Beck Depresyon Ölçeği'nin kesme puanı 17 puan ve üstü olarak kabul edilse de, ilgili yazında prenatal dönemde 11 puan ve üstünün depresyon ve depresyon yönünden riskli olarak kabul edilmesi gerektiği bildirilmiştir. Bu nedenle çalışmamızda prenatal dönemde ölçeğin kesme değeri 11 puan ve üstü olarak alınmıştır (133, 134, 135, 136). Annelerin prenatal dönemde ve çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği puanlarının kesme puanına göre sayıları Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Beck Depresyon Ölçeği kesme puanına göre olguların sayıları

	Olgu Sayısı (N)	Yüzde (%)
Prenatal dönem Beck Depresyon Ölçeği		
0-10 puan	54	65.1
11 ve üzeri	29	34.9
Toplam	83	100.0
Çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği		
0-16 puan	69	83.1
17 ve üzeri	14	16.9
Toplam	83	100.0

4.3.2. Annelerin Prenatal Dönem Beck Depresyon Ölçeği Sonuçlarının Çalışma Sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği Sonuçları ile Karşılaştırılması

Annelerin prenatal dönemde ölçülen depresyon düzeyi ile çalışma sırasında ölçülen depresyon düzeyi arasında anlamlı fark olup olmadığı t testi ile değerlendirilmiştir. Annelerin prenatal dönemdeki Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları ile çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ($p=0.003$) fark saptanmış olup, annelerin depresyon puan ortalamalarının arttığı görülmüştür (Tablo 10).

Tablo 10. Annelerin prenatal dönemdeki Beck Depresyon Ölçeği sonuçları ile çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması

	N	Ortalama $\pm$ SS	t*	p
Prenatal Beck Depresyon Ölçeği	83	8.85 $\pm$ 4.49	3.106	0.003
Çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği	83	10.97 $\pm$ 5.87		

*Bağımlı örneklem T testi; SS: Standart Sapma

Annelerin prenatal dönemdeki depresyon puanları ile şimdiki dönemdeki depresyon puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Annelerin prenatal dönemde Beck Depresyon Ölçeği puanları ile çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Sonuçlar Tablo 11’ de verilmiştir.

Tablo 11. Annelerin prenatal dönemdeki Beck Depresyon Ölçeği sonuçları ile çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği sonuçlarının ilişkisinin değerlendirilmesi

	Prenatal Beck Depresyon Ölçeği Puanı	
Çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği Puanı	r*	0.303
	p	0.005

*Pearson korelasyon analizi;

4.4. ANNELERİN BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ SONUÇLARI

Çalışmaya dâhil edilen 83 anne Beck Anksiyete Ölçeği’ni eksiksiz doldurmuştur. Annelerin ölçek puanların ortalamaları, minimum ve maksimum değerleri ve Evcen Janbakhishov C (2013) tarafından prenatal dönemde uygulanan ve çalışmada saptanan Beck Anksiyete Ölçeği puanları Tablo 12’de özetlenmiştir.

Tablo 12. Çalışmaya dâhil edilen 83 annenin prenatal dönem ve çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği sonuçları

	Ortalama±SS*	Min-max Değerleri
Prenatal Beck Anksiyete Ölçeği	13.9±7.21	2-35
Çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği	11.13±8.49	0-33

*SS: Standart Sapma

4.4.1. Beck Anksiyete Ölçeği Kesme Puanına Göre Olguların Sayıları

Beck Anksiyete Ölçeği'nin puanlanmasında 0-7 puan arası minimal anksiyeteyi, 8-15 puan arası hafif anksiyeteyi, 16-25 puan arası orta düzeyde anksiyeteyi, 26-63 puan arası ise şiddetli düzeyde anksiyeteyi göstermektedir (175). Buna göre olguların anksiyete düzeylerinin puanlarına göre gruplandırılması Tablo 13'te yer almaktadır.

Tablo 13. Prenatal ve çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği kesme puanlarına göre olguların sayıları

	Olgu Sayısı (N)	Yüzde (%)
Prenatal Beck Anksiyete Ölçeği		
Minimal (0-7 puan)	16	19.3
Hafif (8-15 puan)	34	41.0
Orta (16-25 puan)	28	33.7
Şiddetli (26-63 puan)	5	6.0
Toplam	83	100.0
Çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği		
Minimal (0-7 puan)	34	41.0
Hafif (8-15 puan)	24	28.9
Orta (16-25 puan)	17	20.5
Şiddetli (26-63 puan)	8	9.6
Toplam	83	100.0

4.4.2. Annelerin Prenatal Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçları ile Çalışma Sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması

Annelerin prenatal dönemde ölçülen anksiyete düzeyi ile çalışma sırasında ölçülen anksiyete düzeyi arasında anlamlı fark olup olmadığı T testi ile değerlendirilmiştir. Annelerin prenatal dönemdeki Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları ile çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark saptanmış, puan ortalamalarında düşüş olduğu görülmüştür (Tablo 14).

Tablo 14. Annelerin prenatal Beck Anksiyete Ölçeği sonuçları ile çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği sonuçlarının ilişkisinin değerlendirilmesi

	N(%)	Ortalama $\pm$ SS	t*	p
Prenatal Beck Anksiyete Ölçeği	83	13.97 $\pm$ 7.21	-2.775	0.007
Çalışma Sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği	83	11.13 $\pm$ 8.49		

*Bağımlı örneklem T test; SS: Standart Sapma

Annelerin prenatal dönemdeki anksiyete düzeyleri ile çalışma sırasındaki anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiye spearman korelasyon analizi ile bakılmıştır. Annelerin prenatal dönemdeki Beck Anksiyete Ölçeği puanları ile çalışma sırasındaki Beck Anksiyete ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, hafif düzeyde ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Sonuçlar Tablo 15’ de verilmiştir.

Tablo 15. Annelerin prenatal dönemdeki Beck Anksiyete Ölçeği puanları ile çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının ilişkisinin değerlendirilmesi

	Prenatal Beck anksiyete ölçeği	
Çalışma Sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği	r _s *	0.242
	p	0.028

*Spearman korelasyon analizi

4.5. AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ SONUÇLARI

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ)’ni oluşturan beş alt ölçeğe ait sonuçlar Tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ) beş alt ölçek sonuçları:

	Ortalama±SS*	Min-max Değerleri
Aşırı anne-babalık tutumu	43.13±8.56	25-61
Demokratik tutum	27.91±5.09	17-60
Düşmanlık ve reddedilme tutumu	28.32±6.67	15-45
Evlilik uyumsuzluğu	14.44±4.84	6-41
Otoriter tutum	30.08±7.08	16-47

*SS: Standart Sapma

4.6. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ SONUÇLARI

Çalışmaya dâhil edilen 83 annenin prenatal dönemdeki Prenatal Bağlanma Envanteri puanları Evcen Janbakhishov C tarafından 2013 yılında yapılan yayınlanmamış tez çalışması dosya bilgilerinden elde edilmiştir. Buna göre gebeliğin 28-40. haftaları arasında Evcen Janbakhishov C tarafından (2013) tarafından uygulanan Prenatal Bağlanma Envanteri puanların ortalamaları, minimum ve maksimum değerleri Tablo 17’de özetlenmiştir.

Tablo 17. Çalışmaya dâhil edilen 83 annenin Prenatal Bağlanma Envanteri puan ortalaması, minimum ve maksimum değerleri

	Ortalama±SS*	Min-Max Değerleri
Prenatal bağlanma envanteri puanı	63.34±9.19	42-81

*SS: Standart Sapma

4.6.1. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçları ile Çocukların Anne Sütü Alma Süreleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Annelerin prenatal bağlanmaları ile çocuklarının anne sütü alma süreleri arasındaki ilişkiye spearman korelasyon analizi ile bakılmış istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0.088$, $r=0.189$).

4.7. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİNE AİT SONUÇLAR İLE BECK DEPRESYON, BECK ANKSİYETE VE AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİNE AİT SONUÇLARIN İLİŞKİSİ

4.7.1. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçları ile Çalışma Sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği Sonuçlarının İlişkisi

Annelerin prenatal bağlanmaları ve çalışma sırasındaki Beck Depresyon ölçek puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelenmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sonuçlar Tablo 18’de özetlenmiştir.

Tablo 18. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri sonuçları ile çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği sonuçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	PBE**	
Çalışma sırasındaki Beck Depresyon ölçek puanları	r*	-0.146
	p	0.186

*Pearson korelasyon analizi

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri

4.7.2. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçları ile Çalışma Sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarının İlişkisi

Annelerin prenatal bağlanmaları ile çalışma sırasındaki Beck Anksiyete ölçek puanları arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir.

İstatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sonuçlar Tablo 19’da özetlenmiştir.

Tablo 19. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri sonuçları ile çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği sonuçlarının ilişkisi

Çalışma sırasındaki Beck Anksiyete ölçek puanları	PBE**	
	r_s^*	-0.146
	p	0.188

*Spearman korelasyon analizi;

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri

4.7.3. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçları ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği Sonuçlarının İlişkisi

Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği alt ölçeklerinden aşırı anne babalık tutumu; düşmanlık ve reddedilme tutumu ve otoriter tutum puanları arasındaki ilişkiye parametrik koşullar sağlandığı için pearson korelasyon analizi ile bakılmış; demokratik tutum ve evlilik uyumsuzluğu puanları arasındaki ilişki parametrik koşullar sağlanamadığı için spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Sonuçlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sonuçlar Tablo 20’de özetlenmiştir.

Tablo 20. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri sonuçları ile AHÇYTÖ sonuçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	PBE***	
AHÇYTÖ****- Aşırı anne babalık tutumu	$r_{s^{**}}$	-0.026
	p	0.820
AHÇYT- Demokratik tutum	r^*	-0.002
	p	0.987
AHÇYTÖ-Düşmanlık ve reddedilme tutumu	$r_{s^{**}}$	-0.048
	p	0.068
AHÇYTÖ- Evlilik uyumsuzluğu	r^*	-0.011
	p	0.923
AHÇYTÖ- Otoriter tutum	$r_{s^{**}}$	0.049
	p	0.661

*Pearson korelasyon analizi

**Spearman korelasyon analizi

***PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri

**** AHÇYTÖ: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği

4.8. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLE AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ İLİŞKİSİ

Annelerin prenatal ve çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği puanları ile annelerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği alt ölçek puanlarından aşırı anne babalık tutumu, düşmanlık ve reddedilme ve otoriter tutum puanları arasındaki ilişkiye pearson korelasyon analizi ile; demokratik tutum ve evlilik uyumsuzluğu puanları arasındaki ilişkiye spearman korelasyon analizi ile bakılmıştır. Analizlerde annelerin prenatal dönemdeki Beck Depresyon ölçek puanı ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde korelasyon saptanmazken, çalışma sırasındaki depresyon puanları ile düşmanlık ve reddedici tutum ve evlilik uyumsuzluğu puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ve hafif pozitif korelasyon saptanmıştır (sırasıyla $p=0.017$, $r=0.262$; $p=0.015$, $r=0.265$). Veriler Tablo 21’de özetlenmiştir.

Tablo 21. Annelerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği sonuçları ile prenatal dönem ve çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği' ne ait sonuçların karşılaştırılması

	Prenatal Beck Depresyon Ölçeği		Çalışma Sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği	
AHÇYTÖ***- Aşırı anne babalık tutumu	r^*	0.022	r^*	0.101
	P	0.842	p	0.368
AHÇYTÖ- Demokratik tutum	r_s^{**}	0.045	r_s^{**}	-0.088
	P	0.686	p	0.431
AHÇYTÖ- Düşmanlık ve reddedilme tutumu	r^*	0.128	r^*	0.262
	P	0.250	p	0.017
AHÇYTÖ- Evlilik uyumsuzluğu	r_s^{**}	0.128	r_s^{**}	0.265
	P	0.247	p	0.015
AHÇYTÖ- Otoriter tutum	r^*	-0.124	r^*	0.031
	P	0.262	p	0.782

*Pearson korelasyon analizi

**Spearman korelasyon analizi

***AHÇYTÖ:Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği

4.9. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ SONUÇLARI AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ İLİŞKİSİ

Annelerin prenatal ve çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği puanları ile annelerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye spearman korelasyon analizi ile bakılmış istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde korelasyon saptanmamıştır. Bulgular Tablo 22’de özetlenmiştir.

Tablo 22. Annelerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği sonuçları ile prenatal ve çalışma sırasında Beck Anksiyete Ölçeği' ne ait sonuçların karşılaştırılması

	Prenatal Beck Anksiyete Ölçeği		Çalışma sırasında Beck Anksiyete Ölçeği	
AHÇYTÖ**- Aşırı anne babalık tutumu	$r_s *$	-0.195	$r_s *$	0.067
	p	0.080	p	0.548
AHÇYTÖ- Demokratik tutum	$r_s *$	0.106	$r_s *$	-0.050
	p	0.339	p	0.654
AHÇYTÖ- Düşmanlık ve reddedilme tutumu	$r_s *$	-0.041	$r_s *$	0.109
	p	0.714	p	0.329
AHÇYTÖ- Evlilik uyumsuzluğu	$r_s *$	-0.179	$r_s *$	0.109
	p	0.105	p	0.326
AHÇYTÖ- Otoriter tutum	$r_s *$	-0.201	$r_s *$	0.044
	p	0.068	p	0.694

*Spearman korelasyon analizi

**AHÇYTÖ:Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği

4.10. ÇOCUKLARIN KISA 1-3 YAŞ SOSYAL DUYGUSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SONUÇLARI

Çalışmaya dâhil edilen 83 çocuğun anneleri Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme ölçeğini eksiksiz doldurmuşlardır. Çocukların K-1/3SDD ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları, minimum ve maksimum değerleri Tablo 23' de özetlenmiştir.

Tablo 23. Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği sonuçları

	Ortalama±SS	Min-max Değerleri
K-1/3SDD*-Problem puanı	18.03±8.73	6-54
K-1/3SDD*-Yetkinlik puanı	17.21±2.73	10-22

* K-1/3SDD: Kısa 1-3 yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği; SS: Standart Sapma

4.10.1. Kısa 1-3 yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği Kesme Puanına Göre Olguların Sayıları

Ölçeğin problem alt grubundaki yüksek puanlar yüksek derecede davranışsal ve emosyonel problemleri; yetkinlik alt grubundaki düşük puanlar sosyal ve duygusal gelişimsel gecikmeleri gösterir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında problem alt grubunun subklinik kesme puanının kızlarda 18 puan ve üstü, erkeklerde 21 puan ve üstü; klinik kesme puanının kız ve erkeklerde 24 puan ve üstü olarak saptanmıştır (Karabekiroğlu ve ark.,2009; 2010). Aynı çalışmalarda yetkinlik alt grubunun kesme puanının aylara göre farklılık gösterdiği belirlenmiş olup, 14-23 ay aralığındaki çocuklarda 9 puan ve altı; 24-35 ay aralığındaki çocuklarda 12 puan ve altı; 36-42 ay aralığındaki çocuklarda 13 puan ve altı olarak saptanmıştır (Karabekiroğlu ve ark.,2009; 2010). Kesme puanına göre olguların dökümü Tablo 24’de gösterilmiştir.

Tablo 24. Kısa 1-3 yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği kesme puanına göre olguların sayılar

	Olgu Sayısı (N)	Yüzde (%)
K-1/3 SDD* Problem alt grubu		
Klinik düzeyde risk altında	16	19.3
Subklinik düzeyde risk altında	16	19.3
Normal	51	61.4
Toplam	83	100.0
K-1/3 SDD Yetkinlik alt grubu		
Klinik düzeyde risk altında	3	3.6
Normal	80	96.4
Toplam	83	100.0

* K-1/3SDD: Kısa 1-3 yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği

4.11 ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ SONUÇLARI

Çalışmaya katılan 83 annenin 1'i Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) uygulamasına katılmayı kabul etmemiştir.

AGTE sonuçlarını yorumlamada yardımcı olması amacıyla iki çeşit profil kullanılmaktadır. Profillerden ilki genel gelişim ve alt test ham puan ortalamalarının yaşa göre sıralanması temeline dayanmaktadır. Diğeri ise yine yaşlara göre toplam ham puanlarının ortalaması 50, standart sapması 10 olan T değerlerine dönüştürüldüğü T-puanı tablosudur. Çocukların aldıkları T-puanlarının ortalamaları, minimum ve maksimum değerleri Tablo 25'de özetlenmiştir.

Tablo 25. Çalışmaya katılan çocukların AGTE T puanı ortalamaları (N=82)

	Ortalama±SS	Min-max Değerleri
AGTE* T-puanı	47.96±7.76	20-59

*AGTE: Ankara Gelişim Tarama Envanteri; SS: Standart Sapma

4.11.1. Ankara Gelişim Tarama Envanteri T-puanları Profiline Göre Olguların Sayısı

AGTE T-puanları profili ham puanların standart T-puanlarına dönüştürüldüğü bir tablodur. Bu profilde yalnızca toplam gelişim puanları gösterilmekte, alt testlerle ilgili T-puanları yer almamaktadır. T-puanları çocuğun genel gelişiminin normal dağılımının neresine düştüğünü göstermektedir. Çocuğun ham puanının karşılığı olan T-puan, 40-60 arasında ise o çocuğun gelişiminin yaşına uygun olduğu; 35 T-puanı ve altında çıkarsa gelişimin yaş düzeyine uygun olmaması söz konusudur (AGTE El Kitabı; Düzeltilmiş 4. Baskı; 2006). Olguların T-puanları profiline göre sayıları Tablo 26’da özetlenmiştir.

Tablo 26. AGTE T-puanları profiline göre olguların sayıları

	Olgu sayısı (N)	Yüzde (%)
Genel gelişim düzeyi T-puanı		
Yaş düzeyine uygun	69	%84.1
Yaş düzeyine göre geri	13	%15.9
Toplam	82	%100

4.11.2. Ankara Gelişim Tarama Envanteri Genel Gelişim ve Alt Test Ham Puanları Profiline Göre Olguların Sayıları

AGTE genel gelişim ve alt test ham puanları profili genel gelişim ve alt test puanlarının yaşlara göre ham puan ortalamasını vermektedir. Ayrıca takvim yaşının % 20 ve % 30 altına düşen puanların da kolaylıkla bulunabilmesine olanak

sağlamaktadır. Bir çocuk kendi yaş düzeyinin % 30 altındaki bir yaş düzeyine düşen puan ve puanlar almışsa; ya da 2 ya da daha fazla alt test puanı % 20 ve % 30 düşük yaş düzeyi arasındaysa ‘gelişimsel gerilik’ olarak tanımlanmaktadır. AGTE alt testleri ham puanları profiline göre olguların dökümü Tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 27. AGTE alt testleri ham puanları profiline göre olguların sayıları

	Olgu Sayısı (N)	Yüzde (%)
Genel gelişim düzeyi		
% 30 altında	3	3.6
%20 altında	8	9.8
Normal	71	86.6
Toplam	82	100.0
Dil-bilişsel		
% 30 altında	4	4.9
%20 altında	10	12.1
Normal	68	83.0
Toplam	82	100.0
İnce motor		
% 30 altında	3	3.6
%20 altında	28	34.2
Normal	51	62.2
Toplam	82	100.0
Kaba motor		
% 30 altında	1	1.2
%20 altında	5	6.1
Normal	76	92.7
Toplam	82	100.0
Sosyal beceri-öz bakım		
% 30 altında	4	4.9
%20 altında	13	15.8
Normal	65	79.3
Toplam	82	100.0
Gelişim geriliği		
Var	19	23.2
Yok	63	76.8
Toplam	82	100.0

4.12. ÇOCUKLARIN KISA 1-3 YAŞ SOSYAL DUYGUSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLE ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ SONUÇLARININ İLİŞKİSİ

4.12.1. Çocukların K-1/3SDD Sonuçları ile AGTE Genel Gelişim Güzeyi T Puanı Sonuçlarının İlişkisi

Çocukların K-1/3SDD sonuçları ile AGTE genel gelişim düzeyi T puanları arasındaki ilişkiye spearman korelasyon analizi ile araştırılmıştır. Tablo 26’da sunulan sonuçlara göre gelişim geriliği olan çocuklarda duygusal ve davranışsal problem puanları artmaktayken, yetkinlik puanlarında anlamlı bir düşüş gözlenmektedir. Veriler Tablo 28’de özetlenmiştir.

Tablo 28. Çocukların K-1/3SDD puanları ile AGTE genel gelişim düzeyi T puanlarının ilişkisi (N=82)

	AGTE genel gelişim T puanı***	
K-1/3SDD**-Problem puanı	r_s^*	-0.283
	p	0.010
K-1/3SDD**-Yetkinlik puanı	r_s^*	0.253
	p	0.022

*Spearman korelasyon analizi; SS: Standart Sapma

**K-1/3SDD: Kısa 1-3 yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği

***AGTE: Ankara Gelişim Tarama Envanteri

Çocukların K-1/3SDD sonuçlarının çocukların AGTE genel gelişim T puanı üzerinde etkisinin olup olmadığı tek değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çocukların K-1/3SDD- problem puanlarının çocukların AGTE genel gelişim T puanı üzerine istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde negatif bir etkisinin olduğu; K-1/3SDD-yetkinlik puanlarının ise istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Bulgular Tablo 29’da sunulmuştur.

Tablo 29. K-1/3SDD-Problem Puanlarının çocukların AGTE genel gelişim T puanı üzerine etkisinin değerlendirilmesi (N=82)

	AGTE** genel gelişim T puanı	
	B*	
K-1/3SDD***-Problem puanı	B*	-0.248
	p	0.011
K-1/3SDD***-Yetkinlik puanı	B*	0.868
	p	0.005

*Tek değişkenli regresyon analizi;

**AGTE: Ankara Gelişim Tarama Envanteri

***K-1/3SDD: Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği

4.13. KISA 1-3 YAŞ SOSYAL DUYGUSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SONUÇLARINA SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN ETKİSİ

4.13.1. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri ile Çocukların Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeğine Ait Sonuçların İlişkisi

4.13.1.1. Anne yaşı

Anne yaşı ile çocukların K-1/3SDD-problem puanları arasındaki ilişki Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Analizler problem puanlarına göre klinik düzeyde riskli, subklinik düzeyde riskli ve normal olmak üzere üç grupta yapılmıştır. Anne yaşı ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.460)

Anne yaşı ile çocukların K-1/3SDD-yetkinlik puanları arasındaki ilişki bağımsız gruplarda T testi ile değerlendirilmiştir. Analizler çocukların K-1/3SDD-yetkinlik puanlarına göre riskli ve normal olmak üzere iki grupta yapılmıştır. Anne yaşı ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.391)

4.13.1.2. Annelerin eğitim düzeyi, çalışma durumu, eş ilişkisi, aile içi şiddet öyküsü, sosyal destek durumu, gebelik sayısı, kayıpla sonuçlanan gebelik öyküsü ve yaşayan çocuk sayıları

Annelerin eğitim düzeyi, çalışma durumu, eş ilişkisi, aile içi şiddet öyküsü, sosyal destek durumu, gebelik sayısı, kayıpla sonuçlanan gebelik öyküsü ve yaşayan çocuk sayıları ile çocukların K-1/3SDD ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan tüm analizlerde çocuklar, problem puanlarına göre klinik düzeyde riskli, subklinik düzeyde riskli ve normal olarak 3 gruba; yetkinlik puanlarına göre ise riskli ve normal olarak 2 gruba ayrılmıştır.

Annelerin eğitim düzeyi ve çocukların K-1/3SDD-problem puanları arasındaki ilişki Pearson Ki Kare testi ile, yetkinlik puanları arasındaki ilişki ise verilerin dağılım özellikleri nedeniyle Fisher'in Ki Kare testi ile değerlendirilmiştir. Analizler sırasında anneler ilkokul-ortaokul mezunu, lise mezunu ve yüksekokul mezunu olarak 3 gruba ayrılmış, yukarıda belirtildiği gibi gruplandırılan çocuklara ait verilerle karşılaştırılmıştır. Annelerin eğitim düzeyleri ile çocukların problem ve yetkinlik alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0.192$ ve $p=1.00$).

Çalışan anneler ile çalışmayan annelerin çocuklarının problem ve yetkinlik puanları sırasıyla pearson ve fisher's ki kare testiyle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla $p=0.144$ ve $p=1.00$).

Eşi ile ilişkisini 'iyi' olarak tanımlayan anneler ile böyle tanımlamayan annelerin çocuklarının problem ve yetkinlik puanları fisher's ki kare testiyle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla $p=0.218$ ve $p=1.00$).

Aile içi şiddete maruz kaldığını bildiren anneler ile aile içi şiddete maruz kalmadığını belirten annelerin çocuklarının problem ve yetkinlik puanları fisher's ki kare testiyle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla $p=0.277$ ve $p=0.235$).

Kendisine göre 'sosyal çevre desteği olduğunu' tanımlayan ve böyle tanımlamayan annelerin çocuklarının problem ve yetkinlik puanları sırasıyla pearson

ve fisher's ki kare testiyle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla $p=0.095$ ve $p=1.00$).

Annelerin gebelik sayıları ile çocuklarının problem ve yetkinlik puanları dağılım özellikleri nedeniyle sırasıyla Kruskal-Wallis testi ve Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla $p=0.624$ ve $p=0.634$).

Gebelik öykülerinde kayıp gebelik öyküsü olan anneler ile olmayan annelerin çocuklarının problem ve yetkinlik puanları sırasıyla pearson ve fisher's ki kare testiyle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla $p=0.145$ ve $p=1.00$).

Annelerin yaşayan çocuk sayıları ile çocuklarının problem ve yetkinlik puanları sırasıyla Kruskal-Wallis testi ve Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla $p=0.361$ ve $p=0.445$).

4.13.2. Aile Özellikleri ile Çocukların Kısa 1-3 yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeğine Ait Sonuçların İlişkisi

Aile yapısı, aylık gelir ve ailede tıbbi hastalık öyküsü ile çocukların K-1/3SDD ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan tüm analizlerde çocuklar, problem puanlarına göre klinik düzeyde riskli, subklinik düzeyde riskli ve normal olarak 3 gruba; yetkinlik puanlarına göre ise riskli ve normal olarak 2 gruba ayrılmıştır.

Aile yapısı ile çocukların problem ve yetkinlik puanları fisher's ki kare testi ile değerlendirilmiştir. Analizlerde aile yapısı tek ebeveyn, çekirdek aile ve geniş aile olmak üzere 3 gruba ayrılmış, yukarıda belirtildiği gibi gruplandırılan çocuklara ait verilerle karşılaştırılmıştır. Aile yapısı ile çocukların problem ve yetkinlik alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=1.00$ ve $p=1.00$).

Ailenin aylık geliri ile çocukların problem ve yetkinlik puanları fisher's ki kare testi ile değerlendirilmiştir. Analizlerde aylık gelir 1100 Türk lirasının altında, 1100 ile 3800 Türk lirası arasında ve 3800 Türk lirasının üstünde olmak üzere 3 gruba

ayrılmış, yukarıda belirtildiği gibi gruplandırılan çocuklara ait verilerle karşılaştırılmıştır. Ailenin aylık geliri ile çocukların problem ve yetkinlik alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=1.00$ ve $p=1.00$).

Aile içinde tıbbi hastalık öyküsü olan anneler ile olmayan annelerin çocuklarının problem ve yetkinlik puanları fisher's ki kare testiyle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla $p=0.134$ ve $p=1.00$).

4.13.3. Çocukların Sosyodemografik Özellikleri ile Çocukların Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeğine Ait Sonuçların İlişkisi

4.13.3.1. Cinsiyet

Çocukların kız ya da erkek olması ile K-1/3SDD-problem puanları arasındaki karşılaştırma Pearson Ki Kare testi ile, yetkinlik puanları için ise fisher's ki kare testi kullanılarak yapılmıştır. Analizler için yukarıda belirtildiği gibi çocuklar K-1/3SDD-problem puanlarına göre 3, yetkinlik puanlarına göre 2 alt gruba ayrılmıştır. Buna göre kız çocuklarında K-1/3SDD-problem puanının erkek çocuklarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.011$). Yetkinlik alt puanları açısından cinsiyetler arasında bir fark belirlenmemiştir ($p=0.241$) Bulgular Tablo 30'da sunulmuştur. Kız ve erkek çocukların problem puanlarında saptanan farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için, yetkinlik puanı sonuçlarına göre normal, subklinik ve klinik düzeyde etkilenimleri olan çocuklar ikiye ayrılmış ve Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve sonucunda saptanan farkın subklinik düzeyde riskli çocuklardan kaynaklandığı saptanmıştır. Veriler Tablo 31'de sunulmuştur.

Tablo 30. Çocukların cinsiyeti ile Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği-problem ve yetkinlik puanları ilişkisinin değerlendirilmesi

K-1/3SDD**-Problem puanı				
	Cinsiyet N(%)		X ^{2*}	p
	Kız	Erkek		
Klinik düzeyde riskli	11 (26.2)	5 (12.2)	8.979	0.011
Subklinik düzeyde riskli	3 (7.1)	13 (31.7)		
Normal	28 (66.7)	23 (56.1)		
Toplam	42 (100.0)	41 (100.0)		
K-1/3SDD**-Yetkinlik puanı				
Klinik düzeyde riskli	3 (7.1)	0 (0.00)	8.979	0.011
Normal	39 (92.9)	41 (100.0)		
Toplam	42 (100.0)	41 (100.0)		

* Pearson Ki Kare Testi

** K-1/3SDD: Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği

Tablo 31. Çocukların cinsiyeti ile Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği-problem puanlarının ikiyeşerli gruplar halinde karşılaştırılması

K-1/3SDD**- Problem puanı	Olgu sayısı (N)	p	Z*
Klinik düzeyde riskli ∞ Subklinik düzeyde riskli	16 16	0.005	-2.806
Klinik düzeyde riskli ∞ Normal	16 51	0.331	-0.973
Subklinik düzeyde riskli ∞ Normal	16 51	0.012	-2.511

*Mann Whitney U testi

** K-1/3SDD: Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği

4.13.3.2. Kuvözde kalma, tıbbi hastalık öyküsü ve anne sütü alma öyküsü

Kuvözde kalma, tıbbi hastalık öyküsü ve anne sütü alma öyküsü ile çocukların K-1/3SDD ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan tüm analizlerde çocuklar, problem puanlarına göre klinik düzeyde riskli, subklinik düzeyde riskli ve normal olarak 3 gruba; yetkinlik puanlarına göre ise riskli ve normal olarak 2 gruba ayrılmıştır.

Kuvözde kalma öyküsü olan çocuklar ile olmayan çocukların problem ve yetkinlik puanları fisher's ki kare testiyle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla p=0.187 ve p=1.00).

Çocukların anne sütü alma süresi ile problem ve yetkinlik puanları sırasıyla Kruskal-Wallis testi ve Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla p=0.340 ve p=0.304).

Tıbbi hastalık öyküsü olan çocuklar ile olmayan çocukların problem ve yetkinlik puanları fisher's ki kare testiyle karşılaştırılmıştır. Yapılan analizlerde tıbbi hastalık öyküsü olan çocukların K-1/3SDD-problem puanları olmayan çocuklardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.019). Yetkinlik alt puanları açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir (p=1.00). Bulgular Tablo 32'de sunulmuştur.

Tablo 32. Tıbbi hastalığı olan çocuklarla olmayan çocukların Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği-Problem puanları sonuçlarının değerlendirilmesi

K-1/3SDD**- Problem puanlarına göre	Tıbbi Hastalık N(%)		X²*	p
	Var	Yok		
Klinik düzeyde riskli	6 (33.3)	10 (15,4)	7.757	0.019
Subklinik düzeyde riskli	6 (33.3)	10 (15,4)		
Normal	6 (33.3)	45 (69.2)		
Toplam	18 (100.0)	65 (100)		

*Fisher'in Ki kare testi

**K-1/3SDD: Kısa 1-3 yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği

4.14. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLE KISA 1-3 YAŞ SOSYAL DUYGUSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLİŞKİSİ

4.14.1. Çalışma Sırasındaki Beck Depresyon Ölçeğine Ait Sonuçlar ile Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeğine Ait Sonuçların Karşılaştırılması

Annelerin çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği sonuçları ile çocukların K-1/3SDD-problem ve yetkinlik puanları sonuçları arasında fark olup olmadığı sırasıyla Kruskal-Wallis testi ve T test ile değerlendirilmiş, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Sırasıyla p=0.486, p=0.374).

4.14.2. Çalışma Sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği Sonuçları ve Prenatal Dönem Beck Depresyon Ölçeği Sonuçları Arasındaki Puan Farkı ile Çocukların Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması

Annelerin çalışma sırasındaki Beck Depresyon ölçek sonuçları ile prenatal dönem Beck Depresyon ölçek sonuçları arasındaki puan farkının ortalaması (ort) $\pm$ standart sapma (SS) 2.12 ± 6.22 bulunmuştur. Bu puan farkı ile çocukların K-1/3SDD problem ve yetkinlik puan sonuçları arasındaki ilişkiye spearman korelasyon analizi ile bakılmış, istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (Sırasıyla $p=0.212$, $p=0.450$).

4.15. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLE ÇOCUKLARIN KISA 1-3 YAŞ SOSYAL DUYGUSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLİŞKİSİ

4.15.1. Annelerin Çalışma Sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçları ile Çocukların Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması

Annelerin çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği' ne ait puanlar ile çocukların K-1/3SDD problem puanları Kruskal-Wallis testi ile, yetkinlik puanları ise Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0.107$, $p=0.277$).

4.15.2. Çalışma Sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçları ve Prenatal Dönem Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçları Arasındaki Puan Farkı ile Çocukların Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması

Annelerin çalışma sırasındaki Beck Anksiyete ölçek sonuçları ile prenatal dönem Beck Anksiyete ölçek sonuçları arasındaki puan farkının ortalaması (ort) $\pm$ standart sapma (SS) -2.84 ± 9.335 bulunmuştur. Bu puan farkı ile çocukların K-1/3SDD problem ve yetkinlik puan sonuçları arasındaki ilişkiye spearman korelasyon

analizi ile bakılmış, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (Sırasıyla $p=0.344$, $p=0.351$)

4.16. KISA 1-3 YAŞ SOSYAL DUYGUSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLE ANNELERİN PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYLERİ İLİŞKİSİNE AİT SONUÇLAR

Çocukların 1-3 yaş sosyal, duygusal ve davranışsal özellikleri ile annelerin prenatal bağlanmaları arasındaki ilişkiye spearman korelasyon analizi ile bakılmıştır. K-1/3SDD yetkinlik puanları yüksek olan çocuklar ile annelerin bebeklerine prenatal bağlanma puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve hafif düzeyde pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Bulgular Tablo 33’de sunulmuştur.

Tablo 33. Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeğine ait sonuçlar ile annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri sonuçları ilişkisi

	PBE***	
K-1/3SDD**-Problem puanı	r_s^*	0.088
	p	0.42
K-1/3SDD**-Yetkinlik puanı	r_s^*	0.246
	p	0.025

*Spearman korelasyon analizi

**K-1/3SDD: Kısa 1-3 yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği

***PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri

Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği problem puan göre normal, subklinik düzeyde riskli ve klinik düzeyde riskli olarak gruplandırılan çocukların annelerinin prenatal dönemde bağlanmaları açısından gruplar arası fark olup olmadığı One Way ANOVA testi ile de analiz edilmiştir ve anlamlı fark saptanmamıştır. Veriler Tablo 34’de sunulmuştur.

Tablo 34. Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği problem puanına göre normal, subklinik düzeyde riskli ve klinik düzeyde riskli çocukların annelerinin prenatal bağlanma envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

K-1/3SDD**- Problem puanı	N(%)	PBE***	F*	P
		Ortalama±SS		
Klinik düzeyde risk altında	16	63.25±9.44	0.032	0.969
Subklinik düzeyde risk altında	16	63.87±9.22		
Normal	51	63.21±9.28		
Toplam	83	63.34±9.19		

*One Way ANOVA testi; SS: Standart Sapma

**K-1/3SDD: Kısa 1-3 yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği

***PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri

Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği yetkinlik puanına göre normal ve klinik düzeyde riskli olarak gruplandırılan çocukların annelerinin prenatal dönemde bebeklerine bağlanmaları arasındaki fark bağımsız gruplarda T testi ile de analiz edilmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Veriler Tablo 35’de sunulmuştur.

Tablo 35. Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği-yetkinlik puanına göre normal ve klinik düzeyde riskli çocukların annelerinin Prenatal Bağlanma Envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

K-1/3SDD**- Yetkinlik puanı	N(%)	PBE***	T*	P
		Ortalama±SS		
Klinik düzeyde risk altında	3	59.33±18.61	-0.769	0.444
Normal	80	63.50±8.85		
Toplam	83	63.34±9.19		

* T test; SS: Standart Sapma

**K-1/3SDD: Kısa 1-3 yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği

***PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri

4.17. ANNELERİN AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLE ÇOCUKLARIN KISA 1-3 YAŞ SOSYAL DUYGUSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ İLİŞKİSİ

Annelerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeğine ait alt test sonuçları ile çocukların K-1/3SDD - problem ve yetkinlik puanı sonuçları ile arasında fark sırasıyla Kruskal-Wallis testi, bağımsız gruplarda T testi ve Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Veriler Tablo 36 ve 37’de özetlenmiştir.

Tablo 36. Annelerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeğine ait sonuçlar ile çocukların Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği - problem puanı sonuçlarının karşılaştırılması

AHÇYTÖ***		K-1/3SDD**-Problem puanları			p
		Ortalama±SS			
		N(%)			
		Klinik düzeyde riskli	Subklinik düzeyde riskli	Normal	
Aşırı anne babalık tutumu	Puan Ort ± (SS)	41±7.38	41.88±8.05	37.73±7.91	0.075
	n	16	16	51	
Demokratik tutum	Puan Ort ± (SS)	27.44±3.11	27.81±3.35	28.14±6.12	0.877
	n	16	16	51	
Düşmanlık ve reddedilme tutumu	Puan Ort ± (SS)	29.25±7.73	30.81±5.07	26.9±6.26	0.136
	n	16	16	51	
Evlilik uyumsuzluğu	Puan Ort ± (SS)	15±4.44	15.38±4.36	13.98±5.13	0.314
	n	16	16	51	
Otoriter tutum	Puan Ort ± (SS)	32.19±8.4	30.81±5.52	28.96±6.63	0.229
	n	16	16	51	

*Kruskal Wallis testi; SS: Standart Sapma

**K-1/3SDD: Kısa 1-3 yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği

***AHÇYTÖ: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği

Tablo 37. Annelerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeğine ait sonuçlar ile çocukların Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği-yetkinlik puanı sonuçlarının karşılaştırılması

AHÇYTÖ****		K-1/3SDD****-Yetkinlik puanları		p
		Ortalama±SS		
		N(%)		
		Klinik düzeyde riskli	Normal	
Aşırı anne babalık tutumu	Puan Ort ± (SS)	40.00±2.64	39.17±8.10	0.834*
	n	3	80	
Düşmanlık ve reddedilme	Puan Ort ± (SS)	29.33±3.78	28.09±6.58	0.792*
	n	3	80	
Otoriter tutum	Puan Ort ± (SS)	32.67±4.93	29.86±6.93	0.523*
	n	3	80	
Demokratik tutum	Puan Ort ± (SS)	40.00±2.64	39.17±8.10	0.141* *
	n	3	80	
Evlilik uyumsuzluğu	Puan Ort ± (SS)	29.33±3.78	28.09±6.58	0.599* *
	n	3	80	

*Bağımsız gruplarda T testi; SS: Standart Sapma

**Mann Whitney U testi; SS:Standart Sapma

***K-1/3SDD: Kısa 1-3 yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği

****AHÇYTÖ: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği

4.18. ANNELERİN ÇALIŞMA SIRASINDAKİ BECK DEPRESYON/ANKSİYETE ÖLÇEK PUANLARI İLE PRENATAL DÖNEM BECK DEPRESYON/ANKSİYETE ÖLÇEK PUANI ORTALAMALARI ARASINDAKİ FARKIN VE ANNELERİN PRENATAL BAĞLANMALARININ ÇOCUKLARIN KISA 1-3 YAŞ SOSYAL DUYGUSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ YETKİNLİK PUANLARI ÜZERİNE ETKİSİNE AİT VERİLER

Annelerin çalışma sırasındaki Beck Depresyon/Anksiyete ölçek puanı ile prenatal dönem Beck Depresyon/Anksiyete ölçek puanı ortalamaları arasındaki farkın ve annelerin PBE sonuçlarının, çocukların K-1/3SDD–yetkinlik puanları üzerine nasıl bir etkisinin olduğu çok değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Annelerin çalışma sırasındaki ve prenatal dönemdeki Beck Depresyon ölçeği puanı ortalamaları arasındaki fark ile çalışma sırasındaki ve prenatal dönemdeki Beck Anksiyete ölçeği puanı ortalamaları arasındaki farkın çocukların K-1/3SDD -yetkinlik puanları üzerine istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Annelerin bebeklerine prenatal bağlanma düzeylerinin çocukların K-1/3SDD-yetkinlik puanları üzerine istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ($p=0.014$) pozitif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. PBE puanlarındaki 1 puanlık artış K-1/3SDD-yetkinlik puanında 0.081 puanlık bir artışı öngörebileceği belirlenmiştir ($p=0.014$, $B=0.081$). Veriler Tablo 38’de özetlenmiştir.

Tablo 38. Annelerin çalışma sırasındaki Beck depresyon/anksiyete ölçek puanı ile prenatal dönem Beck depresyon/anksiyete ölçek puanı ortalamaları arasındaki farkın ve annelerin prenatal bağlanmalarının çocukların Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği– yetkinlik puanları üzerine etkisi

	K-1/3SDD***Yetkinlik puanı	
PBE**	B*	0.081
	p	0.014
$\lambda 1$****	B*	0.024
	p	0.660
$\lambda 2$*****	B*	0.004
	p	0.922

*Çok değişkenli regresyon analizi;

**PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri

***K-1/3SDD: Kısa 1-3 Yaş Sosyal Duygusal Değerlendirme Ölçeği

**** **$\lambda 1$** : Çalışma sırasındaki Beck Depresyon ölçek puanı ile prenatal dönem Beck Depresyon ölçek puanı ortalamaları arasındaki fark

***** **$\lambda 2$** : Çalışma sırasındaki Beck Anksiyete ölçek puanı ile prenatal dönem Beck Anksiyete ölçek puanı ortalamaları arasındaki fark

4.19. ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ SONUÇLARINA SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN ETKİSİ

4.19.1. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri ile AGTE Alt Test Ham Puanları Arasındaki İlişki

4.19.1.1. Anne yaşı

Anne yaşı ile AGTE alt test ham puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan analizlerde çocuklar “gelişim geriliği” ve “normal” olarak 2 gruba ayrılmıştır. Anne yaşı ile çocukların gelişim sonuçları bağımsız gruplarda T testi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.647)

4.19.1.2. Annelerin eğitim düzeyi,, eş ilişkisi, aile içi şiddet öyküsü, sosyal destek durumu, gebelik sayısı, kayıpla sonuçlanan gebelik öyküsü, yaşayan çocuk sayıları, çalışma durumu ve meslekleri

Annelerin eğitim düzeyi, eş ilişkisi, aile içi şiddet öyküsü, sosyal destek durumu, gebelik sayısı, kayıpla sonuçlanan gebelik öyküsü, yaşayan çocuk sayıları, çalışma durumu ve meslekleri ile AGTE alt test ham puanları sonuçlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan tüm analizlerde çocuklar gelişim geriliği olan ve olmayan olarak 2 gruba ayrılmıştır.

Annelerin eğitim düzeyi ile çocukların gelişim sonuçları pearson ki kare testi ile değerlendirilmiştir. Analizlerde annelerin eğitim düzeyi ilkokul-ortaokul, lise ve yüksekokul olmak üzere 3 gruba ayrılmış, yukarıda belirtildiği gibi gruplandırılan çocuklara ait verilerle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.273$).

Eşi ile ilişkisini ‘ iyi’ olarak tanımlayan anneler ile böyle tanımlamayan annelerin çocuklarının gelişim sonuçları fisher’s ki kare testiyle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.334$).

Aile içi şiddete maruz kaldığını bildiren anneler ile aile içi şiddete maruz kalmadığını belirten annelerin çocuklarının gelişim sonuçları fisher’s ki kare testiyle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.344$).

Kendisine göre ‘sosyal çevre desteği olduğunu’ tanımlayan böyle tanımlamayan annelerin çocuklarının gelişim sonuçları pearson ki kare testiyle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.408$).

Annelerin gebelik sayıları ile çocuklarının gelişim sonuçları dağılım özellikleri nedeniyle Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.154$).

Gebelik öykülerinde kayıp gebelik öyküsü olan anneler ile olmayan annelerin çocuklarının gelişim sonuçları pearson ki kare testiyle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.094$).

Annelerin yaşayan çocuk sayıları ile çocuklarının gelişim sonuçları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.221)

Çalışan anneler ile çalışmayan annelerin çocuklarının gelişim sonuçları pearson ki kare testiyle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.112).

Annelerin meslekleri ile çocukların gelişim sonuçları fisher's ki kare testi ile değerlendirilmiştir. Analizlerde annelerin meslekleri ev hanımı, kamuda görevli ve serbest çalışan olmak üzere 3 gruba ayrılmış, yukarıda belirtildiği gibi gruplandırılan çocuklara ait verilerle karşılaştırılmıştır. Yapılan analizlerde yukarıda belirtilen şekilde gruplanan anneler ile çocukların gelişim sonuçları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır (p=0.014) ve bulgular Tablo 39'da sunulmuştur. Çocukların gelişim sonuçlarında gruplar arası saptanan farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için, ikişerli grup halinde Mann Whitney U testi ile yeniden analiz edilmiş ve sonucunda farkın kamuda çalışan annelerden kaynaklandığı saptanmıştır. Veriler Tablo 40'da sunulmuştur.

Tablo 39. Annelerin mesleği ile çocukların AGTE alt test ham puanları arasındaki ilişki

Meslek	AGTE** sonuç N(%)		X ^{2*}	p
	Normal	Gelişim geriliği		
Kamuda görevli	17 (100.0)	0 (0.00)	8.047	0.014
Serbest	5 (62.5)	3 (37.5)		
Ev hanımı	41 (71.9)	16 (28.1)		
Toplam	63 (76.8)	19 (23.2)		

* Fisher'in Ki Kare Testi

**AGTE: Ankara Gelişim Tarama Envanteri

Tablo 40. Annelerin mesleği ile çocukların AGTE alt test ham puanlarının ikişerli gruplar halinde karşılaştırılması

Meslek	Olgu sayısı (N)	p	Z*
Kamuda görevli Serbest	17 8	0.008	-2.637
Kamuda görevli Ev hanımı	17 57	0.014	-2.451
Serbest Ev hanımı	8 57	0.586	-0.545

*Mann Whitney U testi

4.19.2. Aile Özellikleri ile AGTE Alt Test Ham Puanları Arasındaki İlişki

Aile yapısı, aylık gelir ve ailede tıbbi hastalık öyküsü ile AGTE alt test ham puanları sonuçlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan tüm analizlerde çocuklar gelişim geriliği olan ve olmayan olarak 2 gruba ayrılmıştır.

Aile yapısı ile çocukların gelişim sonuçları fisher's ki kare testi ile değerlendirilmiştir. Analizlerde aile yapısı tek ebeveyn, çekirdek aile ve geniş aile olmak üzere 3 gruba ayrılmış, yukarıda belirtildiği gibi gruplandırılan çocuklara ait verilerle karşılaştırılmıştır. Aile yapısı ile çocukların gelişim sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.75$).

Ailenin aylık geliri ile çocukların gelişim sonuçları fisher's ki kare testi ile değerlendirilmiştir. Analizlerde aylık gelir 1100 Türk lirasının altında, 1100 ile 3800 Türk lirası arasında ve 3800 Türk lirasının üstünde olmak üzere 3 gruba ayrılmış, yukarıda belirtildiği gibi gruplandırılan çocuklara ait verilerle karşılaştırılmıştır. Ailenin aylık geliri ile çocukların gelişim sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=1.00$).

Aile içinde tıbbi hastalık öyküsü olan anneler ile olmayan annelerin çocuklarının gelişim sonuçları fisher's ki kare testiyle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.760$).

4.19.3. Çocukların Sosyodemografik Özellikleri ile AGTE Alt Test Ham Puanları Arasındaki İlişki

4.19.3.1. Cinsiyet

Çocukların kız ya da erkek olması ile AGTE alt test ham puanları sonuçları Pearson Ki Kare testi ile karşılaştırılmış, istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.432$).

4.19.3.2. Kuvözde kalma, tıbbi hastalık öyküsü ve anne sütü alma öyküsü

Kuvözde kalma, anne sütü alma öyküsü ve tıbbi hastalık öyküsü ile AGTE alt test ham puanları sonuçlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan tüm analizlerde çocuklar “gelişim geriliği” ve “normal” olarak 2 gruba ayrılmıştır.

Kuvözde kalma öyküsü olan çocuklar ile olmayan çocukların gelişim sonuçları fisher’s ki kare testiyle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=1.00$).

Çocukların anne sütü alma süresi ile gelişim sonuçları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.053$).

Tıbbi hastalık öyküsü olan çocuklar ile olmayan çocukların gelişim sonuçları fisher’s ki kare testiyle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.342$).

4.20. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLE ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ SONUÇLARI İLİŞKİSİ

4.20.1. Annelerin Prenatal Beck Depresyon Ölçeği Sonuçları ve Çalışma Sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği Sonuçlarının Çocukların Ankara Gelişim Tarama Envanteri Genel Gelişim T Puanları ile İlişkisi

Annelerin prenatal dönem ve çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği sonuçları ile çocukların AGTE genel gelişim T puanları arasındaki ilişkiye spearman korelasyon analizi ile bakılmıştır. Prenatal depresyon puanları ile istatistiksel açıdan

anlamli bir iliski saptanmiftir. Ancak annelerin calisma sirasindaki depresyon puanlari ile çocuklarinin genel gelism T puanlari arasinda istatistiksel acidan anlamlı düzeyde negatif bir korelasyon saptanmiftir Veriler Tablo 41’de özetlenmiştir.

Tablo 41. Annelerin prenatal Beck Depresyon Ölçeğine ait sonuçlar ile çalışma sirasindaki Beck Depresyon Ölçeğine ait sonuçların çocukların Ankara Gelism Tarama Envanteri genel gelism T puanlari ile iliskisi (N=82)

	AGTE Genel Gelism T puanlari**	
Prenatal Beck Depresyon ölçek puanlari	r_s^*	0.009
	p	0.720
Çalışma sirasindaki Beck Depresyon ölçek puanlari	r_s^*	-0.294
	p	0.007

*Spearman korelasyon analizi

**AGTE: Ankara Gelism Tarama Envanteri

4.20.2. Annelerin Prenatal ve Çalışma Sirasindaki Depresyon Düzeyleri ile Ankara Gelism Tarama Envanteri Sonuçlarına Göre Çocuklarda Gelism Geriliği Bulunup Bulunmaması Arasindaki İlişki

Annelerin prenatal dönem ve çalışma sirasindaki Beck Depresyon ölçeği sonuçlari ile çocuklarda AGTE genel gelism t puanına göre gelism geriliği bulunup bulunmaması arasindaki ilişki sirasiyla bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arasinda istatistiksel acidan anlamlı fark saptanmamıştır (sirasiyla $p=0.456$, $p=0.085$).

4.20.3. Annelerin Prenatal Dönemde Ölçülen Beck Depresyon Ölçeği Puanı ile Çalışma Sirasinda Ölçülen Beck Depresyon Ölçeği Puanı Ortalamaları Arasindaki Farkın Çocukların AGTE Genel Gelism T Puanı ile İlişkisi

Annelerin çalışma sirasinda ölçülen Beck Depresyon ölçeği puanı ile prenatal dönemde ölçülen Beck Depresyon ölçeği puanı ortalamaları arasindaki farkın çocukların AGTE genel gelism T puanı ile iliskisine spearman korelasyon analizi ile bakılmıştır. Annelerin çalışma sirasinda ve prenatal dönemde ölçülen Beck

Depresyon ölçeğine ait puan ortalamaları arasındaki fark (ortalama $\pm$ ss=2.12 $\pm$ 6.22) ile çocukların AGTE genel gelişim T puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde (p=0.021, r=0.254) negatif bir korelasyon saptanmıştır.

Analizler annelerin çalışma sırasında ölçülen Beck Depresyon Ölçeği puanları ile prenatal dönemde ölçülen Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farka göre “depresyon düzeyi azalmış” ve “depresyon düzeyi artmış” olmak üzere iki gruba yinelenmiştir. Çalışma sırasında ölçülen Beck Depresyon Ölçeği puanı ile prenatal dönemde ölçülen Beck Depresyon Ölçeği puanı aynı olan bir olgu “depresyon düzeyi artmış” anneler grubuna dâhil edilmiştir. Prenatal döneme göre depresyon düzeyi azalmış annelerin çocukları ile prenatal döneme göre depresyon düzeyi artmış annelerin çocuklarının AGTE genel gelişim T puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Bulgular Tablo 42’de özetlenmiştir.

Tablo 42. Çalışma sırasında ölçülen Beck Depresyon Ölçeği puanı ile prenatal dönemde ölçülen Beck Depresyon Ölçeği puanı ortalamaları arasındaki farka göre “depresyon düzeyi azalmış” ve “depresyon düzeyi artmış” annelerin çocukların AGTE genel gelişim T puanı ile ilişkisi

λ^{***}	N(%)	AGTE** genel gelişim T puanı Ortalama $\pm$ SS	z^*	p
Depresyon düzeyi artmış	45	46.49 $\pm$ 7.91	-2.151	0.031
Depresyon düzeyi azalmış	37	49.76 $\pm$ 7.28		
Toplam	82	47.96 $\pm$ 7.76		

*Mann Whitney U Test; SS: Standart Sapma

**AGTE: Ankara Gelişim Tarama Envanteri

*** λ : Şimdiki dönem Beck depresyon ölçek puanı ile prenatal Beck depresyon ölçek puanı ortalamaları arasındaki fark

4.21. ANNELERİN BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ SONUÇLARI İLE ÇOCUKLARIN ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

4.21.1. Annelerin Prenatal Beck Anksiyete Ölçeğine Ait Sonuçlar ile Çalışma Sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeğine Ait Sonuçların Çocukların Ankara Gelişim Tarama Envanteri Genel Gelişim T puanları ile İlişkisi

Annelerin prenatal dönem ve çalışma sırasında ölçülen Beck Anksiyete Ölçeği' ne ait sonuçlar ile çocukların AGTE genel gelişim T puanları arasındaki ilişkiye spearman korelasyon analizi ile bakılmış, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla $p=0.720$, $r=0.040$; $p=0.185$, $r=0.148$).

4.21.2. Annelerin Prenatal ve Çalışma Sırasındaki Anksiyete Düzeyleri ile Ankara Gelişim Tarama Envanteri Sonuçlarına Göre Çocuklarda Gelişim Geriliği Bulunup Bulunmaması Arasındaki İlişki

Annelerin prenatal dönem ve çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği sonuçları ile çocuklarda AGTE genel gelişim T puanına göre gelişim geriliği bulunup bulunmaması arasındaki ilişki Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0.934$, $p=0.363$).

4.21.3. Annelerin Prenatal ve Çalışma Sırasında Ölçülen Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın Çocukların AGTE Genel Gelişim T Puanı ile İlişkisi

Annelerin çalışma sırasında ölçülen Beck Anksiyete Ölçeğine ait puan ortalamaları ile prenatal dönemde ölçülen Beck Anksiyete Ölçeğine ait puan ortalamaları arasındaki farkın çocukların AGTE genel gelişim T puanı ile ilişkisine spearman korelasyon analizi ile bakılmıştır. Annelerin çalışma sırasında ve prenatal dönemde ölçülen Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark ile çocukların AGTE genel gelişim T puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde korelasyon saptanmamıştır ($p=0.217$, $r=0.138$).

Analizler annelerin şimdiki dönemde ölçülen Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile prenatal dönemde ölçülen Beck Anksiyete Ölçeği puanı ortalamaları arasındaki

farka göre “anksiyete düzeyi azalmış” ve “anksiyete düzeyi artmış” olmak üzere iki gruba yinelenmiştir. Çalışma sırasında ölçülen Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile prenatal dönemde ölçülen Beck Anksiyete Ölçeği puanı aynı olan dört olgu “anksiyete düzeyi artmış” anneler grubuna dâhil edilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p=0.093$). Bulgular Tablo 43’de özetlenmiştir.

Tablo 43. Çalışma sırasında ölçülen Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile prenatal dönemde ölçülen Beck Anksiyete Ölçeği puanı ortalamaları arasındaki farka göre “anksiyete düzeyi azalmış” ve “anksiyete düzeyi artmış” annelerin çocukların AGTE genel gelişim T puanı ile ilişkisi

λ^{***}	N(%)	AGTE** genel gelişim T puanı Ortalama $\pm$ SS	z^*	p
Anksiyete düzeyi artmış	33	46.27 $\pm$ 8.55	-1.681	0.093
Anksiyete düzeyi azalmış	49	49.10 $\pm$ 7.039		
Toplam	82	47.96 $\pm$ 7.76		

*Mann Whitney U Test; SS: Standart Sapma

**AGTE: Ankara Gelişim Tarama Envanteri

*** λ : Şimdiki dönem Beck Anksiyete ölçek puan ortalamaları ile prenatal Beck Anksiyete ölçek puan ortalamaları farkı

4.22. ANNELERİN PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ SONUÇLARI İLE ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ SONUÇLARININ İLİŞKİSİ

4.22.1. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanterine Ait Sonuçlar ile Ankara Gelişim Tarama Envanteri Genel Gelişim T Puanı Sonuçlarının İlişkisi

Çocukların Ankara Gelişim Tarama Envanteri genel gelişim T puanı sonuçları ile annelerin prenatal bağlanmaları arasındaki ilişkiye spearman korelasyon analizi ile bakılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Buna göre prenatal dönemde bağlanma düzeyi arttıkça, çocukların 21-

31 aylardaki genel gelişim puanları da anlamlı düzeyde artmaktadır. Bulgular Tablo 44’de sunulmuştur.

Tablo 44. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri’ ne ait sonuçlar ile Ankara Gelişim Tarama Envanteri genel gelişim T puanı sonuçlarının ilişkisi (N=82)

	PBE***	
AGTE** genel gelişim T puanı	r_s^*	0.316
	p	0.004

*Spearman korelasyon analizi;

**AGTE: Ankara Gelişim Tarama Envanteri

***PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri

Annelerin prenatal bağlanmalarının çocukların AGTE genel gelişim T puanı üzerinde etkisinin olup olmadığı tek değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Annelerin bebeklerine prenatal bağlanma düzeylerinin çocukların AGTE genel gelişim T puanı üzerine istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Bulgular Tablo 45’de sunulmuştur.

Tablo 45. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri puanlarının çocukların AGTE genel gelişim T puanı üzerine etkisinin değerlendirilmesi (N=82)

	AGTE** genel gelişim T puanı	
PBE***	B^*	0.277
	p	0.002

*Tek değişkenli regresyon analizi;

**AGTE: Ankara Gelişim Tarama Envanteri

***PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri

4.22.2. AGTE Genel Gelişim T Puanına Göre Gelişim Geriliği Olan ve Olmayan Çocukların Annelerinin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçlarının Karşılaştırılması

Ankara Gelişim Tarama Envanteri genel gelişim düzeyi T puanına göre gelişim geriliği olan ve olmayan çocukların annelerinin prenatal dönemde

bebeklerine bağlanmaları arasında fark olup olmadığına bağımsız gruplarda T testi ile bakılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark saptanmıştır. Veriler Tablo 46’da sunulmuştur.

Tablo 46. Ankara Gelişim Tarama Envanteri genel gelişim düzeyi T puanına göre gelişim geriliği olan ve olmayan çocukların annelerinin Prenatal Bağlanma Envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

AGTE**T puanına göre gelişim geriliği	N(%)	PBE***	T*	P
		Ortalama±SS		
Var	69	64.61±9.07	-0.299	0.004
Yok	13	56.62±7.25		
Toplam	82	63.34±9.19		

* T test; SS: Standart Sapma

**Ankara Gelişim Tarama Envanteri

***PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri

4.22.3. Annelerin Prenatal Bağlanmalarının Çocukların AGTE Genel Gelişim T Puanları Üzerine Etkisinin Çok Değişkenli Regresyon Analizi Sonuçları

Annelerin prenatal bağlanmalarının çocukların AGTE genel gelişim t puanları üzerine nasıl bir etkisinin olduğu çok değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Annelerin bebeklerine prenatal bağlanma düzeylerinin çocukların AGTE genel gelişim t puanları üzerine istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde pozitif bir etkisinin olduğu; PBE puanında 1 puanlık artışın AGTE genel gelişim t puanında 0.289 puanlık bir artışı öngörebileceği saptanmıştır (p=0.002, B=0.289). Bulgular Tablo 47’de özetlenmiştir.

Tablo 47. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri sonuçlarının çocukların AGTE genel gelişim T puanları üzerine etkisinin değerlendirilmesi (N=82)

	AGTE** genel gelişim T Puanları	
PBE***	B*	0.289
	p	0.002

*Çok değişkenli regresyon analizi

**AGTE: Ankara Gelişim Tarama Envanteri

***PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri

4.22.4. Annelerin Çalışma Sırasındaki Beck Depresyon/Anksiyete Ölçek Puanı ile Prenatal Dönem Beck Depresyon/Anksiyete Ölçek Puanı Ortalamaları Arasındaki Farkın Çocukların AGTE Genel Gelişim T Puanları Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Annelerin çalışma sırasındaki Beck Depresyon/Anksiyete ölçek puanı ile prenatal dönem Beck Depresyon/Anksiyete ölçek puanı ortalamaları arasındaki farkın çocukların AGTE genel gelişim T puanları üzerine nasıl bir etkisinin olduğu çok değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Annelerin çalışma sırasındaki Beck Depresyon Ölçeği puanı ile prenatal dönem Beck Depresyon Ölçeği puanı ortalamaları arasındaki farkın 1 puan artmasının çocukların AGTE genel gelişim T puanlarında 0.319 puanlık bir düşüşü öngörebileceği saptanmıştır ($p=0.035$, $B=-0.319$)

Annelerin çalışma sırasındaki Beck Anksiyete Ölçeği puanı ile prenatal dönem Beck Anksiyete Ölçeği puanı ortalamaları arasındaki farkın AGTE genel gelişim T puanları üzerine istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p=0.857$). Veriler Tablo 48’de özetlenmiştir.

Tablo 48. Annelerin çalışma sırasındaki Beck Depresyon/Anksiyete Ölçeği puanı ile prenatal dönem Beck Depresyon/Anksiyete Ölçeği puanı ortalamaları arasındaki farkın çocukların AGTE genel gelişim T puanları üzerine etkisinin değerlendirilmesi (N=82)

	AGTE**genel gelişim T puanları	
$\lambda 1^{***}$	B*	-0.319
	p	0.035
$\lambda 2^{****}$	B*	0.018
	p	0.857

*Çok değişkenli regresyon analizi;

**AGTE: Ankara Gelişim Tarama Envanteri

*** **$\lambda 1$** : Çalışma sırasındaki Beck Depresyon ölçek puanı ile prenatal dönem Beck Depresyon ölçek puanı ortalamaları arasındaki fark

**** **$\lambda 2$** : Çalışma sırasındaki Beck Anksiyete ölçek puanı ile prenatal dönem Beck Anksiyete ölçek puanı ortalamaları arasındaki fark

BESİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Annenin gebelikteki duygusal yaşantılarının bebek üzerinde yaşam boyu etkileri uzun zamandır araştırılmaktadır. Bu çalışmada annelerin gebelikte ve çalışma sırasındaki depresyon ve anksiyete düzeylerinin ve prenatal bağlanmalarının çocuklarının erken çocukluk dönemlerinde sosyal duygusal iyilik haline, gelişimine ve annelerin ebeveyn tutumlarına etkisi kohort deseninde araştırılmıştır.

Prenatal depresyonun sürekliliği ve prognozu ilgi çeken bir araştırma konusudur. Çalışmamızda annelerin gebeliklerinin 30-36. haftalarında ve doğum sonrası 21-31 ay aralığında ölçülen depresyon düzeylerinin birbirleriyle ilişkili olduğu görülmüştür. Bu annelerin gebeliklerinde var olan depresyon belirtileri doğumdan sonra yaklaşık 2. yılda şiddetlenmiş olarak tekrar saptanmıştır. Bu bulgu prenatal depresyonlarının şiddetlenerek sürmekte olduğu biçiminde yorumlanabilir. Literatürde prenatal depresyonun prognozu ve süresi ile ilgili yapılan araştırmaların büyük bir kısmı postpartum ilk 1 yılla ilişkilidir (105, 149, 186-197). Yapılan bir araştırmada prenatal dönemde başlayan depresyonun gebelik süresince ve erken postpartum (ortalama 7 hafta) dönemde büyük oranda stabil seyrettiği; örneklem grubunun %10'unun (genel prevalans ile uygun olarak) postpartum dönemde klinik seviyeye ulaştığı (186); klinik seviyeye ulaşmayan yüksek depresyon düzeylerinin de postpartum 1 yıl içerisinde depresyon olarak tanımlanabileceği vurgulanmıştır. Prenatal dönemde saptanan depresif bulguların doğum sonrası ilk yıl içinde şiddetlenebileceğine ait bulgular farklı araştırma sonuçları ile de desteklenmiştir (187, 188). Heron ve arkadaşlarının (2004) araştırmasında postpartum dönemde yüksek depresyon seviyelerine sahip 8323 kadının %43.7'sinin aynı zamanda prenatal dönemde de depresyon düzeylerinin yüksek olduğu; ve bu yüksekliğin postpartum depresyon için en güçlü risk faktörü olduğu öne sürülmüştür (149). Verkerk ve arkadaşlarının (2003) araştırmasında depresyon açısından yüksek riskli ve düşük riskli olarak 2 gruba ayrılan 1618 gebe kadın, gebeliklerinin 32. haftasında ve postpartum 3, 6 ve 12. ayda değerlendirmiş; depresyon açısından yüksek riskli

kadınların %25'inin ve düşük riskli kadınların %6'sının doğum sonrası 1 yıl içinde de depresyon bulgularının olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada gebelikte yüksek düzeyde depresif semptomlara sahip olmanın postpartum depresyonu bağımsız olarak öngördüğü de vurgulanmıştır (193).

Diğer yandan yazında prenatal depresyonun postpartum dönemdeki gidişinin olumlu olduğunu öne süren araştırma sonuçlarına da rastlanmaktadır. Evans ve ark'nın 2001 yılında yaptıkları kohort çalışmasında 14451 kadın, gebeliklerinin 32.haftası, doğumdan sonra 8. hafta ve 8. aylarında değerlendirilmiş ve postpartum dönemde prenatal döneme göre depresyon semptom şiddetinin azaldığı bulunmuştur (105). Fergusson ve arkadaşları 1996 yılında 9000 gebeyi gebeliklerinin 18, 32.haftalarında ve postpartum 8 ve 32. haftalarında değerlendirmiş ve benzer şekilde depresyon şiddetinin doğum sonrası azaldığını saptamışlardır (198). Hayes ve Muller (2004) yaptığı randomize kontrollü çalışmada anneleri prenatal ve postpartum dönemde yarı yapılandırılmış bir görüşme ile değerlendirmiş ve postpartum dönemde depresyon şiddetinin azaldığını saptamışlardır (199).

Bizim çalışmamızın bulguları gebelikteki depresyon bulgularının şiddetlenerek sürdüğünü belirten yazın bilgileriyle uyumludur. Bulgularımız prenatal depresyonun postpartum gidişinden daha çok ikinci yıldaki seyrini değerlendirmektedir. Prenatal depresyonun doğumdan sonraki ilk yıldan daha sonraki yıllardaki gidişi Luoma ve arkadaşları (2004) tarafından araştırılmıştır. Araştırmacılar gebeliğin 3.trimesterinden başlayarak yaklaşık 10 yıl boyunca izledikleri anne ve çocuk ikililerini postpartum 2. hafta, 1. ay, 6. ay, 4-5. yıl ve 8-9. yılda değerlendirmiş ve prenatal dönemde depresif bulguları %12 oranında bulurlar iken postpartum dönemde %9; sonraki 4-5. yıl ve 8-9. yılda toplam %6 oranında saptamışlardır (131). Preadölesan ya da adölesan döneme kadar yapılan daha uzun izlem çalışmalarında ise bu oran %2.5-4 olarak bildirilmektedir (200, 201). Depresyonu kronikleşen kadınların diğerlerine göre daha yoksul ve çevresi ve eşi ile ilişkilerinin daha zayıf olduğu belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda annelerin büyük bir kısmı sosyal destek ve eş ile ilişkilerini algıları, aile içi şiddet ve kayıpla sonuçlanan gebelik gibi depresyonunun kronikleşmesi ile ilişkili olabilecek (120, 121, 202-204) etkenlerin varlığını bildirmemişlerse de, tüm verilerimiz annelerin bildirimlerine dayalı ölçümlerle elde edilmiştir. Anneler sadece çalışma sırasında

karşılaştıkları bir değerlendirmeciye kişisel sayabilecekleri bu verileri bildirmemiş olabilirler. Bu durumun verilerin yorumlanması sırasında akılda tutulması gerekmektedir.

Öte yandan gebelikteki depresyon bulgularının doğumdan sonraki 2. yılda da belirlenmesi üzerine depresyonun iki yıl boyunca sürmekte olduğu yorumu çalışmanın deseninden kaynaklanan kısıtlılıklar nedeniyle dikkatle ele alınmalıdır. Gebeliklerinin 30-36. haftasından, doğumdan sonra 21-33. haftaya kadar depresyon açısından değerlendirilmesi yapılmayan annelerin depresyonunun prenatal dönemden itibaren süreklilik gösterip göstermediği, değerlendirme yapılmayan dönemde depresyonun bulgularının gerileyip, daha sonra tekrar başlayıp başlamadığının belirlenebilmesi elimizdeki verilerle mümkün değildir. Bu nedenle annelerin gebeliklerinde başlayarak çocuklarının erken çocukluk dönemine dek daha sık aralarla psikiyatrik değerlendirmelerini içeren çalışmalar önerilebilir.

Annelerdeki depresyonun çocuğun sağlıklı gelişimi ve iyilik hali üzerine etkisi büyüktür (108). Düşük düzeyde olumlu duygulanıma ve yüksek düzeyde olumsuz duygulanıma sahip depresyonda olan bir anneyle yaşayan bir çocuk sosyal, duygusal ve davranışsal gelişim açısından risk altındadır. Annelerindeki depresyona maruz kalan çocuklarda özellikle olumsuz duygulanımın daha çok ebeveynleri ile ilişkide kendini gösterdiği bilinmektedir (205). Anne depresyonu ile erken ya da orta çocukluk döneminde ya da ergenlikte sosyal-duygusal zorluklar ve davranış problemleri arasındaki ilişki birçok çalışma ile ortaya konulmuştur (18, 19, 158, 160, 206-215). Bu alanda araştırmaların anne depresyonuna prenatal ve postpartum depresyon olarak yaklaştığı ve araştırmaların bu iki dönemde yoğunlaştığı dikkati çekmiştir. Prenatal depresyonla ilgili yapılan araştırmalarda, prenatal depresyonun çocuğun gelişimine yaşam boyu etkileri araştırılmış ve öncelikle prenatal kronik depresyona maruz kalan yeni doğanların görsel ve sesli uyarana daha az yanıt verdikleri, uyaranlara daha az oryante oldukları ve yapılan Brazelton Yeni doğan Davranış Değerlendirme skalasında daha fazla depresif belirti gösterdikleri (125); yaklaşık 3-6 aylık çocuklarda aşırı ağlamanın varlığı dikkat çekmiştir (121, 216, 217). Abrams ve arkadaşları (1995) tarafından postpartum depresyona maruz kalan annelerin çocuklarının da daha uykulu, mızız, gergin; oyuna ve oyuncaklara ilgisinin daha az olduğu (218); yapılan laboratuvar işlemlerine daha az tolerans

gösterdiği fark edilmiştir (219). Huot ve arkadaşlarının (2004) yaptığı araştırmada da postpartum depresyonun değil ama prenatal depresyonun, çocuklarda olumsuz duygulanımı öngördüğü bildirilmiştir (128). Genel olarak duygusal tepki ve ifadesindeki zorluk ve davranış bozukluğu olarak ortaya çıkan kliniğin strese artmış duyarlılık, tehdit algısında artış, stresle başa çıkmak için davranışları aşırı kontrol etme ya da duyguları bastırma şeklinde kendini gösterdiği düşünülmektedir (220).

Mizaç farklılıklarının çocukların duygusal tepkisini ve ifadesini kontrol etmede etkili olduğu bilinmektedir. Yapılan bir araştırmada prenatal depresyona maruz kalan bebeklerin postpartum 2-6 aylarında anneleri tarafından daha zor mizaçlı olarak tanımlandıkları görülmüştür (128). Prenatal depresyonun bebeklerin uyanıkken olan duygu ve davranışlarını etkilediği gibi uyku regülasyonunu da önemli derecede bozduğu, bebeklik ve erken çocukluk döneminde yaşanan yatağa gitmeyi reddetme, erken uyanma, kabus görme, uykuya dalmada güçlük ve sık sık uykudan uyanma gibi sorunlarla karşılaşıldığı bildirilmektedir (221). Ebeveynleri depresyonda olan çocuklarda psikiyatrik bozukluk sıklığı genel topluma göre 2-5 kat arttığı (%41-77) çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (222, 223). Hollanda'da yapılan bir izlem çalışmasında prenatal depresyonu olan annelerin çocuklarında 14-54 aylarda içe yönelim ve dışa yönelim sorunları görüldüğü (18); Finlandiya'da yapılan diğer bir izlem çalışmasında da prenatal depresyonu olan annelerin çocuklarının sadece dışa yönelim sorunları yaşadığı bulunmuştur (131, 214). Postpartum depresyona maruz kalan çocukların dışa yönelim sorunlarındaki artışın toplam davranış sorunlarındaki artışa neden olduğu saptanmış çalışmalara rastlandıysa da (114, 214, 224); 2010 yılında Bagner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada postpartum 1 yıl içinde depresyona maruz kalan çocukların toplam davranış sorunlarındaki artışa içe yönelim sorunlarının neden olduğu bulunmuştur (225).

Yukarıda aktarıldığı şekilde prenatal ve postpartum depresyon olarak ele alınan anne depresyonunun çocuğun sosyal duygusal davranışsal gelişimine olumsuz etkisinin olduğunu bildiren oldukça fazla çalışma olsa da; bizim çalışmamızda annelerin prenatal dönemde değerlendirilen depresyonun yaklaşık 2 yıl sonraki değişiminin ve çalışma sırasında değerlendirilen depresyon düzeylerinin çocukların sosyal, duygusal ve davranışsal özelliklerine etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu

durum çalışmamızda çocukların davranışsal ve duygusal özelliklerini değerlendirmek için kullanılan gerecin annenin bildirimine dayalı olması ile ilişkili olabilir. Depresyon belirtilerine sahip annelerin çocuklarındaki duygusal ve davranışsal özellikleri ve sorunları gözlemleyip bildirmekte yetersiz kalmış olabileceği düşünülebilir. Depresyonu olan annelerin çocuklarıyla yeterince ilgili olmadıkları (226-229); çocuklarına kayıtsız kaldıkları, sinyalleri fark etmeye isteksiz oldukları ve görmezden geldikleri bilinmektedir. Annelerin kayıtsız tutumlarının daha çok erken çocukluk dönemi ve okul öncesi dönemdeki çocuklar ile ilişkisinde kendini gösterdiği saptanmıştır (229). Yazın ile birlikte değerlendirildiğinde doğrudan çocuğun gözlemine dayalı veya çocuğun öğretmeni, diğer ebeveyn gibi çeşitli bilgi kaynaklarından da veri toplamaya dayalı bir desen uygulandığında çalışmamızın sonuçlarının farklılık gösterebileceği düşünülmüştür.

Annelerdeki depresyonun çocukların bilişsel ve dil gelişimi için de risk oluşturduğu bilinmektedir. Çalışmamızda çocukların Ankara Gelişim Tarama Envanteri ile değerlendirilen dil, bilişsel, motor ve sosyal beceriyi içeren toplam gelişim sonuçları ile annelerin depresyon düzeyleri karşılaştırılmış; annelerin çalışma sırasındaki depresyonu arttıkça çocukların gelişim puanlarının düştüğü görülmüştür. Ek olarak annelerin prenatal depresyon düzeyi ile çalışma sırasındaki depresyon düzeyi arasındaki farkın çocukların gelişimlerdeki düşüşü öngördüğü belirlenmiştir. Literatürde annelerdeki depresyonun çocukların bilişsel ve dil gelişimini olumsuz etkilediğini gösteren çok sayıda araştırma mevcuttur (230-243). Kaplan ve arkadaşları tarafından (2014) yapılan bir araştırmada anne depresyonunun 1 yaşındaki çocukların bilişsel ve dil gelişimine ayrı ayrı etkileri bulunduğu gösterilmiştir (244). Grace ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında postpartum depresyonun dil ve zeka gibi bilişsel işlevler üzerinde etkili olduğu; davranışsal etkilerinin ise doğum sonrası depresyonun 5 yıl sürmesi ile ortaya çıktığı bildirilmiştir (232). Ek olarak postpartum depresyonun erken anne çocuk ilişkisini etkileyerek çocukların 18. ayında bilişsel fonksiyonlarındaki zayıflığı öngördüğü saptanmıştır (245).

Buna karşın Kurstjens ve arkadaşları (2001) 1329 anne ve çocuklarının katıldığı çalışmada tek başına postpartum depresyonun çocukların bilişsel yetileri üzerine ihmal edilebilir bir etkisi olduğunu öne sürmüşlerdir (135, 234, 245, 246).

Postpartum depresyonun bilişsel yetilere olumsuz etkisinin çocuğun erkek olması, düşük doğum ağırlıklı olması; annenin depresyonunun zamanı ve süresi, düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, düşük zeka düzeyi gibi eşlik eden etkenlerin bulunması halinde ortaya çıktığı ifade edilmektedir (136, 230, 233, 247). 2003 yılında yayınlanan bir derlemede postpartum depresyondan çok, kronik ve tekrarlayan depresyonun erkek çocuklarda dil ve zeka gibi bilişsel alanları olumsuz etkilediği saptanmıştır (232).

Bizim çalışmamızın bulguları, annelerin depresyonun çocukların dil ve bilişsel gelişimini olumsuz etkilediğini belirten yazın bulgularıyla uyumludur. Çocuğun erken dönemde kazandığı bilişsel işlevlerinin büyük oranda annenin uyarılarına bağımlı olduğu dikkate alınırsa (248), Murray ve arkadaşlarının (1992) saptadığı gibi depresyonun etkisini, annelerin duyarlı ebeveynlik becerilerini ve annelerin çocukları ile etkileşimleri sırasında kurdukları iletişimin kalitesini olumsuz etkileyerek gösterdiği düşünülebilir. Aynı zamanda prenatal döneme göre depresyon düzeyi artmış annelerin çocuklarının gelişim düzeylerinin daha düşük olmasının ve gebeliklerindeki depresyon düzeyi ile postpartum 21-33. haftadaki depresyon düzeyleri arasındaki değişimin çocukların gelişimindeki düşüşü öngörmesinin kronikleşen ya da tekrarlayan ve şiddetlenen depresyonun çocukların gelişim alanlarına etkilerinin daha olumsuz olduğunu gösteren yazın bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda depresyonun bilişsel etkilerine katkıda bulunabilecek sosyodemografik değişkenler ile çocukların gelişim puanları karşılaştırıldığında kamuda çalışan annelerin çocuklarının gelişimlerinin olumlu etkilendiği saptanmıştır. Bu durum annelerin düzenli gelire sahip olması ve ev ekonomisini dolaylı olarak olumlu etkilemesi ile açıklanabilir.

Yazın ağırlıklı olarak annelerin depresyonu üzerinde odaklansa da annelerin kaygı düzeyleri de önem taşıyan bir konudur. Çalışmamızda annelerin prenatal dönemde ölçülen anksiyete düzeyleri ile çalışma sırasında ölçülen anksiyete düzeylerinin ilişkili olduğu ve çalışma sırasında prenatal döneme göre anksiyete düzeylerinde düşüş olduğu bulunmuştur. Literatürde prenatal anksiyete düzeyinin genellikle gebelik boyunca stabilite gösterdiği, hatta prenatal anksiyete düzeylerinin prenatal depresyona göre daha stabil seyrettiği öne sürülmektedir (186, 249). Yapılan

bir araştırmada prenatal anksiyete düzeyleri yüksek olan annelerin %64'ünün doğumdan sonra 8.hafta ve 8.aydaki anksiyete düzeylerinin de normalden yüksek olduğu ancak prenatal döneme göre doğumdan sonraki dönemde anksiyete şiddetinin azaldığı gösterilmiştir (149). Çalışmamızın bulguları değerlendirildiğinde bu düşüşün annenin yaşadığı fizyolojik ve psikososyal değişikliklerle ilişkili olabileceği; annelerin gebe olmak ile ilgili kaygılarının olmasının onları anksiyeteye yatkın hale getirmiş olabileceği ve sağlıklı bir doğum sonrası anksiyetelerinin yıllar içinde azalmış olabileceği; fizyolojik olarak değişen, gebelerde stres karşısında hipofonksiyonel olan HPA (250) sebebiyle gebelikte artan kortizol seviyelerinin doğum sonrası normale dönmesinin de annelerin anksiyete düzeylerinin düşmesinde etkili olabileceği öne sürülmüştür.

Annelerdeki anksiyetenin çocuğun sağlıklı gelişimi ve iyilik hali üzerine etkisi olduğu bilinmektedir. Literatürde prenatal stresin ya da anksiyetenin çocuğun duygu, davranış ve bilişsel fonksiyonlarına yaşam boyu etkisi çalışılmıştır (151). Başlangıçta annenin anksiyetesi etkisini fetusun beyin gelişimini etkileyerek gösterir (159, 251, 252). Annelerin uyarılarına fazlaca maruz kalan çocukların doğum sonrası 6.haftalarında daha iritabl oldukları görülmüştür (17). Van den Bergh'in 1990 yılında yaptığı çalışmada antenatal dönemde yüksek düzeyde anksiyeteye maruz kalan bebeklerin doğum sonrası 2-4.günde yüksek aktivite gösterdikleri; 1. haftalarında daha fazla ağladıkları ve aynı zamanda 10.hafta-7.ayları arasında zor mizaç özellikleri gösterdiklerini saptamıştır (253). Bununla birlikte bu çocukların özellikle doğum sonrası 1-7. haftalarında mizaç özelliklerinden aktivite düzeyi ve duygusallıktan yüksek puan aldıkları saptanmıştır (15, 16). Bu da erken postnatal mizaç özelliklerinin prenatal dönemde şekillendiği hipotezini desteklemektedir (17).

Mizaç özelliklerinin yanında çocukların davranış gelişimini de etkileyen prenatal anksiyetenin 1.trimesterde görülmesi halinde erkek çocuklarda içe yönelim ve toplam davranışsal sorunlara neden olduğu; 3.trimesterde görülmesi halinde de kızlarda içe yönelim, dışa yönelim ve toplam davranışsal sorunlara yol açtığı saptanmıştır (18). Bu bulguyu destekler biçimde gebeliğin geç dönemlerindeki anksiyete ile geç çocuklukta gözlenen (4 yaş erkek çocuklarında) duygusal ve davranışsal sorunların ilişkili olduğu saptanan diğer bulgular arasındadır (19, 21, 22, 159).

Yazında bazı araştırmacılar prenatal stres ya da anksiyetenin çocuğun nöromotor gelişimine etkisi üzerinde de çalışmışlardır. 1964 yılında Griffiths ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada çocukların gelişim puanlarındaki düşüklüğün (Griffiths Mental Development Scale) büyük oranda annelerin anksiyetesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (254). Van Batenburg-Eddes ve arkadaşları (2009) 2.trimesterde artmış gebeliğe özgü anksiyetenin, 8 aylık çocuklarda mental ve motor gelişim puanlarındaki düşüklüğü öngördüğünü saptamışlardır (255). Huizink ve arkadaşlarının (2003) yaptığı izlem çalışmasında prenatal kortizol düzeyleri yüksek olan annelerin çocuklarının 3-8.aylarında mental ve motor gelişimlerinin olumsuz etkilendiği; aynı çocukların 27.aylarında davranış problemleri yaşadığı belirlenmiştir (256).

Diğer taraftan Di Pietro ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir araştırmada annelerin prenatal anksiyetelerinin 2 yaşındaki çocukların motor ve mental gelişimlerine olumlu etkilerinin bulunduğu da görülmüştür (257). Bu bulgu 2013 yılında yapılan başka bir kohort çalışması ile desteklenmiştir (258).

Prenatal anksiyetenin yanında genel olarak annelerin anksiyetesi ve çocuklara etkisi merak konusu olmuştur. Yapılan bir izlem çalışmasında annelerin prenatal dönemle birlikte doğum sonrası 8. hafta ve 8, 21 ve 33. ayda anksiyeteleri değerlendirilmiş, annelerin 21.aydaki anksiyeteleri ile çocukların 4 yaşındaki dikkatsizlik ve hiperaktivite bulguları ilişkili bulunmuştur. Doğum sonrası 8. haftada anksiyeteye maruz kalan çocukların 4 ve 6.5 yaşlarındaki değerlendirmelerinde ise kız ve erkek çocuklarda artmış duygusal problemlere rastlanmış iken kız çocuklarda iletişim sorunları saptanmıştır (19, 159). Achenbach ve arkadaşları doğum sonrası 12 ay anksiyeteye maruz kalan çocukları anne ve öğretmen tarafından doldurulan ölçeklerle 5 yaşında değerlendirmiş ve bu çocukların anneler tarafından doldurulan ölçeklere göre daha az aktif ve daha düşük sosyal yetkinliğe sahip oldukları saptanmıştır (259). Sosyal öğrenme teorisine göre ebeveynlerinin anksiyetesine maruz kalan çocuklarda da anksiyete bulguları geliştiği; bu çocukların anksiyete uyandıracak olaylar karşısında problem çözme becerilerinin gelişmediği bilinmektedir. Annelerin anksiyetesine maruz kalan çocukların temperamentel yatkinlik halinde oldukça anksiyöz hale geldikleri; aşırı kontrolcü annelerin çocukların otonomisini olumsuz etkiledikleri ve bu çocukların anksiyöz ve utangaç

oldukları yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (260-262). Yaşadıkları anksiyete ile duyarlılıkları olumsuz etkilenen annelerin çocuklarına güvensiz bağlandıkları ve bu durumun da çocukları anksiyeteye yatkın hale getirdiği de bilinmektedir (263, 264). Aynı zamanda bu çocukların artmış korku cevabı ve davranışsal inhibisyon gösterdikleri de bilinmektedir (265). Gebelikte başlayan doğum sonrası 16.aya kadar süren anksiyetenin intruziv tutumlara yol açarak çocukların 16.ayında aşırı ağlamasına neden olabileceği düşünülmüştür (266). Annelerin anksiyetesi ile ilişkili olarak azalan bakım kalitesi çocukların 18. ayda dikkat sorunlarına neden olmaktadır (267). Benzer şekilde yapılan bir kohort çalışmasında anksiyeteye maruz kalan çocukların 18. ayda ifade edici dil gelişiminde gecikme saptandığı belirlenmiştir. Anksiyetesi olan annelerin düşük doğum ağırlıklı doğan çocukları 2 yaşına geldiğinde içe yönelim davranış sorunları ve bilişsel gelişimde gecikme saptanmıştır (268, 269). Bu bulguyu destekler biçimde doğum sonrası ilk 1 yıl anksiyeteye maruz kalan çocuklarda gelişimsel gecikmenin görüldüğü (270) ve bu çocukların objektif testlerle değerlendirilen bilişsel gelişimlerinin de olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (271, 272).

Öte yandan annelerin anksiyetesinin ve yüksek nörotisizminin çocukların yaklaşık 2 yaşında nörogelişimsel gelişimlerine faydası olduğu (257); hatta maternal anksiyetenin çocuklara bakım verme motivasyonunu arttırarak çocukların ifade edici dil gelişimine olumlu etkilerinin olduğunu saptayan çalışmalara da rastlanmaktadır (258). Aynı zamanda annelerin anksiyetesinin çocukların bilişsel gelişimine olumsuz etkisinin olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (273, 274).

Bizim çalışmamızda annelerin prenatal dönemde ölçülen anksiyetelerinin yaklaşık 2 yıl sonra değişip değişmediği ve bu olası değişimin çocukların sosyal, duygusal, davranışsal ve bilişsel gelişimine etkisi incelenmiştir. Bilebildiğimiz kadarıyla yazında bu desende yapılmış araştırmaya rastlanmamaktadır. Çalışmamızda annelerin prenatal anksiyete düzeylerinin yaklaşık 2 yıl sonra azaldığı ve bu azalmanın çocukların gelişimi üzerine olumlu ya da olumsuz etkisinin olmadığı saptanmıştır. Konuyla ilgili kısıtlı yazın bilgisi olduğu göz önüne alındığında bu alanda geniş örnekleme sahip ve çocukların objektif değerlendirmelerini içeren çalışmaların gerekli olduğu düşünülmüştür.

Annenin depresyon ve anksiyetesinin annenin ve bebeğin ruh sağlığına doğrudan etkileri olduğu gibi bağlanma süreçleriyle doğrudan ilişkili olduğu bilinmektedir (108). Prenatal bağlanmanın anneyi iyi sağlık uygulamalarına motive ettiği, ebeveynlik rolüne uyumu kolaylaştırdığı ve annenin perinatal dönemdeki ruhsal sağlığı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Prenatal bağlanma ile prenatal depresyonun ilişkisini değerlendiren birçok çalışma bulunmaktadır. Çalışmamızın örneklem grubunu oluşturan Janbakhishov, C.E (2013)'nin çalışmasında prenatal depresyon puanları yüksek olan annelerin prenatal bağlanmalarını düşük saptanmış iken çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında annelerin prenatal bağlanma düzeyleri ile doğumdan sonraki 21-33. aylar arasındaki depresyon düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır. Yazında prenatal depresyon düzeyi arttıkça prenatal bağlanma düzeyinin azaldığı tekrarlayan biçimde gösterilmiştir (6, 8, 45, 275-278). Prenatal bağlanma ve postpartum depresyon ilişkisi de çalışılan alanlardan olmuştur. Prenatal bağlanmanın, dolaylı bir biçimde, annenin kendini daha fazla değerlendirip, annelik rolüne hazırlanmasını kolaylaştırarak anneleri postpartum depresyondan koruduğu öne sürülmektedir. Aynı çalışmada prenatal bağlanma düzeyi yüksek olan annelerin prenatal ve postpartum dönemde ölçülen depresyon düzeylerinin prenatal bağlanma düzeyi düşük olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (279). Bizim çalışmamızın örneklemi oluşturan olguların prenatal dönemde yapılan ölçümlerin sonucunda prenatal depresyon puanları yüksek olan annelerin prenatal bağlanmalarının düşük olduğu bulunmuştur (278). Ancak prenatal bağlanmanın düşüklüğü ve depresyon puanları arasındaki ilişki, bu annelerin yaklaşık 2 yıl sonraki depresyon düzeyleri ile gösterilememiştir. Bu sonucun izlem çalışmasına katılmayan anneler ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Prenatal dönemde ağır düzeyde depresyonu olan annelerin izlem çalışmasına katılmamış olabileceği akılda tutulmalıdır.

Prenatal anksiyete düzeylerinin prenatal bağlanma ile ilişkisi son yıllarda merak edilen bir araştırma konusu olmuştur. Çünkü prenatal bağlanma düzeylerinin annenin duygusal işlevselliğini doğrudan etkilediği gibi doğum sonrası anne çocuk ikilisinin birçok değişkenini de etkilediği bilinmektedir. Gebelik doğası ve dinamik yapısı gereği kaygılı bir süreçtir. İlk trimesterlerde düşük olacağı korkuları, sonraki dönemde yerini doğuma ilişkin kaygılara bırakır. Yazında gebeliklerinde invaziv test

yapılan gebelerin prenatal bağlanma düzeyinin anksiyete ile korele biçimde arttığı; test sırasında yaşanan anksiyetenin bu artış ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (275, 280-282). İyi prenatal bağlanma geliştiren gebelerin gebelik ve doğmamış çocuklarını diğer gebelere göre daha fazla zihinlerinde tuttukları, beslenme ve aktivite düzeylerini de içerecek biçimde davranış değişiklikleri sergiledikleri bilinmektedir. Dolayısı ile söz konusu anne adaylarının, gebeliğin seyrinde fetuse zarar gelebileceğini düşündükleri süreçlerde daha fazla kaygılanabilecekleri düşünülebilir. Bu araştırmaların bulguları anksiyetenin bağlanmanın kalitesini düşürdüğü ve düşük prenatal bağlanmanın anksiyeteyi arttırdığını bildiren araştırma sonuçları ile çelişmektedir (6, 45, 275, 276, 283, 284). Janbakhishov, C.E. (2013) örneklem grubumuzu oluşturan annelerin prenatal anksiyeteleri ile prenatal bağlanmaları arasında anlamlı ilişki saptamamıştır. Bu değerlendirmeden yaklaşık 2 yıl sonra bizim çalışmamızda da annelerin çalışma sırasındaki anksiyete düzeyleri ile prenatal bağlanmalarının ilişkili olmadığı sonucu yinelenmiştir. Yarcheski ve arkadaşlarının (2009) belirttiği üzere çalışmamızda çalışma sırasındaki anksiyete ve prenatal bağlanma arasında ilişki bulunmamasının sebebi olarak olgu sayısındaki yetersizlik ve doğum komplikasyonları, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma gibi annenin anksiyete düzeyini arttıracak etmenlerin örneklem grubunda yeterince yer almaması gösterilebilir (285).

Prenatal bağlanma anne ve doğmamış bebeği arasındaki eşsiz bir ilişkidir ve yüksek olması doğumdan sonraki anne bebek arasındaki ilk ve temel etkileşimini sağlayan emzirmenin başarısına katkıda bulunabileceği düşünülebilir. Janbakhishov, C.E. (2013) yaptığı çalışmada birinci haftadan önce memeye adapte olan bebeklerin annelerinin prenatal bağlanma düzeylerinin, birinci haftadan sonra memeye adapte olan bebeklerin annelerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı örneklem grubunun yer aldığı çalışmamızda annelerin prenatal bağlanmaları ile çocuklarını emzirme süreleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Yazında yüksek prenatal bağlanma düzeyine sahip olan annelerin bebeklerini daha uzun süre emzirdiklerini gösteren çalışmalara rastlanmaktadır (47, 286, 287). Aynı zamanda biberon yerine emzirmeyi seçen annelerin de daha yüksek prenatal bağlanma düzeyine sahip olduğu gösteren çalışmalar da bulunmuştur (288-294). Az

sayıda çalışılmış bir konu olan prenatal bağlanmanın emzirme süresi ile ilgili güvenilir bilgiye sahip olabilmek için daha fazla araştırma bulgusuna gerek olduğu düşünülmektedir.

Çocukların sosyal, duygusal ve davranışsal özellikleri ile doğum sonrası bağlanma ilişkisi birçok araştırmanın konusu olmuştur. Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında yüksek prenatal bağlanma düzeylerinin çocukların 2- 3 yaş aralığında sosyal yetkinlik düzeylerini ve çocukların gelişim düzeyini olumlu olarak etkilediği, hatta yüksek prenatal bağlanma düzeyinin düşük ancak anlamlı oranda sosyal duygusal yetkinliği ve gelişim puanlarındaki artışı öngördüğü belirlenmiştir. Ayrıca gelişim geriliği bulunan çocukların annelerinin prenatal bağlanma düzeyinin daha düşük olduğu saptanan diğer bulgular arasındadır.

Literatürde anne bebek bağlanmasının duyguların regülasyonunda etkili olduğu söylenmektedir. Erken dönem yaşantılarındaki bireysel farklılıklar; çocuğun duygularını düzenlemede, öz yeterlilik duygusunun gelişiminde ve ebeveyn-çocuk dışındaki sosyal ilişki bağlamında önemli etkilere sahiptir (111). Yeni doğan döneminden erken yetişkinlik dönemine kadar yapılan izlem çalışmalarında erken bağlanma ilişkilerinin kalitesi çocuğun ileri dönemdeki sosyal ve duygusal yetkinliğinde önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir (295). Yazında okul öncesi dönemde gelişen sosyal ve duygusal yetkinliğin de çocuğun sosyal duygusal fonksiyonlarının önemli bir göstergesi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (296, 297).

Sosyal yetkinliği çocuğun mizacı, bağlanması ve ebeveynlik belirler (298, 299). Doğumdan sonra 6-24. aylar arasında gelişen ve bakımveren ve bebeğe ait özelliklerin birlikte etki ederek şekillendirdiği bağlanma ilişkisinin özellikleri yaşam boyu sosyal ve duygusal işlevsellikte çok önemli rol oynamaktadır (300-308). Sosyal yetkinliğin çocukların akademik zorlukları ve içe yönelim ve dışa yönelim semptomlarının önemli bir öngörücüsü olduğu da bilinmektedir (309, 310). Ancak bilebildiğimiz kadarı ile annenin henüz doğmamış bebeği ile kurduğu özel bağ olan prenatal bağlanmanın duygusal, davranışsal problemler, sosyal duygusal yetkinlik ve gelişim üzerine etkileri henüz çalışılmamış bir konu olup, yazında bu alanlarda veri sunan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamızın bu alanda ilk bulguları sağladığı söylenebilir. Sosyal duygusal yetkinliğin bağlanma, ebeveyn

tutumu ve çocuğun mizaç özellikleri ile şekillendiği düşünüldüğünde annelerin doğmamış bebekleri arasındaki eşsiz ilişkinin artışı doğrudan ve dolaylı olarak doğum sonrası bağlanma ve ebeveyn tutumlarına etki ederek daha yetkin çocukların yetişmesine katkıda bulunduğu düşünülebilir. Prenatal bağlanmanın erken çocukluk ve daha sonraki yaşlarda bireyin sosyal, duygusal ve davranışsal özelliklerine, gelişimine ve yetkinliğine etkilerini konu alan çalışmaların farklı metodoloji ve örneklem boyutları ile araştırılması önem taşımaktadır.

Annenin bebeği için bağlanma modeli geliştirmesi bakım vermeye ilişkin davranışları geliştirmesi açısından önemli bulunmuş ve prenatal bağlanmanın gebelik sırasında ve doğum sonrasındaki ebeveyn davranışları ile ilişkili olduğuna dair bir çok araştırma yapılmıştır (6, 53, 311, 312). Ancak prenatal bağlanmanın bebeklik döneminden sonraki yaşlarda sergilenen ebeveyn tutumları üzerine etkisi henüz araştırılmamış bir konudur. Çalışmamızda annelerin prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeyleri ile çocukları yaklaşık 2 yaşına geldiklerinde sergiledikleri ebeveyn tutumlarının farklılık göstermediği belirlenmiştir.

Siddiqui ve arkadaşlarının (2000) yaptığı bir çalışmada 171 gebenin prenatal bağlanması ölçülmüş ve postpartum 12. haftada 100 annenin çocukları ile etkileşimleri değerlendirilmiştir. Annelerin total prenatal bağlanma puanları ile postpartum davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, özellikle prenatal bağlanması yüksek olan annenin postpartum bebeğine ilgi gösterme, ses çıkarma, gülümseme, dokunma ve onu öpme davranışlarında artış olduğu; prenatal bağlanmanın bir komponenti olan fetüsü kendinden ayrı bir birey gibi algılama ve çocuk sahibi olacak olmak ile ilgili memnuniyetini diğerleri ile paylaşmanın postpartum bebeğine ses çıkarma ve gülme ile ilişkili olduğu; yine gebelikte fetüsü kendinden ayrı bir birey olarak algılamasının ise postpartum bebeğine dokunma ve öpme davranışlarıyla ilişkili olduğu; yani gebeliğinde bebeğine ilgisi yüksek olan annelerin bebeklerine daha fazla olumlu uyaran (gülme, ses çıkarma, dokunma, öpme) verdikleri bulunmuştur (54). Bu bulgular diğer çalışmalarla da desteklenmiştir (42, 52, 313). Annenin bebeğini öpmesi ve dokunmasındaki azlığın bağlanma düzeyindeki azlık ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (314). Prenatal bağlanma ile postpartum ilk 1 yıl anneler ve bebekleri arası etkileşim araştırılmış olmakla birlikte postpartum 1 yıl sonrasında prenatal bağlanma ebeveyn tutumları ilişkisini inceleyen

araştırmaya rastlanmamış olup bizim çalışmamızın verileri bilebildiğimiz kadarı ile bu konuda ilk veriyi oluşturmaktadır.

Prenatal bağlanmanın yanında ebeveyn tutumlarını etkileyen değişkenlerden birisi de ebeveyn psikopatolojisidir. Özellikle anne depresyonunun bakım veren kalitesinde azalma ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Çalışmamızda annelerin çalışma sırasındaki depresyon düzeyleri ile çalışma sırasında ebeveyn tutumlarını belirleyen demokratik tutum, aşırı anne babalık tutumu, düşmanlık ve reddedici tutum, evlilik uyumsuzluğu ve otoriter tutumu içeren AHÇYTÖ ölçek puanları karşılaştırılmış; çalışma sırasında depresyon düzeyleri yüksek bulunan annelerin daha fazla düşmanlık ve reddedici tutum sergiledikleri ve daha yüksek evlilik uyumsuzluğuna sahip oldukları belirlenmiştir. Yazında 2000 yılında yapılan ve 46 çalışmanın incelendiği bir metaanalizin sonuçlarına göre depresyonu olan annelerin ebeveynlik davranışlarının daha az duyarlı ve daha az olumlu olduğu buna karşın daha fazla eleştirisel, düşmanca, müdahaleci ve dezorganize tutum içinde oldukları gösterilmiştir (229). Depresyonu olan annelerin çocukları ile ilişkilerinde daha yüksek oranda disforik ve mutsuz duygulanım gösterdikleri ve çocuklarına karşı daha az katılımcı ve tutarlı oldukları gösterilen diğer bulgular arasındadır (315, 316). Bu annelerin aynı zamanda ihmal edici davrandıkları (317, 318); ve ihmale yol açabilecek şekilde çocuklarına daha fazla öfkelenedikleri saptanmıştır (319). Depresyonu olan annelerin çocuklarına daha sert disiplin uyguladıkları (319-321), hatta birçok kez fiziksel disiplin yöntemlerini kullandıkları (322, 323) ve daha az birlikte vakit geçirdikleri (229) bulunan diğer bulgular arasındadır.

Anne depresyonunun aynı zamanda evlilik işlevselliğini bozduğu, evlilikte meydana gelen çatışmanın ebeveyn çocuk ilişkisinin niteliğini etkilediği hatta bu ebeveynlerin çocuklarının ihtiyaçlarına karşı daha az duyarlı hale gelmesine yol açtığı; evlilik çatışmasında beliren olumsuz duygunun, ebeveyn-çocuk arasındaki etkileşime yayıldığını ve bu etkileşimi bozduğu ileri sürülmektedir (324). Çalışmamızın bulguları yazındaki verilerle uyumludur. Hatta bu annelerin depresyon verilerinin prenatal dönemde belirlenebilir olması, bulguların yaklaşık 2 yıl sonra artmış olarak saptanmaya devam ettiği göz önüne alınırsa, prenatal dönemde annelerin, ruh sağlığının sağaltımı da içerecek biçimde desteklenmesinin koruyucu ruh sağlığı uygulamaları açısından önemi anlaşılabılır. Bu bağlamda düşünüldüğünde

prenatal rutin takiplerde gebelerin ruh sağlığının genel klinik değerlendirme içinde unutulmaması gereken bir nokta olduğu söylenbilir.

ocuk sahibi olan kadınlarda sıklıkla görülen psikopatolojilerden bir diğeri de anksiyetedir ve bu yüzden annedeki anksiyete durumunun ebeveynlik becerisi üzerine etkisi merak konusu olmuştur. Çalışmamızda annelerin çalışma sırasındaki anksiyete düzeyleri ile ebeveyn tutumlarının etkilenmediği belirlenmiştir.

Yazında yüksek düzeyde anksiyetenin ebeveyn tutumunu olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Woodruff ve arkadaşları (2002) anksiyete bozukluğu olan annelerin çocukları ile etkileşimleri sırasında daha ie dönük ve çocuklarına daha az ilgili olduklarını göstermişlerdir. Aynı çalışmada aşırı kontrolü, aşırı koruyucu ve çocuğu kısıtlayıcı yaklaşımlarının olduğu görülmüştür (325). Ayrıca annelerin kendi anksiyete belirtilerine aşırı odaklanmış olmalarından dolayı çocuklarının duygusal gereksinimlerini fark etmekte ve gidermekte zorlandıkları düşünülmüştür (168, 169). Yaklaşık 1 yaşındaki bebeklerin katıldığı başka bir çalışmada anksiyete düzeyi yüksek olan annelerin düşük olanlara göre duygusal tonlarının daha düşük, tepki hassasiyetlerinin daha az olduğu bulunmuş ve bu durumun annelerin anksiyeteleriyle ilişkili olduğu saptanan diğer bulgular arasındadır. Seymour ve arkadaşlarının (2015) yaptığı diğer bir çalışmada anksiyeteleri olan annelerle olmayan anneler ebeveyn tutumu açısından karşılaştırılmış ve anksiyetesi olan annelerin daha az sıcak, daha az ilgili ve daha az memnun oldukları ve daha hostil davrandıkları saptanmıştır (326). Bu bulgular 2011 yılında yapılan Drake ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın bulguları ile uyumludur (327).

Bunların aksine annelerin anksiyeteleri ile olumsuz ebeveyn tutumları arasında ilişki bulmayan çalışmalar da bulunmaktadır (169, 325, 328-330). Thomson ve arkadaşları (2014) olumlu anne babalığı ngren faktörleri inceledikleri çalışmalarında, prenatal dönemde anksiyetesi yüksek olan annelerin çocukları ile daha olumlu etkileşime girdiğini saptamışlardır (331). Bu bulgunun Kendler ve arkadaşlarının (1997) daha önce saptadığı gibi gebeliğinin son döneminde artan anksiyetenin ebeveynlik rolüne uyumu kolaylaştırmış olabileceği iddiasını desteklemektedir (332).

Yazındaki çalışmaların çoğunda ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesi grşmecenin gözlemine dayanmaktadır. Ginsburg ve arkadaşları (2006) anne ocuk ikililerinin yapılandırılmış task uygulamalarına alınarak da anksiyöz anneler ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinin mümkün olabileceğini saptamışlardır (329). Çalışmamız değerlendirildiğinde bulgularımız annelerin anksiyeteleri ile olumlu ya da olumsuz ebeveyn tutumları arasında ilişki olmadığını göstermektedir. Ebeveyn tutumlarını ebeveynlerin bildirimine dayalı değerlendirdiğimiz çalışmamızın deseninin grşmecenin gözlemine göre tasarlanması halinde farklı sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak prenatal depresyonun yaklaşık olarak 2 yıl sonra da saptandığı ve hatta şiddetinin arttığı, bu annelerin çocuklarının dil, bilişsel, motor gelişimlerinin olumsuz etkilendiği, ancak sosyal ve duygusal yetkinliğe etkisinin olmadığı saptanmıştır. Prenatal anksiyetenin ise 2 yıl sonraki değerlendirmede şiddetinin azaldığı; bu azalmanın çocukların sosyal duygusal yetkinliğine ya da gelişimine herhangi bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Prenatal bağlanması yüksek olan annelerin çocuklarının sosyal ve duygusal olarak daha yetkin çocuklar olduğu ve gelişimlerinin de daha iyi olduğu saptanan diğer bulgular arasındadır. Annelerin prenatal dönemdeki duygularının çocukların yetkinliğine, gelişimine ve annelerin çocuklarına yönelik tutumlarına etkisi güncel, ilgi çeken ve daha çok araştırmaya gereksinim duyulan konular arasındadır.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

6.1.1. Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçları

- Prenatal dönemdeki depresyon puanı yüksek olan annelerin çalışma sırasındaki depresyon puanlarının da yüksek olduğu; annelerin prenatal döneme göre çalışma sırasındaki depresyon puanlarının yükseldiği saptanmıştır.
- Prenatal dönemdeki anksiyete puanı yüksek olan annelerin çalışma sırasındaki anksiyete puanlarının ölçek kesme değerinin üzerinde olmasına rağmen prenatal döneme göre çalışma sırasında anksiyete puanlarının düştüğü saptanmıştır.
- Annelerin çalışma sırasındaki depresyon ve anksiyete puanları ile çocukların K-1/3SDD ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.
- Çalışma sırasında depresyon puanı yüksek olan annelerin çocuklarının AGTE T puanı düşük saptanmıştır.
- Çalışma sırasındaki ve prenatal dönemdeki Beck depresyon ölçeği puanları arasındaki puan farkı yüksek olan annelerin çocuklarının AGTE T puanları düşük saptanmıştır.
- Prenatal döneme göre depresyon düzeyi artmış annelerin çocuklarının AGTE T puanları düşük bulunmuştur.
- Annelerin prenatal ve çalışma sırasındaki anksiyete puanları ile çocukların AGTE sonuçları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

6.1.2. Annelerin Prenatal Bağlanma Envanteri Sonuçları

- Annelerin prenatal bağlanma düzeyleri ile çalışma sırasındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- Annelerin prenatal bağlanma düzeyleri ile erken çocuklukta sergiledikleri ebeveyn tutumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Annelerin prenatal bağlanma düzeyleri ile çocukların anne sütü alma süreleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır
- Prenatal bağlanma düzeyleri yüksek olan annelerin çocuklarının K-1/3SDD yetkinlik puanları yüksek bulunmuştur.
- Prenatal bağlanma düzeyi yüksek bulunan annelerin çocuklarının AGTE T puanlarının yüksek bulunmuştur.
- Gelişim geriliği olan çocukların annelerinin prenatal bağlanma puanlarının düşük olduğu saptanmıştır.

6.1.3. AHÇYTÖ Sonuçları

- Çalışma sırasında depresyon puanı yüksek olan annelerin AHÇYTÖ alt ölçeklerinden düşmanlık ve reddedici tutum ile evlilik uyumsuzluğu puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur.
- Annelerin çalışma sırasındaki anksiyete puanları ile AHÇYTÖ puanları arasında ilişki saptanmamıştır.
- K-1/3SDD ölçek puanları ile AHÇYTÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

6.1.4. K-1/3SDD Ölçeği ve AGTE'ye İlişkin Diğer Sonuçlar

- Kız çocuklarında K-1/3SDD-problem puanı erkek çocuklarından daha yüksek bulunmuştur.
- Tıbbi hastalık öyküsü olan çocukların K-1/3SDD-problem puanları daha yüksek bulunmuştur.
- Kamuda çalışan annelerin çocuklarında gelişim geriliğinin daha az görüldüğü bulunmuştur.
- K-1/3SDD ölçeği problem puanı yüksek olan çocukların AGTE T puanları düşük bulunmuştur.

- K-1/3SDD ölçeği yetkinlik puanı yüksek olan çocukların AGTE T puanları yüksek bulunmuştur.

6.2. ÖNERİLER

Gebelik ve anneliğe geçiş karmaşık, zor bir süreçtir ve birçok değişkenden etkilenir. Gebelikte yaşanan olumsuz duyguların ve stresin doğumu, fetüs ve bebeklerin gelişimi ve aile işlevselliğini etkilediği bilinmektedir.

Çalışmamızın bulguları gebelikte başlayan depresyonun kronik gidişli olabileceğini ve bu annelerin çocuklarının gelişimlerinin ve ruhsal sağlıklarının olumsuz etkilendiğini işaret etmektedir. Gebelikteki olumsuz duygusal süreçlerin erken çocukluk gibi bireyin ruh sağlığına önemli etkileri olabilecek dönemde sürmekte olduğunun belirlenmesi, prenatal depresyonun mutlak sağaltımının ve bu annelerin yakından izlenip desteklenmesinin gerekliliğini göstermektedir.

Çalışmamızın sonuçları yüksek prenatal bağlanma düzeylerinin çocukların sosyal ve duygusal yetkinliğini ve gelişimini olumlu olarak etkilediğine işaret etmektedir. Prenatal bağlanma düzeylerindeki artışın daha yetkin çocukların yetişmesine katkıda bulunduğu göz önüne alındığında, prenatal bağlanmanın rutin obstetrik kontrollerde desteklenebilmesinin koruyucu ruh sağlığı açısından önem taşıdığı düşünülmüştür. Bunun için öncelikle sağlık çalışanlarının kavram konusunda bilgilendirilmesi ve prenatal bağlanmayı destekleyecek önlemler konusunda eğitilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak rutin obstetri izlemlerinde annelerin depresyon ve anksiyete açısından taranması ve prenatal bağlanmalarının güçlendirilmesi, riskli grupların belirlenerek doğum sonrasını da içerecek biçimde izlemlerinin hem anne babalar, hem de çocuklarının gelişimleri ve ruh sağlıkları için önemli katkıda bulunabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Soysal Ş, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. Klinik Psikiyatri. 2005;8:88-9.
2. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye’ den bulgular. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17(4):252-8.
3. Bloom KC. The development of attachment behaviors in pregnant adolescents. Nursing research. 1995;44(5):284-9.
4. Yılmaz SD, Beji NK. Prenatal Bağlanma Envanteri’nin Türkçe’ye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlilik çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;16(2):103-9.
5. Gaffney KF. Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. Maternal-child nursing journal. 1986;15(2):91-101.
6. Condon JT, Corkindale C. The correlates of antenatal attachment in pregnant women. Brit J Med Psychol. 1997;70:359-72.
7. Lindgren K. Relationships Among Maternal-Fetal Attachment, Prenatal Depression, and Health Practices in Pregnancy. Research in nursing & health. 2001(24):203-17.
8. Goecke TW, Voigt F, Faschingbauer F, Spangler G, Beckmann MW, Beetz A. The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. Archives of gynecology and obstetrics. 2012;286(2):309-16.
9. Halligan SL, Murray L, Martins C, Cooper PJ. Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. Journal of affective disorders. 2007;97(1-3):145-54.
10. Hay DF, Pawlby S, Angold A, Harold GT, Sharp D. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. Developmental psychology. 2003;39(6):1083-94.
11. Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines. 2000;41(6):737-46.

12. Barnett B, Schaafsma MF, Guzman AM, Parker GB. Maternal anxiety: a 5-year review of an intervention study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 1991;32(3):423-38.
13. Dieter JN, Field T, Hernandez-Reif M, Jones NA, Lecanuet JP, Salman FA, et al. Maternal depression and increased fetal activity. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*. 2001;21(5):468-73.
14. Kennell JH, Klaus MH. Care of the mother of the high-risk infant. *Clinical obstetrics and gynecology*. 1971;14(3):926-54.
15. de Weerth C, van Hees Y, Buitelaar JK. Prenatal maternal cortisol levels and infant behavior during the first 5 months. *Early human development*. 2003;74(2):139-51.
16. Davis EP, Glynn LM, Schetter CD, Hobel C, Chicz-Demet A, Sandman CA. Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007;46(6):737-46.
17. DiPietro JA, Ghera MM, Costigan KA. Prenatal origins of temperamental reactivity in early infancy. *Early human development*. 2008;84(9):569-75.
18. de Bruijn AT, van Bakel HJ, van Baar AL. Sex differences in the relation between prenatal maternal emotional complaints and child outcome. *Early human development*. 2009;85(5):319-24.
19. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2002;180:502-8.
20. Thomas G, O'Connor JH, Jean Golding, Vivette Glover, and the ALSPAC Study Team. Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003;44(7):1025-36.
21. O'Connor TG, Ben-Shlomo Y, Heron J, Golding J, Adams D, Glover V. Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children. *Biological psychiatry*. 2005;58(3):211-7.

22. Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2005;29(2):237-58.
23. O'Donnell KJ, Glover V, Barker ED, O'Connor TG. The persisting effect of maternal mood in pregnancy on childhood psychopathology. *Development and psychopathology*. 2014;26(2):393-403.
24. Kennell JH, Slyter H, Klaus MH. The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *The New England journal of medicine*. 1970;283(7):344-9.
25. Rubin R. Maternal tasks in pregnancy. *Journal of advanced nursing*. 1976;1(5):367-76.
26. Peppers LG KR. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry*. 1980;43(2):155-9.
27. Muller. The development and testing of the Muller Prenatal Attachment Inventory. 1990.
28. Cranley MS. Development of a Tool for the Measurement of Maternal Attachment during Pregnancy. *Nursing research*. 1981;30(5):281-4.
29. Bowlby J. Attachment and loss. New York: Basic Books Inc. 1982;1.
30. Yılmaz SD. BN. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*. 2010;20(3):99-108.
31. Lerum CW, LoBiondo-Wood G. The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment. *Birth*. 1989;16(1):13-7.
32. Mikhail MS, Freda MC, Merkatz RB, Polizzotto R, Mazloom E, Merkatz IR. The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1991;165(4 Pt 1):988-91.
33. Zeanah CH. A Secure Base - Parent-Child Attachment and Healthy-Human Development - Bowlby,J. *J Nerv Ment Dis*. 1990;178(1):62-3.

34. Ainsworth MDS BM, Waters E. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc Publishers. 1978.
35. Benedek T. Parenthood as a developmental phase; a contribution to the libido theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1959;7(3):389-417.
36. Benedek T LS. Psychological aspects of pregnancy and parent-child relationships. Oxford, England: Lippincott. 1958:1-16.
37. Bibring GL. Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1959(14):113-21.
38. Bibring GL D, Huntington DS, Valenstein AF. A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1961(16):9-72.
39. Deutch H. The psychology of women. New York: Grune & Stratton. 1945.
40. Winnicott D. *Collected Papers: Through Pediatrics to Psychoanalysis*. New York: Basic Books; 1956. 1956;Primary maternal preoccupation.
41. Lumley JM. Attitudes to the fetus among primigravidae. *Australian paediatric journal*. 1982;18(2):106-9.
42. Muller ME. Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western journal of nursing research*. 1993;15(2):199-211; discussion -5.
43. Doan HMZ, A. Conceptualizing prenatal attachment: toward a multidimensional view. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*. 2003;18(2):109-29.
44. Muller ME, Ferketich S. Assessing the validity of the dimensions of prenatal attachment. *Maternal-child nursing journal*. 1992;20(1):1-10.
45. Mercer RT, Ferketich S, May K, DeJoseph J, Sollid D. Further Exploration of Maternal and Paternal Fetal Attachment. *Research in nursing & health*. 1988;11(2):83-95.
46. Mercer RT, Ferketich SL, DeJoseph J, May KA, Sollid D. Effect of Stress on Family Functioning during Pregnancy. *Nursing research*. 1988;37(5):268-75.
47. Huang H. WS, Chen C.,. Body image, maternal-fetal attachment, and choice of infant feeding method: a study in Taiwan. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2004;31(3):183-8.

48. Condon JT. The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *The British journal of medical psychology*. 1993;66 (Pt 2):167-83.
49. Fowles E. The relation between prenatal maternal attachment, postpartum depressive symptoms and maternal role attainment. Unpublished PhdLoyola University of Chicago; 1994. 1994.
50. LoBiondo-Wood G, Vito-O'Rourke, K. . The prenatal maternal attachment scale: A methodological study. . Paper presented at the NAACOG's Research Conference. 1990.
51. Muller ME. Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*. 1996;25(2):161-6.
52. Fuller JR. Early patterns of maternal attachment. *Health care for women international*. 1990;11(4):433-46.
53. Pollock PH, Percy A. Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child abuse & neglect*. 1999;23(12):1345-57.
54. Siddiqui A, Hagglof B. Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early human development*. 2000;59(1):13-25.
55. Cannella BL. Maternal-fetal attachment: an integrative review. *Journal of advanced nursing*. 2005;50(1):60-8.
56. Damato EG. Prenatal Attachment and Other Correlates of Postnatal Maternal Attachment to Twins. *Advances in Neonatal Care*. 2004;4(5):274-91.
57. Siddiqui A, Hagglof B, Eisemann M. Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *J Reprod Infant Psyc*. 2000;18(1):67-74.
58. Squires J, Bricker D. Conceptual Principles and Framework. *An Activity-Based Approach to Developing Young Children's Social Emotional Competence*. Paul H Brookers Publishing, Maryland. 2007:25-37.
59. Gesell A&Amatruda C.S. *Developmental Diagnosis*. New York, Hoeber. 1947.
60. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1979.

61. Sameroff AJ, Seifer R, Baldwin A, Baldwin C. Stability of intelligence from preschool to adolescence: the influence of social and family risk factors. *Child development*. 1993;64(1):80-97.
62. Fox NA, Nichols KE, Henderson HA, Rubin K, Schmidt L, Hamer D, et al. Evidence for a gene-environment interaction in predicting behavioral inhibition in middle childhood. *Psychol Sci*. 2005;16(12):921-6.
63. Bowlby J. *Attachment and Loss*. The Hogarth Press, London. 1969.
64. Lemerise EA, Arsenio WF. An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child development*. 2000;71(1):107-18.
65. Calkins SD, Hill A. Caregiving influences on emerging emotion regulation: Biological and environmental transactions in early development. In J. J. Gross (Ed.). *Handbook of emotion regulation*. 2007:229-48 New York: Guilford Press.
66. Kopp CB. Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental psychology*. 1989(25):343-54.
67. Thompson R. Emotion Regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1994;59(2-3 Serial No.240):250-83.
68. Witherington D, Campos J, Hertenstein M. Principles of emotion and its development in infancy. In: Blackwell handbook of infant development Bremner G, Fogel A (Eds), Blackwell Publishers, Oxford, UK,. 2001:427-64.
69. Eisenberg N, Cumberland A, Spinrad TL, Fabes RA, Shepard SA, Reiser M, et al. The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child development*. 2001;72(4):1112-34.
70. Cole PM, Martin SE, Dennis TA. Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child development*. 2004;75(2):317-33.
71. Thompson R. Emotion and self-regulation. In R A Thompson (Ed), *Nebraska symposium on motivation* (pp 367–467) Lincoln, NE: University of Nebraska Press. 1990.
72. Calkins SD. Early attachment processes and the development of emotional self-regulation. In R F Baumeister & K D Vohs (Eds), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp 324–339) New York: Guilford Press. 2004.

73. Johnson MH, Posner MI, Rothbart MK. Components of Visual Orienting in Early Infancy - Contingency Learning, Anticipatory Looking, and Disengaging. *J Cognitive Neurosci*. 1991;3(4):335-44.
74. Kochanska G. Emotional development in children with different attachment histories: the first three years. *Child development*. 2001;72(2):474-90.
75. Lewis M, Ramsay D. Cortisol response to embarrassment and shame. *Child development*. 2002;73(4):1034-45.
76. Lemerise EA, Dodge KA. The development of anger and hostile interactions. In MLewis & J M Haviland-Jones (Eds), *Handbook of emotions* (2nd ed, pp 594–606) New York: Guilford Press. 2000.
77. Lewis M, Ramsay D. Infant emotional and cortisol responses to goal blockage. *Child development*. 2005;76(2):518-30.
78. Calkins SD, Smith CL, Gill KL, Johnson MC. Maternal interactive style across contexts: Relations to emotional, behavioral and physiological regulation during toddlerhood. *Soc Dev*. 1998;7(3):350-69.
79. Rosenblum K, Dayton C, Muzik M. Infant Social and Emotional Development. *Handbook of Infant Mental Health* Zeanah CH (Ed) The Guildford Press, New York. 2009:80-103.
80. Stern DN. *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books. 1985.
81. Garner PW. Child and family correlates of toddlers' emotional and behavioral responses to a mishap. *Inf Mental Hlth J*. 2003;24(6):580-96.
82. Meins E, Fernyhough C, Wainwright R, Clark-Carter D, Das Gupta M, Fradley E, et al. Pathways to understanding mind: construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child development*. 2003;74(4):1194-211.
83. Mangelsdorf SC, McHale JL, Diener M, Goldstein LH, Lehn L. Infant attachment: Contributions of infant temperament and maternal characteristics. *Infant behavior & development*. 2000;23(2):175-96.
84. Biringen Z. Emotional availability: conceptualization and research findings. *The American journal of orthopsychiatry*. 2000;70(1):104-14.
85. Harrist AW, Waugh RM. Dyadic synchrony: Its structure and function in children's development. *Developmental Review*. 2002;22(4):555-92.

86. Grossmann K, Grossmann KE, Fremmer-Bombik E, Kindler H, Scheuerer-Engelsch H, Zimmermann P. The uniqueness of the child-father attachment relationship: Fathers' sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Soc Dev.* 2002;11(3):307-31.
87. Meins E, Fernyhough C, Fradley E, Tuckey M. Rethinking maternal sensitivity: mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines.* 2001;42(5):637-48.
88. Meins E, Fernyhough C, Johnson F, Lidstone J. Mind-mindedness in children: Individual differences in internal-state talk in middle childhood. *Brit J Dev Psychol.* 2006;24:181-96.
89. Benoit D, Parker KC, Zeanah CH. Mothers' representations of their infants assessed prenatally: stability and association with infants' attachment classifications. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines.* 1997;38(3):307-13.
90. Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA, von Eye A. The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant-mother attachment. *Child development.* 2004;75(2):480-96.
91. Dayton CJ, Levendosky AA, Davidson WS, Bogat GA. The child as held in the mind of the mother: The impact of prenatal maternal representations on later parenting behaviors. Poster presented at the Society for Research in Child Development Boston. 2007.
92. DeWolff MS, van Ijzendoorn MH. Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child development.* 1997;68(4):571-91.
93. Rosenblum KL, McDonough S, Muzik M, Miller A, Sameroff A. Maternal representations of the infant: Associations with infant response to the Still Face. *Child development.* 2002;73(4):999-1015.
94. Belsky J. The determinants of parenting: a process model. *Child development.* 1984;55(1):83-96.
95. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In E M Hetherington (Ed), *Handbook of child psychology: Vol 4*

Socialization, personality, and social development New York: JohnWiley and Sons. 1983:1-101.

96. Darling N, Steinberg L. Parenting Style as Context - an Integrative Model. *Psychol Bull.* 1993;113(3):487-96.

97. Nyarko K. The influence of authoritative parenting style on adolescents' academic achievement. *American Journal of Social and Management Sciences.* 2011;2(3):278-82.

98. Baumrind D. Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child development.* 1966;37(4):887-907.

99. Steinberg L, Blatt-Eisengart I, Cauffman E. Patterns of Competence and Adjustment Among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent, and Neglectful Homes: A Replication in a Sample of Serious Juvenile Offenders. *Journal of research on adolescence : the official journal of the Society for Research on Adolescence.* 2006;16(1):47-58.

100. Edwards C, Liu W. Parenting Toddlers. In: M H Bornstein (Ed), *Handbook of parenting: Mahwah, NJ: Erlbaum.* 2002;1(Children and parenting (2nd ed)):45-71.

101. Kessler RC. The epidemiology of depression among women. In C L M Keyes & S H Goodman (Eds), *Women and depression: A handbook for the social, behavior, and biomedical sciences.* 2006:22-40 NewYork Cambridge University Press.

102. Wilhem K. Depression: From nosology to global burden. In C L M Keyes & S H Goodman (Eds), *Women and depression: A handbook for the social, behavior, and biomedical sciences.* 2006:3–21 New York: Cambridge University Press.

103. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetrics and gynecology.* 2004;103(4):698-709.

104. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of consulting and clinical psychology.* 1989;57(2):269-74.

105. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Bmj.* 2001;323(7307):257-60.

106. Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 2000;21(2):93-7.
107. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and gynecology*. 2005;106(5 Pt 1):1071-83.
108. Kahn RS, Brandt D, Whitaker RC. Combined effect of mothers' and fathers' mental health symptoms on children's behavioral and emotional well-being. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2004;158(8):721-9.
109. McElwain NL, Booth-Laforce C. Maternal sensitivity to infant distress and nondistress as predictors of infant-mother attachment security. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association*. 2006;20(2):247-55.
110. Cummings EM, Cicchetti D. Toward a transactional model of relations between attachment and depression. In M T Greenberg, D Cicchetti, & E M Cummings (Eds), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. 1990:339-72 Chicago: University of Chicago Press.
111. Sroufe LA, Egeland B, Carlson E, Collins WA. *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. . ANew York: Guilford. 2005a.
112. Fox NA. *The development of emotion regulation. Biological and behavioral considerations*. 1994;59 Chicago: University of Chicago Press.
113. Southam-Gerow MA, Kendall PC. Emotion regulation and understanding - Implications for child psychopathology and therapy. *Clin Psychol Rev*. 2002;22(2):189-222.
114. Carter AS, Garrity-Rokous FE, Chazan-Cohen R, Little C, Briggs-Gowan MJ. Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001;40(1):18-26.
115. McMahon CA, Barnett B, Kowalenko NM, Tennant CC. Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(7):660-9.

116. Poehlmann J, Fiese BH. The interaction of maternal and infant vulnerabilities on developing attachment relationships. *Development and psychopathology*. 2001;13(1):1-11.
117. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001;50:275-285. 2001(50):275-85.
118. OHara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression - A meta-analysis. *Int Rev Psychiatr*. 1996;8(1):37-54.
119. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *The Canadian nurse*. 2006;102(9):26-30.
120. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*. 2006;35(4):491-8.
121. Field T. Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant behavior & development*. 2011;34(1):1-14.
122. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2006;85(8):937-44.
123. Edwards B, Galletly C, Semmler-Booth T, Dekker G. Does antenatal screening for psychosocial risk factors predict postnatal depression? A follow-up study of 154 women in Adelaide, South Australia. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2008;42(1):51-5.
124. Edwards B, Galletly C, Semmler-Booth T, Dekker G. Antenatal psychosocial risk factors and depression among women living in socioeconomically disadvantaged suburbs in Adelaide, South Australia. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2008;42(1):45-50.
125. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Ascencio A. Prenatal dysthymia versus major depression effects on early mother-infant interactions: a brief report. *Infant behavior & development*. 2009;32(1):129-31.
126. McGrath JM, Records K, Rice M. Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant behavior & development*. 2008;31(1):71-80.

127. Zuckerman B, Bauchner H, Parker S, Cabral H. Maternal Depressive Symptoms during Pregnancy, and Newborn Irritability. *J Dev Behav Pediatr.* 1990;11(4):190-4.
128. Huot RL, Brennan PA, Stowe ZN, Plotsky PM, Walker EF. Negative affect in offspring of depressed mothers is predicted by infant cortisol levels at 6 months and maternal depression during pregnancy, but not postpartum. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 2004;1032:234-6.
129. Boyd RC, Zayas LH, McKee MD. Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. *Maternal and child health journal.* 2006;10(2):139-48.
130. Ader R. Neonatal stimulation and maturation of the 24-hour adrenocortical rhythm. *Progress in brain research.* 1975;42:333-41.
131. Luoma I, Kaukonen P, Mantymaa M, Puura K, Tamminen T, Salmelin R. A longitudinal study of maternal depressive symptoms, negative expectations and perceptions of child problems. *Child psychiatry and human development.* 2004;35(1):37-53.
132. Allen NB, Lewinsohn PM, Seeley JR. Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. *Development and psychopathology.* 1998;10(3):513-29.
133. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero VH. Prenatal depression restricts fetal growth. *Early human development.* 2009;85(1):65-70.
134. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Schanberg S, Kuhn C, et al. Chronic prenatal depression and neonatal outcome. *The International journal of neuroscience.* 2008;118(1):95-103.
135. Sharp D, Hay DF, Pawlby S, Schmucker G, Allen H, Kumar R. The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines.* 1995;36(8):1315-36.
136. Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 1-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2001;42(7):871-89.

137. Essex MJ, Klein MH, Cho E, Kalin NH. Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: Effects on cortisol and behavior. *Biological psychiatry*. 2002;52(8):776-84.
138. Davidson RJ, Fox NA. Asymmetrical brain activity discriminates between positive and negative affective stimuli in human infants. *Science*. 1982;218(4578):1235-7.
139. Gotlib IH, Ranganath C, Rosenfeld JP. Frontal EEG alpha asymmetry, depression, and cognitive functioning. *Cognition Emotion*. 1998;12(3):449-78.
140. Bell MA, Fox NA. Brain development over the first year of life: Relations between electroencephalographic frequency and coherence and cognitive and affective behaviors. In G Dawson & K W Fischer (Eds), *Human behavior and the developing brain*. 1994:314–45 New York: Guilford Press.
141. Jones NA, Field T, Fox NA, Davalos M, Lundy B, Hart S. Newborns of mothers with depressive symptoms are physiologically less developed. *Infant behavior & development*. 1998;21(3):537-41.
142. Kane P, Garber J. The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(3):339-60.
143. Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A, Taylor A. Life with (or without) father: The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child development*. 2003;74(1):109-26.
144. Dierker LC, Merikangas KR, Szatmari P. Influence of parental concordance for psychiatric disorders on psychopathology in offspring. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999;38(3):280-8.
145. Klein LC, Corwin EJ, Ceballos RM. The social costs of stress: How sex differences in stress responses can lead to social stress vulnerability and depression in women. In C L M Keyes & S H Goodman (Eds), *Women and depression: A handbook for social, behavioral, and biomedical sciences* 2006:199–218. New York: Cambridge University Press.
146. Monroe SM, Hadjiyannakis K. The social environment and depression: Focusing on severe life stress. . In I H Gotlib & C L Hammen (Eds), *Handbook of depression*. 2002:314–40 New York: Guilford Press.

147. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of affective disorders*. 2003;74(2):139-47.
148. Buist A, Gotman N, Yonkers KA. Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *Journal of affective disorders*. 2011;131(1-3):277-83.
149. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V, Team AS. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders*. 2004;80(1):65-73.
150. Vythilingum B. Anxiety disorders in pregnancy and the postnatal period. . *Continuing Medical Education* 2009(27):450-2.
151. Gaignic-Philippe R, Dayan J, Chokron S, Jacquet AY, Tordjman S. Effects of prenatal stress on fetal and child development: a critical literature review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2014;43:137-62.
152. Wurmser H, Rieger M, Domogalla C, Kahnt A, Buchwald J, Kowatsch M, et al. Association between life stress during pregnancy and infant crying in the first six months postpartum: a prospective longitudinal study. *Early human development*. 2006;82(5):341-9.
153. Austin MP, Hadzi-Pavlovic D, Leader L, Saint K, Parker G. Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament. *Early human development*. 2005;81(2):183-90.
154. Talge NM, Neal C, Glover V, Early Stress TR, Prevention Science Network F, Neonatal Experience on C, et al. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2007;48(3-4):245-61.
155. Gutteling BM, de Weerth C, Willemsen-Swinkels SH, Huizink AC, Mulder EJ, Visser GH, et al. The effects of prenatal stress on temperament and problem behavior of 27-month-old toddlers. *European child & adolescent psychiatry*. 2005;14(1):41-51.
156. Huizink AC, de Medina PG, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002;41(9):1078-85.

157. Bergman K, Sarkar P, O'Connor TG, Modi N, Glover V. Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007;46(11):1454-63.
158. Van den Bergh BRH, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8-and 9-year-olds. *Child development*. 2004;75(4):1085-97.
159. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Glover V, Team AS. Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2003;44(7):1025-36.
160. Van den Bergh BR, Van Calster B, Smits T, Van Huffel S, Lagae L. Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: a prospective study on the fetal origins of depressed mood. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. 2008;33(3):536-45.
161. Van den Bergh B, Van Calster B, Pinna Puissant S, Van Huffel S. Self-reported symptoms of depressed mood, trait anxiety and aggressive behavior in post-pubertal adolescents: Associations with diurnal cortisol profiles. *Horm Behav*. 2008;54(2):253-7.
162. Yeung AC, Vekshtein VI, Krantz DS, Vita JA, Ryan TJ, Ganz P, et al. The Effect of Atherosclerosis on the Vasomotor Response of Coronary-Arteries to Mental Stress. *New Engl J Med*. 1991;325(22):1551-6.
163. McLean M, Bisits A, Davies J, Woods R, Lowry P, Smith R. A placental clock controlling the length of human pregnancy. *Nature medicine*. 1995;1(5):460-3.
164. Lang RE, Heil JW, Ganten D, Hermann K, Unger T, Rascher W. Oxytocin unlike vasopressin is a stress hormone in the rat. *Neuroendocrinology*. 1983;37(4):314-6.
165. Kaitz M, Maytal HR, Devor N, Bergman L, Mankuta D. Maternal anxiety, mother-infant interactions, and infants' response to challenge. *Infant behavior & development*. 2010;33(2):136-48.

166. Nicol-Harper R, Harvey AG, Stein A. Interactions between mothers and infants: impact of maternal anxiety. *Infant behavior & development*. 2007;30(1):161-7.
167. Feldman R, Eidelman AI. Biological and environmental initial conditions shape the trajectories of cognitive and social-emotional development across the first years of life. *Developmental science*. 2009;12(1):194-200.
168. Whaley SE, Pinto A, Sigman M. Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1999;67(6):826-36.
169. Moore PS, Whaley SE, Sigman M. Interactions between mothers and children: impacts of maternal and child anxiety. *Journal of abnormal psychology*. 2004;113(3):471-6.
170. Stevenson-Hinde J, Shouldice A, Chicot R. Maternal anxiety, behavioral inhibition, and attachment. *Attachment & human development*. 2011;13(3):199-215.
171. Fisak B, Grills-Taquechel AE. Parental modeling, reinforcement, and information transfer: Risk factors in the development of child anxiety? *Clinical child and family psychology review*. 2007;10(3):213-31.
172. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 1988;6(2):118-22.
173. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7(23):3-13.
174. Ulusoy M. Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul*. 1993.
175. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988;56(6):893-7.
176. LeCompte G, LeCompte A, Özer S. Üç Sosyo-Ekonomik Düzeyde Ankara'lı Annelerin Çocuk Yetiştirme Tutumları: Bir Ölçek Uyarlaması. *Psikoloji Dergisi*. 1978(1):5-8.
177. Küçük Ş. PARI ölçeğinin Türkçe formunun 2., 3. ve 4. alt ölçeklerinin geçerlik çalışması. *VUlusal Psikoloji Kongresi Psikoloji Seminer Dergisi*. 1990(8):451-9.

178. Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Irwin JR, Wachtel K, Cicchetti DV. The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: screening for social-emotional problems and delays in competence. *Journal of pediatric psychology*. 2004;29(2):143-55.
179. Karabekiroglu K, Rodopman-Arman A, Ay P, Ozkesen M, Akbas S, Tasdemir GN, et al. The reliability and validity of the Turkish version of the brief infant-toddler social emotional assessment (BITSEA). *Infant behavior & development*. 2009;32(3):291-7.
180. Karabekiroglu K, Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Rodopman-Arman A, Akbas S. The clinical validity and reliability of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *Infant behavior & development*. 2010;33(4):503-9.
181. Karabekiroglu K, Rodopman-Arman A, Berkem M. Psychiatric problems of toddlers and parental depression: The role of gender. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 2008;15(2):75-86.
182. Sezgin N, Erol N, Savaşır I. 0-6 yaş çocukları için gelişim tarama envanteri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1993;4(1):9-17.
183. Erol N, Sezgin N, Savaşır I. Gelişim tarama envanteri ile ilgili geçerlik çalışmaları. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1994;8(29):16-22.
184. Savaşır I, Sezgin N, Erol N. Ankara Gelişim Tarama Envanteri El Kitabı. Düzeltilmiş 4 Basım Ankara. 2006.
185. Aksakoğlu G. Araştırmada elde edilen hızlar ve korelasyon regresyon bölümleri. *Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri*, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Komisyonu, İzmir. 2001:70-92, 305-46.
186. Skouteris H, Wertheim EH, Rallis S, Milgrom J, Paxton SJ. Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationships. *Journal of affective disorders*. 2009;113(3):303-8.
187. Austin MP, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2003;107(1):10-7.
188. Le HN. Identifying Risk for Onset of Major Depressive Episodes in Low-Income Latinas During Pregnancy and Postpartum. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 2004;26(4):463-82.

189. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Cullen C, Schanberg S, Kuhn C. Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry*. 2004;67(1):63-80.
190. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):1205-17.
191. Vliegen N, Casalin S, Luyten P. The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harvard review of psychiatry*. 2014;22(1):1-22.
192. Tandon SD, Cluxton-Keller F, Leis J, Le HN, Perry DF. A comparison of three screening tools to identify perinatal depression among low-income African American women. *Journal of affective disorders*. 2012;136(1-2):155-62.
193. Verkerk GJM, Pop VJM, Van Son MJM, Van Heck GL. Prediction of depression in the postpartum period: a longitudinal follow-up study in high-risk and low-risk women. *Journal of affective disorders*. 2003;77(2):159-66.
194. Seguin L, Potvin L, St-Denis M, Loiselle J. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth*. 1999;26(3):157-63.
195. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2012;25(3):e37-43.
196. Choi SK, Park YG, Park IY, Ko HS, Shin JC. Impact of antenatal depression on perinatal outcomes and postpartum depression in Korean women. *J Res Med Sci*. 2014;19(9):807-12.
197. Clatworthy J. The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *Journal of affective disorders*. 2012;137(1-3):25-34.
198. Fergusson DM, Horwood LJ, Thorpe K. Changes in depression during and following pregnancy. ALSPAC Study Team. *Study of Pregnancy and Children. Paediatric and perinatal epidemiology*. 1996;10(3):279-93.
199. Hayes BA, Muller R. Prenatal depression: a randomized controlled trial in the emotional health of primiparous women. *Research and theory for nursing practice*. 2004;18(2-3):165-83.
200. Ashman SB, Dawson G, Panagiotides H. Trajectories of maternal depression over 7 years: relations with child psychophysiology and behavior and role of contextual risks. *Development and psychopathology*. 2008;20(1):55-77.

201. Campbell SB, Morgan-Lopez AA, Cox MJ, McLoyd VC. A latent class analysis of maternal depressive symptoms over 12 years and offspring adjustment in adolescence. *Journal of abnormal psychology*. 2009;118(3):479-93.
202. Records K, Rice M. Psychosocial correlates of depression symptoms during the third trimester of pregnancy. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*. 2007;36(3):231-42.
203. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJ. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2009;88(5):599-605.
204. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC psychiatry*. 2008;8:24.
205. Field T. Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive medicine*. 1998;27(2):200-3.
206. Leis JA, Heron J, Stuart EA, Mendelson T. Associations between maternal mental health and child emotional and behavioral problems: does prenatal mental health matter? *Journal of abnormal child psychology*. 2014;42(1):161-71.
207. Robinson M, Mattes E, Oddy WH, Pennell CE, van Eekelen A, McLean NJ, et al. Prenatal stress and risk of behavioral morbidity from age 2 to 14 years: the influence of the number, type, and timing of stressful life events. *Development and psychopathology*. 2011;23(2):507-20.
208. Barker ED, Jaffee SR, Uher R, Maughan B. The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depression and anxiety*. 2011;28(8):696-702.
209. Loomans EM, van der Stelt O, van Eijsden M, Gemke RJ, Vrijkotte T, den Bergh BR. Antenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five. *Early human development*. 2011;87(8):565-70.
210. Hay DF, Pawlby S, Waters CS, Sharp D. Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2008;49(10):1079-88.

211. Hay DF, Pawlby S, Waters CS, Perra O, Sharp D. Mothers' antenatal depression and their children's antisocial outcomes. *Child development*. 2010;81(1):149-65.
212. Korhonen M, Luoma I, Salmelin R, Tamminen T. A longitudinal study of maternal prenatal, postnatal and concurrent depressive symptoms and adolescent well-being. *Journal of affective disorders*. 2012;136(3):680-92.
213. Pawlby S, Hay DF, Sharp D, Waters CS, O'Keane V. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. *Journal of affective disorders*. 2009;113(3):236-43.
214. Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, et al. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001;40(12):1367-74.
215. Leech SL, Larkby CA, Day R, Day NL. Predictors and correlates of high levels of depression and anxiety symptoms among children at age 10. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2006;45(2):223-30.
216. Milgrom J, Westley DT, McCloud PI. Do infants of depressed mothers cry more than other infants? *Journal of paediatrics and child health*. 1995;31(3):218-21.
217. van der Wal MF, van Eijsden M, Bonsel GJ. Stress and emotional problems during pregnancy and excessive infant crying. *J Dev Behav Pediatr*. 2007;28(6):431-7.
218. Abrams SM, Field T, Scafidi F, Prodromidis M. Newborns of Depressed Mothers. *Inf Mental Hlth J*. 1995;16(3):233-9.
219. Campbell SB, Cohn JF, Flanagan C, Popper S, Meyers T. Course and Correlates of Postpartum Depression during the Transition to Parenthood. *Development and psychopathology*. 1992;4(1):29-47.
220. Zahn-Waxler C, Radke-Yarrow M. The origins of empathic concern. *Motivation and Emotion*. 1990(14):107-30.
221. O'Connor TG, Caprariello P, Blackmore ER, Gregory AM, Glover V, Fleming P, et al. Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early human development*. 2007;83(7):451-8.

222. Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TR. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998;37(11):1134-41.
223. Beardslee WR, Keller MB, Lavori PW, Staley J, Sacks N. The impact of parental affective disorder on depression in offspring: a longitudinal follow-up in a nonreferred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1993;32(4):723-30.
224. Leadbeater BJ. School outcomes for minority-group adolescent mothers at 28 to 36 months postpartum: a longitudinal follow-up. *Journal of research on adolescence : the official journal of the Society for Research on Adolescence*. 1996;6(4):629-48.
225. Bagner DM, Pettit JW, Lewinsohn PM, Seeley JR. Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010;49(7):699-707.
226. Campbell SB, Cohn JE, Meyers T. Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental psychology*. 1995(31):349-57.
227. Field T, Healy B, Goldstein S, Guthertz M. Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*. 1990(26):7-14.
228. Goodman SH, Brumley HE. Schizophrenic and Depressed Mothers - Relational Deficits in Parenting. *Developmental psychology*. 1990;26(1):31-9.
229. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2000;20(5):561-92.
230. Cogill SR, Caplan HL, Alexandra H, Robson KM, Kumar R. Impact of Maternal Postnatal Depression on Cognitive-Development of Young-Children. *Brit Med J*. 1986;292(6529):1165-7.
231. Feldman R, Eidelman AI. Triplets across the first 5 years: the discordant infant at birth remains at developmental risk. *Pediatrics*. 2009;124(1):316-23.
232. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Archives of women's mental health*. 2003;6(4):263-74.

233. Hay DF, Kumar R. Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on children's intelligence: a critique and re-analysis. *Child psychiatry and human development*. 1995;25(3):165-81.
234. Kurstjens S, Wolke D. Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2001;42(5):623-36.
235. Murray L, Kempton C, Woolgar M, Hooper R. Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 1993;34(7):1083-101.
236. Petterson SM, Albers AB. Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child development*. 2001;72(6):1794-813.
237. Sohr-Preston SL, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. *Clinical child and family psychology review*. 2006;9(1):65-83.
238. Sutter-Dallay AL, Murray L, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois ML, Verdoux H. A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2011;26(8):484-9.
239. Whiffen VE, Gotlib IH. Infants of postpartum depressed mothers: temperament and cognitive status. *Journal of abnormal psychology*. 1989;98(3):274-9.
240. Huhtala M, Korja R, Lehtonen L, Haataja L, Lapinleimu H, Munck P, et al. Parental psychological well-being and cognitive development of very low birth weight infants at 2 years. *Acta paediatrica*. 2011;100(12):1555-60.
241. Deave T, Heron J, Evans J, Emond A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *Bjog-Int J Obstet Gy*. 2008;115(8):1043-51.
242. Zhu P, Sun MS, Hao JH, Chen YJ, Jiang XM, Tao RX, et al. Does prenatal maternal stress impair cognitive development and alter temperament characteristics in toddlers with healthy birth outcomes? *Developmental medicine and child neurology*. 2014;56(3):283-9.

243. Conroy S, Pariente CM, Marks MN, Davies HA, Farrelly S, Schacht R, et al. Maternal psychopathology and infant development at 18 months: the impact of maternal personality disorder and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2012;51(1):51-61.
244. Kaplan PS, Danko CM, Everhart KD, Diaz A, Asherin RM, Vogeli JM, et al. Maternal depression and expressive communication in one-year-old infants. *Infant behavior & development*. 2014;37(3):398-405.
245. Murray L, Stanley C, Hooper R, King F, FioriCowley A. The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Developmental medicine and child neurology*. 1996;38(2):109-19.
246. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 1992;33(3):543-61.
247. Milgrom J, Westley DT, Gernmill AW. The mediating role of maternal responsiveness in some longer term effects of postnatal depression on infant development. *Infant behavior & development*. 2004;27(4):443-54.
248. Melchers P, Preuû U. Kaufman Assessment Battery for Children K.ABC (German Version). Amsterdam: Swets & Zeitlinger. 1991.
249. Rallis S, Skouteris H, McCabe M, Milgrom J. A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2014;27(4):e36-42.
250. Kammerer M, Adams D, Castelberg Bv BV, Glover V. Pregnant women become insensitive to cold stress. *BMC pregnancy and childbirth*. 2002;2(1):8.
251. DiPietro JA, Hodgson DM, Costigan KA, Hilton SC, Johnson TR. Fetal neurobehavioral development. *Child development*. 1996;67(5):2553-67.
252. Glover V, O'Connor TG. Effects of antenatal stress and anxiety: Implications for development and psychiatry. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2002;180:389-91.
253. Van den Bergh B. The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. . *Pre- and Perinatal Psychology Journal* 1990(5):119-30.
254. Griffiths R. The abilities of babies. University of London Press; London. 1954.

255. van Batenburg-Eddes T, de Groot L, Huizink AC, Steegers EA, Hofman A, Jaddoe VW, et al. Maternal symptoms of anxiety during pregnancy affect infant neuromotor development: the generation R study. *Developmental neuropsychology*. 2009;34(4):476-93.
256. Huizink AC, de Medina PGR, Mulder EJH, Visser GHA, Buitelaar JK. Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *J Child Psychol Psc*. 2003;44(6):810-8.
257. DiPietro JA, Novak MF, Costigan KA, Atella LD, Reusing SP. Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child development*. 2006;77(3):573-87.
258. Koutra K, Chatzi L, Bagkeris M, Vassilaki M, Bitsios P, Kogevinas M. Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013;48(8):1335-45.
259. Achenbach TM, Howell CT, Quay HC, Conners CK. National survey of problems and competencies among four- to sixteen-year-olds: parents' reports for normative and clinical samples. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1991;56(3):1-131.
260. Rubin KH, Hastings PD, Stewart SL, Henderson HA, Chen XY. The consistency and concomitants of inhibition: Some of the children, all of the time. *Child development*. 1997;68(3):467-83.
261. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour research and therapy*. 1997;35(8):741-56.
262. Rapee RM. The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: prevention of a lifetime of anxiety? *Biological psychiatry*. 2002;52(10):947-57.
263. Gar NS, Hudson JL, Rapee RM. Family factors and the development of anxiety disorders. In J L Hudson, & RM Rapee (Eds), *Psychopathology and the family* 2005:125-45 Cambridge, MA: Elsevier Ltd.
264. Mount KS, Crockenberg SC, Jo PS, Wagar JL. Maternal and child correlates of anxiety in 2(1/2)-year-old children. *Infant behavior & development*. 2010;33(4):567-78.

265. Hudson JL, Rapee RM. From anxious temperament to disorder: An etiological model. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, . 2004;51-74 New York: Guilford Press.
266. Petzoldt J, Wittchen HU, Wittich J, Einsle F, Hofler M, Martini J. Maternal anxiety disorders predict excessive infant crying: a prospective longitudinal study. *Archives of disease in childhood*. 2014;99(9):800-6.
267. Neuwald MF, Agranonik M, Portella AK, Fleming A, Wazana A, Steiner M, et al. Transgenerational effects of maternal care interact with fetal growth and influence attention skills at 18 months of age. *Early human development*. 2014;90(5):241-6.
268. Zelkowitz P, Papageorgiou A. Easing maternal anxiety: an update. *Women's health*. 2012;8(2):205-13.
269. Zelkowitz P, Na S, Wang T, Bardin C, Papageorgiou A. Early maternal anxiety predicts cognitive and behavioural outcomes of VLBW children at 24 months corrected age. *Acta paediatrica*. 2011;100(5):700-4.
270. Slykerman RF, Thompson JMD, Clark PM, Becroft DMO, Robinson E, Pryor JE, et al. Determinants of developmental delay in infants aged 12 months. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2007;21(2):121-8.
271. Galler JR, Harrison RH, Ramsey F, Forde V, Butler SC. Maternal depressive symptoms affect infant cognitive development in Barbados. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2000;41(6):747-57.
272. Galler JR, Ramsey FC, Harrison RH, Taylor J, Cumberbatch G, Forde V. Postpartum maternal moods and infant size predict performance on a national high school entrance examination. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004;45(6):1064-75.
273. Keim SA, Daniels JL, Dole N, Herring AH, Siega-Riz AM, Scheidt PC. A prospective study of maternal anxiety, perceived stress, and depressive symptoms in relation to infant cognitive development. *Early human development*. 2011;87(5):373-80.
274. Mullen EA. *Mullen Scales of Early Learning*. . Circle Pines, MN: American Guidance Service, Inc. 1995.

275. Hart R, McMahon CA. Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of women's mental health*. 2006;9(6):329-37.
276. Lindgren K. Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in nursing & health*. 2001;24(3):203-17.
277. McFarland J, Salisbury AL, Battle CL, Hawes K, Halloran K, Lester BM. Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Archives of women's mental health*. 2011;14(5):425-34.
278. Janbakhshov CE. Gebelerde anksiyete, depresyon, yetişkin bağlanma özellikleri, prenatal bağlanma düzeyleri ve fetusun intrauterin iyilik hali ilişkisinin değerlendirilmesi: prospektif bir çalışma. Yayınlanmamış tez çalışması. 2013.
279. Priel B, Besser A. Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: Dependency, self-criticism and the moderating role of antenatal attachment. *J Soc Clin Psychol*. 1999;18(2):240-53.
280. Allison SJ, Stafford J, Anumba DO. The effect of stress and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on feto-maternal attachment. *BMC women's health*. 2011;11:33.
281. Hjelmstedt A, Widstrom AM, Collins A. Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth*. 2006;33(4):303-10.
282. Zachariah R. Attachment, social support, life stress, and psychological well-being in pregnant low-income women: A pilot study. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners* 2004;8(2):60-7.
283. Anderson VN, Fleming AS, Steiner M. Mood and the transition to motherhood. *J Reprod Infant Psychol* 1994(12):69-77.
284. Armstrong D, Hutti M. Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*. 1998;27(2):183-9.
285. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International journal of nursing studies*. 2009;46(5):708-15.

286. Zimerman A. Maternal- and Paternal-Fetal Attachment in Relation to Breast-Feeding Master's thesis. 1992.
287. Lear TV. An Exploration of Maternal Prenatal Attachment as It Relates to Breastfeeding Intentions. Yayınlanmamış doktora çalışması. 2013.
288. Sroufe LA, Waters E. Attachment as an organizational construct. *Child development*. 1977(48):1184-99.
289. Foster SF, Slade P, Wilson K. Body image, maternal fetal attachment, and breast feeding. *Journal of psychosomatic research*. 1996;41(2):181-4.
290. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics*. 2000;106(5).
291. Cernadas JM, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*. 2003;19(2):136-44.
292. Kearney MH, Cronenwett L. Breastfeeding and employment. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*. 1991;20(6):471-80.
293. Lawson K, Tulloch MI. Breastfeeding duration: prenatal intentions and postnatal practices. *Journal of advanced nursing*. 1995;22(5):841-9.
294. Swanson V, Power KG. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *Journal of advanced nursing*. 2005;50(3):272-82.
295. Sroufe LA, Egeland B, Carlson E, Collins WA. Placing early attachment experiences in developmental context. . In K E Grossmann, K Grossmann, & E Waters (Eds), *The power of longitudinal attachment research: From infancy and childhood to adulthood*. 2005b(48-70 New York: Guilford).
296. Denham SA. Social-emotional competence as support for school readiness: What is it and how do we assess it? *Early Education and Development, Special Issue: Measurement of School Readiness*. 2006(17):57-89.
297. Fabes RA, Gaertner BM, Popp TK. Getting along with Others: Social Competence in Early Childhood. In K McCartney, & D Phillips (Eds), *Blackwell*

Handbook of Early Childhood Development 2006:297-316 Malden, MA: Blackwell Publishing.

298. Wittmer D, Doll B, Strain P. Social and emotional development in early childhood: The identification of competence and disabilities. *J Early Intervention*. 1996;20(4):299-317.

299. Raver CC, Zigler EF. Social competence: An untapped dimension in evaluating head start's success. *Early Child Res Q*. 1997;12(4):363-85.

300. Stupica B, Sherman LJ, Cassidy J. Newborn irritability moderates the association between infant attachment security and toddler exploration and sociability. *Child development*. 2011;82(5):1381-9.

301. Suess GJ, Grossmann KE, Sroufe LA. Effects of Infant Attachment to Mother and Father on Quality of Adaptation in Preschool - from Dyadic to Individual Organization of Self. *Int J Behav Dev*. 1992;15(1):43-65.

302. Kestenbaum R, Farber EA, Sroufe LA. Individual differences in empathy among preschoolers: relation to attachment history. *New directions for child development*. 1989(44):51-64.

303. Sroufe LA, Fox NE, Pancake VR. Attachment and Dependency in Developmental Perspective. *Child development*. 1983;54(6):1615-27.

304. Green J, Goldwyn R. Annotation: attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2002;43(7):835-46.

305. Lyons-Ruth K, & Jacobvitz D. Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In JCassidy & PR Shaver (Eds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* 2nd ed. 2008:666-98 New York, NY: Guilford Press.

306. Colonnese C, Draijer EM, Jan JMSG, Van der Bruggen CO, Bogels SM, Noom MJ. The relation between insecure attachment and child anxiety: a meta-analytic review. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*. 2011;40(4):630-45.

307. Ding XX, Wu YL, Xu SJ, Zhu RP, Jia XM, Zhang SF, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of affective disorders*. 2014;159:103-10.
308. Weinfield NS, Sroufe LA, Egeland B, Carlson E. The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In J Cassidy & P Shaver (Eds), *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical application* 1999:68-88 New York: Guilford Press.
309. Bornstein MH, Cote LR, Haynes OM, Hahn CS, Park Y. Parenting Knowledge: Experiential and Sociodemographic Factors in European American Mothers of Young Children. *Developmental psychology*. 2010;46(6):1677-93.
310. Fantuzzo J, Bulotsky R, McDermott P, Mosca S, Lutz MN. A multivariate analysis of emotional and behavioral adjustment and preschool educational outcomes. *School Psychol Rev*. 2003;32(2):185-203.
311. Lindgren K. A comparison of pregnancy health practices of women in inner-city and small urban communities. *Jognn*. 2003;32(3):313-21.
312. Priel B, Besser A. Adult attachment styles, early relationships, antenatal attachment, and perceptions of infant temperament: A study of first-time mothers. *Pers Relationship*. 2000;7(3):291-310.
313. Bornstein MH, Tamis-LeMonda CS. Activities and interactions of mothers and their firstborn infants in the first six months of life: covariation, stability, continuity, correspondence, and prediction. *Child development*. 1990;61(4):1206-17.
314. Schaffer HR, Emerson PE. Patterns of Response to Physical Contact in Early Human Development. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 1964;5:1-13.
315. Caughy MO, Huang KY, Lima J. Patterns of Conflict Interaction in Mother-Toddler Dyads: Differences Between Depressed and Non-depressed Mothers. *J Child Fam Stud*. 2009;18(1):10-20.
316. Field T, Hernandez-Reif M, Diego M. Intrusive and withdrawn depressed mothers and their infants. *Developmental Review*. 2006;26(1):15-30.
317. Egami Y, Ford DE, Greenfield SF, Crum RM. Psychiatric profile and sociodemographic characteristics of adults who report physically abusing or neglecting children. *Am J Psychiat*. 1996;153(7):921-8.

318. Ethier LS, Lacharite C, Couture G. Childhood adversity, parental stress, and depression of negligent mothers. *Child abuse & neglect*. 1995;19(5):619-32.
319. Lyons-Ruth K, Wolfe R, Lyubchik A, Steingard R. Depressive symptoms in parents of children under age 3: Sociodemographic predictors, current correlates and associated parenting behaviors. In N Halfon, K Taaffe McLearn, & M Schuster (Eds), *Child rearing in America: Challenges facing parents with young children* 2002:217–59 New York: Cambridge University Press.
320. Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 1994;35(1):73-112.
321. Kochanska G, Kuczynski L, Radkeyarrow M, Welsh JD. Resolutions of Control Episodes between Well and Affectively Ill Mothers and Their Young-Children. *Journal of abnormal child psychology*. 1987;15(3):441-56.
322. Bodovski K, Youn MJ. Love, discipline and elementary school achievement: The role of family emotional climate. *Soc Sci Res*. 2010;39(4):585-95.
323. Turney K. Maternal depression and childhood health inequalities. *Journal of health and social behavior*. 2011;52(3):314-32.
324. Cox MJ, Paley B, Harter K. *Interparental Conflict and Parent-Child Relationships* Ed by, J H Grych, FD Fincham, Interparental Conflict and Child Development, UK Cambridge University Press. 2001:249-72.
325. Woodruff-Borden J, Morrow C, Bourland S, Cambron S. The behavior of anxious parents: examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*. 2002;31(3):364-74.
326. Seymour M, Giallo R, Cooklin A, Dunning M. Maternal anxiety, risk factors and parenting in the first post-natal year. *Child: care, health and development*. 2015;41(2):314-23.
327. Drake KL, Ginsburg GS. Parenting Practices of Anxious and Non-Anxious Mothers: A Multi-method Multi-informant Approach. *Child & family behavior therapy*. 2011;33(4):299-321.

328. Ginsburg GS, Grover RL, Ialongo N. Parenting behaviors among anxious and non-anxious mothers: Relation with concurrent and long-term child outcomes. *Child & family behavior therapy*. 2004;26(4):23-41.
329. Ginsburg GS, Grover RL, Cord JJ, Ialongo N. Observational measures of parenting in anxious and nonanxious mothers: does type of task matter? *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*. 2006;35(2):323-8.
330. Turner SM, Beidel DC, Roberson-Nay R, Tervo K. Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*. 2003;41(5):541-54.
331. Thomson RM, Allely CS, Purves D, Puckering C, McConnachie A, Johnson PCD, et al. Predictors of positive and negative parenting behaviours: evidence from the ALSPAC cohort. *BMC Pediatrics*. 2014(14):247.
332. Kendler KS, Sham PC, MacLean CJ. The determinants of parenting: An epidemiological, multi-informant, retrospective study. *Psychological medicine*. 1997;27(3):549-63.

EKLER

EK-1: Sosyodemografik veri formu

PRENATAL BAĞLANMA DÜZEYİNİN VE GEBELİKTE ANKSİYETE, DEPRESYONUN, ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİ (12-36 AY) GELİŞİMİ, SOSYAL VE DUYGUSAL ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ANNE VE AİLE ÖZELLİKLERİ VERİ FORMU

ANNE ÖZELLİKLERİ:

Adı ve Soyadı:

Telefon:

Adres:

Doğum tarihi:

Eğitimi:

1.Okur yazar değil

2. İlkokul-ortaokul

3.Lise

4.Yüksek okul

Mesleği:

1.Ev hanımı

2.Kamuda görevli

3.Serbest

4.Emekli

Medeni hali:

1.Bekar

2.Evli

3.Ayrılmış/Boşanmış

4.Dul

Sosyal çevre desteği:

1.Var

2.Yok

Gebelik sayısı:

Yaşayan çocuk sayısı:

Kayıpla sonuçlanan gebelik varsa

A) Nedeni:

1. İsteğe bağlı küretaj 2. Spontan abortus 3. IUMF 4. Erken doğum

B) Zamanı:

1. 1. Trimaster 2. 2. Trimaster

3. 3. Trimaster

AİLE ÖZELLİKLERİ:

Aile yapısı: 1.Tek ebeveyn 2.Çekirdek aile 3.Geniş aile

Eşi ile genel olarak ilişkisi:

1.Çok iyi 2.İyi 3.Orta
4.Kötü 5.Çok kötü 6.Yaşamıyor

Ailenin aylık toplam gelir miktarı:

1.< 1100 tl 2.1100-3.800 tl 3. >3800tl

Aile içi şiddet öyküsü:

1.Var 2.Yok

Ailede fiziksel hastalık öyküsü:

1.Var 2.Yok

ÇOCUK FORMU:

Adı soyadı:

Cinsiyeti:

Doğum tarihi:

Kaçıncı çocuk:

Doğum sonrası 24 saatten fazla küvözde kalma öyküsü:

1.Var 2.Yok

Anne sütü alma süresi:

1.0-1 ay 2.2-6 ay 3. 7-12 ay 4. 13-18 ay 5.19-24ay 6.>24 ay

Çocukta fiziksel hastalık:

1.Var 2.Yok

EK-2: Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskiden kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı gördüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığımı ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpını sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK-3: Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

EK-4: Prenatal Bağlanma Envanteri

Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory)

Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları ve durumları açıklamaktadır. Geçen ay süresince bu düşünce, duygu ve durumlarla ilgili tecrübelerinizle ilgilenmekteyiz. Lütfen size uygun kelimenin yanındaki harfi yuvarlak içine alınız.

	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1. Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.	a	b	c	d
2. Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.	a	b	c	d
3. Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.	a	b	c	d
4. Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm.	a	b	c	d
5. Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.	a	b	c	d
6. Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.	a	b	c	d
7. Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım.	a	b	c	d
8. Bebeğimin içimde ne yaptığını diğer insanlarla paylaşıyorum.	a	b	c	d
9. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	a	b	c	d
10. Bebeğimin ne zaman uyuduğunu bilirim.	a	b	c	d
11. Bebeğimi hareket ettirebilirim.	a	b	c	d
12. Bebeğim için bir şeyler satın alırım ya da yaparım.	a	b	c	d
13. Bebeğimi sevdiğimi hissedirim.	a	b	c	d
14. Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım.	a	b	c	d
15. Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.	a	b	c	d
16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm.	a	b	c	d
17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.	a	b	c	d
18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.	a	b	c	d
19. Bebeğimle sırlarımı paylaşıyorum.	a	b	c	d
20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.	a	b	c	d
21. Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.	a	b	c	d

EK-5: Kısa 1-3 Yaş Sosyal & Duygusal Değerlendirme Ölçeği



Kısa 1-3 Yaş Sosyal & Duygusal Değerlendirme – (K-1/3SDD)

Sevgili anne-babalar: Bu form 12-42 aylık çocuklardaki psikiyatrik, psikolojik ve gelişimsel sorunların varlığını ve şiddetini araştırmak için hazırlanmıştır. Tüm bilgiler sadece sağlık personeli tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Lütfen tüm soruları eksiksiz yanıtlayınız ve aldığınız sağlık kurumuna en geç bir hafta içinde teslim ediniz.

Formun doldurulduğu tarih (Bugünün tarihi):(gün/ay/yıl)
Çocuğun nesi oluyorsunuz?.....İlçe:.....Sağlık Ocağı/Kurumu:.....
Çocuğun adı-soyadı:.....Telefon: 0...../05.....
Çocuğun doğum tarihi:.....(gün/ay/yıl) Çocuğun cinsiyeti: ()Erkek ()Kız

Çocuğunuzda herhangi bir psikiyatrik/psikolojik şikayet var mı? (örnek: konuşma, davranış, uyku, dikkat sorunu; korkular, kendine, başkalarına zarar verme; gelişme sorunları vs.)

1.
2.
3.
4.

DİKKAT: Aşağıdaki form 1-3 yaş çocuklarına ait ifadeler içermektedir. Pek çok ifade normal duygu ve davranışları tanımlarken, bazıları da sorun olabilecek durumları ifade etmektedir. Bazı ifadeler bu çocuğun yaşına göre fazla büyük ya da fazla küçük yaşa ait gelebilir.

Lütfen aşağıdaki her soru için çocuğa **SON BİR AY** için en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

(0= doğru değil/nadiren 1= kısmen doğru/bazen 2= oldukça doğru/sık sık)

1. Bir şeyi başarınca zevk aldığını belli eder (örneğin, kendini alkışlar).	0	1	2	
2. Gözünüzü bir dakika üzerinden ayıramayacağınız kadar sık yaralanır.	0	1	2	
3. Gergin, sıkın, ya da korkmuş görünür.	0	1	2	
4. Çok hareketlidir, yerinde duramaz.	0	1	2	
5. Kuralları uygular.	0	1	2	
6. Kolaylıkla uyanır, tekrar uykuya dalması için yardım etmek gerekir.	0	1	2	
7. Yorulana/gücü tükenene dek ağlar, öfke atakları yaşar.	0	1	2	
8. Belli bazı ortamlardan, hayvanlardan, nesnelerden korkar. (Korktuğu şey varsa nedir?.....?)	0	1	2	
9. Diğer çocuklara göre daha az keyiflidir, daha az eğlenir.	0	1	2	
10. Kaygılı/sıkıntılı olduğunda anne/babasını ya da bakıcısını arar.	0	1	2	
11. Anne/Babası ondan ayrılırken ağlar, üzerine asılır/eteğine yapışır.	0	1	2	
12. Çok endişelidir, her şeyi fazla ciddiye alır.	0	1	2	
13. İsmi söylediğinizde dönüp size bakar.	0	1	2	
14. İncindiğinde/canı acıdığına tepki vermez.	0	1	2	
15. Sevdiklerine karşı sevgi/sevecenlik gösterir.	0	1	2	
16. Dokunduğunda rahatsız olacağı/ huylanacağı bazı nesnelere dokunmaz. (ör, pamuk, tahta gibi)	0	1	2	
17. Uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte güçlük çeker.	0	1	2	
18. Dışarıda (parkta/sokakta) kaçar/uzaklaşır. (N: Böyle bir şeyi gözleme şansı hiç olmadı.)	N	0	1	2
19. Diğer çocuklarla yaşına uygun oyunlar oynar (kardeşi dışındaki). (N: çocuklarla birlikte olma şansı olmadı.)	N	0	1	2
20. Dikkatini bir konuda uzun süre sürdürebilir. (Televizyon hariç)	0	1	2	
21. Değişikliklere uyum sağlamada sıkıntılar yaşar.	0	1	2	
22. Birinin canı acıdığını görse ona yardım etmeye çalışır. (ör, oyuncağını verir)	0	1	2	
23. Genellikle hemen üzüntüye kapılır.	0	1	2	
24. Yemek yerken öğürür, boğazına yemek kaçar.	0	1	2	

25. Yapması istendiğinde bazı sesleri taklit eder (oyun, şakalaşma sırasında).	0	1	2	
26. Yemek yemeyi reddeder.	0	1	2	
27. Çocukları iter, tekmeler ya da ısırır (kardeşi dışındaki). (N: çocuklarla birlikte olma şansı olmadı.)	N	0	1	2
28. Zarar vericidir. Amaçlı olarak nesneleri kırar, bozar.	0	1	2	
29. Uzaktaki bir şeyi size parmağıyla gösterir.	0	1	2	
30. Anne/Babasını iter, tekmeler, ısırır.	0	1	2	
31. Oyuncak bebekleri, hayvanları kucaklar, onları besler (oyun olarak).	0	1	2	
32. Çok üzgün, mutsuz, depresif, kendi kabuğuna çekilmiş bir görüntüsü vardır.	0	1	2	
33. Kasıtlı olarak diğer çocukların canını acıtır. (N: çocuklarla birlikte olma şansı olmadı.)	N	0	1	2
34. Kaygılı/sıkıntılı olduğunda hareketsizleşir, donmuşçasına durgunlaşır.	0	1	2	

Aşağıdaki sorular bazı çocuklarda görülen bir takım problemleri ifade etmektedir. Bir çocukta daha önce hiç görmediyseniz, bazılarının anlaşılması güç olabilir. Yine de en uygun cevabı işaretleyiniz.

35. Nesneleri belli bir şekilde tekrar tekrar dizer, sıralar.	0	1	2
36. Belli bir hareketi/davranışı tekrar tekrar yapar ya da belli bir cümle/sözü tekrar tekrar söyler. (Ne olduğunu açıklayınız:.....)	0	1	2
37. Sallama, döndürme gibi belli bir hareketi tekrar tekrar yapar. (Ne olduğunu açıklayınız:.....)	0	1	2
38. "Burada değilmiş gibi" bir izlenim verir. (Etrafında olan bitenin hiç farkında değildir.)	0	1	2
39. Göz kontağı kurmaz/ göz göze gelmez.	0	1	2
40. Fiziksel temastan kaçınır/uzak durur.	0	1	2
41. Yenmeyecek, kağıt, boya gibi şeyleri yer/içer. (Ne olduğunu açıklayınız:.....)	0	1	2
42. Amaçlı olarak kendine zarar verir/canını acıtır (ör, başını bir yerlere vurur). (Ne olduğunu açıklayınız:.....)	0	1	2

- A. Çocuğunuzun davranışları, duyguları ve ilişki tarzı hakkında ne kadar endişelisiniz?
1= endişeli değilim 2= biraz endişeliyim 3= endişeliyim 4= çok endişeliyim.
- B. Çocuğunuzun dil gelişimi hakkında ne kadar endişelisiniz?
1= endişeli değilim 2= biraz endişeliyim 3= endişeliyim 4= çok endişeliyim.

EK-6: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği

AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ *

(PARI)

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

4	3	2	1
Çok uygun buluyorum	Oldukça uygun buluyorum	Biraz uygun buluyorum	Hiç uygun bulmuyorum

Görüşünüzü bu sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için bütün soruların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Çocuk yorucu veya zor işlerden korunmalıdır. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Anne ve babalar, çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse kendisi için o kadar iyi olur. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse o kadar iyi terbiye edilebilir. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken o kadar çok şey vardır ki, zamanını boşa geçirmesi affedilemez. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeter derecede özgür olmamasıdır. | 4 | 3 | 2 | 1 |

10.	Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.	4	3	2	1
11.	Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.	4	3	2	1
12.	Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir kişi olacaktır.	4	3	2	1
13.	Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha düzgün, daha akıcı olur.	4	3	2	1
14.	Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.	4	3	2	1
15.	Anne babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.	4	3	2	1
16.	Bütün genç anneler, bebek bakımından beceriksiz olacaklarından korkarlar.	4	3	2	1
17.	Eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa, hangi anne olursa olsun sonunda çocuklar sinirine dokunur.	4	3	2	1
18.	Anne babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.	4	3	2	1
19.	Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babaların daha anlayışlı olmalarını dilerlerdi.	4	3	2	1
20.	Bir çocuğa ne olursa olsun doğuşmaktan kaçınması gerektiği öğretilmelidir.	4	3	2	1
21.	Çocuklar bencil olduklarında hep bir şeyler istediklerinde, annelerinin tepsinin atması çok normaldir.	4	3	2	1
22.	Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorlarsa, bunu anne babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.	4	3	2	1
23.	Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.	4	3	2	1
24.	Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.	4	3	2	1
25.	Küçük bir çocuk, cinsiyet konusunda sakınmalıdır.	4	3	2	1
26.	Bir annenin çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çünkü çocuğu onun bir parçasıdır.	4	3	2	1
27.	Uyanık bir anne-baba çocuğunun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.	4	3	2	1

28. Çocuklar, anne babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.	4	3	2	1
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse bütünü şikayetçi olurlar.	4	3	2	1
30. Sert terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.	4	3	2	1
31. Genç bir kadın henüz gençken yapmak istediği pek çok şey olduğu için, anne olunca kendisini tutuklanmış duygusuna kapılır.	4	3	2	1
32. Anneler çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.	4	3	2	1
33. Babalar daha az bencil olsalar kendilerine düşen görevi yaparlardı.	4	3	2	1
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.	4	3	2	1
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.	4	3	2	1
36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.	4	3	2	1
37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne babaya uymalarını istemek doğru değildir.	4	3	2	1
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.	4	3	2	1
39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde doğuşme yerine büyüklere başvurulması öğretilmelidir.	4	3	2	1
40. Anne baba arasındaki bazı konular hafif bir tartışma ile çözümlenemezler.	4	3	2	1
41. Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.	4	3	2	1
42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.	4	3	2	1
43. Oğlan ve kız çocuklarının birbirlerini soyunurken görmemeleri gerekir.	4	3	2	1
44. Çocukların sorunlarına eğilerseniz sizi oyalamak için birçok masal uydururlar.	4	3	2	1
45. Eğer anne babalar çocukları ile şakalaşıp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha çok yönelirler.	4	3	2	1

46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.	4	3	2	1
47. Bir çocuk erinde sonunda anne-babasınınkinden daha üstün akıla sahip olamayacağını öğrenir.	4	3	2	1
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştirmiyorsa belki de bu, babanın evde kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.	4	3	2	1
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.	4	3	2	1
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörülle karşılanamaz.	4	3	2	1
51. Anne babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler.	4	3	2	1
52. Akıllı bir kadın yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.	4	3	2	1
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması lazımdır.	4	3	2	1
54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.	4	3	2	1
55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusunu verir.	4	3	2	1
56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.	4	3	2	1
57. Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecek bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.	4	3	2	1
58. Çocuklar aşında sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.	4	3	2	1
59. Çocukların toplantılarıyla, kız-erkek arkadaşlarıyla ve eğlenceleriyle ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.	4	3	2	1
60. Anne babaya sadakat herşeyden önce gelir.	4	3	2	1

* Kısaltılmış deneysel (PARI) formu, Güney LeCompte, Hacettepe Üniversitesi, 1978.

EK-7:

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/25-11	Tarih: 24.07.2014
	Doç.Dr.Aylin ÖZBEK'in sorumlusu olduğu "Prenatal Bağlanma Düzeyinin ve Gebelikte Anksiyete, Depresyonun, Erken Çocukluk Dönemi (12-36 Ay) Gelişimi, Sosyal ve Duygusal Özellikler ile İlişkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.İşıl TEKME	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	