

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI



**6-11 YAŞ ARALIĞINDAKİ ÇOCUKLARDA
MEMEDEN KESME YÖNTEMİNE GÖRE
ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞEYMA KILIÇ ŞAM

İSTANBUL, 2022

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI



**6-11 YAŞ ARALIĞINDAKİ ÇOCUKLARDA
MEMEDEN KESME YÖNTEMİNE GÖRE
ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞEYMA KILIÇ ŞAM

İSTANBUL, 2022

KABUL VE ONAY

Şeyma KILIÇ ŞAM tarafından hazırlanan “6-11 YAŞ ARALIĞINDAKİ ÇOCUKLARDA MEMEDEN KESME YÖNTEMİNE GÖRE ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 12.09.2022 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği /oy çokluğu ile İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman
Doç. Dr. Ezgi ŞEN DEMİRDÖĞEN

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Yunus YÜCEL
İstanbul Topkapı Üniversitesi

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Nilgün
İstanbul Arel Üniversitesi

İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ali AKDEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “6-11 YAŞ ARALIĞINDAKİ ÇOCUKLARDA MEMEDEN KESME YÖNTEMİNE GÖRE ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

12.09.2022

Şeyma KILIÇ ŞAM

ÖZET

6-11 YAŞ ARALIĞINDAKİ ÇOCUKLARDA MEMEDEN KESME YÖNTEMİNE GÖRE ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi

ŞEYMA KILIÇ ŞAM

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

(DANIŞMAN:DOÇ. DR. EZGİ ŞEN DEMİRÖĞEN)

İSTANBUL, 2022

Memeden kesme, bebeğin anne sütü alma sürecinin bitirilmesini tanımlayan bir süreçtir. Bu süreçten sonra bebek temel beslenme ihtiyaçlarını ek besinlerle sürdürmektedir. Ancak bu noktada memeden kesme yöntemi ve sürecin nasıl yürütüldüğü fiziksel ve psikolojik açıdan önemli görülmektedir. Bu çalışmanın amacı 6-11 yaş aralığındaki çocuklarda memeden kesme yöntemine göre anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu amaçla yapılan çalışmada katılımcılara demografik veri formu, emzirme-memeden kesme yöntemi formu, DSM 5 Düzey-2 Anksiyete Ölçeği 6-17 Yaş Ebeveyn Formu, DSM 5 Düzey-2 Depresyon Ölçeği 6-17 Yaş Ebeveyn Formu, Güçler ve Güçlükler Ölçeği 4-16 Yaş Ebeveyn Formu uygulanmıştır. Çalışmaya 95 kız ve 105 erkek olmak üzere 200 çocuk ebeveyni katılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, sütü yetersiz olduğu için emzirmeyi bırakan annelerin çocuklarında depresyon puanı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Azaltarak memeden kesilen çocukların depresyon, anksiyete, duygusal sorunlar ve akran sorunları puan ortalamaları anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur. Korelasyon analizi sonucunda depresyon ile duygusal sorunlar ve akran sorunları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Anksiyete ile hiperaktivite ve duygusal sorunlar arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Çocuğun yaşı, anne yaşı, kardeş sayısı ve anne sütü alma süresi değişkenleri de bağımlı değişkenlerle ilişkili bulunmuştur. Son olarak çocukların depresyon, anksiyete, güçler ve güçlükler düzeylerine etki eden demografik değişkenler incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular 6-11 yaş çocuklarda görülen psikolojik sorunlar için memeden kesmenin önemini göstermekle birlikte etki eden demografik değişkenlerin görülmesi açısından değerli sonuçlar sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Memeden kesme, anne, bebek, anksiyete, depresyon

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS ACCORDING TO THE WEANING METHOD IN CHILDREN AGED 6-11 CLINIC PSYCHOLOGY MSC THESIS

ŞEYMA KILIÇ ŞAM
GRADUATE SCHOOL, ISTANBUL AREL UNIVERSITY
PSYCHOLOGY
(SUPERVISOR:DOÇ. DR. EZGİ ŞEN DEMİRDÖĞEN)
İSTANBUL, 2022

Weaning is a process that defines the termination of the baby's breastfeeding process. After this period, the baby continues its basic nutritional needs with additional nutrients. However, at this point, the method of weaning and how the process is carried out are considered important in terms of physically and psychologically. The aim of this study is to examine the relationship between anxiety and depression levels in children aged 6-11 years according to the weaning method. For this purpose, demographic data form, breastfeeding-weaning method form, DSM 5 Level-2 Anxiety Scale 6-17 Age Parent Form, DSM 5 Level-2 Depression Scale 6-17 Age Parent Form, Strengths and Difficulties Scale 4-16 Age Parent Form were applied to the participants. The parents of 200 children, 95 girls and 105 boys, participated in the study. As a result of the analysis, the depression score was found to be significantly higher in the children of mothers who stopped breastfeeding because of insufficient milk. Depression, anxiety, emotional problems and peer problems mean scores of children who were weaned by difficult were found to be significantly lower. As a result of the correlation analysis, significant relationships were found between depression, emotional problems and peer problems. Significant relationships were found between anxiety, hyperactivity and emotional problems. Child's age, maternal age, number of siblings, and duration of breastfeeding were also associated with dependent variables. Finally, demographic variables affecting the children's levels of depression, anxiety, strengths and difficulties were examined. The findings obtained from the study show the importance of weaning for psychological problems seen in children aged 6-11 years, and provide valuable results in terms of the demographic variables that affect it.

Key Words: *Weaning, mother, baby, anxiety, depression*

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ	v
KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ	vii
ÖNSÖZ	viii
1 GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımlanması.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı	1
1.3 Araştırmanın Hipotezleri	2
1.4 Araştırmanın Gerekçe ve Önemi	3
1.5 Araştırmanın Varsayımları.....	3
1.6 Tanımlar.....	4
2 KURAMSAL ÇERÇEVE	5
2.1 Anksiyete Bozuklukları	5
2.1.1 DSM-5’te Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması	5
2.1.2 Anksiyete Bozukluklarının Tanısal Özellikleri	6
2.1.3 Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi	8
2.1.4 Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi.....	9
2.1.5 Çocuklarda Anksiyete ve Analitik Kuram	12
2.2 Depresif Bozukluklar.....	13
2.2.1 DSM-5’te Depresif Bozuklukların Sınıflandırılması.....	13
2.2.2 Depresif Bozukluklarının Tanısal Özellikleri	14
2.2.3 Depresif Bozukluklarının Epidemiyolojisi	16
2.2.4 Depresif Bozukluklarının Etiyolojisi	16
2.2.4.1 Genetik Faktörler	17
2.2.4.2 Psikolojik Faktörler	18
2.2.4.3 Sosyal Faktörler.....	19
2.2.4.4 Çocuklarda Depresyon ve Analitik Kuram.....	19
2.3 Emzirme Süreci ve Önemi	21
2.3.1 Memeden Ayrılma ve Önemi	22
2.3.2 Memeden Kesme Yöntemleri ve Süreci	24
2.3.2.1 Geleneksel Uygulamalar	24
2.3.2.2 Diğer Uygulamalar	26
2.3.3 Emzirme Sürecine Kuramsal Bakışlar	27
2.3.3.1 Bağlanma Kuramı.....	28
2.3.3.2 Nesne İlişkileri	30
2.3.3.3 Ayrılma ve Bireyleşme	31
2.3.4 Memeden Kesme Yöntemi ile İlgili Araştırmalar	33
3 YÖNTEM	35
3.1 Araştırma Modeli	35
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.3 Veri Toplama Araçları.....	35
3.3.1 Demografik Veri Formu	35
3.3.2 Memeden Kesme Formu	36

3.3.3	DSM 5 Düzey-2 Anksiyete Ölçeği 6-17 Yaş Ebeveyn Formu	36
3.3.4	DSM 5 Düzey-2 Depresyon Ölçeği 6-17 Yaş Ebeveyn Formu	36
3.3.5	Güçler ve Güçlükler Ölçeği 4-16 Yaş Ebeveyn Formu	37
3.4	İşlem	37
3.5	Verilen Analizi	37
4	BULGULAR.....	39
5	TARTIŞMA.....	56
5.1	Demografik Bilgilere İlişkin Bulguların Tartışılması	56
5.2	Memeden Kesme Yöntemi ve Nedenlerine İlişkin Bulguların Tartışılması 58	
5.3	Korelasyon Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	60
6	SONUÇ VE ÖNERİLER	62
6.1	Sonuçlar	62
6.2	Öneriler	62
6.3	Kısıtlılıklar	63
	KAYNAKLAR.....	64
	EKLER.....	76
	Ek 1- Demografik Veri Formu	76
	Ek 2- Memeden Kesme Formu	80
	Ek 3- DSM 5 Düzey-2 Anksiyete Ölçeği 6-17 Yaş Ebeveyn Formu	82
	Ek 4- DSM 5 Düzey-2 Depresyon Ölçeği 6-17 Yaş Ebeveyn Formu	83
	Ek 5- Güçler ve Güçlükler Ölçeği 4-16 Yaş Ebeveyn Formu	84
	Ek 6- Etik kurul onayı	85
	ÖZGEÇMİŞ	86

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri İçin Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	39
Tablo 4.2. Katılımcıların Memeden Kesme Bilgileri İçin Sayı ve Yüzde Dağılımı ..	41
Tablo 4.3. Ölçek Puanları için Betimleyici İstatistik Sonuçları	42
Tablo 4.4. Cinsiyete Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülle Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi.....	42
Tablo 4.5. Yaşa Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülle Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi.....	43
Tablo 4.6. Anne Eğitim Durumuna Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülle Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi.....	44
Tablo 4.7. Baba Eğitim Durumuna Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülle Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi.....	45
Tablo 4.8. Gelir Durumuna Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülle Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi.....	46
Tablo 4.9. Gebelik Planına Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülle Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi.....	47
Tablo 4.10. Doğum Şekline Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülle Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi.....	47
Tablo 4.11. Doğum Zamanına Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülle Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi.....	48
Tablo 4.12. Emzirme Bırakma Nedenlerine Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülle Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi.....	48
Tablo 4.13. Memeden Kesme Yöntemine Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülle Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi.....	50

Tablo 4.14. Ek Gıdaya Geçiş Besinine G6re ocukların Depresyon 6leği, Anksiyete 6leği, G6ler ve G6l6kle 6leği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi.....51

Tablo 4.15. Depresyon 6leği, Anksiyete 6leği, G6ler ve G6l6kle 6leği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....52

Tablo 4.16. Depresyon 6leği, Anksiyete 6leği, G6ler ve G6l6kle 6leği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları ile Araştırma Açık Uçlu Değişkenleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....54



KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ

ANOVA	: Analysis Of Variance
APA	: American Psychological Association
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu



ÖNSÖZ

Yüksek lisans ders dönemimde ve tez dönemimde yardım ve katkılarından dolayı sevgili hocam Doç. Dr. Ezgi Şen Demirdöğen'e sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Hayatımın her alanında desteklerini hissettiğim ve beni bugünlere getiren ailem kıymetli babam Selahattin Kılıç, annem Şenay Kılıç' a ve kardeşlerime sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Hayat yolculuğumda bana eşlik eden ve bu dönemde yanımda olan sevgili eşim Muhammet Arda Şam'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

12.09.2022

ŞEYMA KILIÇ ŞAM

1 GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımlanması

Anne sütü bebeklerin yaşamını devam ettirmelerinde ve gelişmelerini sürdürmelerinde hayati öneme sahip bir besindir. Yapılan çalışmalarda anne sütünün pediatrik açıdan ilk iki yıl (Baş, Karatay ve Arıkan, 2018) psikolojik açıdan ise ilk altı ay (Bağ, Yaprak, Halıcıoğlu, Parlak, Harputluoğlu ve Astarçioğlu, 2006) tüketiminin önemi vurgulanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2021) de ilk altı ay mutlaka anne sütünün tüketilmesini önermektedir. Anne sütünün bu özellikleri belli bir yaştan sonra yeterli besleyici özellikleri karşılamamakta ve ek gıda takviyelerine ihtiyaç duyulmaktadır (Grueger, Canadian Paediatric Society ve Community Paediatrics Committee, 2013). Bu ek gıdaların uygulanması anne sütü ile birlikte devam etmekle birlikte bir süre sonra anne sütü kullanımı kesilmektedir.

Anne sütünün kesilmesi ve annenin bu noktadaki uygulamaları çocuk üzerinde farklı etkilere sahip olabilmektedir. Linde ve diğerleri (2020) çalışmalarında anne ile bebek arasındaki bağlanma ilişkisinin emzirme aktivitesi ile sağlandığını aktarmıştır. Bebeklerin geliştirdikleri bağlanma kalıpları da annenin emzirme davranışlarında etkilenebilmektedir. Nesne ilişkileri ekolü de çocuğun dünyayı tanımada ve tanımlamada anne ile kurulan ilişkiyi bir şema olarak algıladığını aktarmıştır. Annenin tutum ve davranışları çocuk için birer referans kaynağı olarak kabul edilmekte ve algısal düzeyde farklı yorumlamalara neden olabilmektedir (Epözdemir, 2014). Memeden kesme süreci çocuğun bireyselleşmesi noktasında da birincil ayrılma-bireyselleşme sürecinde önemli adımlardan biri olarak görülmektedir. Çocuk bir bütün olarak anne bedenine bağlı olmadığının farkına varmakta ve anne ile psikolojik bağlılıkta bu bağlamda esnemektedir (Mahler, Pine ve Bergman, 2008). İlgili kuramsal yaklaşımlar ve araştırmalar emzirmenin çocuk üzerindeki farklı etkilerinin görülmesi açısından faydalı bulunmuştur.

1.2 Araştırmanın Amacı

Yapılan çalışmada annelerin bebeklerini memeden kesme yöntemlerine göre çocuklarda görülen bilişsel, duygusal ve davranışsal sorunlar arasındaki ilişkilerin

incelenmesi amaçlanmıştır. Bu ilişkilerde memeden kesme şekli, nedeni, süresi ve ek gıda ile ilişkili değişkenlerin çocukların yaşadıkları sorunlar üzerinde etkileri varsa ne düzeyde olduğu araştırılacaktır. Bunun yanında araştırma bağımlı değişkenlerine etki ettiği düşünülen demografik özellikler de alt amaçlar olarak incelenecektir.

1.3 Araştırmanın Hipotezleri

Yapılan çalışmada incelenen hipotezler şu şekildedir:

H₁: Emzirmeyi bırakma nedenine göre çocukların depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

H₂: Memeden kesme yöntemine göre çocukların depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

H₃: Ek gıdaya başlama ayına göre çocukların depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

H₄: Ek gıdaya geçişin nasıl olduğuna göre çocukların depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

H₅: Emzirmeyi bırakma nedenine göre çocukların güçler ve güçlükler puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

H₆: Memeden kesme yöntemine göre çocukların güçler ve güçlükler puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

H₇: Ek gıdaya başlama ayına göre çocukların güçler ve güçlükler puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

H₈: Ek gıdaya geçişin nasıl olduğuna göre çocukların güçler ve güçlükler puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

H₉: Ek gıdaya geçiş besinine göre çocukların güçler ve güçlükler puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Bu hipotezlerin yanında aşağıda yer alan sorulara da cevaplar aranmıştır:

- 1- Demografik değişkenlere göre çocukların depresyon düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.
- 2- Demografik değişkenlere göre çocukların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.
- 3- Demografik değişkenlere göre çocukların güçler ve güçlükler düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır.

1.4 Araştırmanın Gerekçe ve Önemi

Anne sütü gerek çocuğun fizyolojik gereksinimlerini sağlama gerekse psikososyal gelişimini desteklemede önemli bir faktördür (Baş, Karatay ve Arıkan, 2018). Memeden kesme süreci gerek anne-çocuk etkileşimi gerekse çocuğun psikolojik sağlığı için önemli bir geçiş dönemi olarak bilinmektedir. Bu dönemin sağlıklı ve özenli geçilmesi anneler ve çocukları için dikkat edilmesi gerekmektedir. Literatür çalışmaları incelendiğinde süttten kesilme süresi ve şekli ile çocuklarda görülen farklı sorunlar arasında etkileşim olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Gülkanat, 2019; Stuebe ve diğerleri, 2014). Ancak çalışmalar incelendiğinde bu sorunların farklı açılardan ve geniş bir perspektiften incelenmediği görülmüştür. Bu çalışma, memeden kesme sürecine bağlı olarak çocuklarda görülen depresyon anksiyete, güçler ve güçlerin (bilişsel, duygusal ve davranışsal sorunlar) incelenmesinde çoklu ölçek ve formlar kullanılarak daha ayrıntılı ve güncel bilgilere erişmesi noktasında önemli görülmektedir.

1.5 Araştırmanın Varsayımları

Yapılan çalışmada;

- Seçilen örneklemin evreni iyi temsil ettiği,
- Kullanılan ölçme araçlarının araştırma amacı kapsamındaki kavramları iyi ölçtüğü,

- Ebeveynlerinin içten ve dürüst yanıt verdikleri varsayılmıştır.

1.6 Tanımlar

Anksiyete: Bireyin baş etme becerilerini aşan ve günlük yaşantısının olumsuz yönde etkilenmesine neden olacak kaygı bozukluğu (Rector ve diğerleri, 2016).

Depresyon: Çökkün duygu durumu ile karakterize günlük işlevselliğin kaybolduğu, enerji ve istek kabının birlikte görüldüğü duygu durum bozukluğu (Robbins, 2009).

Anne sütü: Bebeğin fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması noktasında anne-bebek arasındaki etkileşimi sağlayan besin (Baş, Karatay ve Arıkan, 2018).

Memeden kesme: Bebeğin gelişim sürecini tamamlaması ya da bebe-anne kaynaklı sorunlardan kaynaklı bebeğin anne sütü alımının durdurulması (Gürarlan Baş, Karatay ve Arıkan, 2018).

2 KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bireyin içsel ya da dışsal bir kaynak nedeni ile hissettiği gerginlik, kaygı hali olarak tanımlanmaktadır. Belli bir miktar anksiyete normaldir ve gereklidir; bireyin endişelerine göre hareket etmesini ve kişiyi zarardan korumasını sağlamaktadır. Bazı durumlarda, anksiyete hayatta kalmak için bile gerekli olabilmektedir (Rector ve diğerleri, 2016: 4).

Herkes anksiyete belirtileri yaşar, ancak bunlar genellikle ara sıra ve kısa sürelidir ve sorun yaratmamaktadır. Ancak, anksiyetenin bilişsel, fiziksel ve davranışsal semptomları kalıcı ve şiddetli olduğunda ve anksiyete, bir kişinin yaşamında, çalışma veya ders çalışma, sosyalleşme ve günlük işlerini yönetme yeteneğini olumsuz etkileyecek kadar sıkıntıya neden olduğu durumlarda kişiler anksiyete tanısı alabilmektedir (Rector ve diğerleri, 2016: 5-6).

2.1.1 DSM-5'te Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması

Anksiyete bozuklukları, psikiyatride ana bozukluk gruplarından birini temsil eder. Nörobilim ve terapötiklerdeki gelişmeler, anksiyete bozukluklarının nasıl gruplandırıldığına odaklanmış olmasına rağmen, bu bozuklukların sınıflandırması dramatik bir şekilde değişmemiştir (Kupfer, 2015).

Bölüm değişiklikleri ile ilgili olarak, DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı) anksiyete bozuklukları bölümü obsesif-kompulsif bozukluğu içermemektedir. Bunun yerine, "Obsesif-Kompulsif ve İlgili Bozukluklar" başlıklı yeni bir bölüme yerleştirilmiştir. Anksiyete bozuklukları bölümü, şu anda "Travma ve Stresle İlgili Bozukluklar" olarak adlandırılan yeni bir bölümde ortaya çıkan travma sonrası stres bozukluğunu (TSSB) veya akut stres bozukluğunu da içermemektedir (Kupfer, 2015).

Buna göre, Amerikan Psikoloji Birliği (American Psychological Association, APA, 2013) DSM-5'te "Anksiyete Bozuklukları" bölümü Şu Şekilde sınıflandırılmıştır:

- Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu (Separation Anxiety Disorder)
- Seçici Mutizm (Selective Mutism)
- Özgöl Fobi (Specific Phobia)
- Sosyal Kaygı Bozukluğu; Sosyal Fobi (Social Anxiety Disorder; Social Phobia)
- Panik Bozukluk (Panic Disorder)
- Panik Atak (Panic Attack)
- Agorafobi (Agoraphobia)
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu (Generalized Anxiety Disorder)
- Madde / İlaç Kaynaklı Anksiyete Bozukluğu (Substance/Medication-Induced Anxiety Disorder)
- Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu (Anxiety Disorder Due to Another Medical Condition)
- Diğer Anksiyete Bozuklukları (Other Specified Anxiety Disorder)
- Tanımlanmamış Anksiyete Bozukluğu (Unspecified Anxiety Disorder)

2.1.2 Anksiyete Bozukluklarının Tanısal Özellikleri

Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu: Ayrılık anksiyetesi bozukluğu olan birey, bağlanma figürlerinden gelişimsel olarak uygunsuz bir dereceye kadar ayrılma konusunda korkar veya endişelidir. Bağlanma figürlerine gelen zarar ve bağlanma figürlerinin kaybolmasına veya onlardan ayrılmasına ve bağlanma figürlerinden uzaklaŐmaya isteksizliğe yol açabilecek olaylara ve ayrıca kabuslara ve fiziksel sıkıntı belirtilerine dair sürekli korku veya endişe vardır. Semptomlar sıklıkla çocukluk döneminde gelişse de yetişkinlik döneminde de yaŐanabilir (APA, 2013: 190-191).

Ayrılık anksiyetesi, bebeklik döneminde bakım verenin ayrılmasına karşı gelişimsel olarak uygun bir stres tepkisidir. Çoğu çocuk ayrılığa karşı duydukları

sıkıntı tepkisini düzenlemeyi yeterince öğrenmesine rağmen, bazı çocuklar ayrılmanın ardından kaygı yaşamaya devam eder. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu, 12 yaş altı en yaygın anksiyete sınıflandırmasıdır (Stone ve diğerleri, 2015).

Seçici Mutizm: Seçici mutizm, tipik olarak çocukluk döneminde ortaya çıkar, çocuğun konuşmasının beklendiği belirli kamusal durumlarda (ör. Okul, sosyal durumlar) konuşmanın yokluğuyla karakterize edilirken, diğer durumlarda (ör. ev), çocuğun konuşma üretimi oldukça normal görünmektedir. Teşhisi kurmak için DSM-5 (APA 2013:195), seçici konuşma yokluğunun en az 1 ay boyunca mevcut olması gerektiğini belirtir. Kendini konuşma eksikliği veya konuşamama olarak gösterebilen belirli bir düzeyde suskunluk, gelişimsel bir bakış açısından normal kabul edilebilir (Muris ve Ollendick, 2015).

Özgül Fobi: Spesifik fobisi olan bireyler, belirli nesnelere veya durumlar hakkında korkar, endişelidir veya bu nesnelere kaçınmaktadır. Bu bozuklukta, diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi belirli bir bilişsel düşünceye yer verilmez. Hayvan; doğal çevre; kan enjeksiyonu yaralanması; durumsal ve diğer durumlar olmak üzere çeşitli özgül fobiler vardır. Çocuklarda korku veya endişe, ağlama, öfke nöbetleri, donma veya sıkıca tutunma ile ifade edilebilir (APA 2013:197).

Sosyal Kaygı Bozukluğu: Sosyal anksiyete bozukluğunda (sosyal fobi), birey sosyal etkileşimlerden ve dikkatlice incelenme olasılığını içeren durumlardan korkar veya bunlardan kaçınır. Çocuklarda kaygı, sadece yetişkinlerle etkileşim sırasında değil, akran ortamlarında da ortaya çıkmalıdır. Çocuklarda korku veya endişe, sosyal durumlarda ağlama, öfke nöbetleri, donma, sarılma, çekinme veya konuşamama gibi ifadelerle ortaya çıkabilir (APA 2013:202-203).

Panik Atak ve Panik Bozukluk: Panik bozuklukta, birey tekrarlayan beklenmedik panik ataklar yaşar ve panik ataklar nedeniyle daha fazla panik atak geçirmekten veya davranışını uyumsuz yollardan değiştirmekten (örn. Egzersiz yapmaktan veya alışılmadık yerlerden kaçınma) ısrarla endişelenir veya kaygılanır. Panik ataklar, fiziksel ve/veya bilişsel semptomların eşlik ettiği, dakikalar içinde zirveye ulaşan ani yoğun korku veya yoğun rahatsızlık dalgalanmalarıdır (APA 2013:208-209).

Agorafobi: Agorafobili bireyler, aşağıdaki durumlardan ikisi veya daha fazlası için korkar ve endişelidir: toplu taşıma kullanmak; açık alanlarda olmak; kapalı yerlerde olmak; kuyrukta durmak veya kalabalıkta olmak; veya başka durumlarda evin dışında yalnız kalmak. Kişi, panik benzeri semptomlar veya diğer güçsüzleştirici veya utanç verici semptomların gelişmesi durumunda kaçmanın zor olabileceği veya yardımın bulunamayacağı düşünceleri nedeniyle bu durumlardan korkar(APA 2013:217-218).

Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Yaygın anksiyete bozukluğunun temel özellikleri, bireyin kontrol etmekte zorlandığı ısrarcı ve aşırı anksiyete ve iş ve okul performansı dahil çeşitli alanlarla ilgili endişedir. Buna ek olarak, birey huzursuz, kilitlenmiş veya gergin hissetme; kolayca yorulma; konsantre olmada zorluk veya zihnin boş olması; sinirlilik; kas gerginliği; ve uyku bozukluğu gibi fiziksel semptomlar yaşar. Bu semptomlardan yalnızca birinin çocuklarda olması yeterlidir (APA, 2013:222).

Madde / ilaç kaynaklı anksiyete bozukluğu, madde zehirlenmesi ya da geri çekilmesi ya da bir ilaç tedavisine bağlı anksiyeteyi içerir. Başka bir tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğunda, anksiyete semptomları başka bir tıbbi durumun fizyolojik sonucudur. Belirtilen diğer anksiyete bozukluğu kategorisi, klinisyenin belirtilerin herhangi bir spesifik anksiyete bozukluğu için kriterleri karşılamadığına dair spesifik nedeni anlamayı seçtiği durumlarda kullanılır(APA, 2013: 226, 230, 233).

Her anksiyete bozukluğunun özellikleri farklılık gösterse de, bazı ortak özellikleri paylaşırlar. Bunlar, korkulan durumla ilişkili gerçek tehdit ve tehlikenin büyütülmesini, bireyin başa çıkma yeteneğinin küçümsenmesini ve arkadaşlıklar, okul ve aile hayatı gibi normal yaşam deneyimlerinin önemli ölçüde engellenmesini içerir (Hill, Waite ve Creswell, 2016).

2.1.3 Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Her dört kişiden birinin hayatlarının belirli bir aşamasında anksiyete bozukluğu yaşadığı bildirilmektedir. Çoğu daha genç yaşta başlar ve ortalama

başlangıç yaşı çocukluk dönemindedir. Anksiyete bozuklukları, çocukluk ve ergenlik döneminde %9 ile %32 arasında yaygınlık oranları ile gençlerde en sık görülen ruh sağlığı bozuklukları arasındadır (Hill, Waite ve Creswell, 2016). Çocuklar arasında yaygın olan anksiyete bozuklukları, ortalama %2,2 ile %3,6 arasında değişen özgül fobi, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu ve ayrılık anksiyetesi bozukluğudur (Bhatia ve Goyal, 2018). Çocuklar ve ergenler arasında ayrılma anksiyetesi bozukluğu %1,7, özgül fobi %1, sosyal anksiyete bozukluğu %0,32, yaygın anksiyete bozukluğu %0,65, panik bozukluk %0,14, agorafobi %0,07 ve seçici mutizm %0,50 prevalansa sahiptir (Hill, Waite ve Creswell, 2016). Ülkemizde yapılan araştırmada anksiyete yaygınlığı 6-14 yaş aralığındaki çocuklarda %13,9 olarak bildirilmiştir (Bilaç, Ercan ve Aydın, 2014).

Bandelow ve Michaelis'a (2015) göre anksiyete bozukluklarının yaygınlık oranları yıllar içinde büyük değişikliklere uğramamaktadır. Yaygınlık oranlarının yıllar içinde önemli ölçüde değişmesinin olası olmamasının bir nedeni vardır. Tüm anksiyete bozuklukları için, yaklaşık %30 ila %50'lik bir kalıtsallık bildirilmiştir.

2.1.4 Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi

Tüm anksiyete bozukluklarının doğasında bulunan temel anksiyete-sürdürme döngüsü şunları içerir: (1) bir anksiyete tetikleyicisine maruz kalma (bir kişinin korktuğu bir şey, bir bağlanma figüründen ayrılma, takıntılı düşünme); (2) kaygının yüksek seviyelere yükselmesi (bazen felaket düşüncelerinin eşlik ettiği); ve (3) anksiyeteden anında ve genellikle tam bir rahatlama sağlayan çeşitli kaçış davranışları (okulu terk etme, böcekten kaçma, ritüelleri sayma). Çocuklar ayrıca, anksiyete tetikleyicisine maruz kalabilecekleri tüm durumlardan kaçınmayı da hızla öğrenirler (Rockhill ve diğerleri, 2010).

Bir kişiyi anksiyete bozukluğunun gelişimine duyarlı kılan genetik, çevresel ve psikolojik risk faktörleri ve etkileşimleri içerdiği bildirilmektedir (Schiele ve Domschke, 2017).

1) Genetik faktörler, anksiyete bozukluklarının genetik epidemiyolojisinin meta-analizi, anksiyete bozukluklarının ailelerde ortaya çıkma eğiliminde olduğunu

göstermektedir, bu da orta derecede bir genetik etkiye işaret eder, ancak aynı zamanda çevresel faktörlerin etkisini de desteklemektedir (Hettema, Neale ve Kendler, 2001).

Çocukluktaki anksiyete bozuklukları için kalıtsallık tahminleri %36 ile %65 arasında değişmekte olup, en yüksek tahminler daha genç yaşlarda değerlendirilen çocuklar için bulunmuştur (Van Grootheest ve diğerleri, 2008). Genetik bileşenin, herhangi bir belirli anksiyete bozukluğuna özgü bir kalıtım yoluyla mı yoksa uyarılara karşı aşırı uyarılma ve hiper-reaktiviteye daha geniş altda yatan bir yatkınlıktan mı kaynaklandığı açık değildir. İki kalıtsal özellik, davranışsal ketlemenin mizaç niteliği ve fizyolojik aşırı uyarılmanın, anksiyete bozukluğunun gelişimi için önemli risk faktörleri olduğu gösterilmiştir (Rockhill ve diğerleri, 2010).

İkiz çalışmalarından elde edilen bulgular, anksiyetenin somatik belirtilerinin bir dereceye kadar genetik kontrol altında olabileceğini göstermiştir. Bu çalışmalar, nabız, solunum hızı ve galvanik deri tepkisi gibi fizyolojik tepkilerin, tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerinden daha benzer olduğunu göstermektedir. Kişilik faktörleri üzerine yapılan ikiz çalışmalar, anksiyete reaksiyonunun yüksek kalıtsallığını göstermiştir. Son olarak, hayvan çalışmalarının sonuçları, kaygı veya duygusallığın genetik kontrol altında olduğunu ortaya koymuştur. Memelilerle yapılan seçici yetiştirme deneyleri, anksiyeteye benzer duygusal aktivitenin birden fazla gen tarafından kontrol edildiğini göstermiştir (Merikangas, 2005).

Anksiyete bozuklukları ile uyumlu yüksek anksiyete seviyelerine sahip ergenlerin beyin görüntüleme çalışmaları, korku devrelerinin aşırı duyarlılığını ve kortikal devrelerin aktivasyonu ile korku tepkisinin azaltılmadığını ortaya koymuştur (Pine, Guyer ve Leibenluft, 2008). Spesifik olarak, anksiyetesi olmayan gençlere kızgın yüzlerin anksiyeteye neden olan uyarıcısı sunulduğunda, ventromedial prefrontal korteks gibi prefrontal kortikal bölgeler tarafından modüle edilen amigdala aktivasyonunun arttığını göstermişlerdir. Bununla birlikte, anksiyetesi olan gençler, anksiyete şiddeti derecesinin daha fazla amigdala aktivasyonu ile korelasyon gösterdiği, anksiyetesi olmayan gençlere göre amigdalada hiperaktivasyon göstermişlerdir (Monk ve diğerleri, 2008).

2)Psikolojik faktörler, anksiyete duyarlılığı, anksiyete bozukluklarının gelişimi için bir başka potansiyel risk faktörüdür(Reiss, Peterson ve Gursky, 1986). Anksiyete duyarlılığı, anksiyete duyularının zararlı fizyolojik, psikolojik veya sosyal sonuçlara (örneğin bayılma veya yaklaşan kalp krizi) işaret ettiğine dair inançlarla karakterizedir. Anksiyete duyarlılığını karakterize eden bedensel ipuçlarının yanlış yorumlanması, kendi kendini devam ettiren bir "korku korkusu" döngüsüne yol açabilir. İyi huylu uyarılma duyuları korkusu, anksiyete yaratır, bu da fizyolojik duyuların sıklığını ve yoğunluğunu artırır ve daha sonra bu duyuların önemi ile ilgili endişeyi besler. Bu süreç nihayetinde tam anlamıyla bir panik atakla sonuçlanabilir (Merikangas, 2005).

Çocuklarla ilgili birkaç ileriye dönük çalışmanın sonuçları, olumsuz duyguların anksiyete bozukluklarının gelişimini habercisi olabileceğini düşündürmektedir (Hayward, Wilson ve Lagle, 2004). İleriye dönük boylamsal çalışmaların sonuçları, özellikle çocukluktaki mizaç ile ergenlik ve yetişkinlikte duygusal bozuklukların sonraki tezahürü arasında bağlantı kurma konusunda bilgilendiricidir. Örneğin, Craske ve arkadaşları (2001) 3 yaşındaki duygusal tepkiselliğin, erken yetişkinlikte panik / agorafobiyi öngördüğünü, ancak sadece erkek deneklerde olduğunu bulmuşlardır. Lonigan ve diğerleri (2004), tehditle ilgili bilgilere yönelik dikkat önyargısının, olumsuz duygu ve diğer mizaç süreçleriyle birleşerek anksiyete bozukluklarının gelişmesine yol açabileceğini öne sürmüştür.

3)Çevresel faktörler, ekolojik teorilerle anksiyete bozukluklarının gelişiminin, çocuğun aile üyelerine ve daha geniş toplumdaki faktörlere maruz kalmayla ilgili olanlar da dahil olmak üzere çevresel faktörlerden etkilendiği öne sürülmektedir. Bu modele destek, doğum sonrası anne depresyonu ve anksiyetenin, stresin fizyolojik düzenlemesinin bozulması açısından bebek için uzun vadeli olumsuz sonuçlara sahip olduğunu gösteren çalışmalardan gelmektedir (Feldman et al., 2009). Güvensiz ebeveyn-çocuk bağlanması, endişeli ve kontrol edici ebeveynlik stilleri ve Korku davranışının ebeveyn modellemesinin, çocuklarda anksiyete bozukluklarının gelişimi ile ilişkili olduğu da gösterilmiştir (Elizabeth et al., 2006). Ayrıca, ileriye dönük boylamsal bir çalışmada, ebeveyn aşırı korumasının çocuk sosyal fobisinin gelişimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Lieb et al., 2000) ve ebeveyn-çocuk tartışmaları ergenlerde artan anksiyete belirti düzeyleri ile ilişkilidir (Rueter et al., 1999).

Bununla birlikte, tüm çalışmalar ebeveynlik tarzları ile anksiyete bozukluklarının gelişimi arasındaki bağlantıyı desteklemektedir (Merikangas ve diğerleri, 1999)

Anksiyete bozukluklarının gelişimi üzerindeki daha geniş topluluk etkisi açısından, yoksulluk, toplum şiddeti ve daha düşük eğitim kazanımı risk faktörleri olarak bulunmuştur. (Rockhill et al., 2010).

2.1.5 Çocuklarda Anksiyete ve Analitik Kuram

Freud anksiyete kuramını geliştirerek ve yıllar içerisinde değiştirerek ilk olarak boşaltılmayan cinsel gerilimin nevrotik kaygıya yol açtığını söylemiştir (Özakkaş, 2014). Daha sonraları iki anksiyete tarif etmiştir; otomatik ve sinyal olarak bu iki anksiyete türünden ilki yaşamın ilk dönemlerinde travmatik bir olay ile meydana gelir ve benliğin gelişiminin tamamlanmadığı erken dönemde görülürken, ikinci anksiyete tanımı ise uyarıcı işlevi görmektedir ve bir olay veya travma değil ilgili olmadığını söylemektedir (Erol, 2018).

Saldırganlık, içsel çatışmalar, dürtüler, ilkel yok edilme ve zarar görme kaygılarıyla başa çıkmak için bebekler ortaya ilkel savunma mekanizmalarını çıkardıklarını söyleyen Klein kuramını bunun üzerine kurmuştur. Yaşamın ilk yıllarında “paranoid-şizoid konum” ve “depresif konum” dan sırasıyla geçtiğinden söz etmektedir. Bu iki sürecin temelini saldırganlık dürtüsünden kaynaklandığını söylemektedir ve bebeklerin nesnelere kısmi nesne olarak yaşayıp ilk kısmi nesnesinin ise anne memesi olduğundan söz etmektedir (Göka, Yüksel ve Göral, 2006).

Sullivan kuramında anksiyetenin ortaya çıkmasında büyük ölçüde önem taşıyan etkenin annenin çocukla kurduğu ilk ilişki olarak bildirmektedir. Kaygının kaynağının kişiler arası ilişkilerle yakından ilişkili olduğunu söylemiştir (Pervin, Cervone ve John, 2004; Sullivan, 1953).

Winnicott'a göre mükemmel anne diye bir kavram yoktur. Bebeğin ihtiyaçlarına duyarlı, ilgili “yeterince iyi anne” kavramı vardır ve bu sağlıklı olandır. Bebeğin içeriden ve dışarıdan maruz kaldığı endişe verici olay ve yaşantılardan korunmasını temel annelik işlevlerinden olduğunu belirtmiştir (Erol, 2018). Yeterince iyi anne ilk başlarda bebeğin ihtiyaçlarını karşılayarak örneğin

acıktığında memeyi hemen ona sunması bebekte dünyayı kontrol edebildiğine dair tüm güçlülük geliştirmiş olduğunu belirtmiştir. Bunun zamanla kırılması ve anne-baba dışındaki dünyayı keşfetmesi için alan sağlamasının da bir o kadar önemli olduğunu vurgulamıştır (Tathan, 2014). Anne “yeterince iyi anne” değil ise çocuk tüm güçlülük elde edemez ve dışsal dünyaya açılmada sorun yaşamakla birlikte patolojik kişilik özelliklerinden ayrılık anksiyetesi, kişiler arası uyum problemleri, depresiflik, dürtüsellik gibi belirtiler gösterebileceğini bildirmiştir (Sarısoy, 2016).

Bion'un kapsayıcı işlevler olarak tanımladığı iç ve dış uyaranlara karşı annenin bebeğini anlaması ve ona göre hareket edip, ihtiyaçlarını karşılaması ve bebek tarafından kapsandığının hissedilmesidir. Anne bebeğin ihtiyaçlarını giderir, zorlandığı durumların farkına varır ve bebeğin ihtiyaçlarını dönüştürerek tahammül edilebilir seviyede bebeğe sunar. Yapılan araştırmada çocukların davranış sorunları ve kapsayıcılık arasında ters ilişkinin olduğu bildirilmiştir (Zabcı ve Erol, 2021). Ayrıca annenin kapsama işlevinin zayıf olması ve ihtiyaçlarını hissedememesi durumunda bebeğin kaygısının yatışmaması ve bunun sonucunda bilişsel işlevlerden olan öğrenme ve dikkat alanlarında aksamaların yaşanacağından söz etmiştir (Erol, 2018).

2.2 Depresif Bozukluklar

Depresif bozukluklar, bireylerin fiziksel, duygusal ve sosyal bilişsel gelişimini etkileyen duygudurum bozukluklarından. Üzüntü, ilgisizlik ve zevk alamama ile karakterizedir (Spruit et al., 2020). Çoğu insan ara sıra depresif hissedebilir. Duygu genellikle geçicidir, saatler veya günler içinde kaybolur. Bu tür kısa süreli depresif durumlar, genellikle kronik, şiddetli klinik depresyon olarak ifade edilen problemle karıştırılmaması gereken depresif ruh halleri olarak düşünülmektedir (Robbins, 2009: 5).

2.2.1 DSM-5'te Depresif Bozuklukların Sınıflandırılması

DSM-IV'ün aksine, DSM-5'te bu bölüm "Depresif Bozukluklar" başka bir bölüm olan "Bipolar ve İlişkili Bozukluklar" dan ayrılmıştır. Tüm bu bozuklukların ortak özelliği, bireyin işlev görme kapasitesini önemli ölçüde etkileyen somatik ve

bilişsel değişikliklerin eşlik ettiği üzgün, boş veya huzursuz ruh halinin varlığıdır. Aralarında farklılık gösteren, süre, zamanlama veya varsayılan etiyoloji sorunlarıdır (APA, 2013: 155).

Buna göre, DSM-5'te "Depresif Bozukluklar" bölümü şu şekilde sınıflandırılmıştır (APA, 2013):

- Yıkıcı Duygudurumu Deüzenleyememe Bozukluğu,
- Majör Depresif Bozukluk (Majör depresif dönem dahil),
- Kalıcı Depresif Bozukluk (Distimi),
- Premenstrüel Disforik Bozukluk,
- Madde / İlaç Kaynaklı Depresif Bozukluk,
- Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk,
- Diğer Belirtilmiş Depresif Bozukluk,
- Tanımlanmamış Depresif Bozukluk

2.2.2 Depresif Bozukluklarının Tanısal Özellikleri

Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu: Şiddetli ve kronik sinirlilik ile karakterize bir durum olan yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, çocukluk ve ergen bozuklukları için DSM-5'e eklenmiştir. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, duruma orantısız, gelişimsel düzeyle tutarsız ve haftada en az üç kez ortaya çıkan şiddetli öfke nöbetleri olarak tanımlanır. Patlamalar arasındaki ruh hali süreğen olarak kızgın veya huzursuz olmaktır ve semptomlar en az iki bağlamda en az 12 ay boyunca mevcut olmalıdır. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, 6 yaşından küçük çocuklarda teşhis edilemez ve 10 yaşına kadar gözlemlenmelidir (APA, 2013: 156-157).

Majör Depresif Bozukluk (Majör depresif dönem dahil): Bir majör depresif atağın temel özelliği ya depresif bir ruh hali ya da neredeyse tüm aktivitelerde ilgi ya da zevk kaybının olduğu en az 2 haftalık bir dönemdir. Çocuklarda ve ergenlerde ruh hali üzgün olmaktan çok sinirli olabilir. Kişi ayrıca iştah veya kilo, uyku ve psikomotor aktivitede değişiklikler içeren bir listeden alınan en az dört ek semptom yaşamalıdır; azalmış enerji; değersizlik veya suçluluk duyguları; düşünme, konsantre

olma veya karar verme güçlüğü; veya tekrarlayan ölüm düşünceleri veya intihar düşüncesi veya intihar planları veya girişimleri. (APA, 2013: 160- 163).

Kalıcı Depresif Bozukluk (Distimi): Kalıcı depresif bozukluğun (distimi) temel özelliği, en az 2 yıl veya çocuklar ve ergenler için en az 1 yıl boyunca, günün büyük bir kısmında, günlerden daha fazla süreyle ortaya çıkan depresif bir duygudurumdur (APA, 2013: 168-170).

Premenstrüel Disforik Bozukluk: Premenstrüel disforik bozukluğun temel özellikleri, döngünün adet öncesi aşamasında tekrar tekrar ortaya çıkan ve adet başlangıcında veya kısa bir süre sonra geri dönen duygudurum değişkenliği, sınırlılık, disfori ve anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasıdır (APA, 2013: 171-172).

Madde/İlaç Kaynaklı Depresif Bozukluk: Madde / ilaç kaynaklı depresif bozukluğun tanısız özellikleri arasında, majör depresif bozukluk gibi depresif bir bozukluğun semptomları; bununla birlikte, depresif semptomlar bir maddenin yutulması, enjeksiyonu veya solunması ile ilişkilidir (örneğin, kötüye kullanılan uyuşturucu madde, toksin, psikotropik ilaç, diğer ilaçlar) ve depresif semptomlar, beklenen fizyolojik etki, sarhoşluk veya geri çekilme süresinin ötesinde devam eder. Klinik geçmiş, fizik muayene veya laboratuvar bulguları ile desteklendiği üzere, ilgili depresif bozukluk, depresif bozukluğa neden olabilecek bir maddenin kullanımı sırasında veya sonrasında 1 ay içinde gelişmiş olmalıdır (APA, 2013: 175-177).

Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk: Başka bir tıbbi duruma bağlı depresif bozukluğun temel özelliği, belirgin ve kalıcı bir depresif ruh hali dönemi veya klinik tabloda baskın olan tüm veya hemen hemen tüm faaliyetlerde belirgin şekilde azalmış ilgi veya zevktir (APA, 2013: 180).

Diğer Tanımlanmış Depresif Bozukluk: Bu kategori, sosyal, mesleki veya diğer önemli işleyiş alanlarında klinik olarak önemli sıkıntıya veya bozukluğa neden olan depresif bozukluğa özgü semptomların baskın olduğu ancak depresif bozukluklar tanı sınıfındaki bozuklukların herhangi biri için tam kriterleri karşılamadığı sunular için geçerlidir ve klinisyen belirli bir sebebi anlamaya çalışır (APA, 2013: 183).

Tanımlanmamış Depresif Bozukluk: Tanımlanmamış depresif bozuklukta da belirli depresif bozukluğun kriterlerinin karşılanmamasına ek olarak daha spesifik bir tanı koymak için yetersiz bilgi bulunan belirtileri içerir (APA, 2013: 184).

2.2.3 Depresif Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik hastalık depresyon olarak bildirilmiştir. Yapılan son çalışmalarda yaşamboyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 olarak ifade edilmiştir. Türkiye’de yapılan son çalışmalarda yaygınlığı %8-20 olarak bildirilmiştir (Çelik ve Hocaoğlu: 2016). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada 10-20 yaş aralığında depresyon görülme yaygınlığı %12,55 olarak bildirilmiştir (Tatar, Bildik, Özmen, Saltukoğlu ve Astar, 2016). Depresyon görülme sıklığı 13 yaş altında %2,8 olarak bildirilmiş ve yüksek olarak bildirilmektedir (Tosun ve Zorlu, 2019).

Distimik bozukluk için yaygınlık tahminleri, ergenlerde çocuklara göre daha yüksek olmakla birlikte majör depresyon ile benzerlik göstermektedir. Okul çağındaki çocuklar arasında distimi yaygınlık tahminleri majör depresyonunkilere benzerdir (Avenevoli ve diğerleri, 2008: 9). Cinsiyetin çocukluk dönemi depresyonunda önemli bir faktör olmadığı birçok araştırmanın bulguları arasındadır fakat ergenlik döneminde ise cinsiyete göre farklılaştığı bildirilmiştir (Özer, Kocabıyık, Girgin ve Demiraslan, 2002)

2.2.4 Depresif Bozukluklarının Etiyolojisi

Depresyon için risk faktörlerine ilişkin ampirik bilgi tabanı çok geniştir ve büyümeye devam etmektedir. Çok çeşitli teorik perspektiflerden iyi geliştirilmiş ve ampirik olarak desteklenen bir dizi risk modeli vardır. Depresyonun heterojenliği göz önüne alındığında, yaşam süresi boyunca etkileşime giren muhtemelen birden çok nedensel yol vardır. Bu anlamda, bir risk faktörünün etkisi ancak diğer risk faktörleri bağlamında anlaşılabilir (Kraemer ve diğerleri, 2001). Depresyonun etiyolojisi ile ilgili araştırmaların alanı genişlemekte ve gün geçtikçe artmakta olup yeni etkenler araştırılmaktadır. Etiyoloji tam olarak açıklamak mümkün olmamakla birlikte

genetik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkisinden söz edilmektedir (Albayrak ve Ceylan, 2004).

2.2.4.1 Genetik Faktörler

Çocukluk ve ergenlikte majör depresyonun güçlü bir ailesel temele sahip olduğuna dair tutarlı bulgular bulunmaktadır ve çocuk ve ergen majör depresyon vakalarının uzun süreli takipleri, depresyonun yetişkinlikte de devam ettiğini göstermiştir. Bununla birlikte, çocuklukta başlayan depresyon için ailesel risk, yetişkin depresyonundan çok daha fazla görünmemektedir (Rice, Harold ve Thapar, 2002a).

İkiz çalışmaları, çocuklukta depresif semptomların kalıtsal olduğunu göstermiştir, ancak kalıtım tahminleri, semptomları kimin derecelendirdiğine (yani ebeveyn veya çocuk) göre büyük ölçüde değişmektedir (Rice, Harold ve Thapar, 2002a). Bununla birlikte, çocuklukta depresif belirtilere ilişkin iki evlat edinme çalışması, genetik bir bileşen için çok az destek bulmuştur (Eley ve diğerleri, 1998; Van den Oord, Boomsma ve Verhulst, 1994). Depresif belirtilerin etiyolojisinin yaşa göre farklılık gösterdiği, çocuklukta ergenliğe geçtikçe genetik faktörlerin daha önemli hale geldiği öne sürülmüştür (Rice, Harold ve Thapar, 2002b).

Gençlerde depresyonla ilgili psikobiyolojik araştırmalar, nöroendokrin ve nörokimyasal sistemlerde düzensizlik, biyolojik stres mekanizmalarının duyarlılığı ve uyku bozukluklarına odaklanmıştır (Garber, 2006). Depresif, remisyona girmiş ve risk altındaki gençlerde farmakolojik stimülasyondan sonra büyüme hormonu, prolaktin ve kortizol seviyeleri üzerine yapılan çalışmalar, büyüme hormonunun salınımından sonra körelmiş büyüme hormonu salgılanması gibi üç grupta da bu hormonların salgılanmasında anormallikler göstermiştir. Bu nedenle, bazı hormonal sistemlerde meydana gelen değişiklik majör depresif bozukluk için özellik belirteçleri olabilir (Birmaher ve Heydl, 2001).

Normal kontrollere kıyasla depresif ve risk altındaki çocuklarda fonksiyonel ve anatomik beyin farklılıklarının bulguları da vardır. Örneğin beyin aktivitesi asimetrisi çalışmaları, depresif annelere karşı depresif annelerin bebek ve ergen

çocuklarında sol frontal hipoaktivasyonu bulmuştur (Davidson et al., 2002; Garber, 2006).

2.2.4.2 Psikolojik Faktörler

Olumsuz duyguları deneyimleme eğilimi olan olumsuz duygusallık kavramsal olarak olumsuz duygulanım, nevroz, davranışsal ketleme sistemi, stres tepkiselliği, zor mizaç, davranışsal ketleme ve zarardan kaçınma ile ilgilidir (Garber, 2006). Boylamsal çalışmalar, 3 yaşında engellenmiş, sosyal olarak suskun ve kolayca üzülen mizaçlı çocukların, 21 yaşında, böyle bir mizaç olmayanlara göre, önemli ölçüde daha yüksek depresif bozukluk oranlarına sahip olduklarını göstermişlerdir (Caspi et al., 1995). Ek olarak, çocuklar 6, 7 ve 11 yaşlarında doktorlar tarafından derecelendirilen başka bir çocukluk mizaç olan apatinin (yani ilgi eksikliği), orta yetişkinlikte ergen duygudurum bozukluklarını ve kronik depresyonu yordadığı bildirilmiştir (van Os et al., 1997). Esneklik, düşük pozitif duygudurum, geri çekilme ve zayıf konsantrasyon ile karakterize edilen zor mizaçın ergenlerde hem eşzamanlı hem de ileriye dönük olarak depresif belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur (Davies ve Windle, 2001).

Çocuklarda ve ergenlerde yapılan ileriye dönük çalışmalar, düşük küresel öz-değer, algılanan yetersizlik ve olumsuz açıklayıcı ve çıkarımsal tarz dahil olmak üzere bir dizi olumsuz bilişin, genellikle olumsuz yaşam olaylarıyla etkileşim halinde depresif belirtilerde artışı öngörmüşlerdir (Abela, 2001).

Ön ergenlerde %30 ile %75 ve ergenlerde %25 ile %50 arasında değişen tahminlerle, depresyonla birlikte en sık görülen komorbid bozukluktur. Ayrıca anksiyetenin duygudurum bozukluklarının başlangıcından önce geldiğine dair artan bulgular vardır ve bu nedenle depresyon için bir risk faktörü olabileceğini bildirmişlerdir (Garber, 2006). Lowry-Webster, Barrett ve Dadds (2001) anksiyeteyi ve depresif semptomları önlemek için tasarlanmış, FRIENDS olarak bilinen evrensel bir bilişsel davranışçı programı test etmişlerdir. Depresif bozukluk oranları üzerinde genel bir etki bulamamalarına rağmen, ön testte klinik olarak kaygılı olan çocuklar için depresif belirtilerde bir azalma bulunmuştur.

2.2.4.3 Sosyal Faktörler

Çocuklarda ve ergenlerde stresli yaşam olayları ile depresyon arasında bir bağlantı olduğuna dair bulgular mevcuttur. Strese maruz kalma modeli, stres yaşayan bireylerin, yaşamayanlara göre depresyona girme olasılığının daha yüksek olacağını varsaymaktadır (Garber, 2006). Bu modele destek, stresin geçici olarak depresif belirtilerdeki artışlardan ve gençlerde depresif bozuklukların başlangıcından önce geldiğini gösteren ileriye dönük çalışmalarla sağlanmıştır. Özellikle, stres ve depresyon arasındaki ilişki ergenlik döneminde, özellikle kızlarda daha güçlü hale geldiği bildirilmiştir (Goodyer ve diğerleri, 2000).

Garber (2006) derleme çalışmasında, depresif bir üyesi olan ailelerin, bağlanma, iletişim, uyum, sosyal destek, çocuk yetiştirme uygulamaları, kronik eleştiri, sert disiplin ve uygun olmayan şekilde akran benzeri ilişkilerle ilgili sorunlarla karakterize olma eğiliminde olduğunu belirtmiştir. Dahası, düşük ebeveyn sıcaklığı, yüksek seviyelerde anne düşmanlığı ve artan ebeveyn-ergen çatışması, ergenlerin içselleştirme semptomlarındaki artışı önemli ölçüde öngörmektedir.

2.2.4.4 Çocuklarda Depresyon ve Analitik Kuram

Klein (1934), depresif konumdan ilk kez bahseden kişi olup normal gelişim sürecinde yer aldığını söylemiştir. Daha sonraları Spitz bebeğin ani ayrılışını “anakitik depresyon” olarak çevreye karşı kayıtsızlık ve içe kapanma tablosu olarak tanımlamaktadır (Kayaalp, 1999).

Psikanalitik kuram depresyonu, sevgi nesnesinin kaybı olarak görmektedir ve ilk örneği ise bu nesneden(anneden) erken ayrılık olduğunu söylemektedir (Tuzcuoğlu ve Korkmaz, 2001). Klein bebeğin ilk nesnesi de anne memesi olup iki uçlu duyguları ilk olarak anne memesinde yaşadığını söylenmektedir (Tüzün ve Sayar, 2006).

Freud (1917), “Yas ve Melankoli” eserinde travmatik bir olay karşısında kişi yas ve depresyon süreçleri yaşayabileceğini söylemiştir. Yas sadece sevilen somut bir nesnenin kaybına değil, soyut anlamlar taşıyan nesnenin kaybına da duyulabileceğini söylemiştir. Tutulan yas süreci birey için sağlıklı işleyişi gösterse de uzun süreli, sağlıksız ve kronik halinin psikolojik rahatsızlık olarak depresyona yol açtığını söylemektedir (Akt.: Çubuk, 2020).

Bion annelik işlevlerinin üzerinde durmuş olup bebek tarafından verilen sinyallerin alınıp uygun hale getirilip, dönüştürülüp tekrar geri verilmesinin öneminden bahsetmiştir. Bu dönüşüm sağlandığında ruhsal aygıtın yapıtaşlarının oluşumuna katkı sağlayacağına bahsetmiş olup, dönüşüm sağlanmadığında ise bebek tarafından baş edilemez hale geldiğini söylemiştir (Parman, 2003). Bedensel duyumlardan emmek bebek için haz, sevgi ve iyi nesneyi(memeyi) içe almak ile eş olduğunu söylemiştir. Bebek için nesne olması gereken yerde ve olması gereken zamanda yok ise kötü nesneye dönüşerek ilk doyum ilişkisinden olumsuz deneyim ve haset duygusu ortaya çıktığı söylemektedir. İlk doyum ilişkisinde yaşadığı bu olumsuz deneyimle ve dönüştürülmeden verilenlerle birlikte yaşamın ileri safhalarında patolojik durumlar ile karşılaşılabilirliğinden söz etmiştir(Bion, 1967).

Winnicott(1954),göre mükemmel anneliğin olmadığını, bebeğin sinyallerini anlayan ve ihtiyaçlarını karşılayan yeterince iyi annenin varlığından söz etmektedir. Annenin bebeğin içeriden ve dışarıdan maruz kaldıklarına karşı koruması, yeterli ve düzenli bir şekilde olması bebeğin ruhsal olarak sağlıklı bir şekilde büyümesine olanak sağladığı belirtilmiştir(Erol, 2018). İlk başlarda bebek ben ve ötekini ayırt edememekle birlikte yaşamını annesi ile sürdürmektedir. Anne ilk olarak fiziksel olarak kucaklama ortamı sağlamalı buna Winnicott tutma(holding) olarak belirtmiş ve bebeğin ilerleyen zamanlarda çevreye açılabilmesi için kucaklayıcı çevreyi sağlaması ve karşılaşabileceği durumları bebeğin aşabilmesine olanak sağlayacağını belirtmiştir(Winnicott, 1971). Winnicott’ın üzerinde durduğu bir diğer kavram “depresif konum” olmakla birlikte bunun bir süreç olmadığını bebeğin başarması gereken bir basamak olduğu ve ne kadar erken başarırorsa o kadar iyi olacağını söylemiştir. Bununla birlikte bu konuma başarıyla ulaştığında yaşadığı kayıplara karşı üzüntü, acı ve yas gibi tepkileri verebileceğini, konuma ulaşmada sıkıntı yaşadığında ise depresyon oluşma ihtimalinden söz etmektedir(Winnicott, 1955).

Andre Green ‘‘Ölü Anne Kompleksi’’ eserinde annenin fiziksel varlığından çok duygusal yokluğundan ve bunun yasin bir benzeri olduğundan bahseder. Anneyi etkileyen olay veya kayıp sonucunda annenin depresyonuna yol açabilecek nedenler olabilir. Annenin yasıyla birlikte bebeğin üzerinden çekilen ani ilgi bebek için bir felaket olup fiziksel varlığı olsa da anne tarafından duygusal bir karşılık görmemesi olarak ifade edilmiştir. Bebek bu kaybı kendi dürtülerinin sonucu olduğunu düşünür ve onarmaya çalışır. Çocukta ayrıca ajitasyon, gece terörü ve uykusuzluk gibi belirtiler baş gösterebileceğini belirtilmiştir (Abreyava, 2013).

2.3 Emzirme Süreci ve Önemi

Diğer türlerin yavrularına nazaran insan yavrusu biyolojik yönden yaşamını sürdürebilmek için uzun süre bakım vereninin bakımına muhtaçtır. Bu bakımların içerisinde fiziksel ihtiyaçlarda yer almaktadır (Soysal, Bodur, İşeri ve Şenol, 2005). Fiziksel ihtiyaçlar içerisinde yer alan emzirme ile alakalı daha çok fizyolojik faydalarına odaklanılmış olmakla birlikte, psikolojik etkilerin arka planda kaldığı bildirilmektedir (Linde ve diğerleri, 2020).

Emzirmeye fizyolojik olarak bakıldığında; Anne sütü, bebeğin temel beslenme ihtiyaçlarını karşılayan temel bir besindir. Pediatristler yaşamın ilk 2 yılında anne sütünün bebeğin büyümesi ve gelişmesi için son derece önemli olduğu kuvvetle gösterilmiştir. Sosyal ve ruhsal boyutları olan kültürel bir olgu olan emzirme, bebeğin fizyolojik gereksinimlerini karşılarken anne-bebek bağıyla psikososyal gelişimi destekler (Baş, Karatay ve Arıkan, 2018). Bu nedenlerle Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2021), iki yıl veya daha uzun süre emzirmeyi, doğumdan sonraki ilk altı ay boyunca sadece anne sütünü ve ardından ek besinlerle birlikte kullanmayı önermektedir.

Emzirme sürecinin başarısı, annelerin çocuklarının gelişimi ile ilgili yeterli bilgi ve desteği alıp almamasına bağlıdır (Gürarlan Baş, Karatay ve Arıkan, 2018). Bebeklerin altı ay boyunca sadece anne sütüyle beslenmesi ideal olsa da belli bir yaştan sonra anne sütünün tek başına bir bebeğin tüm besin ihtiyaçlarını karşılayamayacağı da doğrudur (Grueger, Canadian Paediatric Society ve Community Paediatrics Committee, 2013).

Psikolojik çerçeveden bakıldığında ise, 0-2 yaş bebeklik dönemi olarak tanımlanmakta olup bu aralıkta bebeğin bilişsel, fizyolojik ve duygusal yönden hızla geliştiği aralıktır. Bu dönemde sadece fiziksel ihtiyaçlar karşılanması değil diğer duygusal ve bilişsel ihtiyacın ve gelişimin gerçekleşmesi için bakımvereniyle kurduğu ilişki büyük önem taşımaktadır. Bu bakımveren ise genellikle anne olmaktadır (Tüzün ve Sayar, 2006).

Bu ilişkiye gerçekleştirilen Harlow (1958) maymun deneyine baktığımızda oral olarak sağlanan doyumun bağlanma yönünden temel bir gereklilik olmadığını gözler önüne sermiştir. Yapılan deneyde maymunlar doyumunu sağladıktan sonra sıcak ve yumuşak olan diğer maymuna geri dönmektedir. Buda sadece beslenme ile değil annenin varlığı ve etkileşimini sıcaklık, dokunma temasın gerekliliğini göstermektedir (Özer, 2018). Freud (1905), bebeğin ilk sevgisinin anne memesine olduğunu, bunun ileri ki dönemlerde kuracağı ilişkilere öncü olabileceğini söylemiş (Gündoğan, 2016) ve Klein (1935), bebeğin ilk ilişkisinin anne memesi olduğu ve iki uçlu duyguları sevgi ve nefret gibi ilk burada deneyimlediğini söylemektedir (Tüzün ve Sayar, 2006). Şebnem ve diğerleri (2005), çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkan çoğu psikopatolojinin kaynağı bebeğin birincil bakımvereni ile ilişkisiyle yakından ilgili olduğunu ve birçok patolojide bunun ele alınması gerektiğini söylemektedir.

2.3.1 Memeden Ayrılma ve Önemi

Emzirme süreci anne ve bebek arasında duygusal yönü ağır basan bir ilişki olmakla birlikte bu sürecin sonlandırılması her iki taraf için zorlayıcı olabileceği söylenmektedir. Bu süreç zamana ve kültüre göre değişiklik gösterebilmektedir (Yıldız ve Gölbaşı, 2019)

Freud'un psikoseksüel gelişim dönemlerinin ilki olan oral dönem gelişimin ilk basamağıdır. Bu dönemde haz bölgesi ağızdır, libidinal enerji ağız bölgesinde yoğunlaşmakta olup bebeğin emmesi, nasıl, ne kadar emdiği ve bu emme sürecinde anneye olan ilişkisi ve teması bu döneme örnek olarak verilmektedir. Bu süreçte zorlanan bireylerin yetişkinlik dönemlerinde çeşitli zorluklar yaşayabileceği ve

bunlara örnek olarak; bağımlılık, ilişkilerde zorluk ve yeme sorunları gibi zorlukları gösterebileceği söylenmiştir (Kurt ve Yıldız, 2017)

Klein'in depresif konumunda bebeğin memeden ayrılması gibi çeşitli ayrılık ve kayıplarda yaşadığı endişe, üzüntü ve yastan bahsedilmektedir. Bu dönemde saldırganlığın azalıp haset duygusunun ortaya çıktığı ve bebek ayrıldığı nesneyle birlikte sevgi, şefkat, yakınlık ve güven gibi duygularında yasını tuttuğunu söylemektedir (Çetin ve Topaloğlu, 2020). Bakımverenle kurulan ilk ilişki, ilk bağ bireyin kişiliğinin oluşmasında ve sonraki dönem ilişkilerinde örnek teşkil etmesine öncülük etmekte olduğu bildirilmektedir. Daha sonraki dönemlerde ortaya çıkabilecek psikopatolojilere Bowlby'in kuramı ışık tuttuğu söylenmektedir(Tüzün ve Sayar, 2006). Bebek tarafından anneye yönelen saldırganlığın sebebini Abraham (1923), memeden kesmenin neticesi olduğunu söylemiştir (Erol, 2018).

Bowlby, kuramında annenin bebeğinin dış dünyaya açılabilmesi ve gerek duyduğunda güvenli liman olarak gördüğü ortama dönüşü sağlayabilmesine olanak sağlamasıdır. Bebek-anne arasında oluşacak güvenli bağlanmanın bebeğin sağlıklı psikolojik gelişimine katkı sağlayacağını bildirmiştir. Bowlby kesintiye uğramış ve doğru gelişemeyen bağın ileriki zamanlarda kişilik sorunlarına ve bilişsel zorluklara yol açabileceğinden bahsetmiştir (Tüzün ve Sayar, 2006). Bowlby yaptığı araştırmalarla bebeğin sadece fiziksel ihtiyaçların karşılanmasının değil sıcaklık ve yakınlık arayışı içinde olduğu ve bu kurduğu ilişkinin ileriki zaman ilişkileri için örnek teşkil ettiğinden söz etmiştir. Ergenlik ve çocukluk döneminde ortaya çıkan patolojilerin bu ilişkiden kaynaklandığından söz etmiştir(Soysal ve diğerleri, 2005).

Winnicott "birincil annelik meşguliyeti" ve "yeterince iyi anne" kavramları üzerinde durmuştur. Ona göre mükemmel annelik yoktur, bebeğin ihtiyaçlarını anlayan, ona karşı duyarlı olan ve bebeğe bunu verebilen yeterince iyi anne vardır. Sadece bebeğin fiziksel ihtiyaçları değil ilkel ihtiyaçlarına da karşılık verebilmesinin öneminden bahsetmiştir. İlk olarak bebek ben ve ötekinin ayrımını yapamamakta olup daha sonraları kucaklayıcı çevreyle birlikte dışarı açılabilir. Bu ortamın sağlanmasında yine anne etkilidir (Erol, 2018). Bebeğin ihtiyaçları yeterince karşılandığında bebek dış çevreye dış nesnelere yönelmeye başlar. Süreç ilk olarak geçiş nesnesiyle başlayıp daha sonraları çevredeki nesnelere devam edeceğinden söz etmiştir (Abrevaya, 2011). Çocuğun bağlı olduğu ilk nesnesinden sağlıklı bir

şekilde ayrılmasında önem taşıyan geçiş nesnesi, tıpkı anne üzerinde kontrolünün olduğunu düşündüğü gibi bu yanılısamayı bu nesne üzerinde tekrar etmektedir. Bu geçiş süreci sağlıklı bir şekilde ilerlemediğinde psikopatolojik durumlarla karşılaşılabilceği ve takıntı, fetişizm, bağımlılığın kökenini oluşturabileceğinden söz etmiştir (Akgül, 2016).

2.3.2 Memeden Kesme Yöntemleri ve Süreci

Bebeklerin sağlıklı büyümesi için emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi kadar süttten kesim de önemlidir. Doğal süttten kesme, bebek yeterli çeşit ve miktarda tamamlayıcı besin tükettiği vakit kendiliğinden başlayan bir süreçtir. Bebeklerin doğal olarak süttten kesilmesinin anne-bebek bağlanması üzerinde daha sağlıklı etkileri vardır (Miller ve Commons, 2010).

Hem bebeğın hem de annenin hazır olmasıyla başlayan bir süreç olduğu için bebek ve anne çifti için daha az travma yaratır. Bebek beslenme ihtiyaçlarını karşıladıkça emme sıklığı azalacak ve bebek kendiliğinden emmeyi bırakacaktır. Doğal süttten kesmenin önündeki en ciddi engellerden biri, annelerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmaması ve sürecin doğallıktan çıkarılarak yerini uygun olmayan geleneksel yöntemlere bırakmasıdır (Gürarlan Baş, Karatay ve Arıkan, 2018; Oflu, 2020)

2.3.2.1 Geleneksel Uygulamalar

Doğal memeden kesmenin önündeki en ciddi engellerden biri, annelerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmaması ve sürecin doğallıktan çıkarılarak yerini uygun olmayan geleneksel yöntemlere bırakmasıdır (Gürarlan Baş, Karatay ve Arıkan, 2018). Bu yöntemler, bebeğın bağlanma sürecinde çok önemli olan bir nesneyi uygunsuz bir şekilde ayırmaktadır. Türkiye’de çoğu annenin geleneksel uygulamaları kullandığı görülmektedir (Gürarlan Baş, Karatay ve Arıkan, 2018; Oflu, 2020).

Grueger, Canadian Paediatric Society ve Community Paediatrics Committee’nin (2013) yaptıkları derleme çalışmasında geleneksel memeden kesme süreçleri şu şekillerde ifade edilmiştir:

1. Planlı memeden kesmede annenin liderliği ve isteği söz konusudur. Anne, bebeğin hazırlık durumuna bakmadan, yeterli sütün olmaması, işe dönmek ve yeni bir hamilelik gibi nedenlerle bebeğini memeden kesmeye karar verir ve süreç gerçekleşir. Bu durum, bebeğin erken memeden kesme sürecine neden olabilir.
2. Bebek, emzirme grevine girebilir ve anne, bebeğin bu durumunu yanlış yorumlayıp bebeği tamamen memeden kesebilir. Emzirme grevi geçici olmakla birlikte, diş çıkarma, annenin beslenmesindeki değişikler, deodorant gibi ürünlerden kaynaklanabilir ve bebek, aniden memeyi kesebilir.
3. Ani veya acil memeden kesme sürecinde, zaman zaman anne ve bebeğin uzun süreli, plansız ayrılması veya annenin şiddetli hastalığı nedeniyle ani veya acil memeden kesmeye ihtiyaç vardır. Emzirme sırasında çok az ilaç kontrendike olmasına rağmen, birçok anneye uygunsuz bir şekilde ilaç verildiğinde memeden kesmeleri tavsiye edilmektedir.

Gürarlan Baş, Karatay ve Arıkan (2018) 2-5 yaş arası çocuğu olan 232 anneyle yaptıkları çalışmada annelerin memeden kesme için kullandıkları yöntemleri sorgulamışlardır. Anneler memeden kesme yöntemlerine kendi kendilerine karar verirken, sebepleri de şu şekilde sıralanmıştır:

- Emzirme süresinin yeterli olduğunu düşünmek
- Sütünün tükendiğini düşünme
- Çocuğun büyüdüğünü düşünmek
- Gebe kalma
- Çocuğun emzirmeyi bırakması
- Diğer (Ağrı, hastalık, aile üyesinin baskısı)

Katılımcıların %56,5 kadarı geleneksel yöntemleri kullanmaktadır ve geleneksel yöntemler şu şekilde sıralanmıştır:

- Kötü bir tat yaratmak için göğüs uçlarına domates sosu, kırmızıbiber, aloe vera ve tuz sürmek
- Göğüslere saç, pamuk ve bandaj koyarak tikslenme

- Korkunç bir görünüm elde etmek için göğüslere ruj, oje, kil veya kurum sürmek
- Emzik veya biberon kullanma

Katılımcıların emzirme süresi ortalaması diğer ülkelere göre daha yüksek görülmektedir ($19,00 \pm 7,11$ ay). Oflu (2020) da benzer şekilde 2-5 yaş arası çocuğa sahip annelerle memeden kesme yöntemi üzerine bir araştırma yapmıştır ve benzer bulgulara ulaşılmıştır. Memeden kesme sebepleri şu şekilde sıralanmıştır:

- Çalışmaya başlamak
- Uykusuz geceler geçirmek
- Sadece tamamlayıcı yiyeceklerin yeterli olduğunu düşünmek
- Sütünün yetersiz olduğunu düşünmek
- Emzirmekten yorulmak
- Gebe kalmak
- İlaç kullanımı
- Diğer

Katılımcıların %85,9'u geleneksel yöntemleri kullanmıştır ve yöntemler şu şekildedir:

- Bebeği ürkütme için meme uçlarına boya, ruj, oje sürmek
- Bebeği tiksindirmek için meme uçlarına salça, acı biber, tuz, limon suyu, diş macunu sürmek
- Meme uçlarını saç, pamuk, kıllar ve bandajlarla kaplamak
- Emzik veya biberon kullanmak
- Anneden ayırmak

Dinç, Dombaz ve Dinç (2015) de 6-18 aylık bebek annelerinin geleneksel memeden kesme yöntemi üzerine yaptığı çalışmasında benzer bulgulara rastlamıştır. Bahsedilen araştırmalarda katılımcıların çoğu, hiçbir sağlık uzmanına danışmadan kendi bildikleri doğrultusunda memeden kesme yöntemini kullanmışlardır.

2.3.2.2 Diğer Uygulamalar

Grueger, Canadian Paediatric Society ve Community Paediatrics Committee'nin (2013) yaptıkları derleme çalışmasına göre memeden kesme süreci mümkün olduğunca aşamalı bir süreç olmalıdır. Ani bir süttten kesilme bebek için travmatiktir, anne için rahatsız edicidir ve kanal tıkanıklığı, meme enfeksiyonu veya meme apseleri ile sonuçlanabilir.

Yavaş yavaş memeden kesme süreci, bebeğin 0-2 yaş aralığında emzirilirken kendi talebiyle diğer tamamlayıcı yiyecekleri almayı kabul ederek kademeli ilerleyen bir süreçtir ve bebek bu sürecin sonunda memeden kesilir. Annelerin emzirme ve memeden kesme süreçleri için sağlık uzmanlarına şunları önermişlerdir (Uğur ve diğerleri, 2018):

- Yaşamın ilk altı ayı boyunca sadece anne sütü ile beslenmeyi D vitamini takviyesi ile desteklemek
- Uygun beslenme rehberliği sağlarken iki yıla kadar ve daha uzun süre boyunca emzirmeye devam etmeye teşvik etmek.
- Annelere demir eksikliğinden kaçınmak için et, balık veya demir takviyeli tahıllar şeklinde demir takviyeli yiyecekleri ilk yiyecek olarak vermelerini önermek.
- Mümkün olduğunca yavaş, ilerleyen, doğal memeden kesmeyi tavsiye etmek.
- Süttten kesilme zamanına bakılmaksızın, bebekleri için yeterli beslenmeyi sağlarken emziren anneleri bilgilendirmek ve desteklemek.

2.3.3 Emzirme Sürecine Kuramsal Bakışlar

Emzirme sürecinin önemini vurgulayan farklı kurumlarda bulunmaktadır. Bu kısımda ilgili kuramlarla ilgili literatür bilgisi sunulacaktır.

2.3.3.1 Bağlanma Kuramı

Bu bölümde emzirme ve memeden kesme süreci kuramlar çerçevesinde ele alınacak olup ilk olarak bu süreçlerle ilgili bağlanma, nesne ilişkileri ve ayrılma-bireyleşme kuramlarından daha sonra bu süreçlerin bağlantılarından bahsedilecektir.

Bağlanma stili John Bowlby'nin bağlanma kuramından türetilen bir kavramdır ve bir kişinin yakın ilişkilerinde genellikle kişinin ebeveynleri, çocukları ve romantik partnerleri olan "bağlanma figürleri" ile ilişki kurmanın karakteristik yollarını ifade eder. Kavram, kişinin tehlikede olmadığında dünyayı özgürce keşfedebileceği güvenli bir üs olarak kullanım için bağlanma figürünün mevcudiyetinin yanı sıra sıkıntılı zamanlarda destek, koruma ve rahatlık arayabileceği güvenli bir sığınak olarak kullanılmasını içerir. Dünyanın keşfi yalnızca fiziksel dünyayı değil, aynı zamanda diğer insanlarla ilişkileri ve kişinin iç deneyimi üzerine düşünmeyi de içerir (Levy ve diğerleri, 2011).

Bağlanma teorisi, ebeveyn-çocuk ilişkisinin nasıl ortaya çıktığına ve sonraki gelişimi nasıl etkilediğine dair bir açıklama sağlar. Bağlanma, bir kişiyi diğerine zaman ve mekânda bağlayan derin ve kalıcı bir duygusal bağdır. Bağlanma, karşılıklı olmak zorunda değildir. Bir kişi karşılıklı olmayan bir şekilde bağlanma yaşayabilir. Bağlanma, çocuklarda üzüldüğünde veya tehdit edildiğinde bağlanma figürü ile yakınlık arama gibi belirli davranışlarla karakterizedir (Bowlby, 1969). 1930'larda John Bowlby, Londra'daki Çocuk Rehberlik Kliniğinde psikiyatrist olarak çalışmış ve burada duygusal açıdan rahatsız birçok çocuğu tedavi etmiştir. Bu deneyim, Bowlby'nin sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimleri açısından çocuğun annesiyle ilişkisinin önemini düşünmesine yol açmıştır. Spesifik olarak, anne ile erken bebek ayrılıkları ve daha sonra uyumsuzluk arasındaki bağlantı hakkındaki inancını şekillendirdi ve Bowlby'yi bağlanma teorisini formüle etmeye yöneltmiştir (McLeod, 2009).

Erken çocukluk döneminde gelişen anne-çocuk ilişkisini etkileyen kavramlardan biride bağlanmadır. Ebeveynin zihinsel temsiline sahip bir çocuk, ebeveyne güvenli bir şekilde bağlanacaktır; güvensiz bağlanma, böyle bir temsilin eksik olduğu durumlarda ortaya çıkar. Güvenli bir şekilde bağlanan bebek için ebeveyn, çevreyi keşfetmek için güvenli bir temel sağlar. Geç bebeklik döneminde

bağlanma güvenliği, erken anne bağı deneyimleriyle ilgisiz görünmektedir ve bağ kurmanın aksine, çocukluk boyunca kalıcı etkileri gösterilmiştir. Bağlanma kuramının temel bir bileşeni, bebeklerin kademeli olarak temel bağlanma figürü ile bir ilişki geliştirmesi ve bağlanma figürünün bebeğin ihtiyaçlarına duyarlılığının güvenli bir bağlanmanın kurulması için kritik bir faktör olabileceğidir (Bowlby, 1969).

Emzirme ve memeden kesme sürecine bağlanma kuramı çerçevesinden bakıldığında; Bowlby beslenmenin anne-bebek yakınlığını kolaylaştırabileceğini ve böylece hassas etkileşim için fırsat sağlayabileceğini kabul etmesine rağmen, klinik gözlemleri ne kendi kendine beslenmenin ne de meme veya biberon gibi beslemedeki bireysel farklılıkların bağlanma kalitesindeki bireysel farklılıklara katkıda bulunmadığı tahminlerine yol açtığı söylemektedir (Cassidy ve Shaver, 1999). Bağlanma teorisi, bu nedenle, emzirmenin önemi ile ilgili bağlanma kavramı ile çelişir: Bağlanmanın emzirme ile güçlendirildiği hissedilir, ancak bağlanmanın beslenme yönteminden bağımsız olarak ikili etkileşimin kalitesiyle desteklendiğine inanılmaktadır (Britton, Britton ve Gronwaldt, 2006; Fergusson ve Woodward, 1999).

Linde ve diğerleri (2020) emzirme ve bağlanma üzerine derleme çalışması yapmışlardır. Bildirilen bulgular başlangıç niteliğinde olsa da duyarlılık ve zihinselleştirme gibi diğer faktörlerin yanı sıra emzirme bebek bağlanmasının potansiyel bir yordayıcısı olarak düşünülebilir. Bununla birlikte, biberonla beslenen bebekler, bağlanma gelişiminde klinik açıdan anlamlı kısıtlamalar göstermiyor gibi görünmektedir. Anne bağlanması ve emzirmeyi inceleyen dört çalışmadan üçü, annenin güvenli bağlanması ile emzirme davranışı arasında önemli bir ilişki bulmuştur. Güvenli bağlanan anneler emzirmeyi daha sık başlatmış ve güvensiz bağlanan annelere göre biberonla emzirmeyi tercih etmiştir. Emzirme süresi için araştırmalar arasındaki bulgular tutarlılık göstermemiştir.

2.3.3.2 Nesne İlişkileri

Nesne ilişkileri kuramı, bilinçdışını oluşturan kişilerarası içeriği vurgulayarak önceki psikanalitik unsurlardan ayrılır. Kuram, bireyin kendisine ilişkin deneyiminin kaçınılmaz bir şekilde başkalarını deneyimleme şekliyle bağlantılı olduğu ve bu ortak deneyimlerin hem bilinçli hem de bilinçsiz zihinsel içerikleri yapılandırdığı varsayımına dayanmaktadır (Greenberg ve Mitchell, 1983).

Klein, hayatın ilk aylarından itibaren zihnin biyolojik temelli dürtüler ve kişilerarası alışverişlere odaklanan dürtülerle dolduğunu savunmuştur. Hareketler, ilişkilerle ilgili "ikili" hikâyeler anlatan, hoş veya caydırıcı deneyimlere odaklanan zihinsel görüntülere dönüştürülür. Klein, onları "iyi bir meme" (iyi bir nesne) veya "kötü bir meme" (kötü bir nesne) etrafında döndükleri şeklinde yorumlamaktadır (Gündoğan, 2016). Bu temsiller başlangıçta bölünerek bebeğin iyinin imajını korumasını ve kötü tarafından yok edilmesini önlemesini sağlar. Bu gelişimsel durum, Klein tarafından "paranoid-şizoid konum" olarak etiketlenmiştir. 6 aylık olduğunda çocuk karmaşık deneyimlere tahammül etmeyi ve kendini ve diğerlerini "hem iyi hem de kötü" olarak tanımayı öğrenir (Göka, Yüksel ve Göröl, 2006).

Bebek, kötü ve yıkıcı deneyimlerden daha fazla olumlu deneyimlere sahipse, kaygılarıyla artık daha iyi başa çıkabilen bebek, zihninde anne figürünü, memeyle sınırlandırmayarak, iyi ve kötü taraflarıyla bütün bir nesneye dönüştürür. Böylelikle, fiziksel ve zihinsel olarak meme ile devam eden bu sorunsuz yakınlık, doğumla beraber kaybedilen doğum öncesindeki anne bebek birliğini ve bu birlikle beraber gelen güven duygusunun oluşumunu belli ölçüde tekrar kurmaktadır (Epözdemir, 2014).

Emzirme ve Memeden kesme sürecine nesne ilişkileri çerçevesinden bakıldığında; anne memesinin iyi ve kötü olarak bölünmesi ve iki uçlu duyguların sevgi ve nefretin çatışmasında ve bunun neticesinde ortaya çıkan kaygıdan bahsedilmektedir (Klein, 1957). Anne bebeğin ihtiyaçlarına karşı yeterince duyarlı ve sinyalleri anlayıp bunlara karşılık verebiliyorsa bebek dışarıdan gelen tehlikelerden daha az etkilenir ama durum tam tersi ise bu sürecin aksamalara neden olacağını öngörülmüştür (Winnicott 1965). Bion, ilk dönem ilişkilerinde bebeğin annesiyle olan ilişkisini kapsayan ve kapsanan olarak tanımlamaktadır. Kapsayan

işlevi annenin bebekten aldığı bedensel ihtiyaçlar, sinyalleri alıp anlaşılır hale dönüştürerek bebeğe geri vermesidir (Bion, 1965). Bu bedensel duyumlardan emmek bebek için haz, sevgi ve iyi nesneyi(memeyi) içe almak ile eş olduğunu söylemiştir. Bebek için nesne olması gereken yerde ve olması gereken zamanda yok ise kötü nesneye dönüşerek ilk doyum ilişkisinden olumsuz deneyim ve haset duygusu ortaya çıktığı söylemektedir (Bion, 1967).

2.3.3.3 Ayrılma ve Bireyleşme

Mahler'in çalışmaları, öncelikle yaşamın ilk üç yılı içindeki anne-bebek etkileşimlerine odaklanmaktadır (Mahler, 1952; Mahler, 1968). Mahler'e göre, yaşamın ilk birkaç yılında gelişim aşamalarının başarılı bir şekilde tamamlanması, ayrılma ve bireyleşme ile sonuçlanır. Ayrılma, anneden zihinsel olarak içsel bir ayrılma sürecini ifade ederken, bireyleşme gelişen bir benlik kavramını ifade eder. Birbiriyle ilişkili olmasına rağmen, büyük ölçüde annenin çocuğa karşı tutumuna bağlı olarak birinin diğerinden daha fazla gelişmesi mümkündür (Mahler, Pine ve Bergman, 2008). Gelişim evreleri şu şekilde sıralanmıştır (Pine, 2004):

Normal otistik dönem: (0-1 ay): Yaşamın başlangıcında, bebek öncelikle kendine odaklanır, dış uyaranlarla ilgilenmez. Anne, bebeğin ayrı bir varoluştan yoksun içsel bir parçası olarak görülmektedir. Bu noktada öncelikli hedef, ihtiyaçların karşılanmasının bir dış kaynaktan gelebileceği anlayışından yoksun bir denge durumuna ulaşmaktır.

Normal simbiyotik dönem: (1-5 ay): Bu aşamada bebek, annenin varlığını belirsiz bir şekilde, benzersiz bir varlık olarak değil, ihtiyaç tatmininin ana kaynağı olarak kabul eder. Bebeğin fizyolojik ihtiyaçlarının karşılanması, psikolojik arzularla iç içe hale gelir ve bu nedenle gelecekteki ilişkilerin üzerine kurulacağı temel olarak hizmet eder. Sonraki aşamalarda başarılı bir ilerleme için hayati önem taşıyan şey, annenin bebeğin ihtiyaçlarına başarılı bir şekilde uyum sağlama yeteneğidir.

Ayrılma-Bireyleşme Aşaması: (5-36 ay) Bu son aşamada, örtüşen iki alanda önemli bir geçiş meydana gelir. Ayrılıkta bebek, benliğinin sınırlarına dair bir anlayış

geliştirir ve bu nedenle anne giderek bir birey olarak görülür. Bu arada, bireyleşme, bir benlik duygusunun gelişimini işaret eder. Bu, dört alt aşamadan oluşur:

Farklılaşma: (5-9 ay): Ana referans noktası anne olmaya devam etse de bebeğin birincil odağı içten odaklanmaktan dışarıya odaklanmaya dönüşmeye başlar. Bu dahili süreç, motor gelişiminde emekleme gibi artan ayrılmaya fiziksel olarak izin veren kilometre taşları ile örneklenir. Bebek, annesiyle simbiyotik olarak bütünleşmeye çalışmak yerine annesini keşfetmeye (örneğin nasıl görüldüğüne veya koktuğuna) giderek daha fazla ilgi duymaya başlar.

Uygulama: (9-14 ay): Ayrılma kapasitesi, özellikle yürüme olmak üzere artan otonom işlevlerle gelişmeye devam eder. Çocuk özgürce keşfedebilmesine rağmen, anneyi hala kendisiyle bütünleşmiş olarak görür ve böylece optimal bir mesafede kalarak çevresini keşfeder. Çocuğun keşfettiği dünyayla ilgili deneyimi, annenin tepkilerinden ve deneyimler korkutucu veya acı verici olduğunda yatıştırmaya hazır olmasından etkilenir.

Yakınlaşma (14-24 ay): Bu noktada çocuğun bağımsızlığını kazanma arzusu terk edilme korkusuyla gölgelenir. Bu nedenle, çocuk keşif yaparken bakıcıya yakınlığını korumaya çalışır. Bu aşama, istikrarlı bir benlik duygusunun gelişmesi için gereklidir. Bu, üç alt aşamayı içerir: Başlangıç aşamasında çocuk, deneyimlerini ve heyecanını paylaşmak için bakıcıya döner. Her şeye gücü yeten ve coşkulu, kapsayıcı bir suçlu vardır. Kriz aşamasında çocuk, güçlü ve kendine yeterli olma arzusuna karşı kendi sınırlarının farkındadır. Çocuk, bakıcıya fiziksel ve duygusal yakınlık veya bağımsızlık arasında seçim yapma konusunda belirsizlik yaşar. Bu aşama, öfke nöbetleri ve çaresizlik ile karakterizedir ve bu nedenle annenin duygusal mevcudiyetine duyulan ihtiyaç artar. Çözüm aşamasında ise çocuk, dil ve süperego gelişimi nedeniyle iki uç nokta arasında sağlıklı bir ortama ulaşır. Kriz iyi çözülmezse, aşırı tutunma veya kaçınma davranışında artış olacaktır.

Nesne değişmezliği (24-36 ay): Bu aşamanın başarıyla tamamlanması, fiziksel olarak ayrı olduklarında bile çocuğa bilinçsizce eşlik eden ve onu destekleyen annenin içselleştirilmiş bir zihinsel modelinin gelişimini işaret eder. Ek olarak, bir bireysellik duygusu gelişmeye başlar. İçselleştirilmiş modeldeki kararsızlık derecesi, sağlıklı bir benlik kavramının ve kendine güvenin oluşumunu ifade eder.

Emzirme ve memeden kesme sürecine ayrılma-bireyleşme kuramı çerçevesinden bakıldığında, kuramın temelinde aslında bir yas evresi içerdiğini (Madendağ, 2019) ve Mahler ayrılma ve bireyleşmeyi gelişim evreleri olarak tanımlamıştır. İlk evrede birleşik olduğu anneden ayrılma, ikinci evrede ise kendi bireysel karakterini kabul ettiğini söylemektedir. İlk olarak bebek anne memesini kendi parçası olarak algılamakta daha sonra bebek anneye tek bir olmadığının farkına varmaktadır. Gelişimsel yapı evrelerden birinde durduğunda çeşitli psikopatolojik durumlara yol açabileceğini söylemiştir (Pulat ve Sarıkaya, 2019). Mahler tarafından ayrılma-bireyleşme tanımlanmış olup bu süreçlerin bitmesiyle Blos, ergenliği ikinci ayrılma birleşme olarak tanımlamış ve bunu dönemsel gelişim olarak yorumlamıştır. Kimlik oluşumu, aileden uzaklaşma ve bağlanma ile ilgili sorunların bu dönemde depresyon ve intiharla ilişkisi bulunduğunu söylemiştir (Tamar ve Özbaran 2004).

2.3.4 Memeden Kesme Yöntemi ile İlgili Araştırmalar

Bu bölümde, memeden kesme ile ilgili çok fazla araştırma bulunmamakla birlikte yurt içi ve yurt dışı araştırmalara yer verilecektir. Gülkanat (2019) aile içinde şiddet gören annelerle, çocuklarında gözlemlenen depresif ve saldırgan belirtiler üzerine bir çalışma yapmıştır. Aniden süttten kesen annelerin, kendiliğinden süttten kesme yöntemini kullananlara göre, kadına yönelik şiddet düzeyi ölçeği, eylemler (şiddet eyleminde bulunma) alt boyutundan aldığı puan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde, aniden süttten kesenler, tiksindirerek kesenlere ve kendiliğinden olanlara göre, bebeklerine karşı daha endişeli ve ayrılığa hassastırlar. Son olarak, çocuğun depresif semptomları, annenin süttten kesme yöntemine göre anlamlı şekilde farklılaşmamıştır.

Stuebe ve diğerleri (2014) ABD'li kadınlarla yapılan boylamsal kohort araştırmalarında, annelerin yaklaşık yarısının erken, istenmeyen memeden kesme bildirdiğini bulmuşlardır. Sekiz anneden biri erken dönemde istenmeyen memeden kesmeyi, ağrı ve süt sağlama ile ilgili zorluklara atfedilen "bozulmuş laktasyon" nedeniyle gerçekleştirmiştir. Üniversite diploması olmayan genç, evli olmayan, çalışmayan kadınlar arasında bozulmuş emzirme yaygınlığının daha yüksek olduğu

bulunmuştur. Hem obezite hem de maternal depresyon semptomları, sosyodemografik karıştırıcılardan bağımsız olarak, bozulmuş laktasyon olasılığıyla ilişkilendirilmiştir.

Erken memeden kesme ile anneden ayırma prosedürü, erken yaşam ihmalinin bir modeli olarak yeni bir paradigmayı iki farklı türdeki laboratuvar fareleri üzerinde denemişlerdir. Erken memeden kesme ile anneden ayrılmanın yavru ölümlerinde veya hastalığında artış, kilo değişimi veya metabolik düzensizliklerle ilişkili olmadığını göstermişlerdir. Erken memeden kesme ile anneden ayrılmanın ardından, çeşitli davranışsal alanlarda değişiklikler gözlemlenmiştir. En önemlileri ise hiperaktivite, anksiyete ve depresif benzeri semptomlarda artış yaşamalarıdır. Dahası, test edilen iki tür, analiz edilen bazı ölçümlerde erken memeden kesme ile anneden ayrılma prosedürüne davranışsal tepkileri açısından farklılık göstermişler ve erken memeden kesme ile anneden ayrılmanın etkisine ek bir genetik faktörün olabileceğini düşündürmüştür (George ve diğerleri, 2010).

Brown ve Lee (2015) birinci aşamada 6-12 aylık, ikinci aşamada ise 18-24 aylık bebeği olan 299 anneyle, çocukların yeme davranışı üzerine boylamsal bir çalışma gerçekleştirmiştir. Bebek liderliğindeki bir yaklaşım kullanılarak süttten kesilen bebekler, standart bir yaklaşım kullanılarak süttten kesilenlere kıyasla önemli ölçüde doyunluğa daha duyarlı ve fazla kilolu olma olasılığı daha düşük bulunmuştur. Bebek liderliğinde memeden kesilen bebekler, düşük düzeyde yiyecek duyarlılığı (açlıktan bağımsız olarak gıda uyaranlarına yanıt olarak yemek yeme isteği) ve yüksek düzeylerde tokluk tepkisi (tokluk ile ilişkili olarak yiyecek alımını düzenleme yeteneği) ile ilişkilendirilmiştir.

3 YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Bu araştırmada 6-11 yaş aralığındaki çocuklarda memeden kesme yöntemine göre anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda nicel araştırma tekniklerinden “İlişkisel Tarama Modeli” yöntemi içerisinde grup içi karşılaştırma deseni ve gruplar arası karşılaştırma kullanılmıştır. Grup içi karşılaştırma deseninde araştırma bağımlı değişkenleri arasında ilişkiler incelenmiştir. Gruplar arası karşılaştırma deseninde ise araştırma bağımlı değişkenlerine etki ettiği düşünülen demografik değişkenler incelenmiştir (Karasar, 1995).

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Yapılan çalışmaya 95 kız ve 105 erkek olmak üzere toplam 200 çocuğunun ebeveyni katılmıştır. Pandemi sürecinden dolayı örnekleme 200 kişi oluşturmaktadır. Veriler online olarak toplanmıştır. Kartopu örnekleme yöntemi ile örnekleme toplama süreci yürütülmüştür. Çalışmaya katılımı tamamen gönüllülük esası göz önüne alınmıştır.

3.3 Veri Toplama Araçları

Yapılan çalışmada anket veri toplama tekniği kullanılmıştır. Hazırlanan anketin içerisinde demografik veri formu, emzirme-memeden kesme yöntemi formu, Anksiyete Ölçeği 6-17 Yaş Ebeveyn Formu, Depresyon Ölçeği 6-17 Yaş Ebeveyn Formu, Güçler ve Güçlükler Ölçeği 4-16 Yaş Ebeveyn Formu yer almaktadır. İlgili ölçek ve formlar için açıklayıcı bilgiler aşağıda verilmiştir.

3.3.1 Demografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan ve çocukların demografik özelliklerinin sorulduğu veri formudur. Form içinde çocukların cinsiyet, yaş, sınıf, boy, kilo bilgileri, doğum türü ve şekli, kardeş sayısı, doğum sırası, anne ve baba yaş-eğitim bilgileri, anne-baba birlikteliği ve akrabalık durumu, aile geliri gibi soruların yanında çocuğun tıbbi ya da psikolojik bir tedavi alıp almadığı, anne sütü kullanımı ve kullanım süresi gibi sorular yer almaktadır. Demografik veri formu Ek 1’de verilmiştir.

3.3.2 Memeden Kesme Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan ve annelerin çocuklarını memeden kesme sürecine dair soruların yer aldığı bilgi formudur. Form içinde emzirmeyi bırakma nedenleri, memeden kesme yöntemi, ek gıdaya başlama süresi, ek gıdaya geçiş biçimi ve ek gıdaya geçiş besini gibi sorular yer almaktadır. Uzman görüşü alınarak maddeler forma eklenmiştir. Memeden kesme formu Ek 2’de verilmiştir.

3.3.3 DSM 5 Düzey-2 Anksiyete Ölçeği 6-17 Yaş Ebeveyn Formu

Ölçek 6-17 yaş çocukların anksiyete düzeyinin belirlenmesi için geliştirilmiştir (APA, 2022). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Sapmaz, Erkuran, Karaarslan, Öztürk, Ülker, Demirgören ve Aydemir (2018) tarafından yapılmıştır. Ölçek beşli Likert tipinde (*1 = Hiç, 5 = Neredeyse Her Zaman*) 10 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte ters yönlü soru bulunmamaktadır. Yapılan çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,81 olarak hesaplanmıştır. Anksiyete Ölçeği 6-17 Yaş Ebeveyn Formu Ek 3’te verilmiştir.

3.3.4 DSM 5 Düzey-2 Depresyon Ölçeği 6-17 Yaş Ebeveyn Formu

Ölçek 6-17 yaş çocukların depresyon düzeyinin belirlenmesi için geliştirilmiştir (APA, 2022). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Sapmaz, Yalın, Kavurma,

Tanrıverdi, Öztekin, Koroğlu ve Aydemir (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçek beşli Likert tipinde (1 = *Hiç*, 5 = *Neredeyse Her Zaman*) 11 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan depresyon düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte ters yönlü soru bulunmamaktadır. Yapılan çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,84 olarak hesaplanmıştır. Depresyon Ölçeği 6-17 Yaş Ebeveyn Formu Ek 4'te verilmiştir.

3.3.5 Güçler ve Güçlükler Ölçeği 4-16 Yaş Ebeveyn Formu

Ölçek Goodman (1997) tarafından, çocuklardaki bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutlardaki sorunların ölçülmesi için geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemiz için uyarılma çalışması Güvenir, Özbek, Baykara, Arkar, Şentürk ve İncekaş (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçek üçlü Likert tipinde (1 = *Doğru Değil*; 3 *Kesinlikle Doğru*) 25 sorudan oluşmaktadır. Ölçek yaşanan sorunların duygusal sorunlar, davranışsal sorunlar, dikkat sorunları ve sosyal sorunlar olmak üzere dört boyutunu ölçmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan yaşanan sorunların da yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte ters yönlü soru bulunmamaktadır. Yapılan çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,63 olarak hesaplanmıştır. Güçler ve Güçlükler Ölçeği 4-16 Yaş Ebeveyn Formu Ek 5'te verilmiştir.

3.4 İşlem

Yapılacak araştırma için üniversite etik kurul onayı alındıktan sonra veri toplama sürecine geçilmiştir (Ek-6). Hazırlanan form ve ölçekler internet ortamına aktarılarak Google Forms üzerinden çevrimiçi veri toplama süreci başlatılmıştır. Katılımcılar gönüllü onamları alınarak çalışmada yer almıştır. Anket formunun doldurulması ortalama 10 dakikada tamamlanmıştır. Katılımcılardan elde edilen veriler tasnif edilerek verilerin analiz edilmesi için düzenlenmiştir.

3.5 Verilen Analizi

Elde edilen veriler SPSS.26 (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile analiz edilmiştir. Kişi ve yüzde dağılımının incelenmesinde frekans analizi, ölçek toplam puanlarının incelenmesinde betimleyici istatistik, iki değişken için ortalamalar arası farkın incelenmesinde Bağımsız Örnek t-Testi, üç ve daha fazla değişken için ortalamalar arası farkın incelenmesinde Tek Yönlü Varyans Analizi (Analysis Of Variance, ANOVA) ve değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.



4 BULGULAR

Bu kısımda, çalışmada elde edilen verilerin analizlerine yer verilecektir. Bulgular içinde araştırma örnekleminin tanıtılması ve karşılaştırma analizlerinin sunulması yer alacaktır.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri İçin Sayı ve Yüzde Dağılımı

Değişken	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kız	95	47,5
	Erkek	105	52,5
Yaş	6	39	19,5
	7	39	19,5
	8	40	20,0
	9	32	16,0
	10	22	11,0
	11	28	14,0
Sınıf	Anaokulu	37	18,5
	1. Sınıf	35	17,5
	2. Sınıf	40	20,0
	3. Sınıf	35	17,5
	4. Sınıf	25	12,5
	5. Sınıf	23	11,5
Anne eğitimi	6. Sınıf	5	2,5
	İlkokul	8	4,0
	Ortaokul	25	12,5
	Lise	74	37,0
	Üniversite	84	42,0
Baba eğitim	Yüksek lisans/doktora	9	4,5
	İlkokul	5	2,5
	Ortaokul	17	8,5
	Lise	76	38,0
	Üniversite	93	46,5
Anne-baba birlikteliği	Yüksek lisans/doktora	9	4,5
	Birlikte	189	94,5
Anne-baba akrabalığı	Boşanmış/Ayrı	11	5,5
	Var	16	8,0
Gelir	Yok	184	92,0
	4000 – 6000 TL	10	5,0
	6001 – 8000 TL	39	19,5
	8001 – 10000 TL	61	30,5
	10001 – 12000 TL	36	18,0
12001 TL ve üzeri	54	27,0	
Gebelik planı	Planlı	147	73,5
	Plansız	53	26,5
Gebelik dönemi rahatsızlık	Var	5	2,5
	Yok	195	97,5
Doğum şekli	Normal	82	41,0
	Sezaryen	118	59,0

Değişken	Kategori	n	%
Doğum zamanı	Zamanında	163	81,5
	Erken	30	15,0
	Geç	7	3,5
Doğum sonrası rahatsızlık	Var	7	3,5
	Yok	193	96,5
Çocukta hastalık	Var	11	5,5
	Yok	189	94,5
Çocukta psikiyatrik tedavi	Var	4	2,0
	Yok	196	98,0
Anne sütü alma	Evet	200	100,0
	Hayır	0	0
Toplam		200	100,0

Çalışmaya katılan ebeveynlerin çocukları için 95 kız (%47,5) ve 105 erkek (%52,5) olmak üzere 200 kişi bulunmaktadır. Yaş değişkeni için 6 yaşında 39 (%19,5), 7 yaşında 39 (%19,5), 8 yaşında 40 (%20,0), 9 yaşında 32 (%16,0), 10 yaşında 22 (%11,0) ve 11 yaşında 28 (%14,0) çocuk velisi katılmıştır. Anaokulunda okuyan 37 çocuk (%18,5) varken 1. sınıfa giden 35 çocuk (%17,5), 2. sınıfa giden 40 çocuk (%20,0), 3. sınıfa giden 35 çocuk (%17,5), 4. sınıfa giden 25 çocuk (%12,5), 5. sınıfa giden 23 çocuk (%11,5) ve 6. sınıfa giden 5 çocuk (%2,5) yer almaktadır. Anne eğitimi değişkeni için katılımcıların çoğunun lise (%37,0) ve üniversite (%42,0) eğitim durumunda olduğu görülmüştür. Baba eğitim durumu için de lise (%38,0) ve üniversite (%46,5) eğitim durumu ağırlıkta görülmüştür.

Katılımcıların büyük çoğunluğunda anne ve baba birliktedir (%94,5). Benzer şekilde katılımcıların %92'sinde anne-baba akrabalığı bulunmamaktadır. Maddi durumunu 4000-6000 TL belirten 10 kişi (%5,0), 6001-8000 TL belirten 39 kişi (%19,5), 8001-10000 TL beliren 61 kişi (%30,5), 10001-12000 TL belirten 36 kişi (%18,0) ve 12001 TL üzeri belirten 54 kişi (%27,0) bulunmaktadır. Katılımcıların %73,5'inde gebelik planlı bir şekilde gerçekleşmiştir. Gebelik dönemi rahatsızlığı olmayan 195 kişi (%97,5) vardır. Katılımcılar içinde çoğunlukla doğum zamanında (%81,5) gerçekleşmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunda doğum sonrası rahatsızlık olmamış (%96,5) ve çocuklarında hastalık (%94,5) bulunmamaktadır. Çocuğunda psikiyatrik tedavi olmayan 196 kişi (%98,0) vardır. Katılımcıların tamamı anne sütü almıştır (%100,0).

Tablo 4.2. Katılımcıların Memeden Kesme Bilgileri İçin Sayı ve Yüzde Dağılımı

Değişken	Kategori	n	%
Emzirme bırakma nedeni	Annenin hastalığından dolayı	4	2,0
	Annenin meme ucu/göğüs sorunu	3	1,5
	Annenin sütünün kesilmesi	24	12,0
	Annenin sütünün yetersiz olması	20	10,0
	Bebeğin biberona alışması	5	2,5
	Bebeğin emmek istememesi	22	11,0
	Bebeğin hastalığından dolayı	1	0,5
	Bebeğin yaşını doldurduğunu düşünmesi	48	24,0
	Bebeğin yeterli süre emzirdiğini düşünmesi	52	26,0
	Ek besine geçilmesi	4	2,0
	İşe başlama	9	4,5
	Yeni gebelik oluşması	8	4,0
	Memeden kesme yöntemi	Annenin çocuktan ayrı yatarak kesmesi	5
Annenin evden ayrılması		1	0,5
Azaltarak kesme		34	17,0
Biberonla ek besin		39	19,5
Çocuğu başka eve göndermek		1	0,5
Çocuk meme istediğinde başkasının çağırılması		1	0,5
Emzik kullanmak		1	0,5
Katı gıdaya başlatarak kesmek		4	2,0
Kendiliğinden bıraktı		37	18,5
Meme ucuna bir şey sürmek		77	38,5
Ek gıdaya geçiş	Biberonla	80	40,0
	BLW Yöntemi (bebek önderliğinde)	20	10,0
	Çatal- Kaşıkla	100	50,0
Ek gıdaya geçiş besini	İnek sütü/sulandırılmış inek sütü	8	4,0
	Katı gıdalar	16	8,0
	Mama	47	23,5
	Püre	76	38,0
	Sıvı gıdalar	53	26,5
Toplam		200	100,0

Anne hastalığı için 4 kişi (%2,0), anne meme ucu/göğüs sorunu için 3 kişi (%1,5), anne sütü kesilmesi için 24 kişi (%12,0), anne sütünün yetersiz olması için 20 kişi (%10,0), bebeğin biberona alışması için 5 kişi (%2,5), bebeğin emmek istememesi için 22 kişi (%11,0), bebeğin hastalığından dolayı 1 kişi (%0,5), bebeğin yaşını doldurduğunu düşünme için 48 kişi (%24,0), bebeğin yeterli süre emzirildiği düşüncesi için 52 kişi (%26,0), ek besine geçilmesi için 4 kişi (%2,0), işe başlama için 9 kişi (%4,5) ve yeni gebelik oluşması için 8 kişi (%4,0) bebeklerini emzirmeyi bırakmıştır. Annenin çocuktan ayrı yatması ile memeden kesen 5 kişi (%2,5) varken annenin evden ayrılması için 1 kişi (%0,5), azaltarak kesme için 34 kişi (%17,0),

biberonla ek besin ile kesen 39 kişi (%19,5), çocuğu başka eve göndererek kesen 1 kişi (%0,5), çocuğu meme istediğinde başkasının çağrılması ile kesen 1 kişi (%0,5), emzik kullanarak kesen 1 kişi (%0,5), katı gıdaya başlayarak kesen 4 kişi (%2,0), kendiliğinden bırakan 37 kişi (%18,5) ve meme ucuna bir şey sürerek bırakan 77 kişi (%38,5) vardır. Ek gıdaya biberonla geçen 80 kişi (%40,0) varken BLW yöntemiyle geçen 20 kişi (%10,0) ve çatal-kaşıkla geçen 100 kişi (%50,0) bulunmaktadır. İnek sütü/sulandırılmış inek sütü ile ek gıdaya geçen 8 kişinin (%4,0) yanında 16 kişi (%8,0) katı gıdalar ile, 47 kişi (%23,5) mama ile, 76 kişi (%38,0) püre ile ve 53 kişi (%26,5) sıvı gıdalarla geçiş yapmıştır.

Tablo 4.3. Ölçek Puanları için Betimleyici İstatistik Sonuçları

Ölçekler	Min	Max	\bar{x}	ss	Çarpıklık	Basıklık
Depresyon	11	38	23,74	6,62	-0,02	-0,75
Anksiyete	10	38	22,05	6,07	0,05	-0,52
Hiperaktivite	0	10	4,05	2,34	0,14	-0,43
Davranım sorunları	0	7	1,76	1,51	0,96	0,90
Duygusal sorunlar	0	9	2,83	2,05	0,40	-0,42
Akran sorunları	0	8	2,82	1,71	0,30	-0,49
Toplum yanlısı davranışlar	0	10	7,58	2,15	-0,82	0,25

Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülük Ölçeği alt boyut toplam puanları için en küçük-en büyük değerler olmak üzere puan ranjı, ortalama ve standart sapma değerleri tabloda verilmiştir. Ölçek ve alt boyutları için çarpıklık-basıklık değerlerinin $\pm 1,50$ aralığında bulunmuştur. Bu sonuca göre ölçek ve alt boyut puanlarının normal dağılım varsayımı sağladığı ve parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

Tablo 4.4. Cinsiyete Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülük Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek	Cinsiyet	n	\bar{x}	ss	$t_{(198)}$	p
Depresyon	Kız	95	24,82	6,03	2,206	0,029
	Erkek	105	22,77	7,00		
Anksiyete	Kız	95	22,36	5,82	0,681	0,497
	Erkek	105	21,77	6,31		
Hiperaktivite	Kız	95	4,07	2,38	0,107	0,915
	Erkek	105	4,04	2,32		

Davranım sorunları	Kız	95	1,62	1,47	-1,193	0,234
	Erkek	105	1,88	1,55		
Duygusal sorunlar	Kız	95	3,14	2,10	2,029	0,044
	Erkek	105	2,55	1,97		
Akran sorunları	Kız	95	2,62	1,60	-1,571	0,118
	Erkek	105	3,00	1,79		
Toplum yanlısı davranışlar	Kız	95	7,80	1,91	1,377	0,170
	Erkek	105	7,38	2,35		

Kız ve erkek çocukların depresyon ($t_{(198)}=2,206$; $p<0,05$) ve duygusal sorunlar ($t_{(198)}=2,029$; $p<0,05$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tablo geneli incelendiğinde, kız çocuklarının depresyon ve duygusal sorunlar puan ortalamalarının erkek çocuklardan yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4.5. Yaşa Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlkle Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek	Yaş	n	\bar{x}	ss	F _(5,194)	p
Depresyon	6 yaş	39	22,69	6,39	1,832	0,108
	7 yaş	39	22,00	6,69		
	8 yaş	40	23,75	6,88		
	9 yaş	32	24,88	6,32		
	10 yaş	22	23,73	6,76		
	11 yaş	28	26,36	6,23		
Anksiyete	6 yaş	39	22,36	6,13	0,610	0,692
	7 yaş	39	20,85	6,13		
	8 yaş	40	22,45	6,28		
	9 yaş	32	22,88	5,43		
	10 yaş	22	22,68	7,25		
	11 yaş	28	21,29	5,48		
Hiperaktivite	6 yaş	39	3,95	1,88	0,656	0,657
	7 yaş	39	3,95	2,31		
	8 yaş	40	4,15	2,64		
	9 yaş	32	4,53	2,63		
	10 yaş	22	4,27	2,23		
	11 yaş	28	3,50	2,35		
Davranım sorunları	6 yaş	39	1,74	1,67	0,062	0,997
	7 yaş	39	1,79	1,75		
	8 yaş	40	1,78	1,48		
	9 yaş	32	1,78	1,50		
	10 yaş	22	1,59	1,18		
	11 yaş	28	1,79	1,34		

Ölçek	Yaş	n	\bar{x}	ss	F _(5,194)	p
Duygusal sorunlar	6 yaş	39	2,41	2,01	1,493	0,194
	7 yaş	39	2,72	1,62		
	8 yaş	40	3,30	2,23		
	9 yaş	32	3,34	2,32		
	10 yaş	22	2,77	2,39		
	11 yaş	28	2,36	1,62		
Akran sorunları	6 yaş	39	2,72	1,85	0,608	0,694
	7 yaş	39	2,87	1,45		
	8 yaş	40	2,75	1,86		
	9 yaş	32	3,19	2,02		
	10 yaş	22	2,95	1,46		
	11 yaş	28	2,46	1,43		
Toplum yanlısı davranışlar	6 yaş	39	7,44	1,87	0,684	0,636
	7 yaş	39	7,44	2,48		
	8 yaş	40	7,88	2,11		
	9 yaş	32	7,25	2,42		
	10 yaş	22	7,41	2,17		
	11 yaş	28	8,07	1,76		

Yaş değişkenine göre çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülük Ölçeği alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Anne Eğitim Durumuna Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülük Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek	Eğitim	n	\bar{x}	ss	t ₍₁₉₈₎	p
Depresyon	Lise ve altı	107	24,37	6,61	1,444	0,150
	Üniversite ve üstü	93	23,02	6,60		
Anksiyete	Lise ve altı	107	22,35	6,25	0,738	0,461
	Üniversite ve üstü	93	21,71	5,88		
Hiperaktivite	Lise ve altı	107	4,17	2,07	0,732	0,465
	Üniversite ve üstü	93	3,92	2,63		
Davranım sorunları	Lise ve altı	107	1,90	1,32	1,430	0,154
	Üniversite ve üstü	93	1,59	1,70		
Duygusal sorunlar	Lise ve altı	107	3,04	1,95	1,540	0,125
	Üniversite ve üstü	93	2,59	2,14		
Akran sorunları	Lise ve altı	107	3,23	1,55	3,792	0,000
	Üniversite ve üstü	93	2,34	1,77		
Toplum yanlısı davranışlar	Lise ve altı	107	7,29	2,20	-2,062	0,041
	Üniversite ve üstü	93	7,91	2,06		

Anne eğitim durumu değişkeni analize uygun olması için yeniden kategorize edilmiştir. Anne eğitim durumuna göre çocuklar çocukların akran sorunları ($t_{(198)}=3,792$; $p<0,001$) ve toplum yanlısı davranışlar ($t_{(198)}=-2,062$; $p<0,05$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tablo geneli incelendiğinde, anne eğitim durumu lise ve altı olan çocukların akran sorunları puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksekken toplum yanlısı davranışlar puan ortalamaları anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.

Tablo 4.7. Baba Eğitim Durumuna Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlkle Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek	Eğitim	n	\bar{x}	ss	$t_{(198)}$	p
Depresyon	Lise ve altı	98	24,96	6,58	2,576	0,011
	Üniversite ve üstü	102	22,58	6,49		
Anksiyete	Lise ve altı	98	22,81	6,24	1,735	0,084
	Üniversite ve üstü	102	21,32	5,84		
Hiperaktivite	Lise ve altı	98	4,07	2,15	0,097	0,923
	Üniversite ve üstü	102	4,04	2,52		
Davranım sorunları	Lise ve altı	98	1,86	1,31	0,936	0,350
	Üniversite ve üstü	102	1,66	1,69		
Duygusal sorunlar	Lise ve altı	98	3,01	2,02	1,220	0,224
	Üniversite ve üstü	102	2,66	2,07		
Akran sorunları	Lise ve altı	98	3,26	1,51	3,635	0,000
	Üniversite ve üstü	102	2,40	1,79		
Toplum yanlısı davranışlar	Lise ve altı	98	7,47	2,13	-0,711	0,478
	Üniversite ve üstü	102	7,69	2,18		

Baba eğitim durumu değişkeni analize uygun olması için yeniden kategorize edilmiştir. Baba eğitim durumuna göre çocuklar çocukların depresyon ($t_{(198)}=2,576$; $p<0,05$) ve akran sorunları ($t_{(198)}=3,635$; $p<0,001$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tablo geneli incelendiğinde, baba eğitim durumu lise ve altı olan çocukların depresyon ve akran sorunları puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.8. Gelir Durumuna Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülük Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek	Gelir	n	\bar{x}	ss	$F_{(3,196)}$	p
Depresyon	4000 – 8000 TL	49	24,04	6,28	2,317	0,077
	8001 – 10000 TL	61	24,23	7,34		
	10001 – 12000 TL	36	25,33	6,36		
	12001 TL ve üzeri	54	21,87	5,97		
Anksiyete	4000 – 8000 TL	49	21,61	5,90	2,245	0,084
	8001 – 10000 TL	61	23,03	6,89		
	10001 – 12000 TL	36	23,25	6,01		
	12001 TL ve üzeri	54	20,54	4,97		
Hiperaktivite	4000 – 8000 TL	49	4,39	2,48	0,663	0,575
	8001 – 10000 TL	61	4,10	1,89		
	10001 – 12000 TL	36	4,00	2,28		
	12001 TL ve üzeri	54	3,74	2,71		
Davranım sorunları	4000 – 8000 TL	49	2,22	1,67	3,720	0,012
	8001 – 10000 TL	61	1,84	1,40		
	10001 – 12000 TL	36	1,72	1,72		
	12001 TL ve üzeri	54	1,26	1,18		
Duygusal sorunlar	4000 – 8000 TL	49	2,86	2,11	1,365	0,255
	8001 – 10000 TL	61	3,23	1,92		
	10001 – 12000 TL	36	2,56	1,99		
	12001 TL ve üzeri	54	2,54	2,15		
Akran sorunları	4000 – 8000 TL	49	3,41	1,63	7,381	0,000
	8001 – 10000 TL	61	3,15	1,72		
	10001 – 12000 TL	36	2,67	1,67		
	12001 TL ve üzeri	54	2,02	1,50		
Toplum yanlısı davranışlar	4000 – 8000 TL	49	7,12	2,14	1,926	0,127
	8001 – 10000 TL	61	7,46	2,41		
	10001 – 12000 TL	36	7,61	1,98		
	12001 TL ve üzeri	54	8,11	1,90		

Gelir durumu değişkeni analize uygun olması için yeniden kategorize edilmiştir. Gelir durumu kategorilerine göre çocukların davranım sorunları ($F_{(3,196)}=3,720$; $p<0,05$) ve akran sorunları ($F_{(3,196)}=7,381$; $p<0,001$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucunda temel farklılığın 12001 TL ve üzeri gelir kategorisinden kaynaklandığı görülmüştür. Tablo geneli incelendiğinde, gelir durumu 4000 – 8000 TL arası olan çocukların davranım sorunları ve akran sorunları puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksek gelir durumu 12001 TL ve üzeri olan çocukların anlamlı şekilde en düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 4.9. Gebelik Planına Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlkle Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek	Gebelik	n	\bar{x}	SS	$t_{(198)}$	p
Depresyon	Planlı	147	22,96	6,64	-2,843	0,005
	Plansız	53	25,92	6,12		
Anksiyete	Planlı	147	21,41	5,95	-2,523	0,012
	Plansız	53	23,83	6,12		
Hiperaktivite	Planlı	147	3,93	2,41	-1,238	0,217
	Plansız	53	4,40	2,13		
Davranım sorunları	Planlı	147	1,73	1,61	-0,316	0,753
	Plansız	53	1,81	1,19		
Duygusal sorunlar	Planlı	147	2,72	2,05	-1,253	0,212
	Plansız	53	3,13	2,04		
Akran sorunları	Planlı	147	2,77	1,71	-0,706	0,481
	Plansız	53	2,96	1,72		
Toplum yanlısı davranışlar	Planlı	147	7,53	2,17	-0,539	0,590
	Plansız	53	7,72	2,11		

Planlı ve plansız gebelik durumuna göre çocukların depresyon ($t_{(198)}=-2,843$; $p<0,01$) ve anksiyete ($t_{(198)}=-2,523$; $p<0,05$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tablo geneli incelendiğinde, plansız gebelik sonucunda doğan çocukların depresyon ve anksiyete puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.10. Doğum Şekline Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlkle Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek	Doğum şekli	n	\bar{x}	SS	$t_{(198)}$	p
Depresyon	Normal	82	24,27	6,61	0,931	0,353
	Sezaryen	118	23,38	6,64		
Anksiyete	Normal	82	22,10	6,02	0,092	0,927
	Sezaryen	118	22,02	6,13		
Hiperaktivite	Normal	82	3,94	2,06	-0,583	0,561
	Sezaryen	118	4,14	2,53		
Davranım sorunları	Normal	82	2,06	1,42	2,414	0,017
	Sezaryen	118	1,54	1,55		
Duygusal sorunlar	Normal	82	3,00	1,91	0,978	0,329
	Sezaryen	118	2,71	2,14		
Akran sorunları	Normal	82	2,96	1,70	0,989	0,324
	Sezaryen	118	2,72	1,72		
Toplum yanlısı davranışlar	Normal	82	7,41	2,23	-0,905	0,367
	Sezaryen	118	7,69	2,10		

Normal ve sezaryen doğuma göre çocukların davranım sorunları ($t_{(198)}=2,414$; $p<0,05$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tablo geneli incelendiğinde, normal doğum ile doğan çocukların davranım sorunları puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.11. Doğum Zamanına Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülük Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek	Doğum zamanı	n	\bar{x}	SS	$t_{(198)}$	p
Depresyon	Zamanında	163	23,79	6,66	0,207	0,836
	Geç/erken	37	23,54	6,56		
Anksiyete	Zamanında	163	21,96	5,96	-0,453	0,651
	Geç/erken	37	22,46	6,63		
Hiperaktivite	Zamanında	163	4,06	2,32	0,080	0,936
	Geç/erken	37	4,03	2,49		
Davranım sorunları	Zamanında	163	1,79	1,51	0,593	0,554
	Geç/erken	37	1,62	1,52		
Duygusal sorunlar	Zamanında	163	2,88	2,01	0,773	0,440
	Geç/erken	37	2,59	2,23		
Akran sorunları	Zamanında	163	2,91	1,75	1,533	0,127
	Geç/erken	37	2,43	1,50		
Toplum yanlısı davranışlar	Zamanında	163	7,46	2,14	-1,660	0,099
	Geç/erken	37	8,11	2,16		

Doğum zamanı değişkeni analize uygun olması için yeniden kategorize edilmiştir. Doğum zamanı değişkenine göre çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülük Ölçeği alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.12. Emzirme Bırakma Nedenlerine Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülük Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek	Bırakma nedeni	n	\bar{x}	SS	$F_{(5,194)}$	p
Depresyon	Annenin sütünün kesilmesi	24	21,92	6,39	2,770	0,019
	Annenin sütünün yetersiz olması	20	28,20	5,20		
	Bebeğin emmek istememesi	22	21,95	7,37		
	Bebeğin yaşını doldurduğunu düşünmesi	48	23,88	7,28		
	Bebeğin yeterli süre emzirdiğini düşünmesi	52	24,10	5,92		
	Diğer	34	22,85	6,23		

Ölçek	Bırakma nedeni	n	\bar{x}	ss	F_(5,194)	p
Anksiyete	Annenin sütünün kesilmesi	24	20,71	6,72	2,108	0,066
	Annenin sütünün yetersiz olması	20	25,70	5,80		
	Bebeğin emmek istememesi	22	20,32	6,13		
	Bebeğin yaşını doldurduğunu düşünmesi	48	21,96	5,96		
	Bebeğin yeterli süre emzirdiğini düşünmesi	52	22,19	5,39		
	Diğer	34	21,88	6,37		
Hiperaktivite	Annenin sütünün kesilmesi	24	4,67	2,79	0,462	0,804
	Annenin sütünün yetersiz olması	20	3,75	2,27		
	Bebeğin emmek istememesi	22	3,82	2,65		
	Bebeğin yaşını doldurduğunu düşünmesi	48	4,00	2,13		
	Bebeğin yeterli süre emzirdiğini düşünmesi	52	4,12	2,36		
	Diğer	34	3,94	2,19		
Davranım sorunları	Annenin sütünün kesilmesi	24	2,46	1,72	1,302	0,265
	Annenin sütünün yetersiz olması	20	1,75	1,59		
	Bebeğin emmek istememesi	22	1,82	1,97		
	Bebeğin yaşını doldurduğunu düşünmesi	48	1,69	1,49		
	Bebeğin yeterli süre emzirdiğini düşünmesi	52	1,58	1,35		
	Diğer	34	1,59	1,18		
Duygusal sorunlar	Annenin sütünün kesilmesi	24	2,83	2,01	0,602	0,698
	Annenin sütünün yetersiz olması	20	3,10	1,77		
	Bebeğin emmek istememesi	22	3,09	2,37		
	Bebeğin yaşını doldurduğunu düşünmesi	48	2,96	2,18		
	Bebeğin yeterli süre emzirdiğini düşünmesi	52	2,42	2,00		
	Diğer	34	2,94	1,94		
Akran sorunları	Annenin sütünün kesilmesi	24	3,00	1,59	0,693	0,630
	Annenin sütünün yetersiz olması	20	2,70	1,89		
	Bebeğin emmek istememesi	22	3,14	2,10		
	Bebeğin yaşını doldurduğunu düşünmesi	48	2,94	1,69		
	Bebeğin yeterli süre emzirdiğini düşünmesi	52	2,48	1,66		
	Diğer	34	2,91	1,52		
Toplum yanlısı davranışlar	Annenin sütünün kesilmesi	24	7,00	2,04	1,120	0,351
	Annenin sütünün yetersiz olması	20	7,30	2,23		
	Bebeğin emmek istememesi	22	7,64	2,11		
	Bebeğin yaşını doldurduğunu düşünmesi	48	7,50	2,50		
	Bebeğin yeterli süre emzirdiğini düşünmesi	52	8,12	1,68		
	Diğer	34	7,41	2,31		

Emzirme bırakma değişkeni analize uygun olması için yeniden kategorize edilmiştir. Emzirmeyi bırakma kategorilerine göre çocukların depresyon ($F_{(5,194)}=2,770$; $p<0,05$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucunda temel farklılığın annenin sütünün yetersiz olması kategorisinden kaynaklandığı görülmüştür. Tablo geneli incelendiğinde, anne sütü yetersiz olduğu için emzirmenin bırakıldığı çocuklarda depresyon puanı anlamlı şekilde en yüksekken anne sütünün kesilmesi ile emzirmenin bırakıldığı çocuklarda anlamlı şekilde en düşük görülmüştür.

Tablo 4.13. Memeden Kesme Yöntemine Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlkle Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek	Memeden kesme	n	\bar{x}	SS	$F_{(4,195)}$	p
Depresyon	Azaltarak kesme	34	20,26	5,88	7,322	0,000
	Biberonla ek besin	39	24,74	6,65		
	Kendiliğinden bıraktı	37	20,92	7,44		
	Meme ucuna bir şey sürmek	77	25,97	5,53		
	Diğer	13	24,69	6,17		
Anksiyete	Azaltarak kesme	34	18,94	5,13	6,454	0,000
	Biberonla ek besin	39	22,23	5,81		
	Kendiliğinden bıraktı	37	19,95	7,03		
	Meme ucuna bir şey sürmek	77	24,19	5,35		
	Diğer	13	22,92	5,59		
Hiperaktivite	Azaltarak kesme	34	4,00	2,51	0,734	0,570
	Biberonla ek besin	39	4,38	2,21		
	Kendiliğinden bıraktı	37	3,51	2,51		
	Meme ucuna bir şey sürmek	77	4,17	2,27		
	Diğer	13	4,08	2,33		
Davranım sorunları	Azaltarak kesme	34	1,32	1,41	1,507	0,202
	Biberonla ek besin	39	2,15	1,60		
	Kendiliğinden bıraktı	37	1,84	1,71		
	Meme ucuna bir şey sürmek	77	1,68	1,38		
	Diğer	13	1,92	1,55		
Duygusal sorunlar	Azaltarak kesme	34	1,97	1,78	2,929	0,022
	Biberonla ek besin	39	3,18	1,71		
	Kendiliğinden bıraktı	37	2,49	2,12		
	Meme ucuna bir şey sürmek	77	3,23	2,20		
	Diğer	13	2,62	1,89		

Ölçek	Memeden kesme	n	\bar{x}	ss	F _(4,195)	p
Akran sorunları	Azaltarak kesme	34	1,91	1,46	3,009	0,019
	Biberonla ek besin	39	3,03	1,53		
	Kendiliğinden bıraktı	37	3,00	2,11		
	Meme ucuna bir şey sürmek	77	3,00	1,55		
	Diğer	13	3,00	1,96		
Toplum yanlısı davranışlar	Azaltarak kesme	34	8,38	1,86	2,378	0,053
	Biberonla ek besin/mama veremeyve suyu-su	39	6,90	2,30		
	Kendiliğinden bıraktı	37	7,35	2,34		
	Meme ucuna bir şey sürmek	77	7,69	2,01		
	Diğer	13	7,54	2,26		

Memeden kesme yöntemi değişkeni analize uygun olması için yeniden kategorize edilmiştir. Memeden kesme yöntemi kategorilerine göre çocukların depresyon ($F_{(4,195)}=7,322$; $p<0,001$), anksiyete ($F_{(4,195)}=6,454$; $p<0,001$), duygusal sorunlar ($F_{(4,195)}=2,929$; $p<0,05$) ve akran sorunları ($F_{(4,195)}=3,009$; $p<0,05$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucunda temel farklılığın azaltarak memeden kesme kategorisinden kaynaklandığı görülmüştür. Tablo geneli incelendiğinde, azaltarak memeden kesilen çocukların depresyon, anksiyete, duygusal sorunlar ve akran sorunları puan ortalamaları anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur. Meme ucuna bir şey sürülerek memeden kesilen çocuklarda depresyon, anksiyete ve duygusal sorunlar puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksekken biberonla ek besin yöntemi ile memeden kesilen çocuklarda akran sorunları anlamlı şekilde en yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.14. Ek Gıdaya Geçiş Besinine Göre Çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülük Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki Farkın İncelenmesi

Ölçek	Geçiş besini	n	\bar{x}	ss	F _(2,197)	p
Depresyon	Mama	47	25,45	6,32	2,115	0,123
	Püre	92	23,07	6,30		
	Sıvı gıdalar	61	23,46	7,19		
Anksiyete	Mama	47	22,55	5,31	0,347	0,707
	Püre	92	21,68	6,19		
	Sıvı gıdalar	61	22,21	6,50		

Ölçek	Geçiş besini	n	\bar{x}	ss	F _(2,197)	p
Hiperaktivite	Mama	47	3,85	2,74	0,288	0,750
	Püre	92	4,07	2,26		
	Sıvı gıdalar	61	4,20	2,16		
Davranım sorunları	Mama	47	1,85	1,59	0,577	0,562
	Püre	92	1,63	1,44		
	Sıvı gıdalar	61	1,87	1,58		
Duygusal sorunlar	Mama	47	2,83	1,93	0,018	0,982
	Püre	92	2,80	2,23		
	Sıvı gıdalar	61	2,87	1,88		
Akran sorunları	Mama	47	2,91	1,64	0,409	0,665
	Püre	92	2,88	1,81		
	Sıvı gıdalar	61	2,66	1,61		
Toplum yanlısı davranışlar	Mama	47	7,68	1,81	0,231	0,794
	Püre	92	7,47	2,24		
	Sıvı gıdalar	61	7,67	2,29		

Ek gıdaya geçiş besinine değişkeni analize uygun olması için yeniden kategorize edilmiştir. Ek gıdaya geçiş besini değişkenine göre çocukların Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülük Ölçeği alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülük Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

		Depresyon	Anksiyete
Hiperaktivite	R	0,125	0,238**
	P	0,077	0,001
Davranım sorunları	R	0,103	0,078
	P	0,146	0,273
Duygusal sorunlar	R	0,351**	0,398**
	P	0,000	0,000
Akran sorunları	R	0,224**	0,135
	P	0,001	0,057
Toplum yanlısı davranışlar	R	0,008	-0,032
	P	0,915	0,655

** $p<0,01$

Yapılan korelasyon analizi sonucunda, anksiyete puanı ile hiperaktivite puanı arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,238$; $p<0,01$). Bu sonuca göre anksiyete puanı arttıkça hiperaktivite puanı da artacak veya anksiyete puanı azaldıkça hiperaktivite puanı da azalacaktır. Depresyon puanı ile akran sorunları puanı arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,224$; $p<0,01$). Bu sonuca göre depresyon puanı arttıkça akran sorunları puanı da artacak veya depresyon puanı azaldıkça akran sorunları puanı da azalacaktır.

Duygusal sorunlar puanı ile depresyon puanı arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,351$; $p<0,001$). Bu sonuca göre depresyon puanı arttıkça duygusal sorunlar puanı da artacak veya depresyon puanı azaldıkça duygusal sorunlar puanı da azalacaktır. Duygusal sorunlar puanı ile anksiyete puanı arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,398$; $p<0,001$). Bu sonuca göre anksiyete puanı arttıkça duygusal sorunlar puanı da artacak veya anksiyete puanı azaldıkça duygusal sorunlar puanı da azalacaktır.

Tablo 4.16. Depresyon Ölçeği, Anksiyete Ölçeği, Güçler ve Güçlülük Ölçeği Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları ile Araştırma Açık Uçlu Değişkenleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

		Depresyon	Anksiyete	Hiperaktivite	Davranım sorunları	Duygusal sorunlar	Akran sorunları	Toplum yanlısı davranışlar
Çocuğunun yaşı	r	0,183**	0,006	-0,012	-0,009	0,017	-0,011	0,056
	p	0,009	0,929	0,866	0,901	0,816	0,877	0,432
Anne yaşı	r	0,160*	0,048	-0,109	-0,034	0,051	-0,018	0,095
	p	0,023	0,501	0,123	0,630	0,471	0,801	0,181
Baba yaşı	r	-0,013	-0,054	-0,001	0,003	0,056	-0,032	0,037
	p	0,851	0,450	0,988	0,971	0,430	0,650	0,603
Kardeş sayısı	r	0,236**	0,164*	-0,029	0,020	0,119	0,056	-0,003
	p	0,001	0,020	0,687	0,774	0,093	0,435	0,963
Doğum sırası	r	0,098	0,096	-0,021	0,016	0,072	0,042	-0,001
	p	0,169	0,178	0,764	0,817	0,308	0,559	0,992
Boy	r	0,110	-0,034	-0,041	-0,001	0,009	0,023	0,059
	p	0,121	0,635	0,567	0,993	0,898	0,747	0,404
Kilo	r	0,079	-0,067	-0,112	-0,044	-0,085	-0,033	0,084
	p	0,267	0,345	0,114	0,537	0,232	0,644	0,237
Anne sütü alma (ay)	r	0,022	0,038	-0,013	-0,170*	-0,093	-0,096	0,165*
	p	0,755	0,590	0,860	0,016	0,190	0,178	0,020
Ek gıdaya başlama (ay)	r	-0,048	-0,008	0,050	0,066	0,051	0,044	-0,015
	p	0,499	0,913	0,481	0,351	0,473	0,535	0,832

*p<0,05; **p<0,01

Yapılan korelasyon analizi sonucunda, çocuğun yaşı ile depresyon puanı arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,183$; $p<0,01$). Bu sonuca göre çocuğun yaşı arttıkça depresyon puanı da artacaktır. Anne yaşı ile depresyon puanı arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,160$; $p<0,05$). Bu sonuca göre anne yaşı arttıkça depresyon puanı da artacaktır. Kardeş sayısı ile depresyon puanı arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,236$; $p<0,01$). Bu sonuca göre kardeş sayısı arttıkça depresyon puanı da artacak kardeş sayısı azaldıkça depresyon puanı da azalacaktır.

Kardeş sayısı ile anksiyete puanı arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,164$; $p<0,05$). Bu sonuca göre kardeş sayısı arttıkça anksiyete puanı da artacak kardeş sayısı azaldıkça anksiyete puanı da azalacaktır. Anne sütü alma süresi ile davranım sorunları puanı arasında negatif yönde, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-0,170$; $p<0,05$). Bu sonuca göre anne sütü alma süresi arttıkça davranım sorunları puanı azalacaktır. Diğer yandan anne sütü alma süresi ile toplum yanlısı davranışlar puanı arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,165$; $p<0,05$). Bu sonuca göre anne sütü alma süresi arttıkça toplum yanlısı davranışlar puanı da artacaktır.

5 TARTIŞMA

Bu kısımda çalışmada elde edilen bulguların literatür çalışmaları ile tartışılmasına yer verilecektir.

5.1 Demografik Bilgilere İlişkin Bulguların Tartışılması

Yapılan karşılaştırma analizleri sonucunda, kız çocuklarının depresyon ve duygusal sorunlar puan ortalamalarının erkek çocuklardan yüksek bulunmuştur. Elde edilen bulgular literatür ile uyumludur. Literatür bulguları incelendiğinde kızların duygusal sorunları erkeklerde daha sık yaşaması bu durumu açıklar niteliktedir (Ünal vd. 2002). Ayrıca kızların daha çok ilişki ve duygu yönelimli olmaları da yaşadıkları duygusal sorunlarda etkili bir parametre olarak bilinmektedir (Koyun, Taşkın ve Terzioğlu, 2011). Ayrıca davranışçı ve feminist kuramlara göre, kızların buldukları sosyal konumlarındaki güçsüzlük nedeni ile de daha fazla güçlkle karşılaşmakta ve bu güçlüklerden erkeklere oranla daha fazla etkilenmektedir (Nolen-Hoeksema, Larson ve Grayson, 1999). Başka bir çalışmada ise ergenlik döneminde kızların yaşadıkları fiziksel değişim, cinsel olgunluğa erişme, kişilik kazanımı gibi değişikliklerin kızları erkeklere oranla daha fazla etkilediği ve depresyonla ilişkili olduğu aktarılmıştır (Kayahan, Altıntoprak, Karabilgin ve Öztürk, 2003). Akdeniz ve Gönül (2004) ise çalışmalarında kızların üreme olaylarının depresyonun görülmesinde etkili olduğunu bildirmiştir. Özellikle regl dönemlerindeki hormonal değişimlerin bu süreçte etkili olduğu aktarılmıştır.

Cinsiyet değişkeni için elde edilen bulguların yanında anne ve baba eğitiminin çocukların yaşadıkları duygusal ve davranışsal sorunlar üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur. Anne ve baba eğitiminin yüksek olması koruyucu bir etki göstermektedir. Bu bulgu da literatür çalışmaları ile paralellik göstermektedir. Ebeveynlerin eğitim düzeylerinin artması ile çocuklarına yönelik tutumlarında farkındalık düzeyi de değişmiş olabilir. Bu bağlamda ebeveynler çocukları üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerin daha çok farkına vararak dikkat göstermiş olabilirler (Metin, Ünlü ve Kaşkaya, 2017). Bunun yanında artan eğitim düzeyine bağlı olarak başa çıkma tutumları ve problem çözme becerilerinde de artış

görülebilmektedir. Bu durum da çocuklarının yaşadıkları ya da çocukları ile yaşadıkları sorunlara yönelik daha aktif ve etkili çözüm yolları üretmeleri noktasında yardımcı olabilir (Özel, 2009).

Gelir seviyesinin düşük olması çocukların yaşadıkları davranım ve akran sorunlarında etkili bulunmuştur. Bu sonuçlar literatür çalışmaları ile uyumlu bulunmuştur. Maddi durum bireylerin ihtiyaçlarını karşılamaması noktasında önemli bir parametredir. Tatlıoğlu (2015) çalışmasında maddi durumun bireyin amaçlarına ulaşma noktasında imkân sağladığını vurgulamıştır. Bu amaçlara ulaşmada yaşanan olumsuzlar da bireyde içsel ve sosyal çatışmalara neden olabilir. Maddi durum yetersizliğine bağlı olarak ihtiyaçların karşılanamaması birey için olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Deci ve Ryan, 2008). Biswas-Diener ve Tamir (2004) ise çalışmalarında maddi durumun yaşam standartlarını arttırdığını aktarmıştır. Ancak istenen standartlara ulaşmama noktasında bireylerin mevcut durumlarını farklı yorumlamalarına ve olumsuz düşüncelere yönelmelerinde etkili olabilir. Yeterli yaşam standartlarına ulaşamamanın sonucunda, bireyin kendi içinde değerlendirmeleri ve sosyal kıyaslamaları da psikolojik sağlığı bu noktada etkileyebilir.

Maddi durum değişkeni için elde edilen bulguların yanında, gebeliğin plansız olması çocukların depresyon ve anksiyete düzeylerine etki etmektedir. Plansız gebelik sonucu doğan çocukların depresyon ve anksiyete puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Elde edilen bulgular literatür çalışmaları ile benzer görülmüştür. Plansız gebelik yaşayan annelerin psikolojik sorunlar yaşadığı bilinmektedir (Khajehi, 2015). Benzer şekilde başka çalışmalarda plansız gebelik sonucunda kadınların depresif semptomlar gösterdiği aktarılmıştır (Bahk, 2015, Karamustafa, 2017). Bu psikolojik sorunların çocuklar üzerinde yansımalarının görülmesi de olasıdır. Buldur ve Göcen (2021) ise plansız gebeliğin beraberinde uyum ve düzenleme zorluklarını aktarmıştır. Anne kendisini ve ailesini bu süreçte uyum sağlamakla çaba harcarken yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunların çocuğa yansıdığı düşünülebilir.

5.2 Memeden Kesme Yöntemi ve Nedenlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Anne sütü yetersiz olduğu için emzirmenin bırakıldığı çocuklarda depresyon puanı anlamlı şekilde en yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte azaltarak memeden kesilen çocukların depresyon, anksiyete, duygusal sorunlar ve akran sorunları puan ortalamaları anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur. Ayrıca elde edilen başka bir korelasyon bulgusunda, anne sütünü alma süresi arttıkça davranım sorunlarının azalması ve toplum yanlısı davranışların artması da anne sütünün çocuğun psikolojik gelişimi için önemini göstermektedir. Literatür çalışmaları incelendiğinde çalışma bulgularımıza paralel sonuçların yer aldığı görülmektedir. George ve diğerleri (2010) erken ve ani memeden kesme yöntemleri sonucunda çocuklarda hiperaktivite, anksiyete ve depresif benzeri semptomlar görüldüğünü aktarmıştır. Gülkanat (2019) da çalışmasında benzer bulguları aktarmıştır.

Psikanaliz için psikoseksüel gelişim evrelerinden ilki olan oral dönem için cinsel dürtüler ve açlık dürtüsünün doyurucu nesnesi anne memesi olarak görülmektedir. Freud (1905) bebeğin karnını doyururken dudak hareketleri ile de haz aldığını aktarmıştır. Çocuk için ilk sevgi nesnesi olan anne memesi yaşamın ilerleyen yıllarında başka nesnelere aranmaktadır. Bu nedenle memeden kesme sürecindeki olumsuzluklar bilinçdışı düzlemde yerini almaktadır (akt. Kutlu, 2014). Azaltarak süttten kesme bebeğin emmesinin sonlandırılmasında etkili bir yöntem olarak görülebilir. Bu süreç hem annenin hem de bebeğin süttten kesilme noktasında hazır olunmasını sağlamaktadır. Böylelikle süreç anne ve bebek için daha az travmatize edici olabilmektedir (Gürarlan Baş, Karatay ve Arıkan, 2018). Bu sonuç çocuğun katlanabileceği ölçüde ihtiyaçların ertelenmesi ile de açıklanabilir. Winnicott'ın yeterince iyi annelik kavramı içinde, annenin bebeğin meme ihtiyacını katlanabileceği ölçüde yetersizlik anları yaşatması olarak görülebilir. Diğer yöntemler içinde bebeğin katlanamayacağı ölçüde bir anda süttten kesilme olurken bu durum için söz konusu olmamaktadır (Tükel, 2011). Bununla birlikte, Winnicott ise emzirme sürecine farklı bir bakış sunmaktadır. Emzirme sürecinde bebek memeyi kendinden bir parça olarak algılamaktadır. Bu memeyi kendisinin yarattığına dair bir tümgüçlülük yanılmasına neden olmaktadır. Anne memeyi ihtiyaç durumlarında vermesi ile bu yanılmayı sürdürmektedir. Ancak bu ihtiyacın giderilmesinde ve sonlandırılmasında yaşanan durumlar tümgüçlülük yanılmasıyla sekteye neden

olabilmektedir. Winnicott tümgüçlülük yanılmasıının benlik oluşumu için gerekli olduğunu savunmuştur. Yaşanan olumsuzlukların da benlik yapılanmasında sorunlara neden olabileceği düşünülebilir (Tathan, 2014).

Emzirme süreci anne-bebek bağlanma fenomeni için de önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Emzirmenin başlanması, sürdürülmesi ve durdurulması şu hâlde bağlanma üzerinde etkili olabilmektedir. Emzirme sürecinin sağlıklı sürdürülmesi ve benzer şekilde sağlıklı memeden kesme çocukların güvenli ve güvensiz bağlanma stilleri geliştirmelerinde etkili görülmüştür (Linde vd., 2020). Emzirme süreci bebeğin anne ile sağlıklı ve güçlü bir bağlanma oluşturmaktadır. Bebek kendini güvende hissetmekte ve temel ihtiyacının karşılanması ile kendini anneye daha yakın hissetmektedir. Bu nedenle emzirmenin bırakılma yöntemi de bebeğin geliştirdiği bağlanma üzerinde yapıcı ve bozucu etkiler gösterebilir (Britton, Britton ve Gronwaldt, 2006).

Nesne ilişkileri okulu için de emzirme süreci bebeğin dünyayı algılamasında ve psikolojik büyüme sürecinde değerli bir yere sahiptir. Doğumdan sonraki ilk zamanlar gerek fizyolojik gerek psikolojik ihtiyaçların karşılanmasına meme önemli bir figürdür. Bu dönemde bebek için ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmaması noktasında iyi meme ve kötü meme olarak ikili düşünce biçimi görülmektedir. Bu bağlamda memeden kesme sürecindeki olumsuzluklar veya yanlış tutumlar bebeğin kendisini ve dünyayı algılamasındaki bu ikili düşünme biçimine etki ettiği söylenebilir (Shahar, 2015). Memeden kesme başka bir boyutta da ayrılmanın gerçekleştiği evredir. Mahler, özellikle memeden kesilen bebekte bireyselliğin ilk adımlarının atıldığını aktarmıştır (Mahler, Pine ve Bergman, 2008). Bu süreç bebeğin anneden bağımsız olduğu ve ihtiyaçlarının karşılanmasında anne memesinden başka kaynakların olduğunun fark edilmesi sürecidir. Bebeğin benlik duygusunun geliştiği bu evrenin sağlıklı bir şekilde yürütülmesi çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik gibi ilerleyen yıllarda psikolojik sağlığa etki edebilmektedir (Pine, 2004).

Mahler gibi, Lacan da memeden kesilme sürecini psikolojik gelişme için bir adım olarak görülmektedir. Ona göre bu süreç özne kurulumu olarak tanımlanmış ve histeri-obsesyon gibi nevrotik sorunların temeli olarak görülmüştür. Lacan memeden kesilme sürecinde bebeğe yaşatılan kaygı ve stresin, çocukta farklı mekanizmaların kullanılmasına neden olduğunu aktarmıştır. Bu noktada bebek ayrılma sürecinde

annenin bir parçası olmayı arzularak histerik bir nevroz geliştirebilir. Bunun yanında memenin annenin parçası olduğunu tamamıyla reddetme sonucunda da obsesif bir nevroz gelişebilir. Sürecin sağlıklı ve çocuğun yararı gözetilerek sonlandırılması şu noktada nevrotik sorunların temelini oluşturduğu düşünülmektedir (Atmaca, 2017). Bion da kapsayıcı annelik işlevlerini tanımladığı kuramında anne-bebek ilişkisinde annenin bebeğin ihtiyaçlarının farkına varması ve bunları gidermesinin önemini vurgulamıştır. Ayrıca çocuklarda görülen davranış sorunları ile kapsayıcı annelik işlevleri arasındaki ilişkiyi de aktarmıştır (Zabcı ve Erol, 2021).

5.3 Korelasyon Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çocuğun yaşı ve anne yaşı arttıkça depresyon puanında anlamlı artış görülmüştür. Bu sonuç geçen zamana bağlı olarak çocuğun büyümesi ile açıklanabilir. İlgili bulgu çocukların yaşla birlikte yaşadıkları sorunlarla paralel incelenebilir (Tamar ve Özbaran, 2004). Bu sonuç literatür çalışmaları ile desteklenmektedir. Fidan (2011) çocuklarda okulla ilgili sorunların daha çok 6-11 yaşlar arasında gözlendiğini aktarmıştır. Bununla birlikte zamanla okul korkusu yaşanması, öğrenme güçlükleri, zekâ gerilikleri, dikkat eksikliği belirtileri gibi durumların da bu zaman aralığında fark edilmesi çocuklardaki depresyon düzeyini de açıklar niteliktedir. Bununla birlikte akran sorunları ve arkadaş edinme noktasında olumsuzluklar da yaşın artması ile birlikte duygusal sorunlarda etkili olabilir (Lewis, 2002). Bu sonuçların olası bir diğer açıklaması ise ilköğretim yıllarında yaşanan zorbalık davranışı ile açıklanabilir. Çocuklar bu dönem için zorba ve mağdur olmaya yönelik risk altındadır. Özellikle mağduriyet noktasında yaşananlar ve bu mağduriyetin zamanla devam etmesi ile birlikte olumsuz başa çıkma becerileri çocuğun duygu durum sorunlarında etkili olabilir (Bayraktar, 2006).

Kardeş sayısı arttıkça çocuklardaki depresyon ve anksiyete düzeyinin arttığı görülmüştür. Elde edilen bu bulgu literatür ile uyumlu bulunmuştur (Çetinkaya, Nur, Ayvaz, Özdemir ve Kavakcı, 2009; Deniz, Yorgancı ve Özyeşil, 2009). Kardeş sayısının artması neden olduğu kalabalık ortam çocuğun hissettiği ilgi ve alanının azalmasına neden olmuş olabilir. Çocuk yeterli sevgi göremediğini hissetmekle duygusal karmaşaya girebilir (Aydın, Çiftçi ve Karataş, 2015). Bunun beraberinde

farklı düşüncelerin oluşması ve olumsuz duyguların artması da olası görülmektedir. Artan kardeş sayısı bir yandan kişinin rekabet etmesi gereken birey sayısında da artışa neden olacaktır. Çocuk kendini göstermek ve ön plana çıkma noktasında kardeşleri ile yarış içine girebilir. Bu yarışın kazanılmadığını düşünme ve başarısız olunması da sevilmediği, yetersiz ve olduğu başarısız olduğu gibi çarpık bilişler sonrasında depresyon ve anksiyete gibi bozuklukların temelini oluşturabilir (Işık ve Çetin, 2015). Kardeş sayısının artmasına bağlı olarak aile ekonomisinin bölünmesi söz konusu olabilmektedir. Bir noktada da gelirlerin ihtiyaçları karşılamasında sorunlar görülebilir. Bu durum da bireylerin duygu durumlarını olumsuz etkileyebilir (Temel, Bahar ve Çuhadar, 2007).



6 SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Yapılan çalışma sonucunda elde edilen bulgular, emzirmeyi bırakma nedenleri ve memeden kesme yöntemlerinin 6-11 yaş çocuklardaki duygusal ve davranışsal sorunlar üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. Bu durum ise anne-çocuk etkileşiminin çocuk üzerindeki etkilerine yönelik literatür bulgularını desteklemekle birlikte yeni ve güncel bir katkı sunmuştur. Ayrıca 6-11 yaş çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarına etki eden demografik değişkenlerin de incelenmesi gerek ebeveynler gerekse uzmanlara önemli bilgiler aktarmıştır.

6.2 Öneriler

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular anneler, uzmanlar ve ilerleyen çalışmalar için birtakım öneriler sunmaktadır. Anne sütü alma süresi ile davranım sorunları arasındaki pozitif ilişki ve azaltarak memeden kesilen çocuklarda depresyon, anksiyete, duygusal sorunlar ve akran sorunları puan ortalamaları anlamlı şekilde en düşük bulunması sonucunda, annelerin emzirmeyi bırakma ve memeden kesme süreçlerinde daha dikkatli ve bilinçli olmaları önerilmektedir. Ayrıca sürece dair eğitimler, okuma ve içerik takiplerinin de faydalı olacağı düşünülmektedir. Özellikle bu süreçler dahilinde kulaktan doğma ve geleneksel yöntemlerin dışında daha profesyonel ve çocukların yararını gözeten uygulamaların sağlıklı olacağı göz önüne alınabilir. Doğum sonrası anneler ile çalışma yapan uzmanların da annelere bu noktada gerekli bilgi ve birikimleri aktarması faydalı olacaktır. Ayrıca kurum ve kuruluşlarda bu bağlamda verilecek eğitici seminer ve toplantıların yapılması da etkili olabilir. Annelerin yanlış bildikleri doğruların ve gerçekten yanlış olan uygulamaların da bu eğitimlerde saptanması ve daha sağlıklı olanları ile iyileştirilmesi de değerli görülmektedir.

İlerleyen çalışmalar için ise öneriler özellikle memeden kesme süreci öncesi ve sonrasını içine alan boylamsal çalışmaların alana daha farklı katkılar sunacağı yönündedir. Boylamsal çalışmalarla ilgili fenomenin etkileri da geniş bir zaman diliminde ve farklı açılardan gözlemlenebilir. Ancak bu tür çalışmalarda

araştırmacının gözlemlerinin ve klinik bulguların da sürece dahil edilmesi elde edilecek bulguların güvenilirliği ve bilimselliğine pozitif katkı sunabilir. Son olarak memeden kesme sürecinde sadece annelerin çalışmalara dahil edilmesinin yanında babanın bu süreçteki rol ve tutumlarının da etkilerinin araştırılması faydalı olabilir. Baba rolünün bu geçiş dönemindeki etkilerinin incelenmesi ocuk-baba etkileşimine dair değişik sonuçları da literatüre kazandırabilir.

6.3 Kısıtlılıklar

Yapılan alışma için anket veri toplama tekniğinin tercih edilmesi katılımcılara erişim noktasında kısıtlılık yaratmıştır. Benzer şekilde 6-11 yaş örneklem seçilmesi ve katılımcıların çalışmada yer alma noktasındaki gönülsüzlükleri de örneklem sayısının geniş tutulması noktasında kısıtlılık yaratmıştır. Ebeveynlerin kendileri ve çocukları için objektif, içten ve samimi yanıtlar vermedikleri düşüncesi de çalışmanın bir diğer kısıtlılığı olarak karşımıza çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

- Abela, J. R. (2001). The hopelessness theory of depression: A test of the diathesis–stress and causal mediation components in third and seventh grade children. *Journal of abnormal child psychology*, 29(3), 241-254.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological review*, 96(2), 358.
- Abrevaya, E. (2011). Winnicott'un kuramında regresyon. *Psikanaliz Yazıları*, 23, 63-69.
- Abrevaya, E. (2013). Ölü anne karmaşası. *Psikanaliz Yazıları*, 27, 85-94.
- Akdeniz, F., & Gönül, A. S. (2004). Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(Supp: 2), 70-74.
- Akgül, A. (2016). Yıpranan Nesne, Kaybolan Benlik: Fikrimin İnce Gülü Üzerine Psikanalitik Bir İnceleme1. *Monograf*, (5), 151-171.
- Albayrak, E. Ö., & Ceylan, M. E. (2004). Depresyon etiolojisinde nörobiyolojik etkenler. *Düşünen Adam*, 17(1), 27-33.
- APA, (2022). DSM-5-TR Online Assessment Measures. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures> 05.08.2022 tarihinde erişildi.
- APA, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM 5)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Aral, N., & Başar, F. (1998). Çocukların kaygı düzeylerinin yaş, cinsiyet, sosyo ekonomik düzey ve ailenin parçalanma durumuna göre incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 22(110).
- Atmaca, S. (2017). Lacan'ın özne kurulum yaklaşımına göre obsesyon nevrozu. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 4(1), 14-25.
- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. In *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (s. 6-34). New York: The Guilford Press.
- Aydın, D., Çiftçi, E. K., & Karataş, H. (2015). Sokakta çalışan çocukların depresyon durumlarının belirlenmesi. *The Journal of Pediatric Research*, 2(1), 31-36.

Bağ, Ö., Yaprak, I., Halıcıoğlu, O., Parlak, Ö., Harputluoğlu, N., & Astarıcıoğlu, G. (2006). Annelerin anne sütü hakkındaki bilgi düzeyi ve sadece anne sütü ile beslenmeyi etkileyen psikososyal faktörler. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 16(2), 63-70.

Bahk, J., Yun, S. C., Kim, Y. M., & Khang, Y. H. (2015). Impact of unintended pregnancy on maternal mental health: A causal analysis using follow up data of the Panel Study on Korean Children (PSKC). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1-12.

Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 327.

Bayraktar, F. (2006). İlköğretimde zorbalık ve kurban olma: Ergenlik öncesi çocuklarda zorbaların, kurbanların, zorba/kurbanların ve katılmayan grubun karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Bülteni*, 38, 43-58.

Bernstein, G. A., Layne, A. E., Egan, E. A., & Nelson, L. P. (2005). Maternal phobic anxiety and child anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 19(6), 658-672.

Bhatia, M. S., & Goyal, A. (2018). Anxiety disorders in children and adolescents: Need for early detection. *Journal of postgraduate medicine*, 64(2), 75.

Bilaç, Ö., Ercan, E.S., Uysal, T., & Aydın, C. (2014). Prevalence of anxiety and mood disorders and demographic characteristics of elementary school students. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25, 171-182.

Bion, W. (1965). *Transformations*. London: Karnac Books.

Bion, W., (1967). *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. London: Karnac Books.

Birmaher, B., & Heydl, P. (2001). Biological studies in depressed children and adolescents. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 4(2), 149-157.

Biswas-Diener, R., & Dean, B. (2007). *Positive Psychology Coaching Putting the Scientific Happiness to Work for Your Clients*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Bora, A. (2019). *Okul Öncesi Eğitime Devam Eden Çocukların Kaygıları ile Ebeveynlerinin Kaygıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Burdur, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Bowlby J. (1969). *Attachment. Attachment and loss*. New York: Basic Books.

Britton, J. R., Britton, H. L., & Gronwaldt, V. (2006). *Breastfeeding, Sensitivity, and Attachment*. *Pediatrics*, 118(5), 1436-1443.

Brown, A., & Lee, M. D. (2015). Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatric obesity*, 10(1), 57-66.

Buldur, A. H., & Göcen, G. (2021). Plansız Gebelik Sürecindeki Kadınların Dini, Manevi ve Psikolojik Durumlarının İncelenmesi. *Journal of Values Education*, 19(42), 337-374.

Campbell, W. N., Missiuna, C., & Vaillancourt, T. (2012). Peer victimization and depression in children with and without motor coordination difficulties. *Psychology in the Schools*, 49(4), 328-341.

Caspi, A., Henry, B., McGee, R. O., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1995). Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: From age three to age fifteen. *Child development*, 66(1), 55-68.

Caspi, A., Sugden, K., Moffi, T. E. et al. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386-389.

Cassidy, J., & Shaver, P. R. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Rough Guides.

Cervone, D., & Pervin, L. A. (2015). *Personality: Theory and research*. John Wiley & Sons.

Craske, M. G., Poulton, R., Tsao, J. C., & Plotkin, D. (2001). Paths to panic disorder/agoraphobia: an exploratory analysis from age 3 to 21 in an unselected birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(5), 556-563.

Çelik, F. H., & Hocaoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.

Çetin, S., & Topaloğlu, Y. (2020). Türk romanında bilinçdışı ve rüya.

Çetinkaya, S., Nur, N., Ayvaz, A., Özdemir, D., & Kavakcı, Ö. (2009). Sosyoekonomik durumu farklı üç ilköğretim okulu öğrencilerinde akran zorbalığının depresyon ve benlik saygısı düzeyiyle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 151-158.

Çubuk, B. (2020). Covid-19 ile Gelen Kayıp Nesne, Yas ve Depresyon. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(21), 90-99.

Dallar, Y., Erdeve, Ş. S., Çakır, İ., & Köstü, M. (2006). Obezite, çocuklarda depresyon ve özgüven eksikliğine neden oluyor mu. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48(1), 1-3.

Davidson, R. J., Pizzagalli, D., Nitschke, J. B., & Putnam, K. (2002). Depression: perspectives from affective neuroscience. *Annual review of psychology*, 53(1), 545-574.

Davies, P., & Windle, M. (2001). Interparental discord and adolescent adjustment trajectories: The potentiating and protective role of intrapersonal attributes. *Child development*, 72(4), 1163-1178.

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2008). Hedonia, Eudaimonia and Well-Being: An Introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1-11

Demirbağ, E. (2013). *Depresyonun sağaltımında sorun çözme eğitiminin etkililiği* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Deniz, M. E., Yorgancı, Z., & Özyeşil, Z. (2009). Öğrenme güçlüğü görülen çocukların sürekli kaygı ve depresyon düzeylerinin incelenmesi üzerine bir araştırma. *İlköğretim Online*, 8(3), 694-708.

Dinç, A., Dombaz, İ., & Dinç, D. (2015). 6-18 ay arası bebeği olan annelerin emzirme ve anne sütüne ilişkin geleneksel uygulamaları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 125-130.

Eley, T.C., Deater-Deckard, K., Fombonne, E. (1998). An adoption study of depressive symptoms in middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 337-345.

Elizabeth, J., King, N., Ollendick, T. H., Gullone, E., Tonge, B., Watson, S., & Macdermott, S. (2006). Social anxiety disorder in children and youth: A research update on aetiological factors. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 151-163.

Epözdemir, H. (2014). *Seri Evlilik Yapan Bireylerin İlk ve İkinci Evliliğini Yapmış Bireyler ile Nesne İlişkileri, Yansıtmacı Özdeşleşim, Savunma Mekanizmalarının Düzeyi, Psikolojik Belirtiler ve İlişki Doyumu Açısından Karşılaştırılması: Nesne İlişkileri Çift Terapisi Modeli Çerçevesinde Bir İnceleme* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Erbaş, M. M., Karahan, T. F., & Uzun, T. (2020). Sokakta çalışan çocukların yalnızlık ve depresyon düzeylerinin ebeveyn durumları açısından incelenmesi: İstanbul örneği. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(1), 233-249.

Erol, E. (2018). *Çocuk Depresif Semptom Ölçeği Geliştirme Çalışması*. (Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Feldman, R., Granat, A. D. I., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 919-927.

Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (1999). Breast feeding and later psychosocial adjustment. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 13(2), 144-157.

Fidan, Y. T. (2011). Bir çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerin ruhsal belirtileri ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(1), 1-8.

Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *American journal of preventive medicine*, 31(6), 104-125.

George, E. D., Bordner, K. A., Elwafi, H. M., & Simen, A. A. (2010). Maternal separation with early weaning: a novel mouse model of early life neglect. *BMC neuroscience*, 11(1), 1-14.

Gerçekler, G. Ö., Dijle, A. Y. A. R., Özdemir, Z., & Bektaş, M. (2018). Çocuk Anksiyete Skalası-Durumluluk ve Çocuk Korku Ölçeğinin Türk Diline Kazandırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1), 9-13.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.

Goodyer, I. M., Herbert, J., Tamplin, A., & Altham, P. M. E. (2000). Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 499-504.

Göka, E., Yüksel, F. V., & Göral, F. S. (2006). İnsan ilişkilerinde yansıtımlı özdeşim. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 46-54. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(1), 20-27.

Göker, Z., Güney, E., Dinç, G., Hekim, Ö., & Üneri, Ö. Ş. (2015). Çocuk ve ergenlerde anksiyete ile ilişkili bozuklukların klinik ve demografik özellikleri: Bir yıllık kesitsel bir örneklem. *Klinik Psikiyatri*, 18(1), 7-14.

Gray, L. B., Weller, R. A., Fristad, M., & Weller, E. B. (2011). Depression in children and adolescents two months after the death of a parent. *Journal of affective disorders*, 135(1-3), 277-283.

Greenberg, J., & Mitchell, S. A. (1983). Object relations in psychoanalytic theory. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Grueger, B., Canadian Paediatric Society, & Community Paediatrics Committee. (2013). Weaning from the breast. *Paediatrics & child health*, 18(4), 210-210.

Gülkanat, G. (2019). *Aile içi şiddet mağduru annelerin kapsayıcı işlevleri ile çocukların depresif semptomları ve saldırgan davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Gündoğan, H. (2016). Nesne İlişkileri Kuramı Çerçevesinden Borderline (Sınır) Kişilik Örgütlenmesine Bakış: Vaka Örneği ile Psikoterapi Sürecinin Yorulanması. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 3(2), 1-16.

Gürarlan Baş, N., Karatay, G., & Arıkan, D. (2018). Weaning practices of mothers in eastern Turkey. *Jornal de pediatria*, 94(5), 498-503.

Güvenir, T., Özbek, A., Baykara, B., Arkar, H., Şentürk, B., & İncekaş, S. (2008). Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 15, 65-74.

Hayward, C., Wilson, K. A., Lagle, K., Killen, J. D., & Taylor, C. B. (2004). Parent-reported predictors of adolescent panic attacks. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(5), 613-620.

Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568-1578.

Hill, C., Waite, P., & Creswell, C. (2016). Anxiety disorders in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 26(12), 548-553.

Işık, E., & Çetin, Z. (2015). Kardeş İstismarı: Tanımı, Nedenleri ve Kardeş İlişkisi ile Kardeş İstismarının Ayrılan Yönleri. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 28-40.

Karamustafa, F.C. (2017). *Postpartum depresyonda evlilik doyumu ve benlik saygısının incelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Karasar, N. (1995). Bilimsel araştırma yöntemi: Kavramlar, ilkeler, teknikler. İstanbul: Anı Yayıncılık.

Kayahan, B., Altıntoprak, E., Karabilgin, S., & Öztürk, Ö. (2003). On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(4), 208-219.

Khajehei, M. (2015). Mental health of perinatal women. *World Journal of Obstetrics and Gynecology*, 4(2), 46-51.

Koyun, A., Taşkın, L., & Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 67-99.

Kraemer, H.C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together?: Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors . *American Journal of Psychiatry*, 158, 848-856.

Krain, A. L., & Kendall, P. C. (2000). The role of parental emotional distress in parent report of child anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 328-335.

Kremer, P., Elshaug, C., Leslie, E., Toumbourou, J. W., Patton, G. C., & Williams, J. (2014). Physical activity, leisure-time screen use and depression among children and young adolescents. *Journal of science and medicine in sport*, 17(2), 183-187.

Kupfer, D. J. (2015). Anxiety and DSM-5. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 245.

Kurt, D. G., & Yıldız, E. Ç. (2017). Kişilik kuramları gerçek yaşamdan kişilik analizi örnekleriyle. *Pegem Atıf İndeksi*, 1-608.

Kutlu, H. (2014). *Okul öncesi kurumuna devam eden 5 yaş grubu çocukların saldırganlık eğilimleri üzerinde anne baba tutumu etkisinin psikanalitik kuram çerçevesinde incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 193-203.

Lewis, G., Rice, F., Harold, G. T., Collishaw, S., & Thapar, A. (2011). Investigating environmental links between parent depression and child depressive/anxiety symptoms using an assisted conception design. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(5), 451-459.

Lewis, M. E. (2002). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of general psychiatry*, 57(9), 859-866.

Linde, K., Lehnig, F., Nagl, M., & Kersting, A. (2020). The association between breastfeeding and attachment: A systematic review. *Midwifery*, 81, 102592.

Lonigan, C. J., Vasey, M. W., Phillips, B. M., & Hazen, R. A. (2004). Temperament, anxiety, and the processing of threat-relevant stimuli. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 8-20.

Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M., & Dadds, M. R. (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behaviour change*, 18(1), 36.

Madendağ, G. (2019). Salman Akhtar (2018). Göç ve Kimlik, Kargaşa, Sağaltım ve Dönüşüm. *Göç Dergisi*, 6(2), 273-278.

Mahler, M. S. (1952). On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychoses. *The psychoanalytic study of the child*, 7(1), 286-305.

Mahler, M. S. (1967). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(4), 740-763.

Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (2008). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Routledge: Basic Books.

Max, J. E., Keatley, E., Wilde, E. A., Bigler, E. D., Schachar, R. J., Saunders, A. E., ... & Levin, H. S. (2012). Depression in children and adolescents in the first 6 months after traumatic brain injury. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 30(3), 239-245.

McLeod, S. (2009). Attachment theory. *Simply psychology*. www.simplypsychology.org/attachment.html, 1 Mart 2021 tarihinde erişildi.

Memiş, T. (2019). *Ebeveynleri boşanmış ve ebeveynlerden birini kaybetmiş çocuklarda depresyon ve davranışsal sorunlar* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Merikangas, K. R. (2005). Vulnerability factors for anxiety disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 14(4), 649-679.

Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Dierker, L., & Grillon, C. (1999). Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1523-1535.

Metin, Ö., Ünlü, İ., & Kaşkaya, A. (2017). Çocukların değer ulaşımına ebeveyn eğitim durumunun etkisi. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2017(8), 150-159.

Miller, P. M., & Commons, M. L. (2010). The benefits of attachment parenting for infants and children: A behavioral developmental view. *Behavioral Development Bulletin*, 16(1), 1-10.

Monk, C. S., Telzer, E. H., Mogg, K., Bradley, B. P., Mai, X., Louro, H. M., ... & Pine, D. S. (2008). Amygdala and ventrolateral prefrontal cortex activation to masked angry faces in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *Archives of general psychiatry*, 65(5), 568-576.

Muris, P., & Ollendick, T. H. (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical child and family psychology review*, 18(2), 151-169.

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 77(5), 1061.

Oflu, A. (2020). Weaning Practices of Turkish Mothers: A Mixed-Model Research. *Breastfeeding Medicine*, 15(2), 109-113.

Özakkaş, T. (2014). *Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.

Özel, M. (2009). *Ergenlerin denetim odaklarına ve algıladıkları ebeveyn çocuk yetiştirme tutumuna göre karar verme biçimlerinin incelenmesi: Darıca ilçesi örneği* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Özer, D., Kocabıyık, A., Girgin, V., & Demiraslan, P. (2002). Ergenlerde depresyon: Epidemiyoloji, klinik görünüm, komorbidite, seyir, komplikasyonlar. *Düşünen Adam*, 15(2), 90-96.

ÖZER, İ. Ö. (2018). Bağlanmanın doğal sonucu: Ayrılma kaygısı. *Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1), 125-134.

Parman, T. (2003). Bir psikanalist: Wilfred Ruprecht Bion. *Psikanaliz Yazıları*, 7, 119-127.

Pine, D. S., Guyer, A. E., & Leibenluft, E. (2008). Functional magnetic resonance imaging and pediatric anxiety. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(11), 1217.

Pine, F. (2004). Mahler's Concepts of "Symbiosis" and Separation-Individuation: Revisited, Reevaluated, Refined. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52(2), 511-533.

Pulat, F., & Sarıkaya, M. E. (2019). *İnsanı Anlamanın Tarihi: Klasik Eserlerin İzinde Psikoterapi Pratiği*. İstanbul: Kanon Kitap.

Rector, N. A., Bourdeau, D., Kitchen, K., & Joseph-Massiah, L. (2016). *Anxiety disorders: An information guide*. Canada: Camh, Centre for Addiction and Mental Health.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour research and therapy*, 24(1), 1-8.

Rice, F., Harold, G. T., & Thapar, A. (2002b). Assessing the effects of age, sex and shared environment on the genetic aetiology of depression in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 1039-1051.

Rice, F., Harold, G., & Thapar, A. (2002a). The genetic aetiology of childhood depression: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 65-79.

Robbins, P. R. (2009). *Understanding depression (2. Ed.)*. USA North Carolina: McFarland.

Rockhill, C., Kodish, I., DiBattisto, C., Macias, M., Varley, C., & Ryan, S. (2010). Anxiety disorders in children and adolescents. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 40(4), 66-99.

Rodriguez, C. M. (2003). Parental discipline and abuse potential affects on child depression, anxiety, and attributions. *Journal of Marriage and Family*, 65(4), 809-817.

Rueter, M. A., Scaramella, L., Wallace, L. E., & Conger, R. D. (1999). First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and parent-adolescent disagreements. *Archives of General Psychiatry*, 56(8), 726-732.

Sapmaz, Ş. Y., Erkuran, H. Ö., Karaarslan, D., Öztürk, M., Ülker, G. Y., Demirgören, B. S., & Aydemir, Ö. (2018). Validity and reliability of the Turkish version of DSM-5 level 2 anxiety scale (child form for 11-17 years and parent form for 6-17 years). *Archives of Neuropsychiatry*, 55(2), 152-156.

Sapmaz, Ş.S., Yalın, N., Kavurma, C., Tanrıverdi, B. U., Öztekin, S., Köroğlu, E., & Aydemir, Ö. (2017). DSM-5 Düzey 2 Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Güvenilirliği ve Geçerliliği (11-17 Yaş Çocuk Formu ve 6-17 Yaş Ebeveyn Formu). *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 6(1), 15-21.

Sarısoy, G. (2016). Winnicott'ın Gerçek Benlik ve Sahte Benlik Kavramlarının Bir Vaka ve Terapi İlişkisi Bağlamında İncelenmesi. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 3(1), 1-15.

Schiele, M. A., ve Domschke, K. (2017). Epigenetics At The Crossroads Between Genes, Environment and Resilience İn Anxiety Disorders. *Genes, Brain and Behavior*, 17(3).

Shimada-Sugimoto, M., Otowa, T., & Hettema, J. M. (2015). Genetics of anxiety disorders: genetic epidemiological and molecular studies in humans. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 69(7), 388-401.

Soysal, A. Ş., Bodur, Ş., İşeri, E., & Şenol, S. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 8(2), 88-99.

Spruit, A., Goos, L., Weenink, N. ve diğ. (2020). Çocuklarda ve Ergenlerde Bağlanma ve Depresyon İlişkisi: Çok Düzeyli Bir Meta-Analiz. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 23, 54–69.

Stone, L. L., Otten, R., Soenens, B., Engels, R. C., & Janssens, J. M. (2015). Relations between parental and child separation anxiety: The role of dependency-oriented psychological control. *Journal of child and family studies*, 24(11), 3192-3199.

Stuebe, A. M., Horton, B. J., Chetwynd, E., Watkins, S., Grewen, K., & Meltzer-Brody, S. (2014). Prevalence and risk factors for early, undesired weaning attributed to lactation dysfunction. *Journal of Women's Health*, 23(5), 404-412.

Tamar, M., & Özbaran, B. (2004). Çocuk ve ergenlerde depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2(1), 84-92.

Tatar, A., Bildik, T., Özmen, H. E., Saltukoğlu, G., & Astar, M. (2016). Çocuklar için Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği'nin Türkçe'ye Çevirisi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi.

Tathan, E. (2014). Winnicott'ın Nesne İlişkileri Kuramı ile Somatoform Bozuklukların İncelenmesi: Ağrı Bozukluğu Vakası. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 1(3), 17-28.

Tathan, E. (2014). Winnicott'ın Nesne İlişkileri Kuramı ile Somatoform Bozuklukların İncelenmesi: Ağrı Bozukluğu Vakası. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 1(3), 17-28.

Tatlıhoğlu, K. (2015). Üniversite öğrencilerinin aylık gelir ve harcama düzeyi ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Bingöl Üniversitesi örneği). *Electronic Journal of Social Sciences*, 14(55), 1-15

Temel, E., Bahar, A., & Çuhadar, D. (2007). Öğrenci hemşirelerin stresle baş etme tarzları ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5), 107-118.

Tosun, Ü., & Zorlu, A. (2019). İlkokul 3. sınıf öğrencilerinin kaygı ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Folklor/Edebiyat*, 25(97), 744-780.

Tuzcuoğlu, S., & Korkmaz, B. (2001). Psikolojik danışma ve rehberlik öğrencilerinin boyuneğici davranış ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 14(14), 135-152.

Tükel, R. (2011). Bebek ve anne arasındaki mekânda öznenin yaratılması: Winnicott'un çalışmalarına bir bakış. *Psikanaliz Yazıları*, 23, 15-34.

Tüzün, O., & Sayar, K. (2006). Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam*, 19(1), 24-39.

Uğur, H. G., Şahin, A., Aydın, D., & Kabadaş, E. (2018). Determination of traditional methods used by mothers to wean their infants from breast-feeding. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası= Journal of Ankara University Faculty of Medicine*, 71(3), 217.

Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y. E., & Kırılı, S. (2002). Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*, 5(1), 8-15.

Van den Oord, E. J., Boomsma, D. I., & Verhulst, F. C. (1994). A study of problem behaviors in 10- to 15-year-old biologically related and unrelated international adoptees. *Behavioral Genetics*, 24, 193-205.

Van Grootheest, D. S., Bartels, M., Van Beijsterveldt, C. E., Cath, D. C., Beekman, A. T., Hudziak, J. J., & Boomsma, D. I. (2008). Genetic and

environmental contributions to self-report obsessive-compulsive symptoms in Dutch adolescents at ages 12, 14, and 16. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(10), 1182-1188.

van Os, J., Jones, P., Lewis, G., Wadsworth, M., & Murray, R. (1997). Developmental precursors of affective illness in a general population birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 54(7), 625-631.

Winnicott, D. W. (1955). The depressive position in normal emotional development. *British Journal of Medical Psychology*, 89-100. doi:<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1955.tb00884.x>

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock.

World Health Organization (WHO). Exclusive breastfeeding, 28/02/2021 http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/.

Yarapsanlı, B. (2011). *Çocuklarda depresyon belirtilerinin yordanmasında yaşanmış olumsuz olaylar, algılanan anne-baba tutumu, öğrenilmiş çaresizlik ve umutsuzluğun rolü* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yıldız, İ., & Gölbaşı, Z. (2019). Sivas İlinde Annelerin Emzirmeyi Sonlandırmak İçin Kullanılan Geleneksel Yöntemleri Bilme ve Kullanma Durumlarının İncelenmesi.

Zabcı, N., & Erol, E. (2021). 3-7 Yaş Çocukların Depresif Belirtileri İle Annelerinin Kapsayıcı İşlevleri Arasındaki İlişki. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 8(3), 510-534.

EKLER

Ek 1- Demografik Veri Formu

1. Çocuğunuzun cinsiyeti?

() Kız

() Erkek

2. Çocuğunuzun yaşı?

() 6

() 7

() 8

() 9

() 10

() 11

3. Çocuğunuz Kaçınıc Sınıfa Gidiyor?

() Anaokulu

() 1. sınıf

() 2.sınıf

() 3. sınıf

() 4. sınıf

() 5.sınıf

() 6.sınıf

4. Annenin Yaşı:

5. Babanın Yaşı:

6. Annenin Eğitim Düzeyi?

- Okula gitmemiş
 İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Üniversite
 Yüksek Lisans
 Doktora

7. Babanın eğitim düzeyi?

- Okula Gitmemiş
 İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Üniversite
 Yüksek Lisans
 Doktora

8. Anne- Baba birlikteliği?

- Birlikte
 Boşanmış/Ayrı

9. Anne-Baba Arasında Akrabalık?

- Var
 Yok

10. Kardeş Sayısı?

- 1
 2
 3

() 4

() 5

() 6

11. Kaçınıcı Çocuk?

() 1

() 2

() 3

() 4

() 5

12. Ailenizin Ortalama Aylık Geliri?

() 4000 – 6000 TL

() 6001 – 8000 TL

() 8001 – 10000 TL

() 10001 – 12000 TL

() 12001 ve üzeri TL

13. Çocuğunuzun boy (örn 125, 130, 138 şeklinde yazınız):

14. Çocuğunuzun Kilosu):

15. Çocuğunuza gebeliğiniz?

() Planlı

() Plansız

16. Gebelik döneminde annenin yaşadığı psikolojik ve/veya fiziksel hastalık var mı?

() Hayır

() Evet

17. Doğum Şekli?

() Normal

() Sezeryan

18. Doğum zamanı?

() Zamanında

() Erken Doğum

() Geç Doğum

19. Doğum sonrasında anne psikolojik/fiziksel hastalık yaşadınız mı?

() Hayır

() Evet

20. Çocuğunuzun tıbbi bir hastalığı var mı?

() Hayır

() Evet

21. Çocuğunuz psikolojik tedavi/ terapi, psikiyatrik ilaç tedavisi alıyor mu?

() Hayır

() Evet

22. Çocuğunuz Anne Sütü Aldı mı?

() Evet

() Hayır

23. Çocuğunuz Anne Sütü Kaç Ay aldı?

Ek 2- Memeden Kesme Formu

1. Emzirmeyi bırakma nedeniniz? (Size en uygun seçeneği işaretleyiniz)

- () Bebeğin yaşını doldurduğunu düşünmesi
- () Bebeğin yeterli süre emzirdiğini düşünmesi
- () Bebeğin emmek istememesi
- () Annenin sütünün kesilmesi
- () Annenin sütünün yetersiz olması
- () Yeni gebelik oluşması
- () Bebeğin biberona alışması
- () Ek besine geçilmesi
- () Annenin hastalığından dolayı
- () Annenin meme ucu/göğüs sorunu
- () Annenin üzüntüden psikolojik hastalıktan kesilmesi
- () Bebeğin hastalığından dolayı işe başlama

2. Memeden kesme yöntemi?

- () Meme ucuna bir şey sürmek
- () Azaltarak kesme
- () Annenin çocuktan ayrı yatarak kesmesi
- () Annenin evden ayrılması
- () Çocuğu başka eve göndermek
- () Çocuğu başka eve göndermek
- () Çocuk meme istediğinde başkasının çağırılması
- () Kendiliğinden bıraktı
- () Biberonla ek besin/mama verme-meyve suyu-su
- () Katı gıdaya başlatarak kesmek
- () Emzik kullanmak

3. Ek gıdaya başlama ayı:

4. Ek gıdaya geçiş nasıl oldu?

() BLW Yöntemi (bebek önderliğinde)

() Çatal- Kaşıkla

() Biberonla

5. Ek gıdaya geçiş besini?

() Katı gıdalar

() Püre

() Sıvı gıdalar

() Mama

() İnek sütü/sulandırılmış inek sütü



Ek 3- DSM 5 Düzey-2 Anksiyete Ölçeği 6-17 Yaş Ebeveyn Formu

		Hiç	Neredeyse hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
1	Korkunç bir şeyler olabileceğini hissettiğini					
2	Sinirli hissettiğini					
3	Korkmuş hissettiğini					
4	Endişeli hissettiğini					
5	Ona ne olabileceği hakkında endişeli hissettiğini					
6	Gece yatağa yattığında endişeli hissettiğini					
7	Oldukça kolay korktuğunu					
8	Okula gitmekten korktuğunu					
9	Evde olduğu zaman endişeli olduğunu					
10	Evden uzakta olduğu zaman endişeli olduğunu					

Ek 4- DSM 5 Düzey-2 Depresyon Ölçeği 6-17 Yaş Ebeveyn Formu

		Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Sıklıkla	Nerdeyse Her Zaman
1	Üzgün hissetmesine engel olamadığını.					
2	Yalnız hissettiğini.					
3	Hiçbir şeyi doğru yapamıyormuş gibi hissettiğini.					
4	Kimsesiz tek başına gibi hissettiğini.					
5	Üzgün hissettiğini.					
6	Mutsuz hissettiği.					
7	Hayatının kötü olduğunu düşündüğünü.					
8	Hiçbir şey ile ilgilenmediğini.					
9	Stresli hissettiğini.					
10	Yemek yiyemeyecek kadar üzgün hissettiğini.					
11	Kendi başına kalmak istediğini.					

Ek 5- Güçler ve Güçlükler Ölçeği 4-16 Yaş Ebeveyn Formu

	Doğru değil	Kısmen doğru	Kesinlikle doğru
1. Diğer insanların duygularını önemser			
2. Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz			
3. Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır			
4. Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (Yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)			
5. Sıkça öfke nöbetleri olur ya da aşırı sinirlidir			
6. Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir			
7. Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar			
8. Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür			
9. Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur			
10. Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur			
11. En az bir yakın arkadaşı vardır			
12. Sıkça diğer çocuklarla kavga eder ya da onlarla alay eder.			
13. Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıdır			
14. Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.			
15. Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker			
16. Yeni ortamlarda gergin ya da huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder			
17. Kendinden küçükler iyi davranır			
18. Sıkça yalan söyler ya da hile yapar			
19. Diğer çocuklar ona takarlar ya da onunla alay ederler			
20. Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.			
21. Bir şeyi yapmadan önce düşünür			
22. Ev, okul ya da başka yerlerden çalar			
23. Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir			
24. Pek çok korkusu var. Kolayca ürker			
25. Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir			

Ek 6- Etik kurul onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 23/03/2021-167819



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : E-69396709-050.06.04-167819
Konu : Etik Kurul Kararı (Şeyma KILIÇ)

23/03/2021

Sayın Şeyma KILIÇ

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun 12.03.2021 tarih ve 2021/06 sayılı toplantısında alınan karar ekte sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Ali Argun KARACABEY
Rektör

Ek:Karar 12 (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:DEKA2F8M
Adres:0 (850) 850 27 35
Telefon:0 (850) 850 27 35 Faks:0 (212) 860 04 81
Kop Adres: arelazi@ih01.kup.tr

Belge Doğrulama Adresi: <https://arelbyy.arel.edu.tr/im/Validate> Doc.aspx
İmza İçin: İsmail NİŞANCI
Unvan: Üstün Yardımcı
Tel No: 0 (850) 850 27 35



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul 12/03/2021 tarih ve 2021/06 No'lu
Kurul Karar Örneği

KARAR NO-12: Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji yüksek lisans programı öğrencisi Şeyma Kılıç'a ait "6-11 Yaş Aralığındaki Çocuklarda Memeden Kesme Yöntemine Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki" isimli çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmeler sonucunda; öğrenci Şeyma Kılıç'ın çalışmasının, raportörün görüşü doğrultusunda etik ilkelere uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verildi.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Şeyma KILIÇ ŞAM

Öğrenim Durumu

2019-2022 : İstanbul Arel Üniversitesi, Klinik Psikoloji Yüksek Lisansı

2016-2018 : İstanbul Aydın Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji