

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ BİLİM DALI

TRAVMATİK DOĞUMUN ANNELER VE BEBEKLER
ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ: DOĞUMA BAĞLI TSSB
BELİRTİLERİNDE EMDR GRUP TERAPİSİNİN
ETKİLİLİĞİ

DOKTORA TEZİ

Büşra ŞEKERLİ

İstanbul
Ocak-2025

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**TRAVMATİK DOĞUMUN ANNELER VE BEBEKLER
ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ: DOĞUMA BAĞLI TSSB
BELİRTİLERİNDE EMDR GRUP TERAPİSİNİN ETKİLİLİĞİ**

DOKTORA TEZİ

Büşra ŞEKERLİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hatice DEMİRBAŞ

İstanbul
Ocak-2025

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Psikoloji Bilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Hatice DEMİRBAŞ

(İmza)

Üye Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK

(İmza)

Üye Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ

(İmza)

Üye Dr. Öğr. Üyesi Betül İLTER

(İmza)

Üye Dr. Öğr. Üyesi Melike CEYLAN

(İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

İmza

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Doktora tezi olarak hazırladığım “Travmatik Doğumun Anneler ve Bebekler Üzerindeki Etkileri: Doğuma Bağlı TSSB Belirtilerinde EMDR Grup Terapisinin Etkililiği” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

İmza

Büşra ŞEKERLİ

ÖN SÖZ

Doktora eğitimimi, hayallerimi gerçekleştirmiş olarak tamamlamaktan dolayı büyük bir mutluluk içindeyim. Büyük bir heyecanla ve umutla çıktığım bu yolda, beni kalpten destekleyen çok kıymetli kişiler oldu. Öncelikle en zor anımda bana inanan, güvenen ve destekleyen canım hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Hatice DEMİRBAŞ'a teşekkür ediyorum. Bu zorlu yolculukta, şefkatiyle ve güler yüzüyle yanımdaydı... Akademik birikimiyle bana rehberlik eden, doktora sürecimde beni motive eden, ne zaman ihtiyacım olsa yardıma hazır olan bir tez danışmanım olduğu için çok mutluyum.

Tez İzleme Komitesi'nde yer alan değerli hocam Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e süreç boyunca gösterdiği anlayışlı ve destekleyici tavrı, akademik donanımı ile çalışmama olan katkıları için teşekkür ediyorum. Yine doktora tezimin her aşamasında yer alan, bana inanan, desteğini esirgemeyen, akademik bilgisi ile çalışmamı zenginleştiren kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ'a çok teşekkür ediyorum. Ayrıca akademik birikimi, istatistik alanındaki tecrübeleri ve ufuk açan bakış açısı ile doktora eğitimim boyunca yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Murat BOYSAN'a teşekkür ediyorum. Tez konuma ilham olan, yoğunluğuna rağmen vakit ayırıp tezime destek olan, çocuk psikoterapisi alanındaki engin bilgi birikimi ve tecrübeleriyle mesleki gelişimime katkı sağlayan, bakış açımı değiştiren, Deneysel Oyun Terapisi ekolünün kurucusu, sevgili hocam ve süpervizörüm Prof. Dr. Byron NORTON'a teşekkür ediyorum. Kendisiyle yıllar boyunca gerçekleştirdiğimiz eğitim ve süpervizyonlar sayesinde edindiğim bilgiler için şükrediyorum. Yine doktora tezim için bana vakit ayıran, değerli fikirlerini benimle paylaşan ve EMDR alanında yaptığım bilimsel çalışma için beni yüreklendiren kıymetli hocam EMDR Türkiye Derneği Başkanı Klinik psikolog Emre KONUK'a teşekkür ediyorum. Ayrıca çalışmalarımı planlarken bana yol gösteren, sorularıma içtenlikle cevap veren, beni bu yolda cesaretlendiren, samimiyeti ve sıcaklığıyla destekleyen EMDR Avrupa Akredite Eğitimci Dr. Zeynep ZAT hocama teşekkür ediyorum. Doktora eğitimimi kolaylaştıran ve destekleyen T.C. Milli Eğitim Bakanlığı'nda birlikte çalıştığım tüm yönetici ve personele, hastanelerde uygulama yapmam için gerekli izinleri sağlayan T. C. Sağlık Bakanlığı yönetici ve personellerine teşekkür ediyorum. Tezimin veri toplama aşamasına katılarak deneysel uygulamalarda yer alan ve içtenlikle tüm süreçte devam eden annelere, doktora tezime verdikleri destek için yürekten teşekkür

ediyorum. Deney uygulamalarından sonra kendilerindeki değişimleri, süreçle ilgili duygu ve düşüncelerini içtenlikle paylaştılar. Birlikte bilimsel bir çalışma yürütmüş olmanın yanında benim için ömür boyu kaynak olmaya devam edecek geribildirimler aldım. Travmalarıyla yüzleşmeye ve iyileşmek için adım atmaya cesaret eden kıymetli annelere çok teşekkür ediyorum.

Doktora eğitimim boyunca, beni bütün kalbiyle destekleyen, zorlandığım anlarda motive eden, hayallerimi paylaşan, yaptığım her işte sorgulamadan yanımda olan çok değerli dostum Tuğba YILMAZ'a teşekkür ediyorum. Bu süreçte, benimle sevinip benimle üzülen bir dosta sahip olduğum için minnettarım. Doktora tezimin deneysel uygulamalarında emeği geçen, güzel kalbiyle yanımda olan ve bana her türlü desteği veren canım dostum Hilal TÜRKYILMAZ'a teşekkür ediyorum. Meşakkatli bir yola talip olarak çıktığım doktora yolculuğumda, ne zaman yorulsam ve soluklanmak istesem, bana nefes olan pek kıymetli dostum Hatice IŞIK'a teşekkür ediyorum. Doktora sürecimde içtenlikle bana güç veren, yaptığım her işi destekleyen, şefkatini ve sevgisini kalpten hissettiğim canım dostum Sibel VAROLGÜNEŞ'e teşekkür ediyorum. Canım dostlarım, üniversite yıllarımda bana hediyesi Neslihan ÖZDEMİR ve Tuba ERKAN AYDIN'a benim için kaynak olmaya devam ettikleri, her zaman yanımda olduklarını hissettirdikleri için çok teşekkür ediyorum. Onların dostluğu, bana sadece akademik anlamda değil, kişisel olarak da büyük bir güç ve ilham kaynağı oldu. Dostum Tuğba ÖZKAN'a doktora eğitimim süresince beni desteklediği, zorlu anlarımda beni cesaretlendirdiği ve benimle ilgili her zaman iyi şeyler istediği için sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Canım annem, babam ve kardeşime ne kadar teşekkür etsem az kalır... Hayatımın her döneminde sevgiyle, şefkatle, fedakârlıkla ve sabırla benim yanımda oldunuz. Bütün başarılarımda ve yaptığım her iyi işin arkasında siz varsınız. Doktora eğitimimi başarıyla tamamlamamda çok büyük emeğiniz var. Doktora sürecimde beni cesaretlendiren, Ankara'dan İstanbul'a yaptığım yolculuklarda çocuklarımla kalpten ilgilenen, ne zaman yardıma ihtiyacım olsa yanımda bulduğum, sevgisiyle beni kuşatan, dualarını esirgemeyen canım anneme sonsuz teşekkür ediyorum. Bana her zaman güvenen, inanan, arkamda olan, sevgisini ve merhametini kalbimde hissettiğim, her ihtiyacıma koşan canım babama sonsuz teşekkür ediyorum. "Sen yaparsın abla, sana güveniyorum abla" diyerek bana olan inancını her fırsatta dile getiren, merhametli yüreğiyle yanımda olan, elimi uzattığımda tutacağını bildiğim, doktora yapma

isteğime en önde destek veren biricik kardeşim Yunus Emre AYDINSOY'a kalpten teşekkür ediyorum. Doktora sürecimde en büyük destekçilerimizden olan, yardıma ihtiyacımız olduğunda varlıklarıyla bize güç veren, dualarıyla yolumuzu aydınlatan kayınvalideme ve kayınpederime çok teşekkür ediyorum.

Sevgili eşim Hüseyin şEKERLİ... Aynı anda doktora yapan bir çift olarak bu zorlu süreci başarıyla tamamladığımız için çok mutluyum. Ne zaman zorlansam, tez sürecimde bir sorun çıksa elimi tutup yardıma koştun. Beni şefkatle kapsayan, yatıştıran, fikirleriyle destek olan, bana varlığıyla güç veren, iyi günde ve kötü günde yanımda olan bir kahramansın sen... Hem doktora sürecimizi hem de hayatı paylaştık seninle. Sana edeceğim teşekkürler yetersiz kalır ama her şey için çok teşekkür ediyorum. En derin teşekkürlerimi, hayatımın en değerli varlıkları olan canım çocuklarım Zeynep şifa ve Ahmet Sami'ye sunmak istiyorum. Doktora eğitimine başlayacak enerjiyi, gücü, isteği ve aşkı sizden aldım. Varlığınızla birlikte aşamayacağım bir sorun olmadığını hissettim... Sizin bilgeliğiniz sayesinde hayata bakış açım değişti, sizden öğrendim, sizinle birlikte büyüdüm. Doktora tezimin başından sonuna kadar en büyük ilham kaynağım olan, yaşamıma anlam katan canım çocuklarıma kocaman bir anne teşekkürü ediyorum. Bu tezdeki her satırı birlikte yazdık, kalbimdeki yerinizden beni izlediniz gülen gözlerinizle. Bundan sonraki akademik yolculuğumda da ışığınızın benimle olması dileğiyle.

Büşra şEKERLİ

Ocak-2025

ÖZET

TRAVMATİK DOĞUMUN ANNELER VE BEBEKLER ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ: DOĞUMA BAĞLI TSSB BELİRTİLERİNDE EMDR GRUP TERAPİSİNİN ETKİLİLİĞİ

Büşra ŞEKERLİ

Doktora, Psikoloji

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hatice DEMİRBAŞ

Ocak, 2025 – 342+XXIV Sayfa

Bu araştırmada, travmatik doğumun anneler ile bebekler üzerindeki psikolojik etkilerini belirlemek ve EMDR Grup Terapisi'nin (GTEP) annelerin doğuma bağlı travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri üzerindeki etkililiğini sınamak amaçlanmıştır. Bu doğrultuda çalışmada City Doğum Travması Ölçeği (CityDTÖ), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği (KPSÖ), Hermann'ın Dört Çeyrekli Beyin Baskınlık Aracı (BBA), İnfant Kolik Ölçeği (İKÖ) ve Bebek/Çocuk Uyku Sorunu Kısa Tanılama Formu (BUKF) kullanılmıştır. İki aşamada yürütülen çalışmanın birinci aşamasında travmatik doğumun anneler ve bebekler üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla nicel araştırma yaklaşımlarından yordayıcı korelasyonel araştırma modeli kullanılmıştır. Birinci çalışmada öncelikle travmatik doğumun annelerin doğum sonrası TSSB, kaygı ve psikolojik sağlık düzeylerine etkisi incelenmiştir. Ardından travmatik doğumun bebeklerdeki kolik, uyku ve meme reddi problemleri üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Birinci çalışma kapsamında son olarak annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri arasındaki ilişkide, annelerin kaygı, psikolojik sağlık ve beyin yarım küresi baskınlıklarının aracı etkisi belirlenmiştir. Birinci çalışmada, 0-12 aylık bebeği olan 407 anne katılımcı olarak yer almıştır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, travmatik doğum deneyimleyen annelerin doğum sonrası TSSB ve kaygı belirtilerini daha fazla gösterdiği, psikolojik sağlık düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerinin, bebeklerdeki kolik ve uyku problemlerini anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur. Son olarak aracılık analizlerine göre, annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerdeki kolik problemi arasındaki ilişkide annelerin kaygı ve psikolojik sağlık düzeylerinin aracı etkisi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerdeki uyku problemi arasındaki ilişkide annelerin sol beyin

baskınlığının düzenleyici etkisi olduğu tespit edilmiştir. İkinci aşamada EMDR Grup Terapisi'nin (GTEP) başta annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri olmak üzere, anneler ve bebekleri üzerindeki etkililiğini belirleme amacına yönelik deney ve kontrol gruplu ön test ve son test ölçümlü yarı deneysel desen kullanılmıştır. İkinci çalışmada, doğuma bağlı yüksek TSSB belirtileri gösteren anneler yer almıştır. Deney ve kontrol gruplarında 13'er kişi olmak üzere toplam 26 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, EMDR grup terapisi annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerini iyileştirmede büyük bir etkiye sahiptir. Aynı zamanda terapiden sonra annelerin kaygı düzeyleri anlamlı olarak azalmış, psikolojik sağlık düzeyleri ise artmıştır. Annelere uygulanan EMDR grup terapisinin dolaylı olarak bebeklerdeki meme reddi probleminin azalmasına katkı sağladığı görülmüştür. Tez çalışmasından elde edilen bulgular, travmatik doğum deneyiminin anneler ve bebekler üzerinde olumsuz psikolojik etkileri olabileceğine, ayrıca EMDR grup terapisinin annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerini iyileştirmek için etkili bir tedavi seçeneği olduğuna işaret etmektedir.

Anahtar kelimeler: Travmatik Doğum, Doğuma Bağlı TSSB, Doğum Sonrası Kaygı, Doğum Sürecinde Psikolojik Sağlık, Kolik, Bebeklerde Uyku Sorunu, Meme Reddi, EMDR Grup Terapisi.

ABSTRACT

EFFECTS OF TRAUMATIC BIRTH ON MOTHERS AND INFANTS: EFFECTIVENESS OF EMDR GROUP THERAPY FOR BIRTH-RELATED PTSD SYMPTOMS

Büşra ŞEKERLİ

PhD, Psychology

Thesis Advisor: Prof. Dr. Hatice DEMİRBAŞ

January, 2025 – 342+XXIV Pages

This study aimed to determine the psychological effects of traumatic birth on mothers and infants and to test the effectiveness of EMDR Group Therapy (GTEP) on mothers' childbirth-related post traumatic stress disorder (PTSD) symptoms. In this context, the City Birth Trauma Scale (CityBTS), Beck Anxiety Inventory (BAI), Brief Psychological Resilience Scale (BPRS), Hermann's Four Quadrant Brain Dominance Instrument (HBDI), Infant Colic Scale (ICS) and Brief Infant/Child Sleep Problem Diagnostic Form (BSDD) were used in the study. In the first stage of the study conducted in two stages, the predictive correlational research model, one of the quantitative research approaches, was used to examine the effects of traumatic birth on mothers and infants. In the first study, the effects of traumatic birth on postpartum PTSD, anxiety and psychological resilience levels of mothers were first examined. Then, the effects of traumatic birth on colic, sleep and breast rejection problems in infants were evaluated. Finally, within the scope of the first study, the mediating effects of mothers' anxiety, psychological resilience and cerebral hemisphere dominance in the relationship between mothers' childbirth-related PTSD symptoms and colic, sleep and breast rejection problems in infants were determined. In the first study, 407 mothers with babies aged 0-12 months participated. According to the findings obtained from the study, it was determined that mothers who experienced traumatic birth showed more PTSD and anxiety symptoms after birth and had lower levels of psychological resilience. It was found that mothers' childbirth-related PTSD symptoms significantly predicted colic and sleep problems in babies. Finally, according to the mediation analyses, it was determined that the anxiety and psychological resilience levels of mothers had a mediating effect on the relationship

between mothers' childbirth-related PTSD symptoms and colic problems in babies. In addition, it was determined that the left brain dominance of mothers had a moderating effect on the relationship between mothers' childbirth-related PTSD symptoms and sleep problems in babies. In the second stage, a quasi-experimental design with pre-test and post-test measurements with experimental and control groups was used to determine the effectiveness of EMDR Group Therapy (GTEP) on mothers and their babies, especially on mothers' childbirth-related PTSD levels. The second study included mothers with high childbirth-related PTSD symptoms. A total of 26 participants were included in the study, 13 in each of the experimental and control groups. According to the findings, EMDR group therapy has a great effect in improving mothers' childbirth-related PTSD symptoms. At the same time, mothers' anxiety levels decreased significantly after the therapy and their psychological resilience levels increased. It was observed that EMDR group therapy applied to mothers indirectly contributed to the reduction of breast rejection problems in babies. The findings obtained from the thesis study indicate that traumatic birth experiences can have negative psychological effects on mothers and babies, and that EMDR group therapy is an effective treatment option for improving mothers' childbirth-related PTSD symptoms.

Keywords: Traumatic Birth, Childbirth-related PTSD, Postpartum Anxiety, Psychological Resilience During Childbirth, Colic, Sleep Problems in Babies, Breast Rejection, EMDR Group Therapy.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖN SÖZ	iii
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	x
TABLolar LİSTESİ	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xx
KISALTMALAR	xxii
BİRİNCİ BÖLÜM	
GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu	4
1.2. Tezin Amacı	6
1.3. Tezin Soruları ve Hipotezleri	7
1.3.1. Birinci Çalışmaya Yönelik Sorular ve Hipotezler	7
1.3.2. İkinci Çalışmaya Yönelik Sorular ve Hipotezler	9
1.4. Tezin Önemi ve Özgün Değeri	12
1.5. Tezin Varsayımları	16
1.6. Tezin Sınırlılıkları	16
İKİNCİ BÖLÜM	
KAVRAMSAL ÇERÇEVE	18
2.1. Doğum.....	18
2.1.1. Vajinal Doğum	19
2.1.2. Sezaryen Doğum	20
2.1.3. Doğum Bilimi: Altın Saat/Ten Tene/Emzirme	23
2.2. Travma Kavramı	25
2.2.1. Travmatik Doğum Kavramı	26
2.2.2. Travmatik Doğum İçin Risk Faktörleri	29

2.2.3. Travmatik Doğumun Etkileri	30
2.2.4. Doğuma Bağlı Travma Sonrası Stres Bozukluğu	33
2.2.5. Bebeklerde Travmatik Doğum Deneyimi	37
2.2.6. Bebeklerde Travmatik Stres Tepkileri	41
2.3. Psikolojik Sağlamlık	44
2.3.1. Psikolojik Sağlamlığın Tanımı ve Önemi	44
2.3.2. Doğum Sürecinde Psikolojik Sağlamlık ve Etkileri.....	46
2.3.3. Anne-Bebek İlişkisinde Psikolojik Sağlamlık ve Etkileri.....	49
2.4. Kaygı.....	51
2.4.1. Kaygı Kavramı	51
2.4.2. Doğum Sürecinde Kaygı ve Etkileri	52
2.4.3. Anne-Bebek İlişkisinde Kaygı ve Etkileri	54
2.5. Beyin Baskınlığı.....	56
2.5.1. Beynin Hemisferik Asimetrisi.....	56
2.5.2. Beyin Baskınlığı.....	58
2.5.3. Anne-Bebek İlişkisinde Beyin Baskınlığının Etkileri	59
2.6. İnfantil Kolik.....	63
2.6.1. İnfantil Kolik Tanımı	63
2.6.2. Travmatik Doğum ile İnfantil Kolik Arasındaki İlişki	64
2.7. Uyku.....	66
2.7.1. Bebeklik Döneminde Uyku Özellikleri.....	66
2.7.2. Travmatik Doğum ile Uyku Problemi Arasındaki İlişki.....	67
2.8. Meme Reddi	69
2.8.1. Meme Reddinin Tanımı	69
2.8.2. Travmatik Doğum ile Meme Reddi Arasındaki İlişki.....	70
2.9. Anne-Bebek İlişkisi Bağlamında Bebeklerdeki Düzenleyici Davranış Sorunları: Kolik, Uyku ve Meme Reddi Problemleri	72
2.10. EMDR ve Doğuma Bağlı Travma Sonrası Stres Bozukluğu	77
2.10.1. EMDR Terapisi.....	77
2.10.2. EMDR Grup Terapisi- GTEP	83
2.10.3. Doğuma Bağlı Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve EMDR.....	84

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM.....	86
3.1. Araştırmanın Modeli	86
3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	87
3.3. Veri Toplama Araçları	91
3.3.1. Demografik Bilgi Formu	91
3.3.2. City Doğum Travması Ölçeği (CityDTÖ)	92
3.3.3. Beck Anksiyete Envanteri (BAE)	92
3.3.4. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ)	93
3.3.5. Hermann'ın Dört Çeyrekli Beyin Baskınlık Aracı-Kısa Form (BBA)	93
3.3.6. İnfant Kolik Ölçeği (İKÖ).....	94
3.3.7. Bebek/Çocuk Uyku Sorunu Kısa Tanılama Formu (BUKF).....	95
3.4. İşlem.....	95
3.4.1. Deney Öncesinde Gerçekleştirilen İşlemler.....	96
3.4.2. Deney Uygulaması Sürecinde Gerçekleştirilen İşlemler	98
3.4.3. Deney Sonrasında Gerçekleştirilen İşlemler	100
3.5. Verilerin Analizi.....	100

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR	103
4.1. Veri Toplama Araçlarına İlişkin Güvenirlilik Analizi ve Normallik Varsayımlarının Test Edilmesi.....	103
4.2. Ana Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri.....	105
4.3. Travmatik Doğumun Anneler Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulgular	105
4.3.1. Doğuma Bağlı TSSB'nin Sosyo-Demografik Faktörlerle İlişkileri.....	106
4.3.2. Doğuma Bağlı TSSB ile İlişkili Faktörlere Yönelik Korelasyon Analizlerine İlişkin Bulgular.....	115
4.3.3. Doğuma Bağlı TSSB Belirtilerini Yordayan Değişkenlere Yönelik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular	118
4.4. Travmatik Doğumun Bebekler Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulgular.....	121
4.4.1. Bebeklerdeki Kolik Probleminin Sosyo-Demografik Faktörlerle İlişkileri	121
4.4.2. Bebeklerdeki Kolik Problemi ile İlişkili Faktörlere Yönelik Korelasyon Analizlerine İlişkin Bulgular.....	123

4.4.3. Bebeklerdeki Kolik Problemini Yordayan Değişkenlere Yönelik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular	125
4.4.4. Bebeklerdeki Uyku Probleminin Sosyo-Demografik Faktörlerle İlişkileri	127
4.4.5. Bebeklerdeki Uyku Problemi ile İlişkili Faktörlere Yönelik Korelasyon Analizlerine İlişkin Bulgular	129
4.4.6. Bebeklerdeki Uyku Problemini Yordayan Değişkenlere Yönelik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular	131
4.4.7. Bebeklerdeki Meme Reddi Probleminin Sosyo-Demografik Faktörlerle İlişkileri	134
4.4.8. Bebeklerdeki Meme Reddi Problemi ile İlişkili Faktörlere Yönelik Korelasyon Analizlerine İlişkin Bulgular.....	139
4.4.9. Bebeklerdeki Meme Reddi Problemini Yordayan Değişkenlere Yönelik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular	138
4.5. Aracı Değişken Analizine İlişkin Bulgular	141
4.5.1. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Kolik Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Kaygı ve Psikolojik Düzeyinin Aracı Rolüne İlişkin Bulgular.....	144
4.5.2. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Kolik Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sağ Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Bulgular	147
4.5.3. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Kolik Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sol Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Bulgular	151
4.5.4. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Kaygı ve Psikolojik Sağlık Düzeyinin Aracı Rolüne İlişkin Bulgular	155
4.5.5. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sağ Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Bulgular	158
4.5.6. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sol Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Bulgular	162

4.6. Annelere Uygulanan EMDR Grup Terapisinin (GTEP) Etkililiğine İlişkin Bulgular	166
--	-----

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA	180
-----------------------	------------

5.1. Birinci Çalışma	181
5.1.1. Travmatik Doğumun Anneler Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	181
5.1.2. Travmatik Doğumun Bebekler Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	194
5.1.2.1. Bebeklerdeki Kolik Problemine İlişkin Bulguların Tartışılması	194
5.1.2.2. Bebeklerdeki Uyku Problemine İlişkin Bulguların Tartışılması	198
5.1.2.3. Bebeklerdeki Meme Reddi Problemine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	204
5.1.3. Aracı Değişken Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	208
5.1.4. Annelere Uygulanan EMDR Grup Terapisinin (GTEP) Etkililiğine İlişkin Bulguların Tartışılması	215

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	225
-------------------------------	------------

6.1. Sonuçlar	225
6.2. Öneriler	229
6.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler	229
6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler.....	237

KAYNAKÇA	241
-----------------------	------------

EKLER.....	320
-------------------	------------

EK-1: ETİK KURUL KARARI.....	320
EK-2: ANKET VE ARAŞTIRMA İZİN TALEBİ	321
EK-3: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	324
EK-4: CITY DOĞUM TRAVMASI ÖLÇEĞİ (CityDTÖ).....	325
EK-5: BECK ANKSİYETE ENVANTERİ (BAE)	328
EK-6: KISA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ (KPSÖ).....	329

EK-7: HERMANN BEYİN BASKINLIK ARACI-KISA FORMU.....	330
EK-8: İNFANT KOLİK ÖLÇEĞİ (İKÖ)	332
EK-9: BEBEK/ÇOCUK UYKU SORUNU TANILAMA FORMU (BUKF).....	334
EK-10: GTEP ÇALIŞMA KÂĞIDI.....	340
ÖZGEÇMİŞ.....	341



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Yarı Deneysel Araştırma Deseni	86
Tablo 3.2. Annelerin Sosyo Demografik Bilgilerine İlişkin Frekans ve Yüzdeleri... 88	
Tablo 3.3. Bebeklerin Sosyo Demografik Bilgilerine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri..... 90	
Tablo 4.1. Ölçme Araçları ve Alt Boyutlarına İlişkin Çarpıklık ve Basıklık ile Cronbach α Güvenirlik Değerleri..... 104	
Tablo 4.2. Ana Değişkenlere Ait Puanların Betimleyici İstatistikleri	105
Tablo 4.3. Yaş Gruplarına Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Bulguları	106
Tablo 4.4. Eğitim Düzeylerine Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Bulguları	107
Tablo 4.5. Doğumun Toplam Süresine Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Bulguları..... 107	
Tablo 4.6. Doğumda Kendisinin ya da Bebeğinin Ciddi Şekilde Yaralanacağını Düşünüp Düşünmeme Durumuna Göre CityDTÖ, BAE ve KPSÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları	108
Tablo 4.7. Doğumda Kendisinin ya da Bebeğinin Ölebileceğini Düşünüp Düşünmeme Durumuna Göre CityDTÖ, BAE ve KPSÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları..... 109	
Tablo 4.8. Doğum Şekline Göre CityDTÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları..... 110	
Tablo 4.9. Annelerin Psikolojik Destek Alıp Almama Durumuna Göre CityDTÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları..... 111	
Tablo 4.10. Annelerin Tıbbi Hastalıklarının Olup Olmaması Durumuna Göre CityDTÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları 112	

Tablo 4.11. Bebeklerin Doğumda Solunum Problemi Yaşayıp Yaşamama Durumuna Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları.....	112
Tablo 4.12. Bebeklerin Prematüre Doğup Doğmaması Durumuna Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları	113
Tablo 4.13. Bebeklerin Doğumdan Sonra Kuvözde/Yoğun Bakımda Kalıp Kalmaması Durumuna Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları	113
Tablo 4.14. Bebeklerin Doğumda Komplikasyon/Sağlık Sorunu/Tıbbi Müdahale Yaşayıp Yaşamama Durumuna Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları.....	114
Tablo 4.15. Annelerin Bebeklerinin Doğum Sırasına Göre CityDTÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları	114
Tablo 4.16. Annelerin TSSB Belirtileri ile Kaygı, Psikolojik Sağlamlık ve Beyin Yarım Küresi Baskınlığı Arasındaki İlişkiye Yönelik Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi Bulguları	115
Tablo 4.17. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Spearman Sıra Farkları Korelasyon Analizi Bulguları.	117
Tablo 4.18. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtilerini Yordayan Değişkenlere İlişkin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Bulguları	119
Tablo 4.19. Doğumda Kendisinin ya da Bebeğinin Ciddi Şekilde Yaralanacağını Düşünüp Düşünmeme Durumuna Göre İKÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları.....	121
Tablo 4.20. Doğumda Kendisinin ya da Bebeğinin Ölebileceğini Düşünüp Düşünmeme Durumuna Göre İKÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları	122
Tablo 4.21. Annelerin Doğuma Bağlı Yüksek TSBB Belirtileri Gösterip Göstermeme Durumuna Göre İKÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları.....	122

Tablo 4.22. Bebeklerdeki Kolik Problemi ile Annelerin TSSB Belirtileri, Kaygı ve Psikolojik Sağlık Düzeyleri, Beyin Yarım Küresi Toplam Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi Bulguları.....	123
Tablo 4.23. Bebeklerdeki Kolik Problemi ile Anneler ve Bebeklere Ait Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Spearman Sıra Farkları Korelasyon Analizi Bulguları.....	124
Tablo 4.24. Bebeklerdeki Kolik Problemini Yordayan Değişkenlere İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları.....	126
Tablo 4.25. Doğumda Kendisinin ya da Bebeğinin Ciddi Şekilde Yaralanacağını Düşünüp Düşünmeme Durumuna Göre Bebeklerdeki Uyku Probleminin Ki Kare Testi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Analiz Bulguları.....	128
Tablo 4.26. Doğumda Kendisinin ya da Bebeğinin Ölebileceğini Düşünüp Düşünmeme Durumuna Göre Bebeklerdeki Uyku Probleminin Ki Kare Testi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Analiz Bulguları.....	128
Tablo 4.27. Bebeklerdeki Uyku Problemine Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarının Bağımsız Örneklem t Testi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Analiz Bulguları.....	129
Tablo 4.28. Bebeklerdeki Uyku Problemi ile Anneler ve Bebeklere Ait Çeşitli Faktörler Arasındaki İlişkiye Yönelik Spearman Brown Sıra Farkları Korelasyon Analizi Bulguları	130
Tablo 4.29. Bebeklerdeki Uyku Problemini Yordayan Değişkenlere Yönelik Hiyerarşik Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	132
Tablo 4.30. Doğumda Kendisinin ya da Bebeğinin Ciddi Şekilde Yaralanacağını Düşünüp Düşünmeme Durumuna Göre Bebeklerdeki Meme Reddi Probleminin Ki Kare Testi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Analiz Bulguları.....	134
Tablo 4.31. Doğumda Kendisinin ya da Bebeğinin Ölebileceğini Düşünüp Düşünmeme Durumuna Göre Bebeklerdeki Meme Reddi Probleminin Ki Kare Testi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Analiz Bulguları.....	135
Tablo 4.32. Bebeklerdeki Meme Reddi Problemine Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarının Bağımsız Örneklem t Testi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Analiz Bulguları.....	135

Tablo 4.33. Bebeklerdeki Meme Reddi Problemi ile Anneler ve Bebeklere Ait Çeşitli Faktörler Arasındaki İlişkiye Yönelik Spearman Brown Sıra Farkları Korelasyon Analizi Bulguları	137
Tablo 4.34. Bebeklerdeki Meme Reddi Problemini Yordayan Değişkenlere Yönelik Hiyerarşik Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	139
Tablo 4.35. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Düzeyleri ile Bebeklerdeki Kolik Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Kaygı ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Aracı Rolüne İlişkin Bulgular	147
Tablo 4.36. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Düzeyleri ile Bebeklerdeki Kolik Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sağ Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Bulgular.....	150
Tablo 4.37. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Düzeyleri ile Bebeklerdeki Kolik Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sol Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Bulgular.....	154
Tablo 4.38. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Düzeyleri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Kaygı ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Aracı Rollerine İlişkin Bulgular.....	158
Tablo 4.39. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Düzeyleri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sağ Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Bulgular.....	161
Tablo 4.40. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Düzeyleri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sol Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Bulgular.....	165
Tablo 4.41. Her İki Grubun Doğuma Bağlı TSSB, Kaygı, Psikolojik Sağlamlık, Beyin Yarım Küresi Baskınlığı ve Kolik Değişkenlerine İlişkin Öntest Ölçümlerinin Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.....	167
Tablo 4.42. Her İki Grubun Uyku Problemi ve Meme Reddi Değişkenlerine İlişkin Öntest Ölçümlerinin Ki Kare Testi ile Karşılaştırılması.....	168
Tablo 4.43. Deney Grubunun Doğuma Bağlı TSSB, Kaygı, Psikolojik Sağlamlık, Beyin Yarım Küresi Baskınlığı ve Kolik Değişkenlerine İlişkin Sontest ve Öntest Ölçümlerinin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Karşılaştırılması	169

Tablo 4.44. Deney Grubunun Uyku Problemi ve Meme Reddi Değişkenlerine İlişkin Sontest ve Öntest Ölçümlerinin McNemar Testi ile Karşılaştırılması.....	170
Tablo 4.45. Kontrol Grubunun Doğuma Bağlı TSSB, Kaygı, Psikolojik Sağlamlık, Beyin Yarım Küresi Baskınlığı ve Kolik Değişkenlerine İlişkin Sontest ve Öntest Ölçümlerinin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Karşılaştırılması	172
Tablo 4.46. Kontrol Grubunun Uyku Problemi ve Meme Reddi Değişkenlerine İlişkin Sontest ve Öntest Ölçümlerinin McNemar Testi ile Karşılaştırılması.....	173
Tablo 4.47. Her İki Grubun Doğuma Bağlı TSSB, Kaygı, Psikolojik Sağlamlık, Beyin Yarım Küresi Baskınlığı ve Kolik Değişkenlerine İlişkin Sontest Ölçümlerinin Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması.....	174
Tablo 4.48. Her İki Grubun Uyku Problemi ve Meme Reddi Değişkenlerine İlişkin Sontest Ölçümlerinin Ki Kare Testi ile Karşılaştırılması	175
Tablo 4.49. Deney Grubunun Doğuma Bağlı TSSB, Kaygı, Psikolojik Sağlamlık, Beyin Yarım Küresi Baskınlığı ve Kolik Değişkenlerine İlişkin Sontest ve İzleme Ölçümlerinin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Karşılaştırılması	176
Tablo 4.50. Deney Grubunun Uyku Problemi ve Meme Reddi Değişkenlerine İlişkin Sontest ve İzleme Ölçümlerinin McNemar Testi ile Karşılaştırılması	177
Tablo 4.51. Kontrol Grubunun Doğuma Bağlı TSSB, Kaygı, Psikolojik Sağlamlık, Beyin Yarım Küresi Baskınlığı ve Kolik Değişkenlerine İlişkin Sontest ve İzleme Ölçümlerinin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Karşılaştırılması	178
Tablo 4.52. Kontrol Grubunun Uyku Problemi ve Meme Reddi Değişkenlerine İlişkin Sontest ve İzleme Ölçümlerinin McNemar Testi ile Karşılaştırılması	179
Tablo 6.1. Birinci Çalışmada Yer Alan Hipotezlere İlişkin Sonuçlar.....	225
Tablo 6.2. İkinci Çalışmada Yer Alan Hipotezlere İlişkin Sonuçlar	228

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Doğumla İlişkili TSSB'nin Etiyolojisine İlişkin Bir Diatez-Stres Modeli (Ayers ve ark., 2016).....	37
Şekil 4.1. Bağımlı, Bağımsız ve Aracı Değişkenlere İlişkin Diyagram Örneği	142
Şekil 4.2. Bağımlı Bağımsız ve Düzenleyici Değişkenlere İlişkin Diyagram Örneği..	143
Şekil 4.3. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerdeki kolik problemi arasındaki ilişkide annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin aracı rollerine ilişkin model.....	145
Şekil 4.4. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Kolik Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sağ Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici İlişkin Model	148
Şekil 4.5. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtilerinin Bebeklerdeki Kolik Problemi ile İlişkisinde Annelerin Sağ Beyin Baskınlığının Düzenleyici Rolü.....	151
Şekil 4.6. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Kolik Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sol Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici İlişkin Model	152
Şekil 4.7. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtilerinin Bebeklerdeki Kolik Problemi ile İlişkisinde Annelerin Sol Beyin Baskınlığının Düzenleyici Rolü	155
Şekil 4.8. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri İle Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Kaygı ve Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin Aracı Rollerine İlişkin Model	156
Şekil 4.9. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sağ Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Model	159
Şekil 4.10. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtilerinin Bebeklerdeki Uyku Problemi ile İlişkisinde Annelerin Sağ Beyin Baskınlığının Düzenleyici Rolü.....	162

Şekil 4.11. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sol Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Model	163
Şekil 4.12. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtilerinin Bebeklerdeki Uyku Problemi ile İlişkisinde Annelerin Sol Beyin Baskınlığının Düzenleyici Rolü	166
Şekil 5.1. Birinci Çalışmanın Bulguları Doğrultusunda Travmatik Doğumun Anneler ve Bebekleri Üzerindeki Etkilerine Yönelik Oluşturulan Şema	223
Şekil 5.2. İkinci Çalışmanın Bulguları Doğrultusunda EMDR Grup Terapisinin (GTEP) Etkililiğine Yönelik Oluşturulan Şema	224



KISALTMALAR

WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü
ACOG	: Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
APA	: Amerikan Psikoloji Birliği
NICE	: İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü
ISTSS	: Uluslararası Travma Stres Çalışmaları Derneği
VA	: Amerika Gaziler İşleri Bakanlığı
DoD	: Amerika Savunma Bakanlığı
ICD	: Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması
AAP	: Amerikan Pediatri Akademisi
HPA	: Hipotalamik-Hipofiz Adrenal Sistemi
ANS	: Otonom Sinir Sistemi
EMDR	: Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme
GTEP	: Grup Travmatik Epizod Protokolü
EMDR-IGTP	: EMDR Entegratif Grup Tedavisi Protokolü
R-TEP	: EMDR Yakın Zamandaki Travmatik Epizod Protokolü
SUDS	: Öznel Rahatsızlık Birimleri Ölçeği
NK	: Olumsuz Biliş
PK	: Olumlu Biliş
VOC	: Bilişlerin Geçerliliği

BLS	: Çift Yönlü Uyarım
POD	: Olayla İlgili Rahatsızlık Noktaları
AIP	: Adaptif Bilgi İşleme Modeli
REM	: Hızlı Göz Hareketi
EEG	: Elektroensefalografi Testi
CB-PTSD	: Doğuma Bağlı Travma Sonrası Stres Bozukluğu
PSRP	: Gebelik Öncesi Stres ve Dayanıklılık Yolları Modeli
PERCEIVE	: Doğum Sonrası Erken EMDR Terapi Müdahalesi
CityDTÖ	: City Doğum Travması Ölçeği
BAE	: Beck Anksiyete Envanteri
KPSÖ	: Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği
BBA	: Hermann'ın Dört Çeyrekli Beyin Baskınlık Aracı
İKÖ	: İnfant Kolik Ölçeği
BUKF	: Bebek/Çocuk Uyku Sorunu Kısa Tanılama Formu
ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
SPSS	: (Statistic Packets For Social Sciences) Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi
Akt	: Aktaran
Ed	: Editör

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Doğum, kadının hayatını fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkileyen çok yönlü ve önemli bir yaşam olayıdır (Horesh ve ark., 2021). Anneliğe geçiş, toplumda genellikle kutsal ve mutluluk verici bir dönem olarak algılanır (Baptie, 2021; Simpson ve ark., 2018). Bu nedenle, doğumun bazı kadınlar için travmatik bir deneyim olabileceğini kabul etmek zor olabilir. Doğum genellikle olumlu bir deneyim olarak görülse de bazı kadınlar için yıkıcı etkiler yaratan olumsuz bir süreç olabilir. Doğumun potansiyel olarak travma yaratabilecek bir olay olarak değerlendirilmesi, nispeten yeni bir kavramdır. Bu alandaki ilk araştırmalar 1990'ların sonlarına doğru yapılmaya başlanmış olup, günümüzde olumlu ve travmatik doğum deneyimlerine yönelik ilgi giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), doğum sürecinin kadınların fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerindeki uzun vadeli etkilerini dikkate alarak, olumlu bir doğum deneyiminin önemini vurgulamaktadır (WHO, 2014, 2018). Doğum, yalnızca fizyolojik bir süreç olmanın ötesinde, anne ve bebek için derin psikolojik ve duygusal etkileri olan önemli bir deneyimdir. Bu süreç hem kadının hem de bebeğin fiziksel sağlığının yanı sıra, onların psikolojik iyilik halleri üzerinde de uzun süreli etkiler bırakabilir. Doğum sırasında yaşanan olumlu veya travmatik deneyimler, annenin duygusal durumunu, bağlanma sürecini ve bebeğin gelişimini doğrudan etkileyebilir. Bu nedenle doğum, yalnızca fiziksel açıdan değil, psikolojik ve duygusal açıdan da dikkatle ele alınması gereken bir olaydır. Nitekim yapılan araştırmalar, doğumun kadınlar için olumsuz ve travmatik bir deneyim olabileceğini, hatta bazı durumlarda travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) gelişimine yol açabileceğini ortaya koymuştur (Carter, 2022; Kranenburg, 2023). Travmatik doğum, kadının doğumun herhangi bir aşamasında, kendisi ya da bebeği için ciddi bir yaralanma ya da ölüm riskiyle karşı karşıya kalması ya da bu durumu algılaması anlamına gelmektedir (Beck ve Watson, 2008). Son yıllarda yapılan metaanaliz çalışmalarında, doğum sonrası TSSB'nin annelerin %4.6 ile %6.3'ünde geliştiğini göstermektedir (Dekel ve ark., 2017; Heyne ve ark., 2022). Başka bir çalışmada ise, annelerin %3.1 ile %15.7'sinde doğuma bağlı TSSB geliştiği belirlenmiştir (Grekin ve O'Hara, 2014). Zor ve karmaşık doğum vakalarında ise kadınların %18.5 ile %41.2'sinin doğuma bağlı TSSB semptomları yaşadıkları gösterilmiştir (Dekel ve ark., 2023). Çalışmalar, doğum yapan

kadınların büyük bir kısmının doğumlarını travmatik olarak değerlendirdiğini, ancak bazı kadınların TSSB geliştirdiğini ortaya koymaktadır (Harris ve Ayers, 2012; Garthus-Niegel ve ark., 2017). Modarres ve ark. (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, kadınların %54.5'inin travmatik doğum deneyimi yaşadığı, bunlardan %20'sinde ise doğum sonrası TSSB semptomları görüldüğü tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, doğum sonrası 6. ayda kadınların %11.7'sinin DSM-V'e göre tüm travma kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir (Işık ve Bal, 2022). Yapılan meta analizlerde ise doğuma bağlı TSSB oranı %18.5 olarak bulunmuştur (Dikmen-Yıldız ve ark., 2017). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, ülkemizde travmatik doğum oranının oldukça yüksek olduğu, geçmişten günümüze bu oranın artış gösterdiği tespit edilmiştir. 2017 yılında yapılan bir çalışmada (Dikmen-Yıldız ve ark., 2017c) doğumda travma yaşayan kadınların oranı %34.4 iken, 2021 yılında bu oran %48.3 ve 2023 yılında %49.3 olarak karşımıza çıkmaktadır (Bingöl ve ark., 2023; Şahin ve Bayrı-Bingöl, 2021).

Travmatik doğumun hem anneler hem de bebekler üzerinde uzun vadeli olumsuz etkileri söz konusudur. Doğum sırasında yaşanan şiddetli stres ve travmalar, bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığını etkileyebilir. Travmatik doğum deneyimleyen anneler, doğum sonrası psikolojik rahatsızlıklar, özellikle de Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) açısından risk altındadır. TSSB, annelerde kaygı, depresyon ve uyku bozuklukları gibi etkilerle kendini gösterebilir. Ayrıca, travmatik doğum sonrası, annelerde emzirme ve süt salgılama sorunları, annelik rolüne dair yetersizlik algısı, aile içi ilişkilerde zorluklar, cinsellikten kaçınma, tekrar çocuk sahibi olma konusunda isteksizlik, bebeklerine karşı reddedici ya da aşırı koruyucu davranma, olumsuz duygu durum yaşama gibi sorunlar görülebilir (Ayers ve ark., 2016; Çelik, 2018; İşbir ve İnci, 2014). Doğum sürecinde yaşanan travmatik deneyimler, aynı zamanda bebeğin fiziksel ve duygusal sağlığı üzerinde uzun vadeli izler bırakabilir. Anne ve bebek arasındaki bağ, doğum sonrası dönemde büyük ölçüde şekillenir ve travmatik doğum, bu bağın kurulmasını olumsuz yönde etkileyebilir. Bir anne ile bebeği arasındaki olumlu ve duyarlı etkileşimler, bebeklerin duygusal düzenlemeyi öğrendiği önemli bir mekanizmadır (Schore, 2001). Anne ve bebeğin duygu düzenleme sistemleri etkileşim içinde olduğundan (Schore, 2001), annenin travmadan etkilenen sinir sistemi bebeğin stres düzenlemesini olumsuz etkileyebilir. Annenin travma belirtileri göstermesi, bebeğin de benzer belirtileri göstermesinde önemli bir rol oynar (Bogat ve ark., 2006).

Eğer anne, bebeğini rahatlatmak için psikolojik açıdan uygun bir durumda ise, bebeğin duygusal sistemini düzenlemesi daha olasıdır. Ancak, anne travma yaşamış ve duygusal olarak ulaşılmaz bir durumda ise, bebeğin stresi artacak ve sinir sistemi aşırı uyarılarak düzensiz hale gelecektir. Scheeringa ve Zeanah (2001), bakımveren ve bebeğin TSSB semptomlarının birlikte ortaya çıkmasını “ilişkisel TSSB” kavramı ile tanımlamıştır. Buna göre, ebeveynin duygusal durumu ve tepkileri, bebeğin semptomlarını etkileyebilir. Travmadan etkilenen ebeveynin tepkileri, bebeğe karşı duygusal olarak geri çekilme ve tepki vermeme, aşırı korumacı ve kaygılı bir şekilde davranma ve/veya travmatik olayla meşgul olmayı içerebilir. Bebekler, ebeveynleriyle olan fiziksel yakınlıkları ve duygusal ilişkileri nedeniyle, özellikle ilişkisel TSSB'ye karşı daha savunmasızdır. Ebeveynin duygusal düzenlemesi, bebeğin duygusal tepkilerini kendi başına düzenleme yeteneğini ya destekler ya da engeller (Bogat ve ark., 2006). Bebekler, annelerinin TSSB belirtileri nedeniyle anneleriyle sağlıklı bağlanma ilişkisi kuramadıkları için travmatik doğumun dolaylı etkilerine maruz kalabildikleri gibi, doğum sırasında doğrudan travma da yaşayabilirler. Doğumda meydana gelen herhangi bir komplikasyon ya da solunum problemi, doğumdan sonra yoğun bakıma ya da kuvöze alınma, doğum sırasında uygulanan tıbbi müdahaleler, forseps veya vakum ile gerçekleşen doğum, sezaryen ya da uzun süren, zor vajinal doğum bebekler için travmatik doğum deneyimleridir (Chamberlain, 1999; Emerson, 1996, 2020, 2021). Literatür bulguları, travmaya maruz kalan ve TSSB belirtileri gösteren bebeklerde aşırı ağlama, beslenme ve uyku problemleri, bağlanma sorunları, yetişkinlere ve yaşlılarına karşı anormal tepki verme, duygu durum bozuklukları ve uzun vadede görülebilecek duygusal, davranışsal ve bilişsel bozukluklar gibi travma semptomlarıyla uyumlu davranışsal sorunların görüldüğünü belirtmektedir (Boorman ve ark., 2014; Cook ve ark.2018; Layzer ve ark., 1986; Polachek ve ark., 2012). Klinik raporlar, travmaya uğramış bebeklerin sağlıklarının genellikle kötü olduğunu, uyku alışkanlıklarının bozulduğunu, sinirli olduklarını ve sık sık çılgılık atıp ağladıklarını ortaya koymaktadır (Alessi ve Hearn, 1984).

Türkiye'de travmatik doğum konusunda yapılan çalışmaların sınırlı olduğu ve bu alanda daha fazla araştırma yapılması gerektiği tespit edilmiştir. Mevcut çalışma, Türkiye'deki travmatik doğum alanındaki literatüre önemli bir katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Doğum sürecinde yaşanan travmatik yaşantıların ve doğum sonrası TSSB'nin hem anneler hem de bebekler üzerinde kısa ve uzun vadeli olumsuz etkiler

oluşturabileceği göz önüne alınarak mevcut çalışmada, travmatik doğumun anneler ve bebekler üzerindeki psikolojik etkileri detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Bu bağlamda, doğumda travma yaşayan annelerin doğum sonrası TSSB, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri incelenmiş, bu faktörler ile bebeklerin travmatik stres tepkileri (kolik, uyku ve meme reddi problemleri) arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Bu amaçla, annelerin doğum bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik (aşırı ağlama), uyku ve meme reddi problemleri arasındaki ilişkide annelerin kaygı, psikolojik sağlamlık ve beyin yarım küresi baskınlığının aracı ve düzenleyici etkisi belirlenmiştir. Ülkemizde travmatik doğuma bağlı ruh sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda da önemli bir literatür eksikliği bulunmaktadır. Bu alanda yapılacak araştırmalar, özellikle doğumda travma yaşayan ve doğum sonrası dönemde travmaya bağlı psikolojik semptomlar gösteren anneler ve bebekleri için etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi açısından önemlidir. Buradan yola çıkarak, doğuma bağlı yüksek TSSB belirtileri gösteren annelerin tedavisi için EMDR Grup Terapisi (GTEP) uygulanarak, terapinin etkililiği test edilmiştir. Doğuma bağlı TSSB belirtilerinde EMDR Grup Terapisi'nin (GTEP) etkililiğini sınavan bu çalışma, doğuma bağlı TSSB'nin tedavisine yönelik yeni stratejilerin ve tedavi yaklaşımlarının gelişmesine katkı sağlayacaktır. Yine, EMDR grup terapisinin annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyi ile beyin yarım küresi baskınlıkları üzerindeki etkisi de incelenmiştir. Ayrıca, bu çalışma doğum sonrası dönemde annelere uygulanan EMDR grup terapisinin bebekler üzerindeki dolaylı etkilerini de ele alarak, annelerine uygulanan terapinin bebeklerin travma kaynaklı belirtilerinde (kolik, uyku ve meme reddi problemleri) nasıl bir iyileşme sağladığına dair önemli bilgiler sunmayı amaçlamaktadır. Böylece, annelerin iyileşme süreci ile bebeklerin travma belirtilerinin tedavi edilmesi arasındaki ilişki daha iyi anlaşılabilir. Bu anlayış hem anne hem de bebek için bütünsel bir tedavi yaklaşımının geliştirilmesine olanak tanıyabilir.

1.1. Problem Durumu

Hamilelik ve doğum süreci, kadınlar için duygusal, sosyal, psikolojik ve kültürel açıdan son derece önemli bir yaşam olayıdır. Gebelikten doğum sonrası 1 yıla kadar olan perinatal dönem, kadınlar ve sevdikleri için sadece mutluluk ve heyecan zamanı değil, aynı zamanda belirsizlik ve stres zamanı da olabilir (Khajehei ve ark., 2020). Çoğu kültür geleneksel olarak bir bebeğin doğumunu olumlu bir olay olarak görmüştür ancak araştırmalar bazı kadınlar için doğumun travmatik bir deneyim olabileceğini ve

anneler, bebekleri ve eşleri ile diğer aile üyeleri üzerinde olumsuz, uzun süreli etkilere sahip olabileceğini göstermektedir (Garthus-Niegel ve ark., 2017). Çoğu anne için olumlu bir deneyimi temsil eden doğum, aynı zamanda annenin ve/veya çocuğun sağlığını veya yaşamını tehdit edecek şekilde deneyimlendiğinde potansiyel olarak travmatik de olabilir. Doğum sürecindeki travma, doğum sonrası dönemde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısına yol açabilir (Ford ve Ayers, 2011). Kadınların %1 ile %6'sı, çocuklarının doğumundan sonraki bir yıl içinde TSSB tanısı almaktadır (Ayers ve ark., 2015; Czarnocka ve Slade, 2000). Erken doğum veya yenidoğan ölümü gibi yüksek riskli durumlarda ise kadınların %16 ile %19'u doğum sonrası TSSB geliştirmektedir (Dikmen-Yıldız ve ark., 2017). Kadınların çok daha büyük bir kısmı (%20 ile %48) ise doğumlarını “travmatik” olarak tanımlamaktadır (Ayers ve ark., 2009). Doğum, fiziksel bütünlüğe yönelik tehdit, yaralanma ve/veya anne ve bebeğe yönelik ölüm tehdidinin bir sonucu olarak travmatik stres üretebilir (Ayers, 2004). Doğum yapmak travmatik bir stres tepkisini tetikleyebilir ve kadınlar doğumu takip eden haftalarda böylesine ezici bir olaya tepki olarak öfke, kaygı, disosiyasyon, ilgisizlik ve/veya kopukluk yaşayabilir (Nilsson ve ark., 2018).

Doğumdan sonra TSSB'yi ve travmatik stres tepkilerini anlamak ve ele almak birçok nedenden dolayı önemlidir. TSSB, hamilelik ve/veya doğum olaylarına doğrudan tepki olarak ortaya çıkabilir, bu zamanda annelere uygun bakım ve destek sağlanırsa, doğum sonrası TSSB'nin büyük bir kısmı önlenebilir. Doğum sonrası dönem, anne-bebek ilişkisinin ve ebeveynlik kalıplarının oluşumu için kritik öneme sahiptir. Dolayısıyla bu dönemdeki ruh sağlığı sorunları, özellikle anne-bebek bağlanma ilişkisi ve çocuğun sonraki gelişimi üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (Howard ve Khalifeh, 2020). TSSB, annenin doğum sonrası dönemde bebeğiyle ilgili yaşadığı sorunlarla başa çıkma ve başarılı bir şekilde bakım verme becerisini kaçınılmaz olarak etkiler (Cunen ve ark., 2014). Travmatik bir doğum deneyimi kadının eşiyle olan (cinsel) ilişkisini (Iles ve ark., 2011), başka bir çocuğa sahip olma kararını ve gelecekte sağlık personelleriyle ilişki kurma becerisini de etkileyebilmektedir (Ayers ve ark., 2006). Ayrıca, travmatik doğum, kadınlarda doğumdan 36 ay sonrasına kadar görülebilen uykuya dalma zorlukları, dikkatte artış, aşırı irkilme tepkisi, çabuk ve kolay öfkelenme gibi aşırı uyarılmışlık belirtilerini ortaya çıkarabilir (Ayers ve ark., 2015). Araştırmalar, aletli doğumlar, acil sezaryen veya preeklampsi gibi tıbbi müdahalelerin ve komplikasyonların travmatik doğum deneyimi riskini artırmasına rağmen

(Andersen ve ark., 2012), görünüşte normal bir doğumun da kontrol kaybı, kendine ve/veya bebeğe yönelik yaralanmayla ve ölümlle ilgili algılanan tehdit, doğumda yer alan sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları (Ford ve Ayers, 2011; Halperin ve ark., 2015) gibi nedenlerle travmatik olarak deneyimlenebileceğini göstermiştir.

İlgili literatür incelendiğinde ülkemizde travmatik doğum alanında yapılan çalışmaların son derece yetersiz olduğu, bebeklerin travmatik doğum deneyimleri ve travmatik stres tepkileriyle ilgili çalışmanın olmadığı, annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerini tedavi etmede etkili yöntemler konusunda deneysel bir araştırma yapılmadığı görülmüştür. EMDR Terapisi, travmatik deneyimlerle ilgili yapılacak psikolojik müdahalelerde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ilk sırada önerilen psikoterapi yaklaşımlarından biri (WHO, 2013) olmasına rağmen, ülkemizde annelerin travmatik doğum deneyimlerine bağlı TSSB tedavisinde etkinliği sınırlanmıştır. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bu faktörlerle ilgili önleyici çalışmaların planlanması gerekmektedir. Ayrıca bebeklik döneminde sıklıkla görülen ve sağlık kurumlarına başvurulmasına neden olan düzenleyici davranış sorunlarının (kolik, uyku ve meme reddi problemleri) travmatik doğum ile ilişkisini belirlemek ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirmek anne-bebek sağlığı açısından önem arz etmektedir. Travmatik doğumun anneler, bebekler, aileler ve toplum üzerindeki önemli etkileri göz önüne alındığında bu alandaki bilimsel çalışmaların artması, ülkemizdeki koruyucu, önleyici ve iyileştirici çalışmalara rehberlik edebilir.

1.2. Tezin Amacı

Doğumun klinik düzeyde psikolojik sıkıntı üretebileceğini ve TSSB'nin travmatik doğum deneyimleri yaşayan kadınları etkileyebileceğini öne süren çalışmalar giderek artmaktadır. Ancak travmatik doğumla ilgili mevcut literatür incelendiğinde ülkemizde yapılan çalışmaların yetersiz olduğu, mevcut çalışmaların travmatik doğum deneyiminin anneler üzerindeki etkilerine yoğunlaştığı, bebeklerin travmatik doğum deneyimlerini ve travmatik stres tepkilerini ele alan herhangi bir çalışma olmadığı görülmüştür. Ancak doğum hem annenin hem de bebeğin deneyimlediği bir eylem olduğundan, doğum sürecinde yaşanan olumsuzluklar anneyi olduğu kadar bebeği de derinden etkilemektedir. Doğum sonrası dönemde annelerin yaşadığı doğuma bağlı TSSB belirtileri ve psikolojik sorunlar, bağlanma ilişkisi içinde bebekleri de

etkileyebilmektedir. Annelerinin travmatik stres tepkilerinden olumsuz etkilenen bebekler aşırı ağlama, beslenme ve uyku problemleri geliştirebilir. Bebeklerinin yaşadığı bu tür sıkıntılar, annelerin psikolojik semptomlarını daha kötü hale getirerek kısır bir döngüye yol açabilir. Doğum sonrası dönemin bağlanma ilişkisi açısından hayati önemi göz önüne alındığında, bu ilişkinin bozulmasının travmanın nesiller arası aktarımında rol oynayacağı söylenebilir. Tüm bunlardan yola çıkarak mevcut çalışmada öncelikle travmatik doğumun anneler ve bebekler üzerindeki etkilerini belirlemek, ardından travmatik doğuma bağlı ruh sağlığı sorunlarının iyileştirilmesi için çözüm önerileri geliştirmek hedeflenmiştir. Bunun için annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerini hangi faktörlerin etkilediğini, bebeğin doğumda travma yaşaması ve ilişkisel TSSB'ye maruz kalması ile bebekteki kolik, uyku ve meme reddi problemleri arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır. Ayrıca araştırma, bu ilişkilerde annelerin kaygı, psikolojik sağlamlık ve beyin yarım küresi baskınlığı gibi belirli özelliklerinin aracılık/düzenleyicilik etkisini incelemeyi hedeflemektedir. Son olarak annelere uygulanan EMDR grup terapisinin (GTEP) annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri, beyin yarım küresi baskınlıkları üzerindeki etkililiğini test etmek amaçlanmıştır.

1.3. Tezin Soruları ve Hipotezleri

Tez çalışması iki aşamadan oluşmaktadır. Bu bölümde birinci ve ikinci çalışmanın araştırma sorularına ve hipotezlerine yer verilmektedir.

1.3.1. Birinci Çalışmaya Yönelik Sorular ve Hipotezler

Birinci çalışma ilişkisel tarama deseninde gerçekleştirilmiş olup ikinci çalışmaya dahil edilen katılımcılar birinci çalışma sonuçlarına göre belirlenmiştir. Bu çalışmada öncelikle travmatik doğumun anneler ve bebekler üzerindeki etkileri incelenmiş, bunun için travmatik doğumun annelerin TSSB düzeylerine etkisi, annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri ile bebeklerin kolik, uyku ve meme reddi problemlerini yordayan değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi arasındaki ilişkilerde, annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin aracı etkisi ile beyin yarım küresi baskınlıklarının düzenleyici etkisi belirlenmeye çalışılmıştır.

Birinci çalışma kapsamında aşağıda yer alan sorulara cevap aranmıştır:

Soru 1.1. Doğumu travmatik olarak deneyimleyen anneler ile travmatik olarak deneyimlemeyen annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri arasında anlamlı farklılık var mıdır?

Soru 1.2. Annelerin yaşı, eğitim düzeyi, tıbbi hastalığı, psikolojik destek alıp almama durumu ve doğum şekline göre doğuma bağlı TSSB düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar var mıdır?

Soru 1.3. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile annelerin kaygı düzeyleri, psikolojik sağlamlık düzeyleri, beyin yarım küresi baskınlıkları ve bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri arasında ilişki var mıdır?

Soru 1.4. Annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri, beyin yarım küresi baskınlıkları ile demografik değişkenler annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerini anlamlı olarak yordamakta mıdır?

Soru 1.5. Annelerin doğumda travma yaşama ve doğumdan sonra yüksek TSSB belirtileri gösterme durumuna göre bebeklerin kolik düzeyleri ile uyku ve meme reddi problemi yaşama durumları arasında anlamlı farklılıklar var mıdır?

Soru 1.6. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri ile demografik değişkenler bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemlerini anlamlı olarak yordamakta mıdır?

Soru 1.7. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri arasındaki ilişkilerde, annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin aracı rolü var mıdır?

Soru 1.8. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri arasındaki ilişkilerde, annelerin beyin yarım küresi baskınlıklarının düzenleyici rolü var mıdır?

Birinci çalışmada yukarıda yer alan sorular doğrultusunda aşağıda yer alan hipotezlerin sınanması hedeflenmiştir:

Hipotez 1.1. Doğumu travmatik olarak deneyimleyen anneler ile travmatik olarak deneyimlemeyen annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Doğumu travmatik olarak deneyimleyen annelerin TSSB düzeyleri anlamlı olarak daha yüksektir.

Hipotez 1.2. Annelerin yaşı, eğitim düzeyi, tıbbi hastalığı, psikolojik destek alıp almama durumu ve doğum şekline göre doğuma bağlı TSSB düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır. Yaşı ve eğitim düzeyi düşük olan, tıbbi hastalığı olan, psikolojik destek alan ve sezaryenle doğum yapan annelerin TSSB puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

Hipotez 1.3. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile annelerin kaygı düzeyleri, psikolojik sağlamlık düzeyleri, beyin yarım küresi baskınlıkları ve bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki vardır.

Hipotez 1.4. Annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri, beyin yarım küresi baskınlıkları ile demografik değişkenler annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerini anlamlı olarak yordamaktadır.

Hipotez 1.5. Annelerin doğumda travma yaşama ve doğumdan sonra yüksek TSSB belirtileri gösterme durumlarına göre bebeklerin kolik düzeyleri ile uyku ve meme reddi problemi yaşama durumları arasında anlamlı farklılık vardır. Doğumda travma yaşayan ve doğumdan sonra yüksek TSSB belirtileri gösteren annelerin bebekleri daha fazla kolik, uyku ve meme reddi problemi yaşamaktadır.

Hipotez 1.6. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri, beyin yarım küresi baskınlıkları ile demografik değişkenler bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemlerini anlamlı olarak yordamaktadır.

Hipotez 1.7. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri arasındaki ilişkilerde, annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin aracı rolü vardır.

Hipotez 1.8. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri arasındaki ilişkilerde, annelerin beyin yarım küresi baskınlıklarının düzenleyici rolü vardır.

1.3.2. İkinci Çalışmaya Yönelik Sorular ve Hipotezler

İkinci çalışma deneysel desende gerçekleştirilmiş olup çalışmaya dahil edilen katılımcılar, birinci çalışmada City Doğum Travması Ölçeği'nden elde edilen puanlar üzerinden 1 standart sapma üzeri (kesme puanı) puan alanlar arasından belirlenmiştir. Belirlenen katılımcılar deney ve kontrol grubuna atanmıştır. Araştırmacı tarafından

deney grubuna 4 seans EMDR grup terapisi uygulanmış, işlem sırasında kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Bu çalışma kapsamında EMDR grup terapisinin annelerin TSSB, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri ile beyin yarım küresi baskınlıkları üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Ayrıca EMDR grup terapisinin bebeklerin kolik, uyku ve meme reddi problemleri üzerindeki etkileri incelenmiştir.

İkinci çalışma kapsamında aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

Soru 2.1. Deney grubundaki katılımcıların doğuma bağlı TSSB'ye, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyine, beyin yarım küresi baskınlığına ilişkin aldıkları son-test puanları ön test puanlarından anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

Soru 2.2. Kontrol grubundaki katılımcıların doğuma bağlı TSSB'ye, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyine, beyin yarım küresi baskınlığına ilişkin aldıkları son-test puanları ön test puanlarından anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

Soru 2.3. Deney grubundaki katılımcıların doğuma bağlı TSSB'ye, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyine, beyin yarım küresi baskınlığına ilişkin aldıkları son-test puanları, kontrol grubundaki katılımcıların son test puanlarından anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

Soru 2.4. Deney grubundaki annelerin bebeklerinin kolik, uyku ve meme reddi problemine ilişkin son test puanları ön test puanlarından anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

Soru 2.5. Kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin kolik, uyku ve meme reddi problemine ilişkin son test puanları ön test puanlarından anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

Soru 2.6. Deney grubundaki annelerin bebeklerinin kolik, uyku ve meme reddi problemine ilişkin son test puanları, kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin son-test puanlarından anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

Soru 2.7. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların tüm değişkenlerden aldıkları son test puanları, izleme testi puanlarından anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

İkinci çalışmada yukarıda yer alan sorular doğrultusunda aşağıda yer alan hipotezlerin sınanması hedeflenmiştir:

Hipotez 2.1.a. Deney grubundaki katılımcıların doğuma bağlı TSSB'ye ve kaygı düzeyine ilişkin son-test puanları ön test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür.

Hipotez 2.1.b. Deney grubundaki katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyine ve sağ beyin baskınlığına ilişkin son test puanları ön test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek iken sol beyin baskınlığı ön test puanları ile son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark yoktur.

Hipotez 2.2. Kontrol grubundaki katılımcıların doğuma bağlı TSSB'ye, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyine, sağ ve sol beyin baskınlığına ilişkin son-test puanları ile ön-test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark yoktur.

Hipotez 2.3.a. Deney grubundaki katılımcıların doğuma bağlı TSSB'ye ve kaygı düzeyine ilişkin son-test puanları, kontrol grubundaki katılımcıların son-test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür.

Hipotez 2.3.b. Deney grubundaki katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyine ve sağ beyin baskınlığına ilişkin son-test puanları, kontrol grubundaki katılımcıların son-test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek iken, iki gruptaki katılımcıların sol beyin baskınlığına ilişkin son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark yoktur.

Hipotez 2.4. Deney grubundaki annelerin bebeklerinin kolik, uyku ve meme reddi problemlerine ilişkin son test puanları ön test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür.

Hipotez 2.5. Kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin kolik, uyku ve meme reddi problemlerine ilişkin son-test puanları ile ön-test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark yoktur.

Hipotez 2.6. Deney grubundaki annelerin bebeklerinin kolik, uyku ve meme reddi problemlerine ilişkin son test puanları, kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin son-test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür.

Hipotez 2.7. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların tüm değişkenlerden aldıkları son test puanları ile izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark yoktur.

1.4. Tezin Önemi ve Özgün Değeri

Neden bazı kadınlar bebeklerinin doğumundan sonra kendilerini güçlü, mutlu ve tatmin olmuş hissederken, bazıları keder, hüznün, doğum sonrası depresyon ve doğumla ilişkili TSSB'ye kadar değişen olumsuz duyguları deneyimlemektedir? Kadınların doğumlarını nasıl deneyimledikleri, doğumla ilgili duygularını, algılarını ve doğumdan sonraki ruhsal durumlarını etkilemektedir. Annedeki psikiyatrik hastalıklar, doğumun önde gelen komplikasyonlarından biridir ve yüksek düzeyde kamu sağlığı maliyetlerine yol açar (Glazer ve Howell, 2021; Voit ve ark., 2022). Çalışmalara göre, travmatik doğum yaşayan kadınların önemli bir kısmının, doğumla ilişkili TSSB belirtileri geliştirdiği ve bu durumun fonksiyonel bozukluklara neden olduğu belirlenmiştir (Chan ve ark., 2020; Dekel ve ark., 2017). Bu bozukluğun önlenmesi veya belirtilerinin iyileştirilmesi için doğum sonrası bakımda hangi tür psikolojik tedavinin rutin olarak uygulanması gerektiği konusunda standartlar eksiktir ve bu durum travmatik doğumdan doğrudan etkilenen annelerin ötesinde, daha geniş ve olumsuz sonuçlara neden olabilir. Travmatik bir doğumun ardından travma belirtileri yaşayanlar yalnızca anneler değildir. Partnerlerinin travmatik doğumuna tanık olan erkekler travma belirtileri göstermektedir (Mullan, 2017). Ayrıca Liverpool Üniversitesi'nde 400'den fazla ebe örneklemeyle yapılan bir araştırma (Sheen ve ark., 2015), travmatik doğumlara tanık olan ebelerin %5'inin travma belirtileri yaşadığını ortaya koymuştur.

Çalışmalar doğum sonrası dönemde ve mümkün olan en kısa sürede müdahale etmenin, travma reaksiyonlarını azaltabileceğini ve dolayısıyla doğumla ilişkili TSSB teşhisini önleyebileceğini göstermiştir (Dekel ve ark., 2023). İlk adım olarak travmatik doğum deneyimi yaşayan ve aynı zamanda klinik olarak anlamlı akut stres gösteren yüksek riskli kadınların doğru bir şekilde tanımlanması gerekir. Yüksek riskli kadınlara yönelik erken terapi, mevcut kaynakları en çok ihtiyaç duyanlara yönlendirecek ve tıbbi maliyetleri azaltacaktır. Doğum travmasını tedavi etmek için, travmatik anıların yeniden işlenmesine odaklanan EMDR terapisi etkili bir yöntem olarak belirlenmiştir (Chiorino ve ark., 2020). Ancak, bu konuda Türkiye'de herhangi bir bilimsel araştırma yapılmadığı görülmüştür. Uluslararası literatürde ise, EMDR terapisi kullanılarak travmatik doğumla ilişkili semptomları tedavi etmeye yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ulaşılabilen literatüre göre hem ulusal hem de uluslararası literatürde EMDR grup terapisinin (GTEP) travmatik doğumla ilişkili TSSB

belirtilerini iyileştirmedeki etkililiğini sınavan bir araştırma bulunmadığı için, mevcut çalışma alandaki ilk çalışma olma özelliğine sahiptir.

Tedavi edilmediğinde, doğumla ilişkili TSSB doğum sonrası dönemde annenin işlevselliğini önemli ölçüde bozarak bebeklerine karşı azalmış annelik sevgisi, düşük düzeyde bağlanma ve daha az duyarlı davranışlar sergilemelerine yol açabilir, bu da bebeğin sosyal ve duygusal gelişim sorunlarına yönelik riski artırabilir (Dekel ve ark., 2023). Mevcut araştırmalar, annenin doğumla ilişkili TSSB belirtilerinin, bebeğin davranışsal sorunları, uyku ve beslenme sorunları, olumsuz emzirme sonuçları ile ilişkilendirilebileceğini göstermektedir. Tedavi edilmeyen doğumla ilişkili TSSB, aynı zamanda partnerle yakınlıktan kaçınmaya yol açmakta ve gelecekteki gebelikler için caydırıcı etki yapmaktadır (Garthus-Niegel ve ark., 2018a; Stramrood ve Slade, 2017). Tüm olumsuz sonuçlarına rağmen, travmatik doğum çoğu zaman yeterince ilgi görmemektedir ve sağlık personelinin bu konu hakkındaki bilgisi hala oldukça sınırlıdır (Beck ve ark., 2013). Bu nedenle, travmatik doğumun nedenleri, yaygınlığı, kısa ve uzun vadeli etkileri ile doğuma bağlı TSSB gibi ruhsal bozuklukların tedavisi üzerine daha fazla araştırma yapılması, bu alandaki literatürün gelişmesine katkı sağlayacaktır. Böylece anneler, eşler, sağlık profesyonelleri ve politika yapımcılar arasında bu konuda daha fazla farkındalık oluşturulması mümkün olacaktır. Mevcut çalışma travmatik doğumla ilgili ülkemizdeki sınırlı literatüre kapsamlı bir katkı sağlayacak, önleme ve tedavi çabalarına rehberlik edecektir. Doğumla ilişkili TSSB belirtileri gösteren annelerin işlevselliğini artırmaya ve semptomların kötüleşmesini engellemeye yönelik müdahalelerin yaygınlaştırılması, aynı zamanda gelişmekte olan çocuklar için de büyük faydalar sağlayacaktır.

Doğumun bazı kadınlar için potansiyel olarak travmatik bir deneyim olabileceği fikri, son yıllarda gelişen bir anlayıştır. Bu nedenle, doğumla ilişkili TSSB'nin etiyolojik modelleri son yirmi yılda gerçekleştirilen perinatal araştırmalarına dayanmaktadır. Mevcut çalışma, doğumun birçok kadın için travmatik bir deneyim olabileceğine dair daha fazla bilimsel kanıt sunmakla birlikte, doğumla ilişkili TSSB'nin etiyolojisine de önemli bir katkı sağlayacaktır. Önemli bir nokta, bir kadının doğumunu travmatik olarak değerlendirip TSSB belirtileri göstermeyebileceği gibi, doğumunu travmatik olarak görmemesi durumunda dahi TSSB semptomları gösterebilmesidir (Ayers, 2004). Travmatik doğum ve doğum sonrası TSSB'ye dair artan araştırmalara rağmen, perinatal destek hizmetlerinde, özellikle doğum sonrası kadınların ruh sağlığı

ihtiyaçlarının ele alınması konusunda hâlâ önemli eksiklikler bulunmaktadır (Baptie, 2021; Thomson ve Downe, 2008). Bu alışma, ülkemizdeki bu boşluğu doldurarak, kadınların doğum sonrası ruh sağlığına yönelik eksik hizmetleri tamamlamaya yardımcı olabilir.

Türkiye’de yapılan çalışmalar incelendiğinde, travmatik doğum kavramının daha çok bağlanma, hemşirelik-ebelik bakımı, gebelik stresi, doğum korkusu, sosyal destek algısı gibi faktörlerle ilişkisinin incelendiği görülmüştür. Çalışmaların çoğu ebelik, hemşirelik, kadın hastalıkları gibi sağlık bilimleri alanlarında gerçekleştirilmiştir. Hâlbuki travmatik doğum ve doğuma bağlı TSSB, ruh sağlığı ile doğrudan ilişkili kavramlardır. Ülkemizde, bu konunun psikoloji alanında yeterince ele alınmamış olması oldukça dikkat çekicidir. Ulaşılabilen literatüre göre, psikoloji alanında yalnızca iki çalışma doğum sonrası TSSB’yi incelemiş, bu çalışmalarda erken doğum yapan annelerdeki TSSB semptomları ve maternal bağlanma arasındaki ilişki ele alınmıştır (zkars, 2017; Yaman, 2018). Bu durum, travmatik doğum ve doğuma bağlı TSSB'nin psikolojik boyutunun daha fazla araştırılması gerektiğini göstermektedir. Dolayısıyla mevcut çalışma, psikoloji alanında, deneysel bir tasarım kullanarak ve doktora düzeyinde travmatik doğum ile doğuma bağlı TSSB’yi inceleyen ilk araştırma olma özelliğini taşımaktadır.

Doğum deneyimi sadece anneler için değil, aynı zamanda doğumu deneyimleyen ve doğumdaki olaylardan doğrudan etkilenen bebekler için de önemli bir süreçtir. Ancak sıklıkla bebeklerin doğum deneyimleri, doğumdan nasıl etkilendikleri, travmatik bir doğum deneyiminin ardından nasıl belirtiler gösterdikleri göz ardı edilmektedir. Uzun yıllar boyunca sağlık profesyonelleri ve ebeveynler, bebeklerin acı çekmedikleri ve travma yaşamadıkları inancına sahip olmuşlardır. Ancak son yıllarda yapılan araştırmalar, yenidoğanlar da dahil olmak üzere bebeklerin ve küçük çocukların travmatize olabileceğini, travmatik deneyimleri hafızalarına kaydedebileceğini ve bu durumun onları uzun süre etkileyebileceğini ortaya koymuştur. Bebeklik dönemi, beyin ve davranış gelişiminin oldukça hızlı olduğu, organizmanın çevresel faktörlerden kolayca etkilendiği kritik bir dönemdir. Bu nedenle, bebeklik döneminde yaşanan travmatik olaylar ve çevresel faktörler, uzun vadede ciddi olumsuz sonuçlara yol açabilir (Lyons-Ruth ve ark., 2017). Doğumun anne için olduğu kadar bebek için de travmatik olabileceği, bebeklerin doğum Şekillerinden derinden etkilendikleri ve doğum deneyiminin hayatları boyunca önemli sonuçlar doğurduğu artık kabul

edilmektedir (Chamberlain, 1988; Emerson, 1989, 1996, 2001, 2020). Bu kapsamda bebeklerde travmatik doğum anlayışımızı geliştirmek, koruyucu, önleyici ve tedavi edici çalışmaları planlama ve uygulama noktasında yol gösterici olacaktır. Ancak, bu alandaki araştırmalar hem Türkiye'de hem de dünya genelinde son derece sınırlıdır. Ulaşılabilen literatüre göre, ülkemizde bebeklerin travmatik doğum deneyimlerini inceleyen herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Mevcut çalışma bebeklerin travmatik doğum deneyimlerini belirli değişkenler açısından inceleyerek literatürdeki önemli bir eksikliğe katkı sağlayacaktır.

Ebeveyn ile bebek arasındaki ilişki, çocuğun gelişiminin temel bir unsuru olarak kabul edilir. Bu karşılıklı bağ, sadece çocuğun hayatta kalmasını sağlamakla kalmaz, aynı zamanda bilişsel, psikolojik ve sosyal gelişimini de destekler (Riva Crugnola ve ark., 2020; Sroufe, 2005; Winnicott, 1956). Bununla birlikte, ebeveynin ruh sağlığı sorunları, ebeveynin bebeğe karşı düzenleyici rolünü yerine getirme yeteneğini olumsuz etkileyebilir ve bu durum, çoğu zaman bağlanma sorunlarına ve güvensiz bağlanmaya yol açabilir (Baradon ve ark., 2005; Özcan ve ark., 2016; Risi ve ark., 2021). Bu bağlamda, ebeveyn-bebek bağlanması ile ilgili olarak ebeveynlerin ruh sağlığı sorunlarının ele alınması, bebeğin gelişiminin sağlıklı bir şekilde ilerlemesi için kritik öneme sahiptir (Fraiberg, 1980). Bebek ruh sağlığı alanının temel hedefi, bebeklerin yaşadığı acıyı hafifletmek veya ortadan kaldırmak, gelecekteki olumsuz sonuçları (okul başarısızlığı, suçluluk, psikiyatrik hastalıklar, kişilerarası izolasyon ve çatışmalar, gelişimsel gerilikler ve anormallikler) engellemek, sosyal yeterlilik ve dayanıklılığı artırarak sağlıklı gelişim süreçlerini teşvik etmektir. Bebek ruh sağlığı profesyonelleri, bebeğin ve ebeveynlerinin ruh sağlığı ihtiyaçlarının birbirinden ayrılmayacak kadar iç içe geçmiş olduğunu kabul etmektedir (Hopkins, 1992). Doğuma bağlı TSSB, annelerin doğum sonrası yaşadıkları ruh sağlığı sorunlarının başında gelir ve bu durum anne-bebek ilişkisini etkileyerek, bebeğin ruhsal gelişimi üzerinde olumsuz etkilere yol açabilir. Bu önemli etkilere rağmen, ülkemizdeki annelerin travmatik doğum deneyimlerinin, bebeklerin ruhsal sağlığı üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmaların son derece yetersiz olduğu görülmektedir. Bu alandaki boşluk hem teorik hem de klinik uygulamalar açısından önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Zira, doğum sonrası dönem anne-bebek ilişkisi ve bağlanma deneyimleri açısından kritiktir. Bu dönemde bağlanma ilişkisinin bozulması, gelişmekte olan bebeğin gelecekteki yaşamını ve ilişkilerini de olumsuz

etkileyebileceğinden, travmanın nesiller arası aktarımına yol açabilir. Anne ve bebek ruh sağlığını birlikte ele almak ve bütüncül müdahale yöntemleri geliştirmek için, bu kapsamda yapılacak bilimsel çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Mevcut çalışma, bebeklerin doğumda doğrudan travmaya maruz kalmaları sonucunda geliştirdikleri travmatik stres tepkileri olarak kolik, uyku ve meme reddi problemlerini incelemektedir. Ayrıca bu çalışmada, bebeklerde gözlemlenen kolik, uyku ve meme reddi gibi problemlerinin, annelerin doğuma bağlı TSSB ve kaygı gibi ruh sağlığı sorunlarıyla ilişkilendirilip ilişkilendirilmediği ve bu sorunların anne-bebek ilişkisi çerçevesinde nasıl bir etkileşim gösterdiği de araştırılmaktadır. Bu bağlamda, bebeklerde travmatik doğumun ve annenin doğuma bağlı TSSB belirtilerinin yol açtığı ilişkiyel travma deneyimlerinin, bu çalışmayla ilk kez detaylı bir şekilde ele alındığı söylenebilir. Bu çalışma hem doğum sürecinde hem de doğum sonrası dönemde annelerin yaşadığı ruhsal zorlukların bebeklerin psikolojik gelişimi üzerindeki etkilerini daha iyi anlamamıza katkı sağlayacaktır.

1.5. Tezin Varsayımları

1. Araştırmaya katılan anneler ölçekleri içten ve dürüst bir şekilde cevaplamıştır.
2. Çalışma sürecinde deney gruplarında yer alan annelerin doğuma bağlı TSSB, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeylerindeki, beyin yarım küresi baskınlıklarındaki değişimler uygulayıcıdan bağımsız bir şekilde EMDR grup terapisinin etkisi ile gerçekleşmiştir.
3. Deney ve kontrol gruplarına katılan annelerin doğuma bağlı TSSB, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeylerini, beyin yarım küresi baskınlıklarını araştırma süresince deney dışı çevresel etkenler anlamlı düzeyde etkilememiştir.

1.6. Tezin Sınırlılıkları

1. Mevcut araştırma yalnızca 0-12 aylık bebeği olan annelerle gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla daha büyük yaşta bebeği olan annelerin çalışmaya dâhil edilmemesi özellikle doğuma bağlı uzamış TSSB'yi incelememesi açısından araştırmanın sınırlılığdır.
2. İki aşamadan oluşan araştırma, 2023 yılında Türkiye genelinden katılımcılarla yürütülmüştür. Araştırmanın ikinci bölümünde 13 deney (EMDR grup terapisi) ve 13

kontrol olmak üzere toplam 26 anne yer almıştır. Deneysel çalışmada katılımcı sayısının az olması araştırmanın sınırlılığıdır.

3. Araştırmanın izleme süresi 3 ay ile sınırlıdır.

4. Araştırmada uygulanan EMDR grup terapisi araştırmacının kendisi tarafından uygulanmıştır.

5. Araştırmada annelerin doğuma bağlı TSSB, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri ile beyin yarım küresi baskınlıkları, bebeklerin kolik, uyku ve meme reddi problemleri öz bildirim dayalı ölçme araçlarına verilen cevaplarla değerlendirilmiştir. Araştırmada yer alan değişkenlerin farklı yöntemlerle desteklenememesi ve çoklu değerlendiricilerden yararlanılamaması bir sınırlılık oluşturmaktadır.



İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde doğum, travma, travmatik doğum, doğuma bağlı TSSB, kaygı, psikolojik sağlamlık, beyin yarım küresi baskınlığı, bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri, EMDR ve EMDR Grup Terapisi (GTEP) hakkında detaylı bir şekilde literatür bilgisine yer verilecektir.

2.1. Doğum

Bir bebeğin doğumu, kadınlar ve aileler için genellikle sevinçli, kutlamaya değer, çok özel bir yaşam olayıdır. Kadınlar, hayatının geri kalanında deneyimlediği doğum eylemini hatırlayacağı için, bu süreci olumlu bir şekilde geçirmek isterler (Topçu ve Dişsiz, 2018). Doğum, duygusal, psikolojik, sosyal ve kültürel öneme sahip, fiziksel ve psikolojik stres içeren derin bir yaşam olayıdır (Horesh ve ark., 2021). Doğum aynı zamanda psikolojik uyum için de kritik bir dönem olduğundan psikiyatrik sorunların gelişimine de yol açabilmektedir (Yalnız ve ark., 2016). Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem kadınların psikolojik sağlıkları açısından en hassas ve kırılgan dönemdir (Meltzer-Brody ve ark., 2018). Doğum, bir ucunda olumlu, iyileştirici ve güçlendirici deneyimler, diğer ucunda ise stresli, öngörülemez ve hatta travmatik deneyimler yaşama ihtimali olan bir süreçtir (Leinweber ve ark., 2023). Yapılan araştırmalar, doğumun psikolojik olarak travmatik olabilecek, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve sendrom altı TSSB'nin gelişmesine yol açabilecek bir olay olduğunu göstermektedir (Wijma ve ark., 1997). Araştırmalar, doğumların yaklaşık üçte birinin psikolojik olarak travmatik olarak deneyimlendiğini öne sürmekte, meta-analizler doğum yapan kadınların %4'ünün doğumla ilişkili TSSB (CB-PTSD) geliştirdiğini göstermektedir (Ayers ve ark., 2024). Ülkemizde yapılan bir çalışmada 950 anne ile gebelik döneminde, doğum sonu 4-6. haftada ve doğum sonu 6.ayda görüşme yapılmış ve annelerin TSSB düzeyleri değerlendirilmiştir. Buna göre, annelerde TSSB görülme oranları sırası ile %5.8, %11.9 ve %9.2 olarak belirlenmiştir. Bu çalışma ile TSSB'nin doğumdan sonra hızla arttığı ve doğum sonu 6.aya kadar devam ettiği belirlenmiştir (Dikmen Yıldız ve ark., 2017c). İşbir ve ark. (2016) tarafından yapılan bir çalışmada ise doğumdan sonra 6-8. haftalarda annelerin %29'unda TSSB olduğu belirlenmiştir.

Anneler ve bebekleri için eşsiz bir yaşam olayı olan doğum deneyimini etkileyen önemli faktörlerden biri doğum şeklidir (vajinal doğum, müdahaleli (vakum ve forseps yardımı ile) vajinal doğum, elektif ve acil sezaryen). Bir sonraki bölümde vajinal ve sezaryen doğum hakkında detaylı bilgi verilmiştir.

2.1.1. Vajinal Doğum

Normal doğum olarak da adlandırılan vajinal doğum; fetüsün uterustaki 40 haftalık (37.-42. haftalar arası) yolculuğunun sonunda uterusun kasılmaya başlaması, serviksin silinmesi ve açılması süreçleri sonucunda fetüsün, daha sonra da plasenta ve zarların uterustan vajen yoluyla atılması olarak tanımlanabilir (Çalık ve Çetin, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) doğum eylemine rehberlik etmesi için kanıt dayalı 6 uygulama önermiştir. Bunlar:

- Doğum eylemi doğal bir şekilde dışarıdan müdahale olmadan kendiliğinden başlamalı,
- Eylem süresince kadının hareket özgürlüğü kısıtlanmamalı, kadın istediği gibi rahat hareket edebilmeli,
- Gebeye yakınları ve sağlık profesyonelleri tarafından fiziksel ve duygusal olarak her anlamda destek verilmeli,
- Doğum eylemi süresince gereksiz bütün müdahalelerden kaçınılarak doğum doğal akışına bırakılmalı,
- Doğumda kadının rahat edeceği ve kendi tercihi doğrultusunda kullanabileceği dikey pozisyonlar tercih edilmeli,
- Doğum gerçekleştiği andan itibaren kadın bebeğiyle birlikte bir arada kalmalı, anne ve bebeğin tensel teması sağlanmalıdır (Kayın-Arıç, 2022; Sayiner ve ark., 2009).

Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (OECD) ne göre dünya ülkeleri arasında vajinal doğum oranı en yüksek ülkeler sırasıyla; İsrail, Hollanda, Norveç, İsveç ve İzlanda'dır. Vajinal doğum oranı en düşük ülkeler ise; Türkiye, Kore, Meksika, Bulgaristan, Romanya, Polonya ve İrlanda şeklinde sıralanmaktadır. Türkiye bu verilere göre vajinal doğum oranında son sırada yer almaktadır (Küçük, 2024; Topaktaş ve Beylik, 2024).

Vajinal doğum, kadın anatomisine en uygun yöntem olarak yüzyıllardır tercih edilen doğum yöntemi olmakla birlikte, anneler ve bebekleri için hem kısa hem de uzun vadede önemli fizyolojik, psikolojik ve toplumsal sonuçlar ortaya koymaktadır (Sönmez ve Sivaslıoğlu, 2019). Doğum sürecinin sağlıklı bir şekilde başlaması ve devam ettirilmesi temel olarak dört faktöre bağlıdır. Bunlar doğum kanalının fiziksel özellikleri (pelvisin kemik yapısı, boyutu, tipi, serviksin incelmeye ve genişleme yeteneği, vajinal kanalın yapısı ve dış açıklığının esnekliği vb.), fetüsün durumu (bebeğin başının boyutu, duruşu, pozisyonu ve pelvisle ilişkisi vb.), doğumu yönlendiren güçler (rahim kasılmalarının sıklığı, süresi, şiddeti ve annenin itme gücü) ve annenin psikososyal durumu (fiziksel hazırlık, geçmiş doğum deneyimleri, algılanan sosyal destek, mevcut ruh sağlığı problemleri vb.) (Blankenship ve ark., 2020; Marques ve ark., 2020).

Vajinal doğumun olumlu ve olumsuz bazı sonuçları olabilmektedir. Vajinal doğum sürecinde annenin hormon düzeyindeki değişikliklerin doğum sonrası iyileşmeyi, emzirmeyi ve bebek ile bağlanmayı kolaylaştırması (Feldman ve ark., 2016); vajinal doğumun annenin psikolojik memnuniyet hissini artırarak depresyon riskini azaltması (Lebel ve ark., 2020); vajinal doğum esnasında doğum kanalından bebeklerin farklı mikrobiyotalara maruz kalmaları sonucunda bağışıklık sistemlerinin gelişmesi (Al-Nasiry ve ark., 2020; Willyard, 2018) olumlu sonuçlar arasında sayılabilir. Vajinal doğumun bazı olumsuz sonuçları arasında, vajinal doğum esnasında gerçekleşen perineal yırtıklar veya doğum kesişi nedeniyle sağlık sorunlarının meydana gelmesi (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019); beklenenden daha zor, uzun veya travmatik doğumların doğum sonrası TSSB ve depresyon riskini artırması (Lebel ve ark., 2020); zor ve uzun doğumlarda bebeklerin fiziksel travmaya maruz kalması (American Pregnancy Association, 2019) vajinal doğumun olumsuz sonuçları arasında yer alabilir. Vajinal doğum bilinen tüm yararlarına ve kadın vücudunun doğal fizyolojisine uygunluğuna rağmen bazı durumlarda vajinal doğumun gerçekleşmesi mümkün olmayabilir; bu durumda bir diğer doğum şekli olan sezaryen doğuma başvurulmaktadır.

2.1.2. Sezaryen Doğum

Sezaryen; fetüs ve eklerinin annenin uterusu ve karın duvarına yapılan kesi ile alınması işlemidir (ACOG, 2013). Sezaryen doğum, sadece tıbbi gerekçelere bağlı olarak anne

ve/veya bebek sağlığını korumak için başvurulması gereken bir ameliyattır (Halimoğlu ve Yeşilçiçek, 2020). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre ideal sezaryen oranı %10-15 olmasına rağmen dünyada ve ülkemizde sezaryen oranları her geçen gün artış göstermektedir (Kokanalı ve ark., 2018; WHO, 2015). Türkiye 2022 yılı itibariyle sezaryen doğum oranında Dünya'da ilk sıraya yerleşmiştir. Sezaryen doğum oranı 2022 yılı itibarı devlet hastanelerinde %46,4 ve özel hastanelerde %78,1'dir (Topaktaş ve Beylik, 2024). Sezaryen doğum, belirli durumlarda anne ve bebek için hayati önem taşımaktadır (WHO, 2021). Fetüsün doğum sırasında sıkıntı göstermesi ve plasentanın (bebeğin eşinin) rahim ağzını ve doğum yolunu kapatması durumlarında, annenin kalp rahatsızlığı ve yüksek tansiyon gibi hastalığının olması durumunda, doğum ağırlığının gebelik yaşına göre fazla olması ve pelvisin kapasitesinin fetüsün doğum kanalında hareket etmesine izin vermeyecek kadar yetersiz olması durumunda ve aktif genital herpes enfeksiyonu varlığında hayati tehlikeleri önleyerek doğum sürecinin daha öngörülebilir hale gelmesini sağlar (ACOG, 2019). Sezaryenin riskli gebeliklerde önemli faydaları olmakla birlikte, ihtiyaç olmadığı halde isteğe bağlı gerçekleştirilmesi anne ile bebeğin ruhsal ve bedensel sağlığı için olumsuz sonuçlara ve sağlık sistemi için de maliyet yüküne neden olabilmektedir (Shaw ve ark., 2016).

Sezaryen doğum, fetal sıkıntı, fetal anomaliler (hidrosefali vb.), çoğul gebelikler, annenin daha önceki sezaryen doğum deneyimi, annedeki fiziksel hastalıklar (hipertansiyon vb.), plasentaya ait endikasyonlar gibi nedenlerle gerçekleştirilebilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2010). Sezaryen doğum gerektiğinde hayat kurtarıcı bir müdahale olmakla birlikte kısa ve uzun vadede anne bebek sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Anne ölüm oranı açısından incelendiğinde, sadece sezaryene bağlı ölüm nadiren gerçekleşmekle birlikte, anne ölüm oranı sezaryen doğumda vajinal doğuma göre dört kat daha fazladır. Sezaryen doğumda annenin enfeksiyon kapması, kanama, akciğer embolisi, organ hasarı ve anestezi komplikasyonları yaşaması tıbbi riskler arasında yer almaktadır (Can ve Apay, 2020; Hür ve Demirci, 2017). Yine sezaryen ile doğum yapan kadınların bir sonraki gebeliklerinde de sezaryen olma ihtimalleri yüksek olduğundan, tekrarlanan sezaryen ameliyatlarında maternal ölüm ve hastalık riski artmaktadır (Cunningham ve ark., 2017). Sezaryen doğum ayrıca doğal doğum sürecinin ani bir şekilde kesilmesi sonucunda bebekte depolanan ve doğum sırasında aktive olan biyolojik doğum programının ihlali olarak görülmekte ve bebek

açısından travmatik bir doğum deneyimi olarak değerlendirilmektedir (Chamberlain, 1988; Emerson, 2001, 2020; Verdult, 2009; Verny ve Weintraub, 2002). Sezaryen doğumun vajinal doğuma göre bebek için ciddi fizyolojik dezavantajları olabilir ve bunlar uzun vadeli sorunlara yol açabilir. Vajinal doğuma kıyasla sezaryen doğumdan sonra bebeklerde daha fazla doğum sonrası komplikasyon görülebilir. Sezaryen doğumla dünyaya gelen bebekte daha fazla solunum, akciğer ve kalp problemleri, daha düşük Apgar skorları (fizyolojik sorunlara işaret eder), doğumdan sonraki ilk 90 dakika içinde daha düşük doğum sıcaklığı, deri stimülasyonu ve hormonal değişim eksikliği nedeniyle değişen ortama uyum sağlamada daha fazla güçlük, gebelik sona ermeden çok erken gerçekleştirilen operasyonlar nedeniyle daha fazla kuvöz ve yoğun bakımda kalma gibi sorunlar karşımıza çıkmaktadır (Verdult, 2009). Son olarak sezaryen doğumun bebek üzerinde birtakım psikolojik etkileri olduğu iddia edilmektedir. Otuz yılı aşkın süredir yaptığı klinik çalışmalarına ve bebek psikoterapisi alanındaki deneyimlerine dayanarak William Emerson, sezaryen doğumların bebeklerde ani semptomatik etkilere neden olabileceğini göstermektedir: gece sık uyanma, aşırı uyanıklık, yoğun ve uzun süreli ağlama (travma ağlaması), beslenme güçlükleri, sindirim güçlükleri, kolik, aşırı dokunsal duyarlılık ve bağlanma zorlukları (Emerson, 2020). Bu sorunlar aletli, müdahaleli, zor ve çok uzun vajinal doğum sonucunda da gözlenebilmektedir. Tüm bunlar göz önüne alındığında anne ve bebek için sağlıklı bir doğum gerçekleşmesi adına gerek vajinal gerek sezaryen doğum sürecinde dikkat edilmesi gereken bazı hususlar vardır. Bunlar:

- Doğumun tıbbileştirilmesinin azaltılması ve ebelerin doğum sürecinde daha aktif bir rol almasının sağlanması,
- Doğum yapan kadınların temel ihtiyaçlarının fark edilmesi ve bu ihtiyaçların karşılanmaya çalışılması,
- Ebeveynler ve doktorların doğumun bebek için önemli bir geçiş dönemi olduğu konusunda daha fazla bilinçlenmesi,
- Doğum sürecindeki gereksiz tıbbi müdahalelerin en aza indirilmesi,
- Doğum öncesi stres ve korku yaşayan kadınlara uygun psikolojik destek sağlanması,
- Kadınların doğum sürecini etkili bir şekilde yönetebilmeleri ve doğum esnasında kontrol sahibi olabilmeleri için hamilelik döneminde hazırlık

programlarıyla desteklenmeleri (Hosseini -Tabaghdehi ve ark., 2020; Kennare, 2003; Veldurt, 2009).

2.1.3. Doğum Bilimi: Altın Saat/Ten Tene/Emzirme

Yenidoğan yaşamının “Altın Saati” hem prematüre hem de zamanında doğan bebeklerde doğum sonrası yaşamın ilk saatini ifade etmektedir (Reynolds ve ark., 2009). “Altın Saat” kavramı, yetişkin travma literatüründen alınmıştır ve genel olarak travmatik bir yaralanma sonrasında, ölümü önlemek için acil tıbbi müdahalenin gerekli olduğu dönemi tanımlamaktadır. Terim ilk olarak askeri cerrah R. Adams Cowley (Cowley, 1977) tarafından tanıtılmıştır. Cowley'in araştırması öncelikle travma sonrası şokun yönetimine yöneliktir. Cowley'e göre şok, ölüme giden yolda "anlık bir duraklama"dır ve "altın saat", ölümü veya aşırı morbiditeyi önlemek için hayat kurtarıcı müdahalelerin başlatılabileceği dönemdir. Neonatologlar bu kavramı yenidoğanların bakımına yönelik uygulamaktadır (Annibale ve Bissinger, 2010). Doğumdan sonraki ilk 60 dakika anne ve bebeği için önemli ve kritik bir dönemdir. Bu, yeni doğmuş bir bebek için uterusun iç ortamından dış ortamına geçiş zamanıdır. Yaşamın ilk saati, yenidoğanın birden fazla organ sisteminin hızlı adaptasyonunu gerektirir ve pulmoner, dolaşım, metabolik ve hemodinamik değişiklikleri içerir (Morton ve Brodsky, 2016). Altın saat müdahaleleri, neonatal hipotermi ve hipoglisemiyi önler, anne-yenidoğan bağımlı ve yenidoğanın uyumunu geliştirmeye hizmet eder (Moore ve ark., 2016; WHO ve UNICEF, 2009). Altın Saat'in üç temel bileşeni; annenin yenidoğan ile doğrudan ve anında ten tene teması, kordonun geç klemplenmesi ve emzirmenin erken başlatılmasından oluşur (Neczypor ve Holley, 2017).

Doğum anında, takip eden saat ve günlerde anne ile yenidoğanın fizyolojik olarak birlikte olmaya ihtiyaçları vardır. Anneleri ve yenidoğanları bir arada tutmak güvenli ve sağlıklı bir doğum uygulamasıdır (Bergman, 2014). Ten tene teması, yenidoğan yüzükoyun pozisyonda, çıplak ve sırtını havluyla örtterek yerleştirildiğinde, yenidoğan ile ebeveynin çıplak göğsü arasındaki teması ifade eder (Crenshaw, 2014). Doğum şekli veya yenidoğan besleme yöntemi ne olursa olsun, tüm kadınlar ve yenidoğanlar için ten tene teması önerilmektedir. Bu öneriler, stabil olan tüm kadınlar ve yeni doğan bebekler için ten tene temasının doğumdan hemen sonra başlaması gerektiğini belirtmektedir (WHO ve UNICEF, 2009) ve anne-bebek “birlikteliğinin” ilk parçası

olarak kabul edilmektedir (Bergman ve Bergman, 2013). Yenidoğan annesiyle ten tene yerleştirildiğinde oksitosinde önemli bir artış olacak, bu da anne ve yenidoğanın stresini azaltacak ve yenidoğanın doğum sonrası hayata geçişine yardımcı olacak; aynı zamanda anne-yenidoğan bağlanmasını geliştirecek ve emzirmeyi teşvik edecektir (Bergman ve Bergman, 2013; Buckley, 2015; Foreland ve ark., 2022). Ayrıca anneye ten tene temas, yenidoğanın temel biyolojik ihtiyaçlarının karşılanmasına, nöroprotektif mekanizmaların etkinleştirilmesine, erken nörodavranışsal öz düzenlemenin sağlanmasına ve yenidoğanın daha stabil bir kalp atış hızı, kan basıncı, nefes alması ve daha yüksek kan şekeri sağlamasına yardımcı olacaktır. (Buckley, 2015; Moore ve ark., 2016). Bir çalışmada anne ile bebek arasındaki "ten tene" temasın, zorlu bir doğumun ardından hem bebeğin hem de annenin sağlığını destekleyen, sakinleştirici, yatıştırıcı bir etki yaptığı ve bunun doğum sonrası döneme kadar uzanarak annelerin doğumlarını işlememesine yardımcı olduğu ifade edilmiştir (Power ve ark., 2019). Erken temas aynı zamanda annenin ruh halini ve anne-bebek etkileşimlerini de geliştirir (Mehler ve ark., 2020) ve annenin iyileşen ruh hali bebek mizacına fayda sağlayabilir (Britton, 2011).

Doğumdan sonra, kordonun gecikmeli klemplenmesi, yenidoğana plasental kan aktarımına izin vermek için yapılır; bu durum 6 aylık bebeklerde kırmızı kan hücresinin, doğum ağırlığının ve demir deposunun artmasını sağlar (American College of Nurse, 2014). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kordonun doğumdan 1 ila 3 dakika sonra klemplenmesini önermektedir; bu süre genellikle kordonun atmayı bırakması için gereken süredir (WHO, 2014). Bilinen tüm yararlarına rağmen, doğumda altın saat uygulaması hala yeterince uygulanmamaktadır. Hastanelerde doğum yapan kadınların sıklıkla yeni doğanın banyosu, ağırlık ölçümü ve pediatrik değerlendirmesi tamamlanana kadar yeni doğanlarını kucağına alma fırsatı yoktur, bu da yeni doğanın fizyolojik geçişini ve değişimini bozar (Neczypor ve Holley, 2017). Yeni doğan bebeklerini ten tene tutmak, onlara dokunmak ve koklamak, annelere artan bir sevgi, bağlılık ve aidiyet duygusu vermektedir (Flacking ve ark., 2016). Dolayısıyla altın saat uygulamasından mahrum kalan annelerin, bebekleriyle doğumdan hemen sonra temas edememeleri ve doğumun olumlu duygusallığını gecikmeli olarak yaşamaları üzücü bir durum olmaktadır.

2.2. Travma Kavramı

Travma, Antik Yunanca'da "yara" veya "zarar" anlamına gelen, olası olumsuz sonuçları nedeniyle ruh sağlığı literatüründe yaygın olarak araştırılan bir kavramdır (Yehuda ve ark., 2001). Geçmişte daha çok fiziksel yaralanmalar için kullanılan travma kavramı, zamanla duygusal anlamda yara alınan zorlu yaşam olaylarını ifade etmek için kullanılmaya başlanmış ve psikoloji literatürüne dahil olmuştur (Joseph ve Murphy, 2014). Acı dolu, zorlayıcı yaşam olaylarının benlik üzerindeki yıkıcı etkilerini ifade etmek için kullanılan "travma", çok eski zamanlardan beri pek çok dilde ve kültürde karşılık bulmuştur. Travma sözcüğü etimolojik olarak incelendiğinde, tarihinin M.Ö.1500'lü yıllara kadar dayandığı, Sanskritçe, Yunanca ve Persçe dillerinde yer aldığı görülebilir (Altınsoy, 2020). Her ne kadar acı dolu yaşam olayları insanlık tarihi kadar eski olsa da travmanın sistematik incelemesi nispeten yakın dönemlerde olmuştur. Bu anlamda travma literatürünün gelişmesi üç dönem halinde ele alınabilir. İlki 19. yüzyılın sonlarında Jean Charcot, Pierre Janet, Joseph Breuer ve Freud gibi öncüler tarafından yürütülen histeri çalışmalarıdır. İkincisi, 20.yüzyılın başlarında I-II. Dünya Savaşları ve Vietnam Savaşı sonrasında askerlerde görülen ruhsal ve bedensel tepkilerin anlaşılmasına yönelik çalışmalarıdır. Üçüncüsü ise, 20. yüzyılın sonlarında Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da başlatılan feminist hareketlerin etkisiyle kadınlara yönelik şiddet ve cinsel istismar gibi travmatik olaylarla ilgili çalışmalarıdır (Herman, 2019).

Travmanın bireyin ruhsal ve bedensel durumu üzerindeki etkilerinin "Travma Sonrası Stres Bozukluğu "(TSSB) olarak adlandırılarak ilk kez 1980 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition)'de tanı olarak yer alması dönüm noktası olmuştur (Van der Kolk, 2023). APA tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın son versiyonunda (DSM-V) travma, bireyin ciddi bir yaralanma, ölüm tehdidi veya gerçek bir ölüm yaşaması ya da cinsel saldırıya uğramış olması ve fiziksel bütünlüğünde bozulmaya yol açacak bir olaya maruz kalması şeklinde tanımlanmıştır (APA, 2013). Bu son versiyonda travmatik olaylar daha kapsamlı bir şekilde ele alınarak dört bileşenle açıklanmıştır. Bunlar (APA, 2013):

1. Bireyin travmatik olay/olaylara doğrudan maruz kalması,

2. Bireyin başkalarının maruz kaldığı travmatik olay/olayları doğrudan görmesi (bunlara tanık olması)
3. Bireyin bir aile yakınının veya yakın (sevilen) bir arkadaşının başına travmatik olay/olaylar geldiğini öğrenmesi (sevilen kişinin ölümünün şiddet uygulanarak ya da kaza sonucu yaşanmış olması/bunun ihtimal dâhilinde olması)
4. Bireyin travmatik olay/olayların acı verici ayrıntılarıyla, tekrarlayıcı bir şekilde ya da aşırı biçimde karşı karşıya kalması (örn. bir felaket sonrası insan kalıntılarını ilk toplayanlar vb.) şeklinde ifade edilmektedir.

Travma, bireyin içsel potansiyellerini ve olumlu özelliklerini kullanarak baş etmede yetersiz kaldığı ve zamanla psikolojik ve duygusal belirtilere yol açan zorlayıcı, acı verici bir yaşantıdır (Briere ve Scott, 2016). Yapılan tanımlardan da anlaşıldığı üzere travma yaşamın her alanını etkileyebilen hem kaynakları hem de sonuçları açısından çeşitlilik gösteren, bireyin ruhsal ve bedensel bütünlüğünü, psikolojik sağlığını tehdit eden bir durumdur. Travma, kişinin yüksek düzeyde stresli bir olay yaşamasına ve güvenlik duygusunun sarsılmasına bağlı olarak, psikolojisinin zedelenmesine ve kendisini tehlikeli bir dünyada yaşayan çaresiz bir varlık gibi hissetmesine neden olabilmektedir (Mullan, 2017; Robinson ve ark., 2023). Bir olayı travmatik hale getiren faktörler, olaya ilişkin kontrol duygusunun düşük olması ya da tamamen ortadan kalkması, olayın birey tarafından olağandışı olarak değerlendirilmesi (olayın günlük yaşamda sıklıkla ortaya çıkmaması ve başa çıkma mekanizmalarının olayda yetersiz kalması), olayın kısa ve uzun vadede bireyin hayatında sorunlara yol açması, olayın aniden ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkması şeklinde ifade edilebilir (Tedeschi ve Calhoun, 2004; Altınsoy, 2020).

2.2.1. Travmatik Doğum Kavramı

Anneliğe geçiş, toplum tarafından genellikle hayatın en mutlu anlarından biri olarak algılanır. Bu nedenle, bazı kadınlar için doğumun travmatik bir deneyim olabileceğini kabul etmek zor olabilir. Ancak doğum hem fiziksel hem de psikolojik olarak kadın sağlığı üzerinde olumlu ve olumsuz etkiler oluşturabilmektedir (WHO, 2018). Çoğu kadın için olumlu bir deneyimi temsil eden doğum, annenin ve/veya bebeğin sağlığını veya yaşamını tehdit edecek şekilde deneyimlendiğinde travmatik de olabilir. Doğum yapmak annelerde yüksek bir doyum ve başarı hissi oluşturabilmekte, bebeklerini ilk kez kucaklarına almanın sonucunda yaşanan olumlu duygular annelerin psikolojik iyi

oluşunu artırabilmektedir. Aynı zamanda bu süreç anne ile bebek arasında sağlıklı bağlanmayı teşvik etmektedir (WHO, 2018). Doğumun potansiyel olarak travmatik bir olay olarak tanınması, nispeten yakın zaman önce başlamıştır. Son yirmi yılda yapılan araştırmalar, doğumun kadınlar için derinlemesine rahatsız edici ve travmatik bir deneyim olabileceğini ve bazı durumlarda travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişimine yol açabileceğini ortaya koymuştur (Baptie, 2021).

NICE (İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü) travmatik doğumu, kadınlarda TSSB'yi nitelendiren 'A' kriteri olarak tanımlamaktadır: Travmatik doğum, fiziksel olarak travmatik olan (örneğin aletli veya müdahaleli doğumlar veya acil sezaryen, ciddi perine yırtıkları, doğum sonu kanama) ve doğum obstetrik olarak basit olsa bile travmatik olarak deneyimlenen erken veya tam süreli doğumları içerir (NICE, 2014). Bu tanım, ICD-11'in TSSB'nin "son derece tehdit edici veya korkunç bir olaya veya olaylar dizisine maruz kalmanın ardından gelişen bir bozukluk" şeklindeki temel tanısal özelliklerine ve DSM-V kriter A'da ifade edilen "travmatik olayı doğrudan yaşamak, travmatik olaya bizzat tanık olmak, travmatik olayın yakın bir aile üyesinin veya yakın arkadaşının başına geldiğini öğrenmek nedeniyle gerçek ölüme/ölüm tehdidinde ve ciddi yaralanmaya maruz kalma" travma tanımına uymaktadır (APA, 2013; ICD-11, 2020). Dolayısıyla travmatik doğum, doğum sırasında annenin, bebeğin veya her ikisinin de ciddi derecede hasara uğraması, zarar görmesi, hatta ölümüyle sonuçlanan bir doğum olarak tanımlanabilir (Abdollahpour ve ark., 2016). Annenin kendisi ya da bebeği fiziksel olarak zarar görmese bile anne içinde bulunduğu durumu bir tehdit ve korkutucu bir yaşam olayı olarak algılayıp travmatize olabilmektedir (Mucuk, 2020). Bu noktada annenin doğum sürecindeki öznel deneyimleri belirleyici niteliktedir. Anne doğum sürecinde hiçbir kontrolünün olmadığını hissedebilir ve yoğun bir korkuya kapılabilir. Bazen de kendisini aşağılanmış ve değersiz hissedebilir; onurunun elinden alındığını düşünebilir (Beck ve Watson, 2008). Bu bağlamda travmatik doğum, kadının hissettiği ve algıladığı şeydir. Doğumhanedeki sağlık personeli için travmatik doğum farklı bir durum olabilir (Beck ve ark., 2013). Sağlık personeli tarafından rutin ve normal olarak algılanan doğum, doğum yapan anne tarafından travmatik olarak algılanabilmektedir. Annelerin %34'ü travmatik doğum deneyimi bildirmektedir ve annelerin stresli doğum olaylarına maruz kalması nedeniyle prevalans giderek artmaktadır. (Beck ve ark., 2013).

Doğumun travmatik sayılabilmesi için annenin bebeğinin doğum sürecinde yaşananlardan dolayı travma yaşamış olması gerekir. Doğum sırasında yaşanan travma tamamen psikolojik olabilir veya hem fiziksel hem de psikolojik yönleri içerebilir. Psikolojik travma, doğum sırasında kadının deneyimlediği kaba, anlayışsız ve yetersiz bakımdan; kadının gerekli olduğunu düşündüğü müdahaleleri alamamaktan veya gereksiz olduğunu düşündüğü müdahaleleri deneyimlemekten kaynaklanabilir (Greenfield ve ark., 2016).

DSM-V sınıflandırmasına göre, bir doğum sırasında anne, kendisi veya bebeği üzerinde ölüm veya ciddi yaralanma tehdidi algırsa, TSSB teşhisinin A kriterini karşılamış olur (APA, 2013). Doğum sırasında ölü doğum, doğum sonu kanama, ciddi anne veya yenidoğan komplikasyonları ve acil tıbbi müdahaleler gibi potansiyel olarak travmatik olan bir dizi komplikasyon ve obstetrik olay meydana gelebilir. Bununla birlikte, kadınlar nesnel olarak komplikasyonsuz bir doğum deneyimleyebilirler ancak bu deneyimde yaşanan kontrol kaybı, saygınlık/itibar kaybı veya çevrelerindeki insanlardan gelen düşmanlık gibi faktörlerden dolayı travma yaşadıklarını hissedebilirler (Allen, 1998). Buna karşın doğum sırasında obstetrik komplikasyon yaşayan birçok kadın doğumdan itibaren travma yaşamayabilir ve doğumlarını travmatik bir deneyim olarak değerlendirmeyebilir. Beck'in (2004) nitel araştırma makalesi, kadınların travmatik doğumla ilgili öznel deneyimlerinin önemini vurgulamıştır. Sağlık personelleri tarafından rutin uygulama olarak değerlendirilen faktörler anneler tarafından travmatik bir deneyim olarak algılanabilir.

Özetle, 'travmatik doğum' literatürde aşağıdakilerden birinin (veya daha fazlasının) olduğu bir doğumu ifade etmek için kullanılmaktadır:

- Annenin, bebeğin ya da her ikisinin fiziksel yaralanması ve bunun sonucunda psikolojik sıkıntı yaşanması
- Anne, bebek ya da her ikisi ile ilgili ölüm tehdidi; bebeğin doğumda ölmesi ve bunun sonucunda psikolojik sıkıntı yaşanması
- Anne ve/veya bebeğin fiziksel olarak yaralanma korkusu ve buna bağlı psikolojik sıkıntı yaşanması
- Kalıcı bir psikolojik sıkıntıya neden olan, doğum sürecinde alınan bakım da dâhil olmak üzere doğum deneyimine verilen psikolojik tepki.

2.2.2. Travmatik Doğum İçin Risk Faktörleri

Doğumu neyin travmatik hale getirdiğini inceleyen araştırmalar, iki yaklaşımdan birini benimseme eğilimindedir. İlk yaklaşımda nicel araştırma yöntemleri kullanılarak travmatik doğum için risk faktörleri belirlenmeye çalışılmıştır. Bu araştırmalar genel olarak doğum sonrası TSSB'nin, psikiyatrik sorun öyküsü, önceki travmatik yaşantılar, kadının beklediği gibi hamilelik geçirememesi, önceki olumsuz doğum deneyimleri, ileri yaş gebeliği ya da ilk çocuğunu doğuruyor olmak, aşırı doğum korkusu, doğum süreciyle ilgili yetersiz bilgi, adölesan gebelik, plansız ve istenmeyen gebelik, fiziksel hastalıklar gibi *doğum öncesi* faktörlerle, antenatal anksiyete/doğum korkusu, primiparite ve intrapartum disosiasyon, doğumda yaşanan ağrı düzeyi, doğumda tıbbi müdahaleler, zor ve uzun doğum süreci, doğum ortamı, uzun süre uygulanan elektronik monitörizasyon, tek bir pozisyonda hareketsiz kalma, epizyotomi ve perine yaralanmaları, indüksiyon (doğum eyleminin kendiliğinden değil de farklı doğal olmayan yöntemlerle başlatılması), enstrümantal (forseps veya vakum kullanımı) vajinal doğum, doğum eylemi sırasında oral alımın kısıtlanması (besin alımının damar yoluyla sağlanması), yardımcı veya acil sezaryen gibi *doğum sırasındaki* faktörlerle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır; ancak yardımsız vajinal doğum yapan kadınların da hala risk altında olduğu unutulmamalıdır (Aktaş, 2018; Ayers, 2004; Barut, 2021; Beck, 2015; Işık ve Bal, 2022; İşbir ve İnci, 2014; Karaman ve Yıldız, 2018). Ağrı, kan kaybı, süre ve müdahalelerin toplamı gibi diğer doğumla ilişkili faktörler tutarsız bir şekilde TSSB semptomları ile ilişkilendirilmiştir (Ayers, 2004). Yine doğumun ikinci evresinde vajinal doğumu kolaylaştırmak ve doğum süresini kısaltmak için uygulanan fundal bası, kadınların doğumunu travmatik hale getirebilmektedir (Adams ve ark., 2012). Fundal bası, sert ve ani bir şekilde uygulandığında acı, karında morarmalar, stres, korku, travma gibi fiziksel ve psikolojik etkilere neden olmaktadır (Hofmeyr ve ark., 2017). Son olarak *doğum sonrası* bazı faktörler travmatik doğum deneyimine olumlu ya da olumsuz katkı sağlayarak TSSB gelişimi üzerinde etkili olabilmektedir. Travmatik doğum sonrası yetersiz sosyal destek (özellikle eş ilişkisinde), bebekte komplikasyon gelişmesi, emzirmeyle ilgili sorunlar, doğumla ilgili duygu ve düşüncelerin paylaşılamaması, kadınların doğum sonrası yalnızlık hisleri ve ebelerden alınan bakım doğum sonrası dönemde travmatik doğum için risk faktörleridir ve bu faktörlerin etkisiyle kadınların doğum sonrası TSSB geliştirme

olasılıkları artmaktadır (Ayers, 2004; Beck, 2015; Işık ve Bal, 2022; İşbir ve İnci, 2014; Karaman ve Yıldız, 2018).

Doğumu neyin travmatik hale getirdiğini incelemeye yönelik ikinci bir yaklaşım, travmatik bir doğum yaşamış kadınlardan doğum deneyimlerini anlatmalarının istendiği ve temaların çıkarıldığı nitel bir yaklaşımdır (Allen, 1998; Ayers, 2007). Bu çalışmaların bir meta-etnografik incelemesi, doğum içi faktörleri içeren dört tema buldu. Bunlar, (a) kendini görünmez ve kontrolden çıkmış hisseden, (b) kapana kısılmış hisseden, (c) insanlık dışı muameleye maruz kalan ve (d) bir “duygu hız treni” bildiren kadınlardı (Elmir ve ark., 2010). Doğum deneyimi, doktorlar ve ebeler gibi sağlık personelleri için karmaşık ya da travmatik görünmese de kadınlar, kontrol veya haysiyet duygusunu kaybederse olayı yine de travmatik bulabilirler. Bu durum kadınların doğum sürecinde düşmanca veya saygısız olan kişilerarası etkileşimler deneyimlemesinden kaynaklanabilir (Simpson ve Catling, 2016). Doğum sürecinde sağlık personeli ile kişilerarası etkileşimlerin doğum deneyimini etkileyebileceği fikri, Harris ve Ayers (2012) tarafından yürütülen araştırmalarla da desteklenmektedir. Araştırmacılar, doğum deneyimlerini olumsuz ya da travmatik olarak bildiren kadınlarla ilişkili belirli peri-travmatik sıcak noktalar belirlemişlerdir. Araştırmalarında ortaya çıkan en büyük sorunlu nokta, kadınların sağlık personelleriyle ilişkilerinde görmezden gelindiğini, desteklenmediğini veya terk edildiğini hissetmelerine yol açan zorluklardır. Nitekim Sigurdardottir ve ark. (2017) sağlık personellerinin anneye sağladıkları sosyal destek, annenin ihtiyaçlarının farkında olmaları ve anneye doğum sırasında güvenli bir ortam sağlamalarının, annenin doğum deneyimini daha olumlu algılamasına yol açtığını belirtmiştir. Aksine, empatik olmayan iletişim türleri, yani anneye sert davranma, eleştirel ya da küçük düşürücü sözler söyleme, ilgisiz davranma gibi durumlar, annenin doğum deneyiminden memnun kalmamasına ve doğumda travmatize olmasına yol açabilmektedir (Buyrukoğlu, 2023; Mucuk ve Özkan, 2021). Özetle doğum sürecinde kadınların öznel deneyimleri, doğumun travmatik olarak deneyimlenmesine yol açan önemli faktörlerdendir.

2.2.3. Travmatik Doğumun Etkileri

Travmatik bir doğum yaşayan kadınlar, çeşitli psikolojik, sosyal, bilişsel ve davranışsal etkilerle karşılaşmaktadır. Travmatik doğumun, annenin yaşamının çeşitli

yönleri üzerinde etkisi olduğu gibi, bebeği, partneri ve sağlık personeliyle olan ilişkileri üzerinde de dalga etkisi yarattığı ifade edilmektedir (Thomson ve ark., 2017). Olumsuz doğum deneyimi, kadınlar üzerinde önemli bir duygusal etkiye neden olabilir. Travmatik bir doğum deneyimi, doğum sonrası TSSB (Horsch ve ark., 2024) ve doğum sonrası depresyon (Dekel ve ark., 2020; White ve ark., 2006) riskinin artmasıyla ilişkilidir. Travmatik doğum, kadının öz değerini etkileyebilir; yetersizlik, suçluluk ve utanç duyguları yaratabilir; düşük benlik saygısına ve olumsuz kendilik algısına yol açabilir ve annenin kimlik duygusuna zarar verebilir (Elmir ve ark., 2010; Fenech ve Thomson, 2014; Türkmen ve ark., 2020). Travmatik bir doğum aynı zamanda ikincil tokofobi ile de bağlantılıdır (daha önce yaşanan travmatik bir doğumun ardından doğum yapma korkusu), bu durum bazı kadınların travmatik bir doğum deneyiminin ardından yeniden hamile kalmayı ertelemesine (Thomson ve Downe, 2010) ve bazılarının ise daha fazla çocuk sahibi olmamaya karar vermesine (Ayers ve ark., 2006; Nicholls ve Ayers, 2007) veya gelecekteki hamileliklerinde müdahaleye dayalı doğum yapmalarına neden olabilir (Jomeen ve ark., 2021). Önceki travmatik doğum deneyimi, sonraki doğumlarda sezaryen isteğinin artmasıyla ilişkilidir (Storksken ve ark., 2015).

Travmatik doğum aynı zamanda emzirmeyi ve anne-bebek bağına da etkileyebilir. Anne, erken ve istenmeyen bir şekilde emzirmeyi bırakabilir. Beck ve Watson (2008) tarafından yapılan nitel bir çalışma, doğum travmasının emzirme üzerindeki etkisini iki farklı yolla ortaya koymuştur. Bazı kadınlar, travmatik doğumun ardından emzirme aracılığıyla katarsis sağlamış, emzirmeyi annelik rolünde kendilerini kanıtlamanın ve zor bir doğumu telafi etmenin bir yolu olarak görmüşlerdir. Diğer kadınlarda ise travmatik doğum deneyimleri emzirmeyi engellemiş, kadınlar emzirme durumunda doğumla ilgili acı verici olayları hatırladıklarını dile getirmiş ve emzirmeyi vücutlarına yönelik bir başka ihlal olarak görmüşlerdir (Beck ve Watson, 2008). Kısaca bazı anneler bebeklerini emzirme konusunda aşırı ısrar ederken bazıları da yaşadıkları stres nedeniyle bebeği emzirmekten vazgeçebilirler (Beck ve Watson, 2008). Bazı kadınlar emzirirken yeni doğan bebeklerinden kopuk hissettiklerini, bunun da anne-bebek ilişkisini olumsuz etkilediğini dile getirmişlerdir (Moyzakitis, 2004). Başka bir nitel araştırma ise, travmatik bir doğumdan sonra, bebeğin ilk doğum günü gibi dönüm noktalarında annenin kaygı ve suçluluk duygusuyla acı verici olayları hatırladığını ve bunun bebeğe karşı mesafeli olmalarına yol açtığını vurgulamıştır (Beck, 2006).

Annelerin travmatik doğuma bağlı olarak anne olma ve annelikle ilgili normal faaliyetlerde yer alma becerilerine olan güvenleri zarar gördüğünden (Mullan, 2017) anneler bebekleriyle ilişki kurmakta ve bağlanmakta sorun yaşamaktadır (Beck, 2004a; Dekel ve ark., 2019). Enlow ve ark. (2014) tarafından yapılan bir çalışma, TSSB'nin anne-bebek bağlanması ve TSSB semptomlarının nesiller arası aktarımı üzerindeki etkilerini incelemiştir. Bulgular, yüksek TSSB semptomlarının güvensiz ve düzensiz anne-bebek bağlanmasının görülme sıklığını artırdığını göstermiştir. Ayrıca ikinci çalışmalarında, bebeklik dönemindeki düzensiz bağlanma öyküsünün, bebek geç ergenlik dönemine geldiğinde, toplam semptomların yanı sıra aşırı uyarılma, yeniden deneyimleme ve kaçınma gibi TSSB semptomlarını yaşamasını öngördüğünü bulmuşlardır. Travmatizasyonun Nesiller Arası Aktarımının Perinatal Etkileşimsel Modeli, anne TSSB'sinin yetersiz bakım verme davranışına ve olumsuz ebeveyn-bebek etkileşimlerine yol açtığını, bunun da bebeğin öz düzenleme kapasitesini zayıflattığını ve bebekte sosyal-duygusal gelişim sorunlarını artırdığını ileri sürmektedir (Lang ve Gartstein, 2018). Dahası, Pat-Horenczyk ve ark. (2015), duygu düzenlemeyle ilgili zorlukların travmayla karşılaşan anneden çocuğa geçtiği ilişki sel duygu düzenleme fikrini öne sürmüştür. Yine doğuma bağlı TSSB'nin olumsuz çocuk gelişimi sonuçları (Garthus-Niegel ve ark., 2017) ve 2 yaşındaki çocuklarda uyku sorunları (Garthus-Niegel ve ark., 2018c) ile ileriye dönük olarak da ilişkili olduğu gösterilmiştir. Travmatik doğum ve doğum sonrası TSSB'nin anne-bebek ilişkisini etkileyebileceği ve bebek gelişimi üzerinde olumsuz etki yaratabileceği çeşitli yollar vardır. Örneğin kadınların doğum sırasında yaşadıkları travmatik olayları bebekleriyle ilişkilendirmeleri, bebekle temastan kaçınmalarına yol açabilir. Dahası, duygusal uyuma belirtileri, kadınların bebeklerine duygusal olarak erişememesine neden olabilir ve bu da anne-bebek bağlanma ilişkisini etkileyebilir. Tersine, aşırı uyarılma ve yeniden yaşama belirtileri öfkeli veya müdahaleci ebeveynliğe yol açabilir (Ayers ve ark., 2016). Görüldüğü gibi travmatik doğum annelerin bebekleriyle güncel ilişkilerini etkilemekle birlikte, anne ve bebek üzerinde uzun vadeli olumsuz sonuçlara da yol açmaktadır.

Travmatik bir doğum deneyimi sonrasında kadınların partnerleriyle ilişkileri de etkilenebilir. Kadınlar genellikle doğumdan sonra gebe kalma korkusu veya doğum travmasını tetiklemesi nedeniyle cinsel yakınlıktan kaçınma yaşadıklarını bildirmektedir (Beck, 2004a; Elmir ve ark., 2010; Fenech ve Thomson, 2014). Ayrıca

travmatik doğumun çiftlerin ilişki tatmininin azalmasıyla da bağlantılı olduğu bulunmuştur (Garthus-Niegel ve ark., 2018c). Nitel araştırmalar kadınların doğum sırasında meydana gelen olaylardan dolayı kendilerine veya partnerlerine yönelik suçlama ifadelerini bildirmektedir (Ayers ve ark., 2006; Nicholls ve Ayers, 2007). Babanın travmatik doğum deneyimlerinin meta-analizi, doğum sırasındaki yetersizlik, korku ve güçsüzlük duygusu ve doğum sonrasında TSS belirtileri gibi temaları ortaya çıkarmıştır (Elmir ve Schmeied, 2016). Travmatik doğumlara katılan sağlık çalışanları tarafından da dolaylı travma rapor edilmiştir (Beck ve Gable, 2012; Sheen ve ark., 2015). Travmatik bir doğum yaşayan çok sayıda annedeki doğuma bağlı TSSB ile bebeklerdeki kötü gelişimsel sonuçlar arasındaki bağlantılar (Cook ve ark., 2018) travmatik doğum deneyiminin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu vurgulamaktadır. Anne ve ailesi üzerindeki etkisinin yanı sıra travmatik doğum hem ebeveynler hem de çocuklar tarafından tıbbi hizmetlerin kullanımını artırarak (Switzer ve ark., 1999) sağlık sistemi üzerinde olumsuz etki yaratabilir. Bu nedenle travmatik doğumun etkileri hem kişisel hem de toplumsal düzeyde maliyetli olabilir ve annenin doğum deneyiminin ötesinde bir dalga etkisi yaratabilir. Travmatik doğumun dalga etkisini anlamamız, olası daha büyük olumsuz sonuçların büyümesini önlemeye yardımcı olabilir.

2.2.4. Doğuma Bağlı Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5” (DSM-V) içerisinde “Travma ve Stresörlerle İlişkili Bozukluklar” başlığı altında yer almaktadır. TSSB tanısı konulabilmesi için bireylerin şu kriterleri karşılamaları gerekir: doğrudan tecrübe edilen, tanık olunan, aile üyeleri veya yakın arkadaşların başına gelen veya iş nedeniyle tekrarlayan ya da yoğun düzeyde karşılaşılan gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruz kalma (Kriter A); travmatik olayla ilişkilendirilen zorlayıcı semptomların varlığı (Kriter B); travmatik olayla ilişkilendirilen uyarılardan sürekli kaçınma (Kriter C); travmatik olayla ilişkilendirilen bilişsel ve ruh hal değişiklikleri (Kriter D); uyarılma ve tepkide önemli değişiklikler (Kriter E). Kriter B'den E'ye kadar olan sürenin bir aydan fazla olması gerekmektedir (Kriter F); rahatsızlık, işlevsellikte klinik olarak anlamlı bir bozulmaya neden olmalıdır (Kriter G) ve bozukluğun herhangi bir madde veya diğer tıbbi durumun etkilerine bağlı olmaması gerekmektedir (Kriter H) (APA, 2013).

Hayatımızda bir travmatik olaya maruz kalma olasılığımız yüksek olsa da travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) yaşam boyu yaygınlık oranı %8'dir (Kilpatrick ve ark., 2013). Aynı şekilde, neredeyse kadınların %90'ı doğum yapacak, ancak bu kadınların tümü doğumlarını travmatik olarak değerlendirmeyecek veya doğumlarından dolayı TSSB yaşamayacaktır. Mevcut araştırmalar, doğum sonrası TSSB'nin geçerliliğini destekler ve bu durum genellikle doğuma bağlı TSSB (CB-PTSD) olarak adlandırılır. Son yıllarda yapılan sistematik bir inceleme, doğum sonrası TSSB'nin doğumdan sonra annelerin %4.6 ile %6.3'ünde geliştiğini öne sürmektedir (Dekel ve ark., 2017). Başka bir çalışmada ise TSSB'nin yaygınlık oranları doğum sonrası kadınlarda %3.1 ile %15.7 arasında değişmektedir (Grekin ve O'Hara, 2014). Her 10 kadından 1'inin doğum sonrası 4-6. haftalarda TSSB yaşadığı bildirilmektedir (Hernandez-Martinez ve ark., 2020). Karmaşık doğum vakalarında, kadınların %18.5 ile %41.2'si doğuma bağlı TSSB belirtileri bildirmektedir (Dekel ve ark., 2023). Travmatik bir doğuma maruz kalmak, geriye dönüşler ve kabuslar gibi doğumla ilgili istemsiz müdahaleci belirtilere, doğumu hatırlatan şeylerden kaçınmaya, bilişlerde ve ruh halinde olumsuz değişikliklere, uyku ve sinirlilik ile kendini gösteren belirgin uyarılma ve tepkiselliğe, aşırı dikkat ve konsantrasyon sorunlarına ve diğer semptomlara neden olabilir (Ayers ve ark., 2009; Cirino ve Knapp, 2019). Travmatik bir doğumla ilişkili olan TSSB ve TSS tanımlarında, bu tür semptomların minimum süresi 1 ay olarak verilmektedir (APA, 2013).

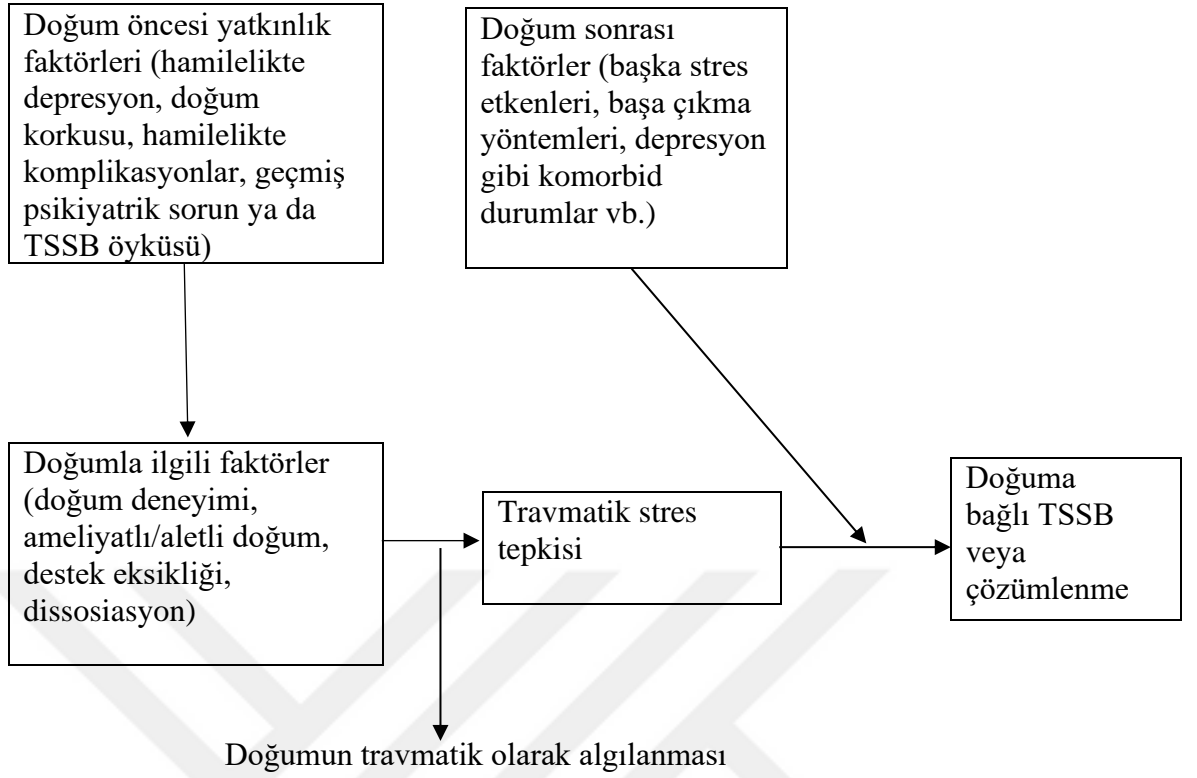
Doğum bağlı TSSB'nin etiyolojisi çok faktörlüdür ve predispozan kırılganlık faktörleri, doğumun kendisiyle ilişkili risk faktörleri ve doğumdan sonraki faktörler arasındaki etkileşimi yansıtır (Ayers, 2004). Çoğu yaşam olayının aksine, doğumun nispeten öngörülebilir doğası, araştırmaların hamilelik sırasındaki predispozan faktörleri ileriye dönük olarak ölçmek için boylamsal bir tasarım kullanabileceği anlamına gelir. Doğuma bağlı TSSB ile ilgili predispozan (yatkınlaştıran) faktörler arasında, psikiyatrik problem geçmişi ve özellikle önceki TSSB öyküsü (Ayers ve ark., 2016; O'Donovan ve ark., 2014); gebelik sırasında depresyon (Haagen ve ark., 2015; Polachek ve ark., 2014) ve gebelik sırasında anksiyete (Ayers, 2004; Haagen ve ark., 2015; Smorti ve ark., 2020); gebelik sırasında ölçülen doğum korkusu (Ayers ve ark., 2016; Söderquist ve ark., 2009); preeklampsi gibi hamilelik sırasındaki komplikasyonlar (Adewuya ve ark., 2006); annenin düşük öz yeterlik algısı ve doğum sayısı (Ayers, 2004) ile planlanmamış gebelik (Beck ve ark., 2011) yer almaktadır.

Doğum sırasında kadınlar tarafından travmatik olarak algılanabilen bir dizi olay ve komplikasyon meydana gelebilir. Doğuma bağlı TSSB’de doğumla ilgili risk faktörleri arasında, doğum sırasında ve sonrasında ciddi komplikasyonlar yaşama (Chan ve ark., 2020; Hoedjes ve ark., 2011); müdahaleli vajinal doğum (forceps veya vakum kullanılarak) veya acil sezaryen ile doğum yapma (Ayers ve ark., 2009; Chan ve ark., 2020; Hernandez-Martinez ve ark.; 2020; Martinez-Vazquez ve ark., 2021); doğum sırasında algılanan destek eksikliği ve sağlık personelleriyle yaşanan düşük kaliteli etkileşim (Ayers ve ark., 2014; Dikmen-Yıldız ve ark., 2018; Liu ve ark., 2021); doğum sırasında kontrol kaybı hissi (Harris ve Ayers, 2012); doğum sırasında dissosiyasyon hissi (Haagen ve ark., 2015; Thiel ve Dekel, 2020), doğum sırasında hissedilen yüksek ağrı (Ayers, 2004; Carter ve ark., 2022), doğum eylemini başlatmak için dışarıdan müdahale alma, doğumda epidural analjezi kullanma, sezaryen ile doğum yapma (Beck ve ark., 2011), doğum sırasında obstetrik müdahaleler (Lopez ve ark., 2017), kristal manevrası (annenin karnına üstten bası yapma), doğum sırasında analjezik kullanılmaması veya genel anestezi (Dikmen-Yıldız ve ark., 2018; Hernandez-Martinez ve ark., 2019; Van Heumen ve ark., 2018) ve olumsuz doğum deneyimi (Ayers ve ark., 2016) yer almaktadır. Nitel doğum travması araştırması, olumsuz öznel doğum deneyiminin ve doğum sonrası travma semptomlarının ortaya çıkışının önemini yeniden ortaya koymaktadır. Nitel travmatik doğum çalışmalarının meta-etnografik bir incelemesi, “görünmezlik/yok sayılmak ve/veya kontrolden çıkma hissi” ve “insanlık dışı muamele görme” şeklinde doğum deneyimiyle ilişkili iki ana temayı tanımlamıştır (Elmir ve ark., 2010). Benzer şekilde, kadınların travmatik doğum deneyimlerindeki en kötü 'sıcak noktaları' üzerine yapılan nitel bir araştırma, sıcak noktalar “görmezden gelindiğini hissetmek” veya “zayıf iletişim yaşamak” gibi kişilerarası faktörleri içerdiğinde TSSB olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır (Harris ve Ayers, 2012).

Doğum sonrası faktörler, doğum sonrası TSSB semptomlarının sürdürülmesine veya çözülmesine katkıda bulunabilecek unsurlardır. Doğum travmasının doğum sonrası faktörleri konusunda, yatkınlık ve risk faktörlerine kıyasla daha az araştırma yapılmıştır. Bununla birlikte, doğum sürecinde algılanan sosyal desteğin yetersiz olması, doğum sonrası TSSB için önemli bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (Ertan ve ark., 2021; Ford ve ark., 2010). Bunun tersine, aile ve arkadaşlardan alınacak iyi sosyal desteğin; sonuçları iyileştireceği ve kadınların, travmatik doğum deneyimlerini çözmelerine ve bu

deneyimlerden kurtulmalarına yardımcı olacağı öne sürülmektedir (Edworthy ve ark., 2008). Ek olarak, kadınların doğum deneyimlerine ilişkin yaptıkları değerlendirmeler, özellikle doğumun olumsuz yönlerinden kendisinin sorumlu olduğu veya doğum deneyiminin kendisinde kalıcı, temel değişikliklere neden olduğu inancı, doğum sonrası TSSB semptomlarıyla ilişkilidir (Ayers ve ark., 2009). Doğumun olumsuz değerlendirilmesi ile travma semptomlarının sürdürülmesi arasındaki bağlantı, doğumla ilgili travma dışındaki TSSB'nin bilişsel modelleriyle de uyumludur (Ehlers ve Clark, 2000). Son olarak, doğumdan sonra annede görülen depresyon ve diğer komorbid semptomlar ile annenin başa çıkma kapasitesi doğuma bağlı TSSB ile ilişkilidir (Ayers ve ark., 2016).

Doğum sonrası TSSB'nin etiyolojik yolu, doğum öncesi, perinatal (doğum sırası) ve doğum sonrası risk faktörlerini birleştiren bir diyatez-stres çerçevesini takip eder. Ayers ve ark. (2016) doğum travmasına ilişkin boylamsal araştırmaların yakın tarihli bir meta-analizinden elde edilen bulguları rapor etmekte ve önceden var olan yatkınlık faktörleri, doğumdaki risk faktörleri ve doğum sonrası TSSB'nin gelişimine ve sürdürülmesine katkıda bulunan faktörlere ilişkin teorik bir çerçeve sunmaktadır (Şekil 1). Şekil 1'de sunulan doğum sonrası TSSB etiyolojisinin kavramsal çerçevesi, doğum sonrası TSSB ile en güçlü ilişkilere sahip olduğu belirlenen temel yatkınlık, risk ve sürdürme faktörlerini bir araya getirmektedir (Ayers ve ark., 2016).



Şekil 2.1. Doğumla İlişkili TSSB'nin Etiyolojisine İlişkin Bir Diatez-Stres Modeli (Ayers ve ark., 2016)

Diatez-stres modeline göre bireysel faktörler, TSSB'yi tetikleyecek kadar yoğun bir travmatik stres etkeniyle birleşir (McKeever ve Huff, 2003). Bu nedenle, doğum öncesi (örneğin yaş, eğitim durumu, doğum sayısı, önceki travma sonrası stres bozukluğu, doğum korkusu) ve peripartum faktörler (örneğin doğum komplikasyonları, öznel doğum deneyimi) doğumla ilişkili TSSB riskini artırabilir. TSSB'nin doğumla tetiklenip tetiklenemeyeceği konusunda tartışmalar olmasına rağmen, çalışmalar daha önce TSSB'si olan ve olmayan kadınların önemli bir kısmının kalıcı nitelikte doğuma bağlı TSSB geliştirebileceğini göstermektedir (Dekel ve ark., 2017). Son olarak, doğumla ilişkili TSSB hem depresyon hem de anksiyete belirtileriyle yüksek oranda eşanlıdır (Dikmen-Yıldız ve ark., 2017), bu da etkilenen kadınlara ve ailelerine ek bir yük getirmektedir.

2.2.5. Bebeklerde Travmatik Doğum Deneyimi

Yakın zamana kadar hâkim bilimsel anlayış, insan gelişiminin en erken dönemini (anne karnı ve doğum) duyarsız, bilinçsiz bir fiziksel büyüme dönemi olarak ele almaktı. Bebekler bize gebelik ve doğum boyunca son derece hassas, tepkisel ve

etkilenebilir olduklarını göstermelerine rağmen bu durum hala hem tıpta hem de psikolojide geniş çapta kabul görmüş değildir. Bebeklerin doğum ve öncesi süreçlerden etkilendiğine dair anlayışı engelleyen inanç, bu dönemlerde bebeklerin zekâ, öğrenme ve hafıza kapasitelerine sahip olmadığına dair düşüncelerdir. Pek çok bilim insanı ve hekim, bebeklerin bedenlerine ve ruhlarına neler olup bittiğine dair bir farkındalık ve duyarlılık olmadan doğduklarına hâlâ inanmaktadır: “bebekler doğum öncesi yaşamlarına dair hiçbir şey hatırlamazlar; bebekler doğum sırasında neler olup bittiğini deneyimleyemezler ve bebeklerin ruh sağlığına olası bir zarar verilemez” (Verdult, 2009). Yirminci yüzyıl bilimi, bebek ağlamalarının yalnızca "rastgele sesler" olduğunu, gülümsemelerinin yalnızca "gaz" olduğunu ve acı ifadelerinin yalnızca "refleks" olduğunu savunmuştur. Ancak son yirmi beş yılda yenidoğan üzerine yapılan araştırmalarda birtakım gelişmeler yaşanmıştır. Bebeklerin farkında, bilinçli, etkileşimli ve sosyal insanlar olduğu, fetüslerin ve bebeklerin çevrelerinden gelen sinyallere tepki verebildiği ve sistemlerine gelen yoğun girdiler nedeniyle travmatize olabildiği belirlenmiştir (Chamberlain, 1999). Thomas Verny, David Chamberlain ve William Emerson gibi prenatal ve perinatal psikoloji alanındaki öncülerin çalışmaları sayesinde artık bebeklerin doğum sırasında ve sonrasında duygusal acı, endişe, öfke, yalnızlık veya üzüntü yaşayabileceği; bebeklerin doğumdan önce dahi hassas, zeki, anlayışlı ve son derece savunmasız olduğu; özellikle sezaryen doğumun bebek için ani ve uzun vadeli sonuçları olan travmatik bir deneyim olduğu belirlenmiştir (Chamberlain, 1988, 1992, 1999; Emerson, 1989, 1996, 1998, 2020, 2021; Verny, 1981, 1992). Doğum öncesi ve doğum travması konusunda uzman Dr. William Emerson, 200 çocuktan oluşan bir örneklemin %55'inin orta ila şiddetli doğum travması belirtileri gösterdiğini bulmuştur (Emerson, 1987). Bebeklik dönemindeki altı ana travma veya stres kaynağından ilki olan doğum öncesi ve perinatal travma, doğum öncesi ve doğum sürecinde oluşan stresi ifade eder (Solter, 1995). Doğumun anne için olduğu kadar bebek için de sancılı olabileceği, bebeklerin doğum şekillerinden derinden etkilendiği ve bunun hayatları boyunca önemli sonuçlar doğurduğu artık kabul edilmektedir. Bu kapsamda bebeklerde travmatik doğum anlayışımızı geliştirmek için tarihsel gelişimini incelemekte yarar vardır.

Uzun yıllar boyunca terapistler, doğumda yaşanan travmaların, bu travmalar anlaşılıp çözümlenene kadar kişinin yaşamı boyunca başına dert olmaya devam edeceğine inandılar. Freud, travmatik doğumun, yaşamın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkan

koru, kompulsiyon ve kaygıların prototipi olabileceğini öne sürdü. Tüm doğumların travmatik olduğunu öne sürmese de doğumun travmatik olma riskinin her zaman bulunduğunu kabul etti. Doğum ile birçok yaşam sorunu arasındaki bağlantıyı gören bir diğer terapist, Freud'un arkadaşı Otto Rank'tı. Rank, tüm insan davranışları olmasa bile neredeyse tüm psikolojik sorunların, doğumdaki travmaya verilen tepkiler olarak anlaşılabilmesine olan inancıyla Freud'un ötesine geçti. Önemli bir atılım da 1970 yılında psikolog Arthur Janov'un temel terapi üzerine ilk kitabını yayınlamasıyla gerçekleşti. Rank gibi Janov da yaşamdaki erken dönem psikolojik acıların (ilksel acı) çoğu ruhsal sorunun temeli olduğuna inanıyordu. Janov, uyguladığı terapilerde bu ilk acıyı, hasta tarafından tamamen hissedilene ve yavaş yavaş bütünleşene kadar uyandırmaya çalıştı. Bu çalışmalarda doğum travmasına özel bir öncelik verdi çünkü en yıkıcı olduğu düşünülen, tedavi edilmesi en fazla zaman gerektiren ve tamamen tedavi edildiğinde terapötik başarı ile en yüksek korelasyonu gösteren ilksel travmalardandı. Yine LSD (psikoaktif bir halüsinojen) psikiyatristi Stanislav Grof, çok farklı bir terapi türüyle- uyuşturucunun deneysel kullanımıyla- uğraşırken, danışanlarının sürekli olarak doğum deneyimlerinin bazı yönlerine geri döndüklerini gördü. Sonuç olarak Grof, doğumun ve doğum sürecinin kişilik üzerinde derin ve kalıcı bir etki yarattığı inancını geliştirdi. Grof, LSD ile yaptığı öncü çalışmalarından bu yana, çeşitli ses, müzik ve hareketlerin kullanımı yoluyla çocukluk, doğum ve doğum öncesine ait anıların uyuşturucu olmadan uyandırıldığı bir "holotropik" terapi sistemi geliştirdi (Chamberlain, 1999). Görüldüğü gibi doğum esnasında yaşanan travmaların bebek tarafından deneyimlenebildiği ve sonraki dönemlerde olumsuz sonuçlara yol açabildiği literatürde karşımıza çıkmaktadır. Bu noktada bebekler için travmatik doğum kavramının ne olduğunu incelemek yararlı olacaktır.

Doğum fizyolojisinin önemini vurgulayan Odent'e (2004) göre doğum, dünyaya girmenin bu zor süreci için biyokimyasal çözümlerimiz olduğunu belirten bir biyokimyasal senfonidir (Verdult, 2009). Bu doğum süreci her bebekte biyolojik olarak programlanmıştır. Bebek doğum sürecini ne zaman harekete geçireceğini, doğum kanalından nasıl geçeceğini ve annesiyle nasıl iş birliği yapacağını bilir; kendini annesinin kollarına bırakmayı bekler. Bu sürecin herhangi bir şekilde kesintiye uğraması bebek için zararlı, stresli ve hatta travmatik olabilir. Sezaryen doğum, bu doğal doğum sürecinin ani bir şekilde kesilmesidir. Sadece farklı bir kapı kullanılması değil, aynı zamanda bebekte depolanan ve doğum sırasında aktive olan biyolojik

doğum programının ihlalidir. Durumla baş etmede çok sınırlı becerilere sahip olan bebek için sezaryen doğum travmatik bir olay olarak görülebilir ve bu travma bedeninde depolanarak fiziksel semptomlara yol açabilir. Sonuç olarak sezaryen doğumun vajinal doğuma göre bebek için ciddi fizyolojik dezavantajları olabilir ve sezaryen doğum uzun vadeli sorunlara yol açabilir. Hayat kurtaran ve tıbbi olarak gerekli sezaryenlerin gerekliliği ile ilgili herhangi bir tartışma olamaz, ancak çoğu ülkede sezaryenlerde DSÖ sınırları (%10 ila %15) geçersizdir. Sezaryenle doğumda fetüs ejeksiyon refleksi yoktur ve sezaryen doğumunda daha fazla tıbbi komplikasyon görülür. Bu anlamda çoğu doğum öncesi araştırmacı ve bebek terapisti, sezaryen doğumu hem fiziksel hem de psikolojik açıdan travmatik olarak görmektedir (Verdult, 2009). Öncü çalışmasında Thomas Verny, sezaryen doğumu bebek için bir şok, vajinal doğumla ilişkili fiziksel ve psikolojik uyarının yoksunluğu olarak adlandırdı (Verny, 1981). Sezaryen doğum, yoğun bir ya hep ya hiç niteliğine sahiptir, doğum dalgalarının alıp vermesi gibi değildir. Prosedür bebek için hızlı ve anidir. Bebek, doğum kanalı yoluyla sınırlayıcı bir doğum deneyimi yaşamadığından sonraki uyarıları filtrelemekte zorlanır ve ameliyathanedeki atmosfere karşı çok hassas bir hale gelir. Özetle, sezaryen doğum bebek için travmatik bir doğum deneyimi olarak algılanabilir. Ancak, doğal doğumların da bebek için acı verici olabileceği unutulmamalıdır (Terry, 2021). Terry'ye göre, doğal doğum esnasında meydana gelen çözülmemiş kafa travması, bebeklerin kolik gibi "anı ağlaması" yaşadıklarında ifade etmeye ve serbest bırakmaya çalıştıkları ana deneyimlerden biridir (Terry, 2021).

Bebekler için doğumda meydana gelen başka bazı olaylar acı verici niteliktedir ve travmaya yol açabilir. Bunlar;

-Doğum esnasında uygulanan tıbbi müdahaleler ve testler bebekler tarafından acı verici deneyimler olarak algılanır. Forsepsle/vakumla gerçekleştirilen doğum, sezaryen ya da uzun süreli doğum bebekler için travmatik olabilir.

- Sağlık personeli, doğumdan sonra bebekleri rutin olarak ebeveynlerden ayırır ve ayrılık bebek tarafından genellikle korkutucu bir terk edilme olarak deneyimlenir.

- Yoğun bakıma ve kuvöze yerleştirme sıklıkla bebekler için korkutucu, aşırı uyarıcı ve acı verici bir terk edilme deneyimi olarak algılanır. Doğumdan sonra ani bir soğukluk, parlaklık, kaba muamele, sert ve yüksek sesler gibi durumlar yenidoğan için korkutucu ve kafa karıştırıcı olabilir.

- Doğumda herhangi bir sebepten komplikasyon gelişmesi ya da solunum problemi yaşanması bebek için ölüm tehdidi anlamına gelebilir.

- Elektronik fetal monitörizasyon, doğum sırasında kafa derisinden kan örnekleri alma, topuklardan baş aşağı tutulmak gibi ani uzaysal yönelim bozuklukları, göbek kordonunun aceleyle kesilmesi, düz yüzeylerle karşılaşmada omurganın zorlanması, iğne enjeksiyonları ve topuk delme, acı veren ve bulanıklaştıran göz ilaçları uygulanması, derinin acı verecek şekilde silinmesi ve yıkanması yeni doğmuş bebek için travmatize edici olabilir.

- Anestezi özellikle bağlanma üzerinde etkilidir, çünkü bebeklerde doğumdan saatler ve günler sonra bile kalan anestezi bebekleri (ve anneleri) uyuşturur ve dolayısıyla bağlanma için daha az erişilebilir hale getirir (Chamberlain, 1999; Emerson, 1996, 2020, 2021; Janov, 1983).

2.2.6. Bebeklerde Travmatik Stres Tepkileri

William Emerson'a göre, obstetrik müdahalelerin neden olduğu doğum travmalarının bebeğin ruhu üzerinde üç uzun vadeli sonucu vardır: bağlanma bozuklukları, kronik şok ve kontrol karmaşası. Otuz yılı aşkın süredir yaptığı klinik araştırmaları, sezaryen ve vajinal doğumların (bazı durumlarda) bebeklerde semptomatik etkilere neden olabileceğini göstermektedir. Bu etkiler, uyku problemleri, aşırı uyanıklık, yoğun ve uzun süreli ağlama (travma ağlaması), beslenme ve sindirim güçlükleri, kolik, aşırı dokunsal duyarlılık ve bağlanma zorlukları şeklinde ortaya çıkabilir (Emerson, 1998).

Sezaryenle doğan bebeklerdeki bağlanma bozukluklarının iki ana kaynağı vardır: kabul edilmeyen travma ve aşırı dokunsal duyarlılık. Eğer anne ve babalar, sezaryenle doğum sırasında bebeğin yaşadığı travmatik deneyimi bilmiyorsa, o zaman bebek duygusal acısıyla baş başa kalır. Belirtileri tanınmaz veya doğru yorumlanmaz. Bebeğin acısıyla ilgili bu empati eksikliği, bebekte geri çekilmeye yol açabilir. Sezaryen ameliyatı sırasında dokunma, sınırlara saygı duymayan bir şekilde, genellikle soğuk, nesnel, aceleci ve acı verici şekilde olmaktadır. Rahim dışından bu ilk dokunuş bebekte endişe ile ilişkilendirilebilir ve dokunmaya karşı tepkiselliğe yol açabilir. Yenidoğan bebeğin annesine bağlanmasında dokunmak ve sarılmak önemli bir özellik olduğundan, bağlanma ilişkileri önemli ölçüde bozulabilir. Bazı bebekler doğum travmalarının tetiklenmesi nedeniyle dokunmaktan ve sarılmaktan çekinirler,

tutulduklarında sertleşirler, vücutlarını aşırı gererler veya göz temasından kaçınırlar (Verdult, 2009).

Sezaryen şoku, ameliyatın iki dakikası içinde meydana gelen ani, beklenmeyen, kaba ve korkutucu değişikliklerden kaynaklanır. Şok, tüm vücudun aşırı bir kaygı durumunda çalıştığı ezici/istila edici bir korkutucu deneyimin sonucudur. Vücut hayatta kalma modundadır. Sadece ameliyatın hızı değil, aynı zamanda bebeklerin rahim içi dünyasının güçlü eller tarafından istilasına da ciddi bir sınır geçişidir. Sezaryen, biyolojik programlı vajinal doğuma, bu sürecin zamanlamasına ve nedenine aykırıdır. Şok, irkilme ve korku tepkileriyle sonuçlanır. Hiper uyanıklık ve uyku güçlükleri sezaryen şoku ile ilişkilendirilebilir (Verdult, 2009). Sezaryen doğum sırasında bebekler bir istila/kontrol kompleksinin tüm özelliklerini deneyimleme eğilimindedirler. Dünyaları aniden ve şiddetli bir şekilde istila edilir ve olup bitenler üzerinde kontrol eksikliği yaşarlar. Sezaryende, bebeklerin yerinden oynatılması, döndürülmesi, kaldırılması, aspirasyonu, muayenesi ve test edilmesi gerekir; tüm bunlar çok kısa sürede ve bebek tarafından herhangi bir başa çıkma stratejisi kullanılmadan gerçekleşir. Dokusal aşırı duyarlılık, doğrudan sezaryen ile bağlantılıdır (Verdult, 2009).

Yine doğumdan önce veya doğum sırasında travmalar meydana geldiğinde, a) zihnin ve bedenın donması; b) ebeveynlerin ve diğerlerinin, travmatizasyonu kabul etmedeki başarısızlığı nedeniyle, bağlanmanın niceliği ve niteliği büyük ölçüde azalır. Travmalar ve şoklar meydana geldiğinde, travmatizasyon ve şoka karşı savunmak için zihin ve bedende doğal bir fizyolojik donukluk olur (Bloch, 1985). Bu kendi kendine anestezi, normalde vücutta travma ve şok sırasında/sonrasında meydana gelen hormonal değişiklikler nedeniyle oluşur. Beden ve zihin donuklaştığında ve beden stresten yorulduğunda, anne-bebek arasındaki bağın niceliği ve niteliği azalır. Bağlanmayı etkileyen ikinci durum, ebeveynlerin ve diğerlerinin, bebeğin travmatizasyonunu kabul etmedeki başarısızlığıyla ilgilidir. Travmalar meydana geldiğinde, şokun dinmesi ve iyileşmenin başlaması için insanların anlayış, kabul ve şefkate ihtiyaç duyduğu kritik bir zaman periyodu vardır. Bununla birlikte, doğum öncesi ve doğum travmalarından sonra bebeklerin anlayış, onay ve şefkat görmeleri nadirdir, çünkü kimse bebeğin travma yaşadığını bilmemekte veya buna inanmamaktadır. Kabul edilmeyen ve çözülmeyen travmalar bebeklerde güvensizlik yaratmakta ve bu da bağlanma sürecini önemli ölçüde engellemektedir. Buna karşılık

travma yaşamamış ya da travmatize olduğu görülüp kabul edilen, gerekli destek verilen bebeklerde bağlanma güvenli ve derin bir düzeyde olmaktadır (Emerson, 1996). Doğum travması şiddetliyse, travma tamamen çözülene ve homeostaz sağlanana kadar bebek birkaç ay boyunca her gün uzun ağlama krizleri yaşayabilir. Doğum nedeniyle travma geçiren bebekler, yumuşak doğum simülasyonu masajı ve ağlamalarını kabul eden empatik bir atmosferde diğer teknikleri içeren terapi yoluyla iyileştirilebilir (Emerson, 2002).

Doğum öncesi ve perinatal travma sonucu bebekler, aşırı aktif sempatik sinir sistemi ve aşırı stres hormonlarından kaynaklanan sürekli bir gerilim durumundadır. Bu biyolojik "savaş ya da kaç" tepkisi, bebeklerin doğum travmasından kurtulmasına yardımcı olmak için uyarlayıcı/adaptif olabilir, ancak gerekenden daha uzun sürebilir ve fizyolojik sorunlara yol açabilir. Bu artan sempatik etki, doğum travması yaşayan bebeklerde yaygın olarak görülen uyku bozukluklarının nedenini açıklayabilir. Diğer bir sonuç ise sempatik sinir sisteminin sindirim organları üzerindeki engelleyici etkisinden kaynaklanan sindirimin yavaşlaması olabilir (Solter, 1995). Bu, daha önce tartışılan kolik teorisi için yenilenmiş bir güvenilirlik sağlayacaktır, ancak bu durumda karın rahatsızlığının altında yatan neden duygusal strestir. Travmatik bir doğumun ardından bebeklerde meydana gelen aşırı ağlama, fazla kimyasalın vücuttan (ter ve sonunda gözyaşı yoluyla) atılmasına izin veren biyolojik bir stres giderme mekanizması olabilir ve aynı zamanda enerjinin serbest bırakılmasını sağlayarak fizyolojik stres-rahatlama döngüsünü tamamlar (Solter, 1995).

Travmatik doğumların, bebeklik dönemindeki problemlere ek olarak, yaşam boyu sorunlara neden olma potansiyeli vardır. Perinatal komplikasyonlar ile çocukların daha sonraki dönemlerde duygusal ve davranışsal sorunlara yatkınlığı arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Batchelor ve ark. 1991). Doğumdaki ölüme yakın deneyimlerin daha sonraki intihar davranışıyla ilişkili olduğu (Roedding, 1991); doğum komplikasyonları (örneğin eklampsi, vakumla doğum, doğum başlamadan amniyon zarının yırtılması ve kordon sarkması) ile ergen ve yetişkinlerde şiddet içeren suçlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu (Kandel ve Mednick, 1991) bulunmuştur. Psikobiyoloji alanında yapılan çalışmalar, erken travmanın uzun vadeli sonuçlarını aydınlatmaktadır. Travmanın iç kimyasını inceleyen Bessel van der Kolk, hipotalamik serotonin, adrenal bez katekolaminleri, sentezleyici enzimler, plazma kortizol, kalp hızı, vücut ısısı ve uykudaki ciddi değişikliklerden bahseder. "Bu değişiklikler geçici

veya hafif değildir. Bunların devamlılığı, erken dönemdeki travmanın psikolojik etkilerinin altında uzun vadeli nörobiyolojik değişikliklerin yattığını gösterir " şeklinde ifade eder (van der Kolk, 1987; s.43). Doğum öncesi ve perinatal travmanın nihai mirası, günümüzde çok yaygın olan öfkeli, isyankâr davranışlar ve çağımızın gelişen hastalıkları olan korku, kaygı ve depresyon duygularıdır (Chamberlain, 1999). Dolayısıyla erken dönemdeki travmalar muhtemelen sonraki travmalardan daha ciddidir çünkü daha sonraki deneyimler için temel kalıpları ve hormonal düzenlemeleri oluştururlar. Prematüre ve yeni doğanların beyin gelişiminin travmayı deneyimlemek, hatırlamak ve travmadan öğrenmek için yetersiz olduğu inancının ne kadar zararlı olduğu mevcut araştırmalarla ortaya çıkmıştır (Chamberlain, 1999).

2.3. Psikolojik Sağlamlık

Bu bölümde psikolojik sağlamlığın tanımı ve önemi, doğumda psikolojik sağlamlık ve etkileri ile anne-bebek ilişkisinde psikolojik sağlamlık ve etkileri başlıklarına yer verilmiştir.

2.3.1. Psikolojik Sağlamlığın Tanımı ve Önemi

İnsanlar yaşamları boyunca birçok olumsuz durumla, stresli ve travmatik yaşam olaylarıyla karşı karşıya kalabilmektedirler. Söz konusu olumsuz yaşantıları deneyimleyen kişilerin, bu durumlara tepkileri ya da bu durumlarla başa çıkma stratejileri birbirinden farklıdır. Bazı kişiler yaşanan stresli ve travmatik olaylar karşısında anksiyete ve depresyon gibi çeşitli ruh sağlığı problemleri yaşayabilmekte ve bu problemler çok uzun sürebilmektedir. Bazı bireyler ise, bu tür olumsuz yaşantıların ortaya çıkardığı ruhsal durumdan kolayca kurtulabilmekte ve normal yaşamlarına dönebilmektedirler. Bireylerin bu kendini toparlama ve normal yaşantılarına adapte olma becerileri, pozitif psikoloji yaklaşımında, psikolojik sağlamlık kavramıyla açıklanmıştır (Doğan, 2015).

Latince “resiliens” kelimesinden türetilen ve uluslararası literatürde “resilience” olarak adlandırılan psikolojik sağlamlık kavramının Türkçe literatürde farklı şekillerde adlandırıldığı görülmektedir. Resilience kavramı Türkçe’de “psikolojik sağlamlık”, “psikolojik esneklik”, “psikolojik güçlülük”, “dirençlilik”, psikolojik dayanıklılık”, “duygusal istikrar”, “kendini toparlama gücü” ve “yılmazlık” gibi birçok farklı şekilde kullanılmaktadır (Doğan, 2015; Kavi ve Karakale, 2018). Bu çalışmada psikolojik sağlamlık kavramı tercih edilmiştir. Yine alanyazın incelendiğinde psikolojik

sağlamlığın farklı şekillerde tanımlandığı görülmüştür. APA'ya (2014) göre psikolojik sağlamlık, bireyin "zorluk, travma, trajedi, tehdit ve stres kaynakları" karşısında uyum sağlama sürecidir. Başka bir tanımda psikolojik sağlamlık, kişilerin stresli veya travmatik olaylardan kurtulma, yani 'kendini toparlama' yeteneği ve ardından zorluklar karşısında devam etme kapasitesi olarak iki boyutta kavramsallaştırılmıştır (Windle, 2011). Başka bir tanıma göre ise bireyin stres veya sıkıntı karşısında psikolojik veya fiziksel sağlığını koruma kapasitesi olarak ifade edilmiştir (Newman, 2005). Yapılan tanımlamalar göz önüne alındığında psikolojik sağlamlık, kişinin olumsuz durumların üstesinden başarıyla gelebilme ve yeni duruma uyum sağlayabilme yeteneği olarak tanımlanabilir.

Özetle, psikolojik sağlamlıkla ilgili bilimsel literatür incelendiğinde aşağıdaki özellikler ön plana çıkmaktadır (Akar, 2018; Luthar ve ark., 2000; Pardon ve ark., 1999):

- Psikolojik sağlamlık birden fazla bileşene (riskler, koruyucu faktörler, olumlu çıktılar vb.) sahip dinamik bir süreçtir.
- Psikolojik sağlamlık zorlu durumlarla başa çıkabilme, gelişimini devam ettirebilme ve bu zorluklara iyi uyum sağlayabilme olarak tanımlanır.
- Psikolojik sağlamlıktan bahsedebilmek için öncelikle ortada bir risk faktörü olması gerekir. Bireyler risk faktörüyle baş ederek olumlu bir sonuca ulaşmalı ve iyi uyum geliştirmelidir.
- Psikolojik sağlamlık, bireylerde içsel ve dışsal koruyucu faktörlerin desteklenmesi yoluyla geliştirilebilir bir özelliktir.

Mevcut çalışma kapsamında annelerde (0-12 aylık bebeği olan) psikolojik sağlamlık kavramı ele alındığından bundan sonraki bölümlerde, hamilelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde psikolojik sağlamlıkla ilgili literatür bilgisine yer verilecektir. Hamilelik, doğum ve ebeveyn olma süreci fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel düzeylerde önemli değişiklikler içerir. Bu değişiklikler annelerin karşılaştığı olumsuz veya travmatik durumlar karşısındaki psikolojik stres tepkilerinde farklılıklara yol açabilmektedir. Doğum sürecinde kadınlar, obstetrik komplikasyonlar, ruhsal sorunlar ve ilişki problemleri gibi olumsuz fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçlara maruz kalma riskiyle karşı karşıyadır. Pozitif psikolojinin konuları arasında yer alan ve geliştirilebilen bir beceri olan psikolojik sağlamlık, bireylerin olumsuz ve zorlayıcı yaşam olayları karşısında uyum sağlama kapasitesini ve zorluklarla etkili bir şekilde

başa çıkabilme mekanizmalarını temsil eden dinamik bir süreçtir. Psikolojik sağlamlık gebelikte, doğum ve ebeveynlik süreçlerinde stresin olumsuz etkilerini azaltan koruyucu bir faktör olarak görülmektedir. Psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek olan kadınlarda doğum korkusu, doğum sonrası depresyon ve doğumla ilişkili TSSB'nin daha az görüldüğü, bu kadınların doğumda öz-yeterlilik düzeyinin arttığı belirlenmiştir (Aktürk ve Yılmaz, 2023). Dolayısıyla hamilelik ve doğum sürecinde olumsuzluklar ve risklerle birlikte psikolojik sağlamlığın da ele alınması son derece önemlidir.

2.3.2. Doğum Sürecinde Psikolojik Sağlamlık ve Etkileri

Hamilelik, doğum ve ebeveyn olma biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel düzeylerde önemli değişiklikleri içerir. Bu dönemler değişime ve yeni taleplere uyum sağlama süreci olarak görülebilir. Hamilelik ve doğum süreci ile doğum sonrası dönemde yaşanan sıkıntı, stres ve travma deneyimi, anneler ve bebekleri üzerindeki potansiyel etkisi nedeniyle özellikle önemlidir. Perinatal dönemde yaşanan olumsuzlukların anneler ve bebekleri üzerindeki etkisi, bu dönemde hem risklerin hem de koruyucu faktörlerin incelenmesinin önemini vurgulamaktadır. Perinatal dönemde anneler ve bebekleri için koruyucu faktörler arasında annelerin psikolojik sağlamlık düzeyi yer almaktadır.

Perinatal dönemde (hamilelik, doğum ve doğum sonrası) psikolojik sağlamlık ile ilgili literatür gelişmeye devam etmektedir. Travmatik doğuma karşı dayanıklılığı inceleyen araştırmalar, kadınların çoğunluğunun dayanıklı olduğunu öne sürmektedir. Travmatik bir doğum deneyimleyen kadınlar üzerinde yapılan boylamsal bir çalışma, bu kadınların yalnızca %14'ünün doğumdan bir ay ve altı ay sonra TSSB yaşadığını ortaya koymuştur (Dikmen-Yıldız ve ark., 2018). Dayanıklı kadınlar, sağlık çalışanlarından daha fazla sosyal destek ve memnuniyet duyduklarını, daha az şiddetli TSSB ve depresyon semptomları yaşadıklarını, daha az doğum korkusu hissettiklerini ve doğumdan bu yana daha az ek travma yaşadıklarını bildirmişlerdir. Benzer şekilde Amerika Birleşik Devletleri'nde 1.300'den fazla kadın üzerinde yapılan bir araştırma, doğumdan sonra dayanıklı veya kırılğan psikososyal profillere sahip kadınları neyin karakterize ettiğini incelemiştir. Sonuçlar, dayanıklı kadınların yüksek sosyal destek ve öz yeterliliğe sahip olduklarını, daha az depresyon ve stres bildirdiklerini göstermiştir. Bunun aksine, kırılğan kadınlar yüksek depresyon ve stres, zayıf sosyal destek ve öz-yeterlilik ile karakterize edilmektedir. Kırılğan kadınların istenmeyen

hamilelik yaşama, riskli sağlık davranışları sergileme ve erken doğum yapma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (Maxson ve ark., 2016).

Hamilelik ve doğum süreçlerinde psikolojik sağlamlıkla ilgili çeşitli araştırmalar yapılmış olmasına rağmen, bu dönemlere özgü psikolojik sağlamlıkla ilgili belirli bir teorik çerçeve oluşturulmamıştır. Literatürde çok sayıda model kullanılmakla birlikte hamilelik ve doğumda dayanıklılığı tam olarak yansıtan bir model bulunmamaktadır. Ebeveynliğe geçişte dayanıklılık teorisine ilişkin yakın zamanda yapılan kapsamlı bir çalışma (Young ve ark., 2018), yayınlanan çalışmaların yarısından fazlasının araştırmaları için teorik bir çerçeve belirlemediğini ortaya çıkarmıştır. Literatürde yer alan perinatal dönemde psikolojik sağlamlıkla ilgili üç teorik çerçevenin ana hatları aşağıda verilecektir.

Dunkel Schetter'in Hamilelik Kaygısı Modeli: Dunkel Schetter'in hamilelik kaygısı modeli, hamilelik sırasında başa çıkmayla ilgili faktörleri açıklamaya ve gelişmiş bir teorik çerçeve sağlamaya yöneliktir (Schetter, 2011). Schetter, hamileliği yaşam süresi içinde, başa çıkma kaynaklarını yeniden güçlendiren aynı zamanda gelişimsel kırılganlığı ortaya çıkaran ayrı bir dönem olarak konumlandırır. Gebeliğe bağlı stresin doğası gereği kronik olduğunu tanımlamış, tek bir travma hakkındaki araştırmalara dayanan dayanıklılık modellerinin uygulanabilirliğini sorgulamıştır. Dunkel Schetter'in modeli, stres faktörlerini hamilelik kaygısının, biyolojik süreçlerin ve dayanıklılık kaynaklarının yordayıcıları olarak sunmaktadır. Bu stres faktörlerinin potansiyel sonuçları ise erken doğum ve bazı olumsuz gelişimsel sorunlardır.

Model, hamilelik kaygısı ile olumsuz doğum sonuçları arasında bağlantı kuran literatür bulgularına dayalı olarak stres ve koruyucu faktörlerden oluşan bir çerçeve sunar. Stresörler arasında annenin hipotalamik-hipofiz-adrenal eksenini, plasental kortikotropin salgılayan hormon, fetal hipotalamik-hipofiz eksenini ve uteroplental fonksiyon bozukluğunun yanı sıra travmatik yaşam deneyimleri, anksiyeteye yatkınlık ve tıbbi komplikasyonlar yer alır. Koruyucu faktörler arasında özyeterlik, özsaygı, iyimserlik, stresle baş etme ve problem çözme becerileri, sosyoekonomik durum, sosyal destek, aileye bağlılık ve maneviyat yer alır. Dunkel Schetter'in modeli, bütünüyle bir dayanıklılık modeli olarak anlaşılabilir ancak özellikle olumsuz doğum sonuçlarının ve çocuk sağlığının gidişatının izini sürmeye odaklanmaktadır.

Gebelik Öncesi Stres ve Dayanıklılık Yolları Modeli: Dunkel Schetter'in gebelik kaygısı araştırmasını (Schetter, 2011) takiben, gebelik öncesi stres ve dayanıklılık yolları (PSRP) modeli gebelik, fetal programlama ve çocuk sağlığı için farklı sonuçları açıklamaktadır (Ramey ve ark., 2015). Bu model, çok sayıda disiplinlerarası akademisyen, klinisyen ve toplum temsilcisinden elde edilen verileri birleştiren toplum temelli bir araştırma sürecinin ürünüdür. PSRP modeli, biyomedikal ve psikososyal göstergeleri ve sonuçları birleştiren sistemik, çok düzeyli bir yapıya sahiptir. Model, (a) ebeveynlik konusundaki partner ilişkisi ve ev ortamından (b) gebelik öncesi döneme, ardından (c) doğum öncesi gelişim ve doğum sonuçlarına, son olarak (d) çocuğun gelişimsel sonuçlarına kadar zaman içindeki ilerlemeyi gösterir. Modelde hem anne hem de baba yer almaktadır ve onların iyi oluşu, çocukla ilgili sonuçlara doğrudan katkıda bulunan bir faktör olarak gösterilmektedir. Ebeveynlerin ruhsal ve fiziksel sağlığı, ebeveynlik becerilerinin yanı sıra, çocukların psikolojik sağlamlığına da katkıda bulunan faktörler olarak ifade edilmektedir. Sosyal ve çevresel değişkenler olan sağlık hizmetleri, eğitim, iş, eğlence, manevi kaynaklar, mahalle ve topluluk bağlamları da bu süreçlerin meydana geldiği kapsayıcı bir çerçeve olarak dâhil edilmiş ve kavramsallaştırılmıştır (Ramey ve ark., 2015).

PSRP modeli sosyal tutumları, toplum refahını ve çevresel kaynakları, bireyin ve ailenin biyolojisi ile psikolojisi üzerinde doğrudan etkiye sahip olarak tanımlar. Değişkenlerin çoğu, bu etkilerin statik veya tek yönlü olmadığı kabul edilerek birbirleriyle karşılıklı ilişkiler içinde tasvir edilmiştir. Örneğin, annenin stresi ve sosyal desteği, ebeveynler arasındaki ilişkiyi ve ev ortamının doğasını etkileyecektir, ancak ilişki ve çevre aynı zamanda annenin stres düzeyini ve algılanan sosyal desteğini de etkileyecektir. Diğer yeni katkılar arasında ebeveynler arasındaki ilişkinin ve ev ortamının hamilelik sırasında annenin fiziksel sağlığı üzerindeki etkisinin incelenmesi, babanın stres ve dayanıklılık faktörlerinin düzenleyici değişkenler yerine doğrudan katkıda bulunanlar olarak konumlandırılması ve topluluk düzeyindeki değişkenlerin aracı değişkenler yerine nedensel etkenler olarak belirlenmesi yer almaktadır.

Ebeveyn Dayanıklılığı Modeli: Gavidia-Payne ve ark. (2015), mevcut literatürü gözden geçirerek bir ebeveyn dayanıklılığı teorisi sunmakta ve modelin temeli olarak “aile dayanıklılığı” ve “anne dayanıklılığı”nı göstermektedir. Ebeveyn dayanıklılığı hem başlı başına bir süreç hem de kriz sırasında ailenin ve çocuğun iyi oluşuna katkıda bulunan bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle ebeveyn dayanıklılığını aile

ve çocuk dayanıklılığı içerisinde bağımsız bir kavram ve bir alt sistem olarak konumlandırmaktadır. Burada dayanıklı ebeveynler, önemli risk faktörlerinin varlığına rağmen çocuklarına uygun düzeyde bakım sunabilen ebeveynler olarak tanımlanmaktadır.

Gavidia-Payne ve ark. (2015) ebeveynliği, insan gelişiminde üretkenlikle ilgili bir aşama ve dolayısıyla kırılganlık ve dayanıklılık eğiliminin arttığı bir dönem olarak tanımlamaktadır. Her ebeveynin özel bağlamında anlaşılması gerektiğini vurgulamaktadırlar. Örneğin, yeni ebeveynler genellikle dikkatin büyük ölçüde ebeveyn-çocuk ikilisine odaklandığı ve önceden var olan diğer sosyal ilişkilerin dışlandığı bir sosyal geri çekilme döneminden geçerler. Uzun vadede bu, sosyal kopukluk ve benlik kavramındaki değişiklikler nedeniyle strese neden olabilirken, kısa vadede ebeveyn ile çocuk arasındaki bağı destekleyen koruyucu bir mekanizma olarak hizmet edebilir. Aynı zamanda bu dönem, ebeveynin sağlıklı ebeveynlik yapmayı, çocuğun ihtiyaçlarını etkili bir şekilde anlamayı ve karşılamayı öğrenmesi için bol miktarda uyarım sağlar.

Gavidia-Payne ve ark. (2015) çocuk ve aile özelliklerini (bebek mizacı ve ailenin sosyoekonomik durumu gibi), ebeveyn iyi oluşunu, ebeveyn öz yeterliliğini, aile işleyişini ve sosyal bağlılığı dayanıklılığa katkıda bulunan faktörler olarak değerlendirmektedir. Bu faktörlerin, stres yaratan olaylar karşısında dayanıklılık göstermek için aracılık ettiği belirtilmektedir.

2.3.3. Anne-Bebek İlişkisinde Psikolojik Sağlık ve Etkileri

Zorlayıcı yaşam olaylarıyla baş edebilme ve uyum sağlayıcı tepkiler göstermeye devam edebilme yeteneği olarak tanımlanan psikolojik sağlık, doğum sonrası dönemde anne-bebek ilişkisinde önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Doğum sonrası dönemde ebeveynliğe geçişle birlikte anne, yeni yaşam rollerine uyum sağlama, bebeğe bakım verme ve bebeğin ihtiyaçlarını etkili bir şekilde karşılama, değişen bedenin ve hormonal sistemin getirdiği zorluklarla baş etme gibi bir dizi stres etkeniyle karşı karşıya kalmaktadır. Anne-bebek bağlanma sisteminin güvenli bir şekilde gelişebilmesi için kritik önemi olan doğum sonrası dönemdeki anne-bebek ilişkisi, yaşanan bu stres faktörlerinin etkisiyle zarar görebilmektedir. Annenin doğum sonrası dönemdeki ruh sağlığına etki eden faktörlerden biri de doğum deneyimidir. Bir kadının doğum deneyiminden duyduğu memnuniyetin, bebeğiyle ilişkisini, öz

saygısını ve gelecekteki doğum beklentilerini etkilediği ortaya çıkmıştır (Kabakian-Khasholian ve ark., 2017). Olumsuz veya travmatik bir doğum deneyimi ise doğum sonrası depresyon, kaygı ve TSSB gibi ruh sağlığı problemlerine yol açabilir (Dekel ve ark., 2020; Garthus-Niegel ve ark., 2014; White ve ark., 2006). Annelerin psikolojik sağlığı bebekleriyle bağlanma sürecini olumsuz etkilemektedir. Anne-bebek bağı, bir annenin çocuğuyla yaşadığı duygusal bağ olarak tanımlanır ve bu bağı çocuğun sosyo-duygusal gelişimi için önemli olduğu kabul edilir (Motegi ve ark., 2020). Çalışmalarda hem hamilelik hem de doğum sonrası ruh sağlığı problemlerinin bir annenin bebeğiyle bağ kurma yeteneği üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabileceği ve ruhsal sorun yaşayan annenin çocuğuyla etkileşim kurmakta zorluk çekebileceği bildirilmiştir (Bozicevic ve ark., 2022; Ettenberger ve ark., 2021). Dahası, çok sayıda çalışma TSSB ile anne-bebek bağlanma bozukluklarının gelişimi arasında bir ilişki bulmuştur (Ayers ve ark., 2006; Rados ve ark., 2020). Öte yandan, Handelzalts ve ark. (2021) kaçınan ve kaygılı anne-bebek bağlanmalarının TSSB semptomları nedeniyle ortaya çıkabileceğini ifade etmiştir. Benzer şekilde perinatal TSSB ve majör depresif bozukluk, anneleri ile çocukları etkileyen ve riskin nesiller arası aktarımına zemin hazırlayan çok sayıda olumsuz bilişsel, davranışsal, fizyolojik ve duygusal sonuçlara yol açabilmektedir (Chemtob ve ark., 2010; Dubber ve ark., 2015). Anne-bebek bağının sağlıklı bir şekilde kurulamaması annenin bebeğine karşı duygusal tepkisinin eksikliğine, bebekte sık ağlamaya, olumsuz çocuk gelişimi sonuçlarına ve anne-bebek etkileşimleri üzerinde ciddi, uzun vadeli olumsuz etkilere neden olabilir (Kruijff ve ark., 2019). Olumsuz anne-bebek bağı, bebeklerin kendi duygularını düzenlemesini engelleyerek ve bebeklerin sosyal-duygusal gelişimine zarar vererek zayıf duygu düzenleme becerisinin oluşmasına yol açacaktır (Le Bas ve ark., 2021). Tüm bunlar göz önüne alındığında, doğum sonrası dönemde ebeveynlik becerilerine özgü riskleri ve koruyucu faktörleri anlamak son derece önemlidir. Literatürde doğum ve ebeveynliğe geçiş sürecinde stres etkenlerine karşı tampon oluşturan veya stres etkenlerinin sağlık üzerindeki etkisine aracılık eden bir dizi koruyucu faktör önerilmiştir. Bunlardan en önemlisi psikolojik sağlamlık olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikolojik sağlamlık, annelerin perinatal dönemde zorlayıcı yaşam olaylarıyla başa çıkmalarına, sıkıntı ve stresten daha hızlı kurtulmalarına yardımcı olarak anne-bebek bağının gelişimini desteklemektedir. Travis ve Combs-Orme (2007) bebekleriyle bağlanma ilişkileri zayıf olan kadınların psikolojik sağlamlık düzeyleri artırılarak anne-bebek bağının güçlendirebileceğini göstermiştir. Psikolojik

sağlamlık, anne-bebek arasındaki güvenli bağlanmanın gelişimine aracılık edebilir. Güvenli bağlanma ise hem annenin hem de bebeğin duygusal ve psikolojik iyi oluşunu etkiler. Gerhardt (2012), bakımverenin bebeğe olan sevgisinin, olumlu uyarılmayı artırma ve olumsuz uyarılmayı azaltma kapasitesi aracılığıyla kelimenin tam anlamıyla 'beyni büyüttüğünü' ileri sürer. Bakımveren bunu bir yandan bebeğiyle sevgi dolu fiziksel dokunuş, göz teması ve etkileşimden keyif alarak, diğer yandan bebeğin ağlamalarına yanıt vererek, can sıkıntısını gidererek, stres seviyesini düşürerek ve sonuç olarak bebeği sakinleştirerek yapar.

Mevcut çalışmamızda travmatik doğum deneyimlemiş ve buna bağlı TSSB belirtileri yaşayan anneler ve bebekleri incelenmiş, bu süreçte psikolojik sağlamlığın etkileri belirlenmeye çalışılmıştır. Literatürde psikolojik sağlamlığı yüksek bireylerin stresle daha iyi başa çıkabildiğini ve TSSB geliştirme olasılıklarının daha düşük olduğunu bulunmuştur (Connor ve Davidson, 2003). Benzer şekilde Wang, Wang ve Li (2018) psikolojik sağlamlığın, doğumdan sonraki 30 gün ile 1 yıl arasında TSSB geliştirmede yordayıcı etkisi olduğunu belirlemiştir. TSSB’de travmatik olayı hatırlatan uyarıcılardan kaçınma söz konusudur ancak, doğuma bağlı TSSB durumunda bebek, anne için travmatik doğum olayını sürekli olarak hatırlatan bir tetikleyici olabilir. Sonuç olarak, anneler bebekleriyle bağ geliştirmede ve sağlıklı ilişki kurmada başarısız olabilirler. Psikolojik sağlamlık ise annelerde, bebekleriyle güvenli bağlanma, ruh sağlığı problemlerini önleme ve riskin nesiller arası aktarımını engellemede çok önemli bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.4. Kaygı

Bu bölümde kaygı kavramı, doğum sürecinde kaygı ve etkileri ile anne-bebek ilişkisinde kaygı ve etkileri başlıklarına yer verilmiştir.

2.4.1. Kaygı Kavramı

Kaygı, kaynağı belirsiz olan ve kişiyi sürekli tetikte olması için uyaran bir duygu olarak tanımlanabilir (Kartopu, 2013). Normal kaygı, birçok tehlikeli duruma karşı uyarıcı veya uyum sağlayıcı bir tepki olarak görüldüğünden, organizmanın biyolojik olarak kendini koruyan bir sistemidir (Türkoğlu, 2018). Kaygı, gerçek bir tehdit durumunda koruyucu bir savunma gösterebilmek ve kaçınma davranışı oluşturarak hayatta kalabilmek için gereklidir (APA, 2013). Böyle bir durumda tehdit ortadan kalktığı zaman kaygı durumu sona erer. Ancak gerçek ve olası bir tehdit durumu

olmaksızın ortaya çıkan, bireyin yaşam kalitesini, içsel dengesini bozarak ruh sağlığı problemlerine doğru ilerleyen bir durum söz konusu ise anormal bir kaygıdan bahsedilebilir (Belge, 2019). Dolayısıyla kaygının yoğunluğu ve sürekliliğindeki artış kişinin performansını ve uyumunu olumsuz etkilemektedir. Literatürde kaygının nedenleri ve gelişimi ile ilgili çeşitli açıklamalar yapıldığı görülmektedir. Kaygının gelişimi genetik ve biyolojik etkenlerden, öğrenmelerden ve çeşitli yaşam deneyimlerinden, yaşanılan ortamda karşılaşılan uyarıcılardan etkilenmektedir (Cloninger, 1988). Kaygı, artan içsel ve dışsal streslerin bir araya gelerek kişinin normal başa çıkma becerilerini azaltması veya altüst etmesi ile sonuçlanabilir (Shri, 2010).

2.4.2. Doğum Sürecinde Kaygı ve Etkileri

Hamilelik ve doğum kadınlar için önemli yaşam olaylarıdır. Bu dönemlerde çeşitli nedenlerden dolayı kaygının artması söz konusu olabilmektedir. Ebeveynliğe geçiş sürecindeki kaygı faktörü doğum öncesi ve doğum sonrası dönem olmak üzere iki kısımda incelenecektir.

Hamilelik dönemindeki kaygı, hamilelik süreci, annelik rolü, doğum ve doğumun çeşitli yönleriyle ilgili artan endişe ve huzursuzluğu ifade eder (Karnwal ve Sharmila, 2024). Bu dönemdeki kaygı, bebeğin sağlığı, hamilelikteki bedensel değişimler, doğum sırasında yaralanma ve kontrolü kaybetme korkusu gibi çeşitli nedenlerden kaynaklanabilir (Huizink ve ark., 2024). İlk kez hamile olan kadınlar için kaygı duyguları, ebeveyn olarak yeni sorumluluklar alma, yeni günlük rutinler oluşturma ve eş ilişkisindeki değişimlere uyum sağlama gibi adaptasyon gerektiren faktörlerle ilişkili olabilir. Mevcut hamilelik ilk olmasa bile, önceki hamilelik veya doğum süreci olumsuz olarak deneyimlendiyse, yeni hamilelik yine kaygı semptomlarına yol açabilir (Westerneng ve ark., 2015).

Dünya genelinde kadınların %15 ile %25'inin hamilelik sırasında yüksek düzeyde kaygı yaşadığı belirlenmiştir (Fawcett ve ark., 2019). Viswasam ve ark. (2020), hamile kadınların %86.7'sinin hafif düzeyde, %13.3'ünün ise şiddetli düzeyde kaygı yaşadığını bulmuştur. Literatürde doğum öncesi kaygının obstetrik sonucu nasıl etkilediği konusunda çeşitli fizyolojik etki mekanizmaları tartışılmıştır. Sempatik sinir sisteminin kaygıya eşlik eden aşırı aktivasyonu ve bunun sonucundaki damar daralması, rahim ve plasenta arasındaki kan akışının kısıtlanmasına yol açabilir ve bu

da fetüs için besin eksikliğine neden olabilir (Kent ve ark. 2002). Dahası, sempatik sinir sisteminin aktivasyonu yoluyla rahim daha yüksek bir adrenalin seviyesine maruz kalır ve bu da doğum sırasında kas kasılmasını bozabilir (Bandelow ve Wedekind 2006). Böylece doğumdan önce genel kaygı ya da doğuma özgü kaygı yaşayan kadınların, olumsuz/travmatik bir doğum deneyimleme olasılığı artmaktadır. Gebelikteki kaygının hem anne ruh sağlığı hem de doğum sonuçları üzerinde birçok olumsuz etkisi vardır ve anne depresyonu için bir risk faktörüdür (Al Mumtazah ve ark., 2024). Ayrıca hamilelikte yaşanan kaygı ile travmatik doğum algısı arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Laursen ve ark., 2008; Türkmen ve ark., 2021). Annelerin hamilelik döneminde yaşadığı kaygının bebekler üzerinde de olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Irwin ve ark. (2020) annenin yüksek düzeydeki doğum öncesi kaygısının bebeklerin gelişimini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Hamilelik sırasında yüksek düzeyde kaygı yaşayan kadınların çocuklarında sosyal-duygusal gecikmelerin ve davranış problemlerinin olduğu gösterilmiştir (Loomans ve ark., 2011; Polite ve ark., 2019). Doğum öncesi kaygı, fetal beyin gelişimi üzerinde benzersiz etkiler gösterebilir. Doğum öncesi maternal kaygının, anne karnındaki bebekte artan maternal kortizole maruz kalma, plasentanın koruyucu ortamından sorumlu enzimlerin epigenetik düzenlenmesi ve amigdaladaki hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) eksenine ilişkili genlerin değişmesi dahil olmak üzere biyolojik mekanizmalar yoluyla limbik beyin bölgelerinin gelişiminde rol oynadığı varsayılmıştır (Buss ve ark., 2012; Kundakovic ve Jaric, 2017). Benzer şekilde Donnici ve ark. (2021), doğum öncesi maternal kaygının küçük çocuklarda amigdalanın işlevsel bozukluğu ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir. Amigdalanın işlevsel bozukluğunun, çocuklarda duygusal sorunlar, dikkat sorunları gibi içselleştirme ve dışsallaştırma davranışlarının altında yatan faktör olduğu iddia edilmektedir.

Doğum sonrası dönemde kaygının risk faktörleri ve etkisi, anneler arasında yaygın olarak bildirilmesine rağmen nispeten daha az dikkat çekmiştir (Matthey ve ark. 2003; Reck ve ark. 2008). Doğum sonrası kaygı, doğum sonrası depresyondan daha yaygındır ancak genellikle klinisyenler ve hastalar tarafından yeterince teşhis edilmemektedir. Bir çalışmada doğum sonrası anksiyetenin görülme sıklığının %17.1 ve doğum sonrası depresyonun görülme sıklığının %4.8 olduğu bulunmuştur (Fairbrother ve ark., 2016). Huzursuzluk, ajitasyon, uyku bozukluğu ve korku gibi semptomlarla karakterize olan kaygı (APA, 2013), Avustralya'da 408 anneden oluşan

bir örnekleme, doğumdan sonraki 6. haftada değerlendirilmiş ve annelerin %16'sının kaygı bozukluğu yaşadığı belirlenmiştir (Matthey ve ark. 2003). Benzer şekilde, Reck ve ark. (2008) Alman annelerden oluşan bir örnekleme, annelerin %11'inin doğum sonrası ilk 3 ayda kaygı bozukluğu yaşadığını ve bunların %2'sinin doğum sonrası yeni başlangıçlı olduğunu bulmuşlardır. Bu tür bulgular doğum sonrası dönemin kaygı belirtilerinin ortaya çıktığı veya alevlendiği bir dönem olabileceğini göstermektedir.

Doğum sonrası kaygı, anne stresinin ve işlev gösterememe riskinin artmasıyla (Goldfinger ve ark., 2020), anne-bebek bağlanmasındaki ve emzirme ilişkilerindeki zorluklarla (Hoff ve ark., 2019) ve kaygıdan etkilenen annelerin çocuklarında mizaç ve/veya davranış sorunlarının gelişmesiyle (Petzoldt ve ark., 2016) ilişkilendirilmiştir. Doğum sonrası anksiyete veya panik bozukluğu olan kadınların %25-50'si doğum sonrası depresyon geliştireceğinden, doğum sonrası dönemde kaygılı kadınlarla özellikle ilgilenmek gerekir (Rados ve ark., 2018). Bu bilgiler ışığında bazı annelerin doğum sonrası dönemde neden artan kaygı riskiyle karşı karşıya olduklarının daha iyi anlaşılması gerekmektedir. Bu dönem, bebek sağlığına ilişkin endişelerin, yeni sorumlulukların, değişen ilişki dinamiklerinin, önemli bir ücretsiz iş yükünün, uyku yoksunluğunun, doğum ve emzirme sonrasında iyileşmeye yönelik fiziksel çabaların birleştiği zorlu bir yaşam aşamasıdır. Çevresel stres faktörlerinin (örneğin mali durum, ev işleri, ilişkiler) varlığının doğum sonrası dönemdeki kaygıyı önemli ölçüde yordadığı bilinmektedir (Wenzel ve ark. 2003). Ayrıca geçmiş dönem anksiyete bozuklukları ve TSSB öyküsü, eğitim ve sosyal destek eksikliği olan kadınlar, doğum sonrası dönemde anksiyete geliştirme açısından büyük risk altındadır (Jordan ve Minikel, 2019). Tedavi edilmezse, perinatal kaygının etkileri, eşlik eden hastalıkların kötüleşmesi, madde kullanım bozuklukları, intihar ve hatta bebek öldürmeye kadar uzanabilir (Kendig ve ark., 2017).

2.4.3. Anne-Bebek İlişkisinde Kaygı ve Etkileri

Annede doğum sonrası kaygının yaygınlığı yüksek olmasına rağmen, bunun ebeveynlik davranışları üzerindeki potansiyel etkilerine ilişkin araştırmalar yavaş yavaş ortaya çıkmaktadır. Doğum sonrası anne kaygısı muhtemelen psikososyal bir yol üzerinden bebeğe etki etmektedir. Birçok çalışma, kaygılı annelerin bebeklerini aşırı uyardığını, bebeklerine karşı müdahaleci veya tutarsız davranışlar sergilediğini ve bebeklerinin ipuçlarına karşı duyarsız davranışlarda bulunabildiklerini göstermiştir

(Feldman ve ark. 2009; Murray ve ark. 2007). Bu tür ipuçlarına duyarlılık eksikliği bebeklerde uyku, regülasyon (düzenleme) ve beslenme sorunlarına katkıda bulunabilir ve bunları şiddetlendirebilir. Doğum sonrası kaygı belirtileri anne-bebek ilişki kalitesinin azalması ve güvensiz bağlanma stillerinin gelişmesine katkı sağlamaktadır; böylece bebekte artan olumsuz duygusallık, zor mizaç özellikleri ve davranışları ortaya çıkmaktadır (Ali ve ark., 2020; Doster ve ark., 2018; Feldman ve ark., 2009; Lutkiewicz ve ark., 2020; McMahon ve ark., 2001). Anneler ve 4,5 yaşındaki çocuklarından oluşan bir örnekleme, anne kaygısı, güvensiz bağlanmanın yanı sıra kararsız ve kontrolcü bir örüntüyle de önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (Stevenson-Hinde ve ark., 2011). Anne kaygısı ile güvensiz bağlanma arasındaki ilişkide annenin bebeğine karşı duyarlılığının aracılık etkisi söz konusudur. Buna göre anne kaygısı, öncelikle anne duyarlılığının azalması yoluyla güvenli bağlanmayı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Tersine, annenin duyarlılığının artması, anne kaygısı ile çocuklardaki içselleştirme-dışsallaştırma sorunları arasındaki pozitif ilişkiyi zayıflatmaktadır (Frigerio ve Nazzari, 2021). Ainsworth'un anne duyarlılığı kavramı, güvenli bağlanmanın geliştirilmesinde merkezi bir öneme sahiptir (Stevenson-Hinde ve ark., 2016). Mary Ainsworth yaşamın ilk yılı boyunca anne ve bebekleri üzerinde yapılan kapsamlı ev gözlemlerine dayanarak duyarlılığı, bebeğin sinyallerinin farkında olmak, bunları doğru bir şekilde yorumlamak, hemen ve uygun şekilde yanıt vermek olarak tanımlamıştır (Ainsworth ve ark., 1978). Kaygı düzeyi yüksek anneler, bebekleriyle/çocuklarıyla “duyarsız” etkileşim kurma eğilimindedirler. Grant ve ark. (2010), anne duyarlılığının, 7 aylık bebeklerin strese karşı olumsuz duygusal tepkileriyle ilişkili olduğunu ve ilişkinin doğum öncesi kaygılı kadınların bebeklerinde daha belirgin olduğunu bulmuştur. Dahası hem klinik hem de toplumsal örnekleme doğum sonrası dönemde kaygılı annelerin, normal annelere göre küçük çocuklarıyla ilişkilerinde daha az sıcak ve olumlu, daha az özerklik tanıyan, daha müdahaleci, daha eleştirel ve daha felaketleştirici oldukları gözlemlenmiştir (Creswell ve ark., 2013; Doster ve ark., 2018; Woodruff-Borden ve ark., 2002). Yüksek düzeyde kaygının annelerde müdahaleci ebeveynlik tarzına yol açması nedeniyle, bu annelerin bebeklerinde aşırı ağlama davranışı görülmektedir (Petzoldt ve ark., 2014). Bu müdahaleci ebeveynlik ve bebeğin ipuçlarının yanlış okunması bebeğin ağlamasını yoğunlaştırır. İlk yıldan sonra aşırı ağlama, çocuğun kendi kendini sakinleştirme ve kendini düzenleme konusundaki yetersizliğini yansıtabilir. Annenin kaygısı, bebeğiyle

ilişkinin olumsuz etkilemesinin yanında baba kaygısı, partnerle düşük düzeyde ikili uyum ve zayıf aile işleyişi ile de ilişkilidir (Stevenson-Hinde ve ark., 2007).

Anne kaygısının bebek üzerindeki kısa ve uzun vadeli olumsuz etkileri, anne özyeterliliğini etkilemesi nedeniyle ortaya çıkabilmektedir. Yüksek anne kaygısı, ebeveyn öz yeterliliğinin azalmasıyla da ilişkilidir (Feldman ve ark. 2009; Porter ve Hsu, 2003). Ebeveyn öz-yeterliliği, ebeveynlerin ebeveynlik becerilerine ilişkin inançlarını ve ebeveynlik rollerinden duydukları memnuniyeti ifade eder (Johnston ve Mash, 1989). Porter ve Hsu (2003), ilk kez anne olanlarda doğumdan 1 ay sonra yüksek kaygının düşük ebeveyn öz-yeterliliği ile ilişkili olduğunu, ancak doğumdan 3 ay sonra böyle olmadığını bulmuşlardır. Zamanla ebeveynler yeni bebeklerine uyum sağlamanın ve ona bakmanın yollarını öğrenebilir, bu da tatmin, güven ve yeterlilik duygularının artmasına ve dolayısıyla kaygı belirtilerinin azalmasına neden olabilir. Özetle, doğum öncesi ve sonrası dönemde anne kaygısı, ebeveynlik becerilerini, anne-bebek bağını ve eş ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Annedeki kaygının bebeği olumsuz etkilemesi nedeniyle nesiller arası aktarıma katkı sağlayacağı söylenebilir.

2.5. Beyin Baskınlığı

Bu bölümde beynin hemisferik asimetrisi, beyin yarımküresi baskınlığı ve anne-bebek ilişkisinde beyin baskınlığının etkileri başlıklarına yer verilmiştir.

2.5.1. Beynin Hemisferik Asimetrisi

İnsan beyninde bulunan özgül beyin asimetrisinin, sağ ve sol hemisferlerin belirli alanlarda uzmanlaşarak kendine ait işlevler göstermesine yol açtığı, bunun sonucunda anatomik, işlevsel ve davranışsal olarak lateralizasyonun ortaya çıktığı varsayılmaktadır (Toga ve Thompson, 2003). Bu lateralizasyonun gelişimsel, kalıtsal, deneyimsel ve patolojik faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Beyindeki işlevsel asimetriğin başlangıçta yalnızca insanlara özgü olduğu, dili üretmek ve anlamak için gerekli olduğu düşünülüyordu ancak bu asimetriğin yalnızca insanlarda değil hayvanlarda da olduğu ortaya çıkmıştır (Corballis ve Haberling, 2017). Dolayısıyla insanlarda ve birçok memelide beynin iki yarımküresinin işlevsel ve anatomik olarak farklılık gösterdiği söylenebilir (Rogers, 2021).

Beyinlerimizin asimetrik olarak çalıştığına dair en eski ve belirgin işaret, sağ el kullanımını yönündeki baskın tercihtir (Corballis, 2014). Serebral asimetriye dair

kanıtlar, konuşma eksikliklerinin genellikle sağ beyin yarımküresinden ziyade sol beyin yarımküresindeki hasardan kaynaklandığının bildirildiği 19. yüzyılda ortaya çıkmıştır (Broca, 1863; Corballis, 2014). Bu, beynin bir tarafının, genellikle sol tarafının, konuşma ve el hareketlerinin kontrolünde belirgin olarak baskın olduğu yönünde güçlü bir görüşe yol açmıştır. Sol yarımküre sıklıkla kullanılan sağ eli kontrol ettiğinden, baskın veya majör yarımküre, sağ ise baskın olmayan veya minör yarımküre olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte, sağ yarımkürenin algı ve duygu için daha uzmanlaşmış olduğuna dair daha fazla kanıt, psikolojik dengeyi korumada beynin iki tarafının tamamlayıcı rolleri olduğu yönünde tartışmalara yol açmıştır (Harrington, 2021). 1960'larda, iki yarım küreyi birbirine bağlayan ana bağlantılar, kontrol edilemeyen epilepsiyi kontrol altına alma yöntemi olarak kesilmiş, bölünmüş beyin ameliyatı geçiren hastalar incelenmeye başlanmıştır. Böylece, bağlantısı kesilen her yarım kürenin test edilmesi sonucunda sol yarımkürenin dil için, sağ yarımkürenin ise duygusal ve sözel olmayan işlevler için uzmanlaştığı yeniden ortaya koyulmuştur (Sperry, 1982). Hem sağ hem de sol yarımküre işlevleri, tek taraflı beyin hasarı olan hastalarda ve normal bireylerde asimetrisi ölçmek için dikotik dinleme ve takistoskopik algı kullanan çalışmalarda da yaygın olarak belgelenmiştir (Corballis ve Haberling, 2017). Sol yarımküre, düşünce tarzında doğrusal, rasyonel, analitik ve temelde Batılı olarak tasvir edilirken, sağ yarımküre sezgisel, bütünsel, duygusal, yaratıcı ve temelde Doğulu olarak tasvir edilmiştir. Beyin asimetrisi ile ilgili yapılan çalışmalar giderek daha karmaşık hale gelmiş, beyin görüntüleme yönteminin kullanılmasıyla birlikte beyin asimetrisinin daha ayrıntılı analiz edilmesi mümkün olmuştur. Gelişen yöntemlerle birlikte beyin asimetrisinin el yatkınlığıyla çok az ilgisi olduğu görülmüştür. Örneğin, bir beyin görüntüleme çalışması, sağ elini kullananların %88'inde ve sol elini kullananların %78'inde konuşma için "tipik" sol yarımküre baskınlığı olduğunu (Mazoyer ve ark., 2016), bir diğeri ise mekansal dikkat için sağ yarımküre baskınlığının el yatkınlığıyla ilgisi olmadığını göstermiştir (Badzakova-Trajkov ve ark., 2016; Flöel ve ark., 2005). Özetle yapılan çalışmalar incelendiğinde hemisferler arasında birtakım asimetrisi olduğu, sağ ve sol hemisferlerin farklı alanlarda uzmanlaşarak farklı işlevler gösterdiği görülmüştür. Bir sonraki bölümde beyin baskınlığı hakkında detaylı bilgi verilecektir.

2.5.2. Beyin Baskınlığı

Beyin baskınlığının tam olarak nasıl ve ne zaman geliştiği hala çözülme aşamasındadır. Şimdiye kadar genetik ve çevresel faktörlerin bir kombinasyonunun beynin lateralize gelişimini etkileyebileceği gösterilmiştir (Lubben ve ark., 2021). Beyin baskınlığı, beynin bir yarım küresini diğerine tercih etmeyi ifade eder. Beynin sol ve sağ tarafları farklı bilgilere dikkat etmek, duyuşal girdileri farklı şekillerde işlemek, dış uyaranlara farklı yanıtlar vermek ve farklı motor davranış türlerini kontrol etmek için uzmanlaşmıştır. Buna hemisferik uzmanlaşma veya basitçe "beyin baskınlığı" denir (Rogers, 2021). Her birey, genellikle beyninin bir tarafını diğer tarafından daha fazla kullanır ancak, bilateral olarak bilinen karışık bir baskınlığa sahip olan insanlar da vardır. Bu kişiler her iki tarafı da eşit şekilde kullanırlar veya her iki tarafla da dengeyi korurlar. Bu baskınlık, çocuklukta belirlenir ancak bir bireyin hayatı boyunca değişmeye devam eder. Beyin baskınlığının, esnek olduğu kadar değişken de olan bir durum olduğunu anlamak önemlidir. Ancak, baskın yarım kürelerin performansı yavaş yavaş değişir, bir taraftan diğer tarafa geçişi tamamlamak yaklaşık 9 ay sürer (Chaudhary ve Gawali, 2020; Corballis, 2020).

Beyin yarım küreleri, bireyin kişiliğini ve davranışını belirlemede kolaylık sağlar. Beyin baskınlığına göre bireyler seçimlerinde ve davranışlarında farklı özelliklere sahip olabilmektedir (Hermann, 1998; Mustafa ve ark., 2015). Beynin tüm kısımları her zaman kullanıma açıktır ancak insanlar farklı mizaçlar ve yaşam deneyimleri nedeniyle kullandıkları düşünce kalıpları açısından değişiklik gösterirler. Sonuç olarak, bireyler kullandıkları beyin yarım küresine göre duyuşal girdileri farklı şekilde yorumlamakta, farklı şekilde düşünmekte ve davranmaktadırlar (Corballis, 2020; Gotts ve ark., 2013; Rogers, 2021). İnsanların bir tür düşünceyi diğerine tercih etmeleri sonucunda sağ ya da sol beyin yarım küresini daha baskın kullandıkları, "sol beyinli" bir kişinin genellikle daha mantıklı, analitik ve nesnel olduğu; "sağ beyinli" bir kişinin daha sezgisel, duyuşal ve öznel olduğu ifade edilir (Corballis, 2014).

Sağ yarım küre vücudun sol tarafını, sol yarım küre de vücudun sağ tarafını kontrol etmektedir. Sağ ve sol yarım küre arasında algı, duyuş ve davranış açısından belirgin farklılıklar vardır. Farklı şekillerde düşünmek ve farklı şeyler yapmak üzere uzmanlaşmış olmaları nedeniyle fiziksel ve kimyasal olarak farklıdırlar. Sol yarım küresi baskın bir kişi mantıksal kanıta dayalı bir karar verirken, sağ yarım küresi baskın kişi duyuşalara dayalı bir karar verebilir (Mustafa ve ark., 2015). Sol beyin ve

sağ beyin baskınlığı teorisine göre, beynin her iki tarafı farklı düşünme türlerini kontrol eder. Sağ beyin, tasarım yapmada, şekilleri ayırt etmede, geometrik özellikleri anlamada, yüzleri okumada, bütünsel işlemede, müzikte, metaforları anlamada, duyguları ifade etmede ve duyguları okumada daha iyidir; sol beyin ise dil becerilerinde, beceri gerektiren hareketlerde ve analitik işlemede daha iyidir (Oflaz, 2011). Bunun dışında sol beyinli öğrenenler mantıklarını kullanmayı tercih ederler ve daha detay odaklıdır, sağ beyinli öğrenenler ise sezgileriyle çalışmaya yatkındır ve hayal güçlerini daha fazla kullanırlar (Kök, 2014).

Her ne kadar farklı işlevlere ve özelliklere sahip olsalar da sağ ve sol yarımkürenin etkileşim içinde olduğunu söylemek mümkündür. Konuşmanın anlamlı ve etkili olabilmesi için beynin sol ve sağ yarım küresinin eşgüdümlü çalışması gerekir. Konuşma sırasında anlamlı ve mantıklı cümlelerin kurulması sol yarım kürede gerçekleşirken, bu cümlelere duygu katan vurgu ve tonlama gibi işlevler sağ yarım kürede meydana gelmektedir. İki yarım küre arasındaki bu bilgi alışverişi "korpus kallosum (corpus callosum)" adı verilen sinir ağlarından oluşan yapı sayesinde olmaktadır. Yoğun bir sinir ağı demetinden oluşan korpus kallosum beynin sağ ve sol yarımküresi arasında sürekli bilgi alışverişi yapılmasını sağlayan bir köprü görevi görmektedir. Korpus kallosum kesildiğinde, bu iki bölüm arasındaki iletişim kesilmekte ve dolayısıyla aralarında hiçbir yönde bilgi alışverişi gerçekleşmemektedir (Avcı ve Yağbasan, 2008).

2.5.3. Anne-Bebek İlişkisinde Beyin Baskınlığının Etkileri

Erken dönem yaşam deneyimlerinin psikopatoloji üzerinde önemli etkileri olduğu kabul edildiğinden, son yıllarda sinir bilimi alanında yapılan çalışmalar beynin erken dönem gelişimiyle daha fazla ilgilenmeye başlamıştır. Erken yaşam deneyimleri, bebek ile sosyal çevre arasındaki aktif işlemleri kapsamaktadır. Anne-bebek ilişkisindeki etkileşimler yoluyla, bebek duyguları deneyimleme, iletişim kurma ve düzenleme kapasitesi geliştirmektedir (Schore, 2000). Beynin kendi kendini organize eden bir sistem olduğu konusunda yaygın bir fikir birliği vardır, ancak "gelişen beynin kendi kendini organize etmesinin başka bir benlikle, yani başka bir beyinle olan ilişki bağlamında gerçekleştiği" de bir gerçektir (Schore, 1996). Bu erken sosyo-duygusal olaylar, insan yaşamının ilk iki yılında meydana gelen beyin büyüme atılımı sırasında olgunlaşan biyolojik yapılara damgasını vurur ve bu nedenle geniş kapsamlı, uzun

sürelî etkilere sahiptir (Schoore, 2015). Çevresel deneyimin beyin dokusunun farklılaşmasında kritik öneme sahip olduğu kabul edilmektedir. Genetiğin potansiyeli ancak bakım verme yoluyla tamamen hayata geçirilebilir (Cicchetti ve Tucker, 1994). Nörobilim artık bebek beyninin "karşılaştığı çevre tarafından şekillendirilmek üzere tasarlandığını" tespit etmiştir (Thomas ve ark., 1997). İnsan yaşamının ilk iki yılında beynin "deneyime bağlı" gelişimi için gerekli olan "deneyim", özellikle bebek ile anne arasındaki bağlanma ilişkisinde yer alan sosyal-duygusal etkileşimlerdir (Schoore, 2000). Bebek için hayati öneme sahip bağlanma ilişkisi, annenin beyin baskınlığından etkilenmektedir. Nitekim anne-bebek duygusal iletişimi üzerine yapılan bir çalışmada Lenzi ve ark. (2009), manyetik rezonans görüntüleme tekniği kullanılarak elde edilen veriler doğrultusunda, sağ yarım kürenin duygusal süreçlere ve dolayısıyla anneliğe sol yarım küreden daha fazla dahil olduğunu bulmuştur. Aşağıda annenin sağ beyin fonksiyonların bağlanma ilişkisi aracılığıyla bebek üzerindeki etkileri ve sağ beyindeki bozulmaların olumsuz sonuçları hakkında detaylı bilgi verilmiştir.

Sağ beyin bağlanma ilişkisindeki işlevleri: Doğum sonrası dönem, annenin bebeğiyle sağlıklı bir bağ kurması için önemli bir zamandır. Anne beynindeki değişiklikler, annenin yeni rollerini kabul etmeye ve bebekle güçlü bir ilişki kurmaya hazır olması için hayati önem taşıyabilir. Doğum sonrası dönemde hem hormonlar hem de bebekle etkileşimler, anne beynindeki karmaşık yapısal ve işlevsel değişikliklerle bağlantılıdır (Gholampour ve ark., 2020). Anne olma süreci, anne-bebek bağına kolaylaştırabilecek anne beyin yapısı ve işlevinde değişiklikler başlatır (Dudek ve ark., 2020). Anne beyni ağı, çeşitli anne bağlanma davranışını desteklemek için hareket eden birden fazla kortikal bölge ve limbik sistem dâhil olmak üzere çeşitli beyin bölgelerinden oluşur (Kohl ve Dulac, 2018). Gelişim psikoloji alanına önemli katkıları olan bağlanma teorisine göre limbik sistem, beyinde bağlanma davranışlarıyla yakından ilişkilidir (Schoore, 2000). Bu teori aynı zamanda annenin, bebeğin stresle baş etme kapasitesinin olgunlaşmasını doğrudan etkilediğini de öne sürmektedir. Sağ yarım küre, bağlanma sisteminin sosyal ve biyolojik işlevlerinde merkezi olarak rol oynar (Henry, 1993; Schoore, 2015; Shapiro ve ark., 1997; Siegel, 1999; Wang, 1997). Çalışmalar, bebeğin sağ yarım küresinin bağlanmada, annenin sağ yarım küresinin ise rahatlatıcı/düzenleyici işlevlerde rol oynadığını göstermektedir (Henry, 1993; Horton, 1995; Schoore, 1999; Shapiro ve ark., 1997; Siegel, 1999; Wang, 1997). Anne ve bebeğin sağ beyin sistemlerinin karşılıklı olarak duygulanımsal bir uyumla etkileşime

girmesi, beyin organizasyonunda ve merkezi sinir sistemi düzenleme süreçlerinde son derece etkilidir (Salansky ve ark., 1998). Bebeğin sağ beyni, yüz ile ifade edilen bilgiyi, yani sevgi dolu bir annenin gülümseyen neşeli yüzünden yayılan görsel ve işitsel uyarınları algıladığında kendi kendini organize edecek şekilde ayarlanmıştır (Siegel, 1999). Trevarthen (1993) ayrıca bebeğin beyninin büyümesinin kelimenin tam anlamıyla beyin-beyin etkileşimi gerektirdiğini ve pozitif duygusal ilişki bağlamında gerçekleştiğini gözlemlemektedir. Bir fMRI çalışması, annenin singulat ve sağ orbitofrontal korteksinin bir bebeğin hem acısına hem de ayrılık çılgınlıklarına yanıt verdiğini ortaya koymaktadır (Lorberbaum ve ark., 2000). Sağ yarımküresi baskın olan bireyler, çevreden gelen duygu ipuçlarını daha iyi algılayabilir ve bütünleştirebilir, böylece duygusal gelişimi teşvik etmede besleyici bir ortam oluşturabilir (Lane ve ark., 1995). Özetle, sağ beyin yalnızca sosyal-duygusal bilgilerin işlenmesinde, bağlanma işlevlerinin kolaylaştırılmasında, bedensel ve duygusal durumların düzenlenmesinde değil (Schoore, 1998, 2015) aynı zamanda hayatta kalmayı destekleyen ve organizmanın stresle aktif ve pasif bir şekilde başa çıkmasını sağlayan hayati fonksiyonların kontrolünde de rol oynar (Wittling ve Schweiger, 1993).

Gelişimsel nörobiyolojik bulgulara göre, bebeklerin anneleriyle olan erken deneyimleri (veya bu deneyimlerin yokluğu), büyüdüklerinde kendi bebeklerine nasıl tepki vereceklerini etkileyebilir (Fleming ve ark., 1999). Buna göre, anne bakımındaki farklılıklar, stres tepkilerinin nesiller arası aktarımına temel teşkil edebilir (Francis ve ark., 1999). Bulgular, bağlanma ilişkisinin erken oluşan içsel çalışma modellerinin, örtülü öğrenme için baskın yarım küre olan sağ korteksteki örtülü-prosedürel bellek sistemlerinde işlendiğini ve depolandığını göstermektedir (Hugdahl, 1995; Schoore, 2000). Bağlanma ile ilgili psikopatolojiler, olgunlaşmamış bir frontolimbik kontrol sistemini ve sağ yarımküreye ilişkili sosyal, davranışsal ve biyolojik işlevlerin düzensizliğini (disregülasyonu) ifade eder (Schoore, 1996, 1997, 2015). Çalışmalar normal bir stres tepkisi oluşturmak için sağ prefrontal sistemin gerekli olmasına rağmen, bu aktivitedeki aşırı bozulmaların uyumsuzluğa neden olduğunu göstermektedir (Sullivan ve Gratton, 1999).

Özetle psikonörobiyolojik bakış açısı, bebeğin ortaya çıkan sosyal, psikolojik ve biyolojik kapasitelerinin anneye olan ilişkisinden ayrı olarak anlaşılamayacağını öne sürmektedir. Bunun nedeni, bebeğin sağ beyninin olgunlaşmasının deneyime bağlı olması ve bu deneyimin, annenin sağ beyni ile bebeğin sağ beyni arasındaki duygu

düzenleme süreçlerinden etkilenmesidir. Sağ yarım küre beyin ana düzenleyici sistemlerini içerir ve diğer insanların duygusal durumlarının empatik algılanması için yardımcıdır (Schore, 1997, 2000, 2015). Bu bilgiler göz önüne alındığında, sağ beyni baskın sağlıklı annelerin bebeğin ihtiyaçlarına duyarlı, sezgilerini kullanarak bebeğe empatik yanıt verme becerisine sahip, bebekle ilişkiye girme kapasitesi yüksek, bebeği düzenleme, bebekle bağlanma ve uyumlanma konusunda başarılı olduğu düşünülebilir.

Annenin sağ beyin işlevlerindeki bozulmaların etkileri: Anne ile bebek arasındaki bağlanma, tutma, sarılma, sallama, şarkı söyleme, besleme, bakma ve öpme gibi besleyici davranışları içerir. Ayrıca yüz yüze etkileşim, göz teması, ten tene dokunma, koklama ve gülümseme gibi faktörler de iyi ve kaliteli bir anne-bebek bağı için hayati önem taşımaktadır (Feldman ve ark., 2011; Perry, 2002). Güvenli bağlanma için gerekli olan bu davranışlar annenin sağ beyin fonksiyonlarına bağlıdır. Örneğin, sağ orbitofrontal korteks, ebeveyn-bebek ilişkisindeki kritik rol oynamaktadır (Parsons ve ark., 2013). Bebeğin görsel ve sesli ipuçları, ebeveynlerde orbitofrontal korteks aktivitesini uyandırmaktadır; böylece ebeveyn bebeğin ihtiyaçlarına dikkatini yönlendirerek ve bebeğin uyarılarına yanıt vererek aralarında güçlü bir bağ oluşturmaktadır. Ancak TSSB'de orbitofrontal fonksiyon bozukluğu olduğu gösterilmiştir (Galletly ve ark., 2001; Shin ve ark., 1999). Bu sistem, stresli durumlara etkili bir şekilde tepki göstermede uzmanlaşmıştır.

TSSB tanısı konan yetişkinlerde, çalışma belleği görevi sırasında sağ yarım küre aktivasyonunun azaldığı görülmektedir (Galletly ve ark., 2001). Yetişkinler üzerinde yapılan nörolojik çalışmalar, sağ frontal lob fonksiyon bozukluğunun TSSB semptomatolojisinde (Freeman ve Kimbrell, 2001) ve dissosiyatif geri dönüşlerde (Berthier ve ark., 2001) rol oynadığını doğrulamaktadır. TSSB'deki duygusal bozuklukların kökenlerinin, sağ prefrontal korteksin amigdala fonksiyonlarını düzenleyememesinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir (Hariri ve ark., 2000). Nöropsikiyatrik araştırmalar, sağ yarım kürenin paralimbik alanlarının travmatik anıların depolanmasında öncelikli olarak rol oynadığını (Schiffer ve ark.,1995), panik ve sosyal fobik anksiyete durumlarında sağ beyin aktivitesinde değişim meydana geldiğini ve bu durumun sağ beyin işleyişindeki bir eksikliği yansıttığını (Weinberg, 2000) göstermektedir. Travma sonrası stres bozuklukları bu nedenle sağ beyin bağlanma, duygu düzenleme ve stresi modüle etme işlevlerini yerine getiren

sistemlerinde ciddi bir işlev bozukluğunu yansıtır (Schore, 2002). TSSB hastaları, özellikle stresli olduklarında, yüzde ifade edilen duyguların dikkatli bir şekilde algılanması ve ifade edilmesinde, bedensel bilgilerin işlenmesinde, duygusal durumların iletilmesinde, sosyal çevre ile etkileşimlerin sürdürülmesinde, otoregülasyon sağlamada, düzenleme kapasitelerini kullanmada ciddi eksiklikler gösterirler. Böylece stresli duygusal durumlardan kolayca kurtulamazlar. Tüm bunlar göz önüne alındığında, travmatik doğum deneyiminde bağlı TSSB yaşayan annenin bebeğiyle güvenli bağlanması tehlikeye girmektedir. Anne, travmatik doğumun olumsuz sonuçları nedeniyle bebeğinin ihtiyaçlarını algılama ve uyumlu bir şekilde yanıt verme, sinir sistemini düzenleme konusunda zorluk yaşayabilir. Böylece travmatik doğum deneyimi, anne-bebek ilişkisini bozarak bebekte düzenleyici davranış sorunlarına (kolik, uyku ve meme reddi gibi) yol açabilir.

2.6. İnfantil Kolik

Bu bölümde infanfil kolik tanımı ve travmatik doğum ile infanfil kolik arasındaki ilişki başlıklarına yer verilmiştir.

2.6.1. İnfanfil Kolik Tanımı

İnfanfil kolik bebeklerin yaklaşık %10-40'ını etkileyen yaygın bir sorundur (Iacovou ve ark., 2012). Bebeklerdeki aşırı ve sürekli ağlamayla karakterize olan infanfil kolik, çoğu zaman aileleri ve sağlık personellerini zor durumda bırakan stresli bir durumdur (Akçam, 2004). Yaşamın ilk üç ayında aşırı ağlama diğer dönemlerden fazla görülmekle birlikte, ağlama süresinin 6. haftadan 12. haftaya doğru azalarak günde bir saate kadar düşmesi beklenmektedir (Wolke ve ark., 2017). İnfanfil kolik, ilk kez 1954 yılında Wessel ve arkadaşları tarafından herhangi bir sağlık problemi olmayan bebekte, üç haftadan uzun süredir, haftada en az üç gün, günde üç saati aşan huzursuzluk ve ağlama nöbetleri olarak tanımlanmıştır (Wessel ve ark., 1954). Wessel kriterlerine göre yapılan kolik tanımının yanında, en genel tanımla infanfil kolik, sağlıklı bebeklerde daha çok akşam saatlerinde görülen, ataklar halinde ortaya çıkan, bebekte bacaklarını karına çekme, yumruklarını sıkma, yüzde kızarıklık, gözleri sınımsıkı kapama ya da çok açık gözler, karında sertleşme ve gaz çıkarma gibi davranışsal tepkilerle birlikte ortaya çıkan, tüm çabalara rağmen sakinleştirilemeyen, birkaç dakikadan saatlere kadar uzanan aşırı ağlama durumudur (Çetinkaya, 2007). Kolik problemi, bebek 4 aylık olduğunda sıklıkla kendiliğinden iyileşmektedir ancak

ilk yılın sonuna kadar devam edebildiği de belirlenmiştir (Clifford ve ark., 2002; Hunziker ve Barr, 1986; Wade ve Kilgour, 2001). Benzer şekilde toplum çalışmalarında birçok bebekte aşırı ağlamanın, yaşamın ilk 3 ayında kendiliğinden düzelme eğiliminde olsa da bebeklerin bir alt grubunda 3 aylıktan sonra kalıcı kolik semptomları görüldüğü ve kalıcı kolikli bu bebeklerin hastaneye sevk edilme olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Clifford ve ark., 2002; Lucassen ve ark., 2001; Wade ve Kilgour, 2001). Kalıcı kolikte en önemli risk faktörünün gebelik ve doğumda komplikasyon yaşanması, ebeveyn stresi ve kaygısı olduğu bulunmuştur (Zwart ve ark., 2007).

2.6.2. Travmatik Doğum ile İnfantil Kolik Arasındaki İlişki

Doğum öncesi strese maruz kalan fetüslerin, olumsuz ortama hazırlanmak için birtakım ayarlamalar yapabilmesi ve böylece doğum sonrası yetersiz anne bakımında daha iyi performans göstermesi (Sandman ve ark., 2012) bilgisinden hareketle, kolikli bebekler de aşırı ağlayarak hayatta kalmak için insan bağlantısı ve desteği sağlamaya çalışıyor olabilirler (Schore, 2001; Siegel, 2001). Aynı zamanda annenin hamilelik sırasında yaşadığı stres, annenin psikososyal refahını (artan kaygı, azalan sosyal destek gibi) ve ebeveynlik becerilerini (daha fazla ebeveyn stresi, bozulmuş anne-bebek bağı) değiştirerek bebeklerin duyu düzenleme kapasitelerinin gelişimi için erken bir risk faktörüdür (Provenzi ve ark., 2023).

Bebeklerin maruz kaldığı rahim için olaylar ve doğum prosedürleri travma yaşamalarına neden olabilecek faktörler arasındadır (Cotiga ve Stulz-Koller, 2021; Emerson, 2020). Bebeklerin doğumda travma yaşamaları ile doğumdan sonraki kolik problemleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, travmatik doğum belirtilerinin 6 ila 8 haftalık bebeklerde daha fazla huzursuzluk, ağlama ve sakinleştirilememe ile bağlantılı olduğu bulunmuştur (De Weerth ve Buitelaar, 2007). Doğumda yaşanan olumsuz olayların ve travmanın kolik yaygınlığını artıracak yönündeki bulgularla birlikte (Devecigil ve Wade, 2024; O'Neill ve Butterfield, 2024; Solter, 1995), doğum zorlukları ile kolik arasında bağlantı bulamayan çalışmalar da mevcuttur (Hogdal ve ark., 1991).

Bebeklerde çözülmemiş doğum travmasının birtakım etkileri vardır. Kısa vadede, sarmal bir sıkıntı döngüsü, teselli edilemez ağlamaya (ağlamanın gerçek nedeni tanınmadığı ve uygun şekilde yanıtlanmadığı sürece), beslenme sorunlarına,

kırılganlığa ve uyku bozukluğuna yol açar. Bunlar da bebekler güvenli, tutarlı bir ilişki alanında tutulduklarını hissetmedikleri sürece, varoluşsal kaygıya ve dehşet duygularına yol açarak bağlanmayı bozar. Bebekler travmatik deneyimleri nedeniyle aşırı ağladıklarında ve içsel deneyimleri bakım verenleri tarafından anlamlı bir şekilde karşılanmadığında, artan hayal kırıklığına bağlı olarak kendi içlerine çekilirler. Ayrıca bedenlerinde hala tutulan travmatik stres nedeniyle fiziksel rahatsızlık ve ağrı da yaşıyor olabilirler. Buna, doğumun kendisinden kalan duygusal acının yanı sıra doğum hikâyesinin tanınmaması ve bununla empatik olarak ilgilenilmemesi de eşlik eder (Chamberlain, 1999). Yenidoğan hafızası üzerine yapılan deneysel ve disiplinler arası araştırmalar (Coates ve Gaensbauer, 2009; Gaensbauer, 2002) çocukların geçmiş deneyimleri altı ay kadar erken bir zamanda hatırlayabileceğini, ayrıca doğum öncesi hafızayı destekleyen bulgular da olduğunu göstermiştir (Bellieni ve Buonocore, 2012; Platt, 2011). Prenatal ve perinatal psikoloji alanında dünya öncüsü olan ve bebeklerin travmatik doğum deneyimleriyle ilgili teorik ve klinik çalışmaları olan William Emerson, hipnoz altındaki yetişkinlerle yaptığı çalışmalarında hipnotik olarak gerileyen kişilerin önemli gebelik ve doğum olaylarını hatırladığını göstermiştir (Emerson, 2020, 2021). Emerson'a (2020, 2021) göre, bebekler için "tipik" günlük ağlama süresinin 2 saat olduğu düşünülmesine rağmen (Kitzinger, 1990), travmatize olmamış bebekler ortalama olarak günde sadece 20 dakika ağlar ve bunun çoğunluğu ihtiyaçlarını ve rahatsızlıklarını ifade etmek için kullanılır. Travma geçirmiş bebekler 2 saat ağlarken, şok geçiren bebeklerin ağlaması günde 4-6 saat sürer (Solter, 1995).

Kısaca, ağlamanın birincil işlevi, beslenme, kucaklanma, uyarılma veya pozisyon değişikliği gibi bakım müdahalesi gerektiren ihtiyaçları ve rahatsızlıkları iletme. Bebek bir ihtiyacını ağlayarak ifade ettiğinde, bebeğin ihtiyacını fark etmek ve bu ihtiyacı mümkün olduğu kadar doğru ve hızlı bir şekilde karşılamak bakım verenin sorumluluğundadır. Ancak bazı bebekler kucakta tutulmalarına ve akla gelebilecek tüm ihtiyaçları karşılanmış olmalarına rağmen ağlamaya devam ederler. Burada ağlamanın ikincil bir işlevi olarak stres giderme mekanizması önerilmektedir (Devecigil ve Wade, 2024; Solter, 2016). Ağlamanın, bebeklerin fiziksel, duygusal stres ve travmadan kaynaklanan acı ve gerginlikten kurtulmasına olanak sağlaması oldukça muhtemeldir. Dolayısıyla bebekler herhangi bir şekilde doğumda travmatize olmuşlarsa, sonraki dönemlerde bu travmadan kaynaklanan acı ve stresi boşaltmak için aşırı ağlama davranışı sergileyebilirler.

2.7. Uyku

Bu bölümde bebeklik döneminde uyku özellikleri ve travmatik doğum ile uyku problemi arasındaki ilişki başlıklarına yer verilmiştir.

2.7.1. Bebeklik Döneminde Uyku Özellikleri

Bebeklik dönemindeki temel ihtiyaçlardan biri olan uyku, bebeğin fiziksel ve ruhsal gelişimi için son derece önemlidir. Bebeğin fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı bir birey olarak yaşamına devam edebilmesi için uyku ihtiyacının yeterince karşılanması gerekmektedir. Uyku; sağlık durumunu iyileştiren, anne-bebek etkileşimini olumlu yönde etkileyen ve zihinsel gelişimi hızlandıran bir faktördür (Ward ve ark., 2007). Beyin merkezinde sinir hücrelerinden oluşan bir sistem tarafından yönetilen uyku döngüsü, 90-120 dakikalık aralıklarla 4-5 kez tekrar eden ve birbirinden farklı özelliklere sahip olan iki tür uykuyu içerir (Togur ve Yavuzer, 2023). Uykuya geçme ve uykunun devam ettirilmesi nörofizyolojik ve biyokimyasal değişiklikleri içeren aktif bir süreçtir. İnsanın fiziksel sağlığı kadar ruh sağlığı açısından da önemli bir yere sahip olan uyku, herhangi bir sebepten ağır ve kronik bir şekilde bozulduğunda sorunlar ortaya çıkmaktadır (Güneş, 2018).

İhtiyaç duyulan uyku miktarı çocuğun gelişim evresine göre değişmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) 24 saatte (günlük toplam uyku süresi) 4-13 aylık bebeklerin 12-16 saat, 1-2 yaş bebeklerin 11-14 saat, 3-5 yaş çocukların 10-13 saat, 6-12 yaş çocukların 9-12 saat, 13-18 yaş ergenlerin 8-10 saat süreyle uyumasını önermektedir (Paruthi ve ark, 2016). Bebeklerde ilk bir aylık dönemde uyku düzeni ve sirkadiyen ritim henüz tam olarak gelişmediğinden, bebekler bu dönemde düzensiz uyku uyuyabilirler. Bu düzensizlik, uyku sorunu olarak görülmemektedir (Paruthi ve ark., 2016). Bebeklerin uyku süresi ve gece uyanmaları doğumdan iki yaşına kadar giderek azalma eğilimi göstermektedir (Galland ve ark., 2012).

Bebeklerde uyku düzeni ve alışkanlıkları kültürden kültüre hatta her kültürün kendi bireyleri arasında bile farklılaşabilmektedir (Sadeh ve ark., 2000). Doğumdan itibaren uyku sorunu yaşamayan, kolaylıkla uykuya dalabilen ve uykuyu sürdürebilen çocuklar olmakla birlikte, uyku uyumakta çok zorlanan ve sorun yaşayan çocuklar da olabilmektedir (Peirano ve ark., 2003). Bebeklerini sakinleştirmek için uygun stratejiler edinebilen ebeveynler, çocuklarının uzun süreli sorunlar yaşama riskini azaltabilir. İyi uyku rutinleri oluşturmak ve bebeklerine kendi kendine sakinleşmeyi

kademeli olarak öğretmek önemlidir. Ebeveynlerin bebeklerini sakinleştirmek için etkili stratejileri yoksa bu bebek için devam eden uyku sorunlarına yol açabilir (Reuter ve ark., 2020). Ebeveynlerin bebek uykusuyla ilgili inançları, beklentileri, duyguları ve davranışları, sosyo-kültürel ve çevresel bağlamlarından, kendi gelişimsel geçmişlerinden ve anlarından, kişiliklerinden ve psikopatolojilerinden, bebeğin yaşından, gelişimsel özelliklerinden ve uyku düzenlerinden etkilenir (Reuter ve ark., 2020).

Bebeklik dönemindeki uyku sorunlarının (uykuya dalma ve uykuyu sürdürme zorlukları, yatma vakti sorunları ve sık gece uyanmaları vb.) gelişimin bir parçası olarak bebekler arasında ve zaman içinde farklılık göstermesi beklense de bu dönemde uyku sorunlarının prevalansının %10 ile %17 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Byars ve ark., 2012; Williamson ve ark., 2019). Uyku sorunları hem pediatrik araştırmalarda sık görülen bir davranış problemi hem de ebeveynler tarafından bebeklik döneminde en sık tıbbi yardım aranan problem olarak karşımıza çıkmaktadır (Jenni ve ark., 2005). Bebeklik ve çocukluk dönemindeki uyku sorunlarına odaklanmak önemlidir çünkü bunlar anne sağlığını (Cook ve ark., 2020) ve bebeğin gelişimsel sonuçlarını (Spruyt, 2019) olumsuz etkilemektedir. İlginçtir ki, çocuklarda uykusuzluğun %69'unun fiziksel bir nedeni yoktur; bu durum bunun ebeveyn davranışıyla bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir (Kahn ve ark., 1989; Lollies ve ark., 2022).

2.7.2. Travmatik Doğum ile Uyku Problemi Arasındaki İlişki

Travmatik doğum ve uyku arasındaki ilişki iki şekilde ele alınacaktır. Bunlar, bebeğin doğumda doğrudan travmaya maruz kalması nedeniyle yaşadığı uyku sorunları ve annenin travmatik doğum deneyimine bağlı olarak yaşadığı psikolojik durumların bebeğiyle ilişkisini etkilemesi nedeniyle bebekte ortaya çıkan uyku sorunları şeklindedir.

Bebeğin doğum sonrası hayatı, doğum sürecinden etkilenmektedir. Bebek doğum sırasında çeşitli nedenlerle travmatize olduğunda, doğum sonrası dönemde bu travmanın etkileri uyku sorunu olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bebeğin doğuştan getirdiği uyum sağlama ve baş etme mekanizmaları doğumda farklı baskılara maruz kalabilmektedir (Chamberlain, 1989). Dolayısıyla bebeklerin travmatik doğum deneyimleri, bebeklik dönemindeki düzenleyici davranış sorunları arasında gösterilen

uyku problemlerine (Winsper ve ark., 2020) yol açabilir. Stresli olduğumuzda vücudumuzda ve beynimizde kortizol ve adrenalin salınımı gibi bir dizi kimyasal değişiklik başlar (Chu ve ark., 2024). Normalde bu kimyasallar bizi tehlikeye hazırlamaya yardımcı olur ve hayatta kalmamız için önemlidir; ancak, kronik olarak stresli ve endişeliyse, strese bağlı bu hormonlar uzun süre yüksek kalabilir ve vücudumuza zarar verebilir (Knezevic ve ark., 2023). Doğumda bebek yüksek düzeyde strese maruz kaldığında ve doğum sonrası dönemde bu stresi sağlıklı bir şekilde boşaltmadığında, stres hormonları bebeğin beyin gelişimini etkileyebilir. Bu da bebeğin hipotalamo-hipofiz-adrenal ekseninin çalışmasını bozabilir ve merkezi sinir sistemi fonksiyonlarındaki değişimlere neden olabilir (Cottrell ve Seckl, 2009). Böylece bebekler yaşamın ilerleyen dönemlerinde uyumsuz davranışlara yatkın hale gelirler. Bebeklerdeki uyku sorunları, bu uyumsuz davranışlar arasında gösterilebilir.

Annenin travmatik doğum deneyimi de bebeğin uykusu üzerinde etkili olabilmektedir. Annenin doğum sonrası TSSB belirtileri ile bebek uykusu arasında bir ilişki olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Garthus-Niegel ve ark., 2018c). Annenin doğum sonrası TSSB'si bebeğin kortizol düzeylerini değiştirmekte, aynı zamanda annedeki bozulmuş işlevsellik, anne-bebek etkileşimini ve bebeğin kendini sakinleştirme becerilerini olumsuz etkilemektedir. Bu faktörlerin, bebeğin yeterli derecede uyuyamamasını ve uyku sorunları yaşamasını etkilediği sonucuna varılır. Annelerin doğumda travma yaşamaları ve travmatik stres tepkileri göstermeleri ile bebeklerdeki uyku sorunları arasında ilişki olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (Cook ve ark., 2020; Pierrehumbert ve ark., 2003). Annenin doğum sonrası dönemdeki ruh sağlığı sorunları, bebeğe yönelik olumsuz duygusallığa neden olarak bebeği daha zor mizaçlı algılamasına, bebeğe yönelik daha düşmanca duygular ve davranışlar sergilemesine yol açabilmektedir (Cornish ve ark., 2006; McMahon ve ark., 2001). Bebeğe ilişkin bu olumsuz algı, annelerin bebeklerine daha az uyum sağlayan ve bebekte öz düzenleme becerilerinin gelişmesini engelleyen davranışlarla bağlantılı olabilir (Sadeh ve ark., 2007). Bebeğe ilişkin algısı ve beklentisi olumsuz olan kaygılı anneler, bebeğin uyku ritmine tepki olarak bebeğine karşı aşırı tetikte davranışlar sergileyebilmektedir. Bebeklerinin sağlıklı olduğundan emin olmak konusundaki kaygılarını hafifletmek amacıyla bebeklerine karşı müdahaleci davranışlar gösterebilirler (Teti ve Crosby, 2012). Bu müdahaleci anne davranışı, bebeğin uykusunu bozarak uyku sorununa yol açabilir (Cook ve ark., 2020). Özetle, travmatik doğum deneyimine bağlı TSSB

geliştiren ve ruh sağlığı problemleri yaşayan annelerin bebekleriyle ilişkileri olumsuz olarak etkilendiğinden, bebeklerde kısa ve uzun vadede düzenleyici davranış sorunları (aşırı ağlama, uyku ve beslenme sorunları) görülebilmektedir. Bu stres ve travma, bebek uykusu üzerinde nesiller arası aktarıma da yol açabilmektedir (Sandoz ve ark., 2022).

2.8. Meme Reddi

Bu bölümde meme reddi tanımı ve travmatik doğum ile meme reddi arasındaki ilişki başlıklarına yer verilmiştir.

2.8.1. Meme Reddinin Tanımı

Bebekleri emzirme yöntemiyle anne sütüyle beslemek, bebeklerin sağlıklı bir şekilde büyümeleri ve fizyolojik, psikolojik, sosyal, duygusal açıdan gelişmeleri için gereklidir (Aksu, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu, bebeklerin doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmeye başlanmasını, yaşamlarının ilk altı ayı boyunca yalnızca anne sütüyle beslenmelerini ve 6. aydan itibaren güvenli ve yeterli tamamlayıcı gıdalarla birlikte iki yaşa kadar emzirmeye devam edilmesini önermektedir (UNICEF, 2023; WHO, 2022). Annelerin bebeklerini emzirmeleri hem fiziksel hem de ruhsal sağlık açısından önem arz etmektedir. Nitekim emzirme, kısa ve uzun vadede anne ve bebek sağlığına fayda sağlayan, anne-bebek arasındaki bağlanmayı teşvik eden bebekleri beslemek için en uygun seçenek olarak ifade edilmektedir (Floriceca ve ark., 2021; Nisa ve ark., 2021).

Bilinen tüm yararlarına rağmen emzirme sürecinde yaşanan zorluklar emzirmeye devam edilmesini olumsuz etkilemekte ve emzirme döneminin erken sonlandırılmasına yol açabilmektedir (Feenstra ve ark., 2018). Bu zorluklar anneye ve bebeğe ait sorunlardan kaynaklanabilir. Bebeğin emzirilmesini olumsuz etkileyen bu sorunların başında meme reddi gelmektedir. Meme reddi, birçok anne için ciddi duygusal endişe yaratan, belirgin bir neden olmaksızın bebeğin anne sütünü ve meme emmeyi aniden reddetmesi şeklinde ortaya çıkan bebek beslenme sorunu olarak tanımlanmaktadır (Carvalhaes ve ark., 2007). Bir bebeğin aniden memeyi emmeye isteksiz olması, meme sunulduğunda başını çevirmesi, memeye ağlaması ve bağırması veya kısa bir süre emzirdikten sonra memeden vazgeçmesi meme reddi olarak kabul edilir (Yalçın, 2018). Meme reddi, anne ve aile için olumsuz psikolojik etkileri olan ve bebek için de beslenme zorluğuna/bozukluğuna yol açan bir durumdur. Anne bunu

kişisel olarak algılayabilir ve çocuğunun anne sütünü değil, kendisini reddettiğini düşünebilir. Ayrıca sütünde bir şeylerin eksik olduğu ve çocuğu için yetersiz olduğu inancına kapılabilir (Nayyeri ve ark., 2015). Meme reddi özellikle uzun sürdüğünde, derhal ve uygun şekilde ele alınmazsa, bebeği hem beslenme hem de sağlık sorunlarına yatkın hale getirebilir. Dolayısıyla bu soruna dair bilgi sahibi olmak ve çözüm önerileri geliştirmek, bebeklerin memeyi reddetmesini engelleyerek emzirme süresini uzatabilir.

Meme reddinin emzirme başarısızlığının en yaygın nedenlerinden ve yönetilmesi en zor olanlardan biri olduğu belirlenmiştir (Newman ve Wilmott, 1990). Buna rağmen bebeğin emzirmeye katkısı ve bu katkının emzirme süresine etkisi bilimsel literatürde çok az çalışılan ve sağlık çalışanları tarafından çok az ilgi gören konulardandır (Chidiebere ve ark., 2015).

Meme reddi, yanlış emzirme tekniği, doğum sürecinde yaşananlar, tıkanmış meme gibi annenin memesinden kaynaklı sorunlar, bebekte var olan hastalıklar ve oral anatomik sorunlar, kolik problemi, biberon ve emzik kullanımı gibi nedenlerden dolayı görülebilmektedir (Çerçer ve Nazik, 2023). Bununla birlikte doğum eyleminde forseps ya da vakum uygulaması bebeğin ağrı hissetmesine ve travmatize olmasına yol açarak doğum sonrası dönemde meme reddine yol açabilmektedir (Çaka ve ark., 2017).

2.8.2. Travmatik Doğum ile Meme Reddi Arasındaki İlişki

Travmatik doğum deneyimi ve meme reddi arasındaki ilişki iki şekilde alınacaktır: 1) annenin travmatik stresi ve TSSB belirtilerinin aracılık ettiği ilişkiyel travmanın bebek üzerindeki etkileri, 2) bebeğin doğumda yaşanan çeşitli faktörler nedeniyle kendisinin travmatize olmasının etkileri.

Bebekler doğum sonraki dönemde büyümek ve gelişmek hatta hayatta kalmak için ebeveyne bağımlı olmakla birlikte, ebeveynlerin kontrolü dışında meydana gelebilecek ve aynı anda ebeveyni ve çocuğu etkileyebilecek yaşam olaylarına karşı da savunmasızdırlar (Davis ve Narayan, 2020; Korom ve Dozier, 2021). Doğuma bağılı travmalar anne-bebek ikisini etkiler ve bebeğin bakımı annenin travmatik doğum anılarını tetikleyebilir. Travmatik anılar veya doğum deneyimi, özellikle bebek olayın tetikleyicisi olarak hizmet ediyorsa, annenin bebeğe olan duygusal ulaşılabilirliğini azaltabilir. Bu da bebeğin anneye karşı geliştirdiği bağlanma türü açısından çok önemli olabilir. Anne-bebek ikilisi, travmadan etkilenen annelerin donma tepkileri nedeniyle

daha da kırılgan hale gelebilir (Beck, 2004a). Bazı çalışmalar, doğumla ilişkili TSSB semptomlarının, bebekler için uzun vadeli sağlık etkileri olabilecek bağlanma ve emzirme (beslenme) güçlükleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir (Garthus-Niegel ve ark., 2018b; Horta ve ark., 2007). Ek olarak, annelerdeki TSSB'ye bağlı olarak aşırı uyarılma ve izinsiz giriş belirtileri bebek bakımının ve bebekle etkileşimin (örneğin öfkeli veya müdahaleci etkileşim) bozulmasına neden olabilir (Garthus-Niegel ve ark., 2017; Moleman ve ark., 1992). Özellikle kişilerarası travma anne-bebek ilişkisi ve erken dönem çocuk gelişimi açısından önemli olabilir (Erickson ve ark., 2019). TSSB yaşayan annelerin bebeklerinde kişilerarası travmaya bağlı olarak beslenme sorunları yaşama riski daha yüksektir (Erickson ve ark., 2019). Bir çalışmada doğumla ilgili travma yaşayan kadınların çok sayıda olumsuz sonuç gösterdiği (örneğin doğum sonrası kaygı ve depresyon, bebekle ilgili korkular, cinsel sorunlar) ve bu kadınların bebeklerinin beslenme ve uyku sorunlarından daha sık etkilendiği ve bebek düzenleme bozuklukları (uyku ve beslenme sorunları) riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Martini ve ark., 2022). Etkisi değişiklik gösterse de doğum sonrası stresin herhangi bir şeklinin, büyüme (fiziksel ve bilişsel), beslenme, bağlanma, mizaç ve gelecekteki ruh sağlığı sorunları gibi olumsuz bebek sonuçları üzerinde oldukça önemli bir etkisi vardır (Field, 2018). Yine Enlow ve ark. (2011) annesi doğum sonrası TSSB'nin bebeğin duygusal düzenlemesi, kendini sakinleştirme becerisi ve mizaç ile olumsuz ilişkili olduğunu göstermiştir. Buna göre annenin doğum sonrası TSSB'sinin bebeğin kortizol düzeylerini değiştirdiği, annedeki bozulmuş işleyişin anne-bebek etkileşimini ve bebeğin kendini sakinleştirme becerilerini değiştirdiği sonucuna varılmıştır. Travmatik doğum deneyimiyle ilişkili TSSB'nin emzirme açısından bebeğin beslenmesini de etkilediği tespit edilmiştir (Garthus-Niegel ve ark., 2018b). Emzirmenin, söz konusu travmayı sürekli hatırlatan bebekle bir tür fiziksel temas ve duygusal bağ gerektirdiği göz önüne alındığında, TSSB'nin kaçınma semptomlarının bebek beslenmesini olumsuz yönde etkilemesi muhtemeldir. Özetle annenin yaşadığı travmatik stres ve ruhsal sorunlar, anne-bebek ilişkisini bozarak bebeklerde meme reddi sorununa yol açabilir. Ebeveyn-bebek ilişkisinin kalitesinin bebeklerin travmatik deneyimleri işleme ve çözme kapasitesini de etkilediği artık iyice anlaşılmıştır. Travmatik olaylar, ebeveyn-bebek ilişkisinde yönetilemez strese neden olabilir ve özellikle ebeveynin işlevselliği, geçmiş veya eş zamanlı travmadan olumsuz etkilendiğinde mevcut ilişkiye ve bağlanmaya zarar verebilir (Lieberman ve ark., 2011).

Meme reddini etkileyebilecek faktörlerden bir diğeri de bebeklerin kendilerinin doğumda travma yaşamaları ve travmatik stres tepkileri göstermeleridir. Doğum anneler için olduğu kadar bebekler için de acılı ve travmatize edici olabilir. Travmatik doğum deneyimlerine bağlı olan bebeklerde görülen bazı travmatik stres tepkileri vardır. Bunlar arasında duygu düzenleme zorlukları, sürekli ve aşırı ağlama, beslenme, uyku ve boşaltım sorunları yer almaktadır (Lieberman ve Knorr, 2007). Meme reddinin, bebeklerin doğumda travma yaşamasına bağlı olarak ortaya çıkan travmatik stres tepkilerinden olduğu söylenebilir. Travmatik doğum, bebeklerde aşırı aktif sempatik sinir sistemi ve aşırı stres hormonlarından kaynaklanan sürekli bir gerilim durumuna yol açabilmektedir. Bebekler travmadan kaynaklı biyolojik bir “savaş-kaç” tepkisi gösterebilirler (Solter, 1995). Nasıl ki bebekler anneler için travmatik olayın tetikleyicisi olarak etki ediyorsa, anneler de bebekler için aynı etkiyi gösterebilir. Bebekler, doğumdan sonra ve yaşamları boyunca yeniden aktif hale gelebilecek doğum acılarının anılarını yaşamış bir deneyim olarak bedenlerinde taşırlar. Bebeklerin yaşadığı acı ve stresi ifade etme şekilleri, sözel dil kapasiteleri gelişmediği için daha çok bedensel ve davranışsal düzeydedir (Appleton, 2017). Nitekim bir bebek doğumdan kaynaklı travmatik stres tepkilerini, aşırı aktif sempatik sinir sisteminin etkisiyle, aniden memeyi emmeye isteksiz olma, meme sunulduğunda başını çevirme, ağlama ve bağırma veya kısa bir süre emzirdikten sonra memeden vazgeçme şeklinde gösterebilir. Yine bebeğin doğumda travma yaşaması nedeniyle gösterdiği aşırı dokunsal duyarlılık, emzirme esnasında yoğun bir şekilde ortaya çıkabilir. Annenin emzirmek için bebeğini kucağında tutması ve bebeğin bedenine temas etmesi, travmadan etkilenen bebeği tetikleyebilir. Bu durumda bebek emzirmeyi sonlandırabilir ya da memede huzursuz davranışlar sergileyebilir.

2.9. Anne-Bebek İlişkisi Bağlamında Bebeklerdeki Düzenleyici Davranış Sorunları (Infant Regulatory Behavior Problems): Kolik, Uyku ve Meme Reddi Problemleri

Duyusal sorunlar ile bağlanma, uyku, ağlama veya beslenme sorunlarını içeren erken dönem düzenleyici davranış bozuklukları birçok ülkede yaygın olarak görülmektedir (Barlow ve ark., 2021). Bebeklerin/küçük çocukların %10.9'unda bulunmaktadır ve dört yaşın altındaki çocuklarda en yaygın teşhisler arasındadır (Georg ve ark., 2021; Skovgaard, 2010). Bebeklerin çoğunluğu, içsel ve dışsal uyaranlara karşı artan tepkisellik belirtileriyle huzursuzluk yaşarlar ve düzenleyici sistemin bozulduğuna

dair işaretler gösterirler (örn. sakinleşememe, kendi başına uyuyamama ve/veya aşırı uyarılma). Bebeklikte düzenleyici davranış sorunları bazen geçicidir ancak bazı düzenleyici bozuklukların zamanla kalıcı olduğu bilinmektedir. Bir çalışma, bebeklerin ve yürümeye başlayan çocukların %49.9'unda bu sorunlar ilk defa ortaya çıktıktan 1 yıl sonra bile duygusal ve davranışsal sorunların devam ettiğini göstermiştir (Briggs-Gowan ve ark., 2006). Kalıcı düzenleyici davranış sorunları, çocukluk ve ergenlik döneminde içselleştirme ve dışsallaştırma semptomları ile ruhsal bozukluklar riskini artırabilir (Bilgin ve ark., 2018; Cook ve ark., 2019; Hemmi ve ark., 2011; Toffol ve ark., 2018). Bir çalışmada bebeklik dönemindeki düzenleyici davranış sorunlarının, çocuklukta şiddetli ve artan içselleştirme ve dışsallaştırma semptomları riski yoluyla ergenlik dönemi bordeline kişilik bozukluğu ve depresyon semptomlarıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur (Winsper ve ark., 2020). Nitekim erken dönemde görülen bebek düzenleyici davranış sorunları, daha uzun vadeli zorlukların önemli yordayıcılarıdır. Bebek düzenleyici davranış sorunları ve bağlanma problemleri en iyi ilişkisel bir bağlamda anlaşılabilir. Ebeveyn-çocuk ilişkisindeki bozukluklar ve ebeveynin psikososyal sıkıntıları bebeğin duygusal ve düzenleyici davranış sorunları için önemli risk faktörleridir (Hemmi ve ark., 2011; Skovgaard ve ark., 2008; Skovgaard., 2010). Anne ile bebek arasındaki ilişkinin niteliği, bebeğin sosyal, duygusal, zihinsel ve ruhsal sağlığını ve gelişimini etkilemektedir. Bebekler sıkıntıyla karşılaştıklarında duygusal düzenlemeyi sağlama kapasitesi olmadan doğarlar ve bu nedenle korktuklarında veya bunaldıklarında düzenlemelerine yardımcı olmak için birincil bakım verenlerine güvenirler (Beebe ve ark., 2010; Eisenberg ve ark., 2010). Fizyolojik stres düzenleyici sistemler (hipotalamik-hipofiz adrenal (HPA) sistemi ve otonom sinir sistemi (ANS), ilk aylarda anne-bebek ilişkileri yoluyla organize olur ve hassas/duyarlı bakım verme stresin fizyolojik düzenlenmesini destekler (Loman ve Gunnar, 2010). Bakım verenin bebeğin ihtiyaçlarına duyarlı bir şekilde yanıt verme kapasitesinin uzun zamandır güvenli bağlanmanın ve bebek duygusal düzenlemesinin gelişiminde önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir (Ainsworth, 1969). Doğum sonrası dönemde, yeni ortama uyum sağlamaya çalışan bebek, annenin sinir sistemi tarafından düzenlenmeye (regülasyona) ihtiyaç duyar. Annenin sinir sistemi tarafından yatıştırılmayan ve düzenlenemeyen bebeklerde, aşırı ağlama (infantil kolik), uyku ve meme reddi problemlerini de içeren düzenleyici davranış sorunları ortaya çıkabilir.

Doğumdan itibaren anne-çocuk bağıyla başlayan insan ilişkilerinin benlik duygusunu şekillendirmedeki önemli rolü kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır. Bebek ve küçük çocuğun duygulanımlarını düzenlemesine ve içsel deneyimlerini organize etmesine yardımcı olmada bakım verenin duygusal hazırlığının ve empatik duyarlılığının önemi araştırmalarda tekrarlanan bir temadır (Lieberman ve ark., 2005). Bebeğin sıkıntısına annenin tepki vermesinin, bebeğin güvenli bağlanması oluşumunda merkezi bir rol oynadığı iyi bilinmektedir (Beebe ve ark., 2010; McElwain ve Booth-LaForce, 2006). Anneye ait travmanın, özellikle de çözümlenmediğinde, annenin bebeğinin sıkıntısına uyum sağlama ve onu yönetme konusunda ortaya çıkardığı zorluklar açıktır (Solomon ve George, 2011). Bağlanma araştırmacıları uzun süredir bebeklerin sıkıntı sinyallerinin annelerindeki çözülmemiş travmatik anıları aktive edebileceğini, dolayısıyla annenin tehdit algısına yönelik olumsuz tepkilerini başlatabileceğini öne sürmektedir (Lyons-Ruth ve ark., 1999; Schuengel ve ark., 1999). Bunun kaçınılmaz bir sonucu olarak bebek, duygusal acısını paylaşacak ve hafifletecek kimse olmadan psikolojik olarak 'yalnız' bırakılır. Sıkıntı ile yalnız bırakılma bebeği travmatize edebilir çünkü travma, psikolojik izolasyonda yaşanan aşırı duygusal sıkıntının birleşiminden kaynaklanır ve uzun süre devam edebilir (Allen, 2013). Nitekim, Kim ve ark. (2014) yaptıkları bir çalışmada, devam eden travma belirtileri gösteren annelerin, kendi travmalarının yarattığı psikobiyolojik kırılganlık nedeniyle çocuklarını dinmeyen bir sıkıntı içinde yalnız bırakma riskinin arttığını göstermiştir. Çözümlenmemiş travmanın yapısı, anne-bebek arasındaki ilişki ve bağlanmayla ilişkili travmanın nesiller arası yıkıcı etkisini anlamak için benzersiz bir kavramsal çerçeve sağlamıştır. Geçmiş travma mevcut sosyo-duygusal deneyimler üzerinde devam eden bir etki yaratır (Fearon ve Mansell, 2001). Yirmi yıllık boylamsal ve kesitsel araştırmalar (Hesse ve Main, 1999; Schuengel ve ark., 1999), çözümlenmemiş travması olan annelerin yüksek düzeyde düzensiz bağlanan bebekleri olma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu bebekler, sıkıntılı olduklarında annelerini rahatlamak için kullanmakta önemli zorluklar gösterme eğilimindedirler ve travma geçiren annelerinin yanında korkmuş ve paniğe kapılmış gibi görünürler. Sonuçta, bebeğin hayatta kalması ve büyümesi, annenin doğuştan gelen nöroanatomisine, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde doğal olarak meydana gelen endokrin değişikliklere bağlıdır (Rosenblatt, 1994). Bununla birlikte, bu hayati sürecin sağlanmasında, anne beynindeki yapısal ve işlevsel değişiklikler, annenin kendi olumsuzluk ve travma geçmişi, mevcut ruh sağlığı problemleri gibi bir dizi annesel

faktör son derece etkilidir (Barrett ve Fleming, 2011; Galbally ve ark., 2022; Gholampour ve ark., 2020; Le Bas ve ark., 2020; O’Dea ve ark., 2023; Van Sieleghem ve ark., 2022). Ruhsal sorun yaşayan anneler, bebeklerine etkili ebeveynlik yapmakta zorlanabilirler. Bu anneler, bebeklerine karşı olumsuz duygular hissedebilirler; daha az duyarlılık, sıcaklık ve yakınlık sergileyebilirler. Tüm bunlar, yaşamsal faaliyetlerini sürdürmek için ebeveynlerine bağlı olan bebeklerde düzenleyici davranış sorunlarının artmasına yol açabilir.

Çalışmalar anne-bebek arasındaki bağlanma sorunlarının, yüksek ebeveynlik stresinin, annenin ruh sağlığı problemlerinin ve doğum sonrası TSSB’nin bebekte uyku sorunlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (Garthus-Niegel ve ark., 2018b; Kalmbach ve ark., 2021; Lux ve ark., 2023; Petzoldt ve ark., 2016; Sadeh ve ark., 2010; Sinai ve Tikotzky, 2012). Uyku sorunu çoğunlukla bebeğin zorluğu olarak ortaya çıksa da genellikle aile problemlerini ve ebeveyn-bebek etkileşim zorluklarını içerir. Kökeni ne olursa olsun, bebeklerin uyku sorunları kısa sürede aile içi problemlere dönüşebilir. Uykusuz bir bebeğe ebeveynlik yapmak çoğu zaman ciddi yorgunluğa, tükenmişliğe ve işlevsizliğe yol açar. Ebeveynler sıkıntı içinde olduğunda bebekler de buna sıkıntıyla karşılık verir. Kronik uyku yoksunluğunun ve problemlerinin varlığında yıkıcı aile etkileşim kalıpları hızla ortaya çıkmaktadır.

Yine birçok araştırmada ebeveyn davranış ve tutumlarının kolik gelişiminde etkili olduğu, özellikle tepkisiz ve ilgisiz ebeveynliğin, annenin psikososyal özelliklerinin ve ruh sağlığı problemlerinin infantil kolik gelişimine zemin hazırladığı vurgulanmıştır (Firooz ve ark., 2021; Güngör ve ark., 2019; Yalçın ve ark., 2010). Teselli edilemeyen ağlama nöbetleri ve bunların biyolojik alarm verici işlevleri, verimsiz yatıştırıcı etkileşimlere yol açarak ebeveyn-bebek sistemi üzerinde büyük bir baskı oluşturur. Bebeğin ebeveyni tarafından sakinleştirilemeyen, tekrarlanan kolik ağlaması, telaşlanma ve kasılma deneyimleri, ebeveynin öz-yeterlik duygusunu zayıflatır ve çaresizlik, başarısızlık ve sıklıkla hafif ajite depresyon duygularını ortaya çıkarır; aynı zamanda ebeveynde hayal kırıklığı, öfke ve saldırgan eğilimlere yol açabilir. Ebeveynlerin bebeklerini rahatlatma konusundaki başarısızlığının ortaya çıkardığı duygusal uyarılma ve gerginlik, yoğun olumsuz duygular veya depresyon, sezgisel ebeveynliğe müdahale edebilir; ebeveynin sezgisel iletişim yeterliliğini ve düzenleyici desteğini engeller, çarpıtır veya ortadan kaldırır; ebeveynlerin empatik anlayışında ve yansıtıcı işlevlerinde geçici veya kalıcı bozulmalara yol açarlar

(Leerkes ve Crockenberg, 2006). Ebeveynler, bebeğe ihtiyaç duyulan düzenleyici desteği ve duygusal güvenliği sağlamak yerine, artan olumsuz duygulanımın kısır döngüsü içinde şiddetli, kaba muamele ve aşırı uyarılma ile yanıt verme eğilimindedir (Ziegler ve ark., 2008). Bebeğin ağlaması aynı zamanda bağlanmayı ve hayatta kalmayı tehdit edebilir; annenin bebekle işe yaramayan yatıştırıcı etkileşimlerde bulunması, bebekte uyarılmanın arttığı kısır döngülere yol açabilir ve sarsılmış bebek sendromu, bebek istismarı ve hatta ölüm gibi sonuçlara gidebilir (Barr ve ark., 2006; Zeifman ve St. James-Roberts, 2017).

Son olarak, meme reddi ile ilgili literatür incelendiğinde, bebek beslenme sorunlarının ve reddinin, anne-bebek ilişkisindeki önemli bozukluklarla ilişkili olduğu gösterilmektedir (Chatoor, 2009; Sanders ve ark., 1993; Skuse ve ark., 1995). Çalışmalar erken dönemde beslenme reddi olan bebeklerde, bozulan anne-bebek ilişkileri, bebeklerin bağlanma gelişimini olumsuz yönde etkileyebileceğini öne sürmektedir (Lindberg ve ark., 1994). Beslenme reddi gösteren bebekler, belirsiz sinyaller verebilmekte ve bu bebeklerin anneleri bebeklerine karşı daha fazla kontrol/müdahale davranışları göstermekte, bebekleriyle etkileşimde bulunurken daha duyarsız ve daha az işbirlikçi olmaktadır (Lindberg ve ark., 1996). Bu bulgulardan yola çıkarak, bebeklerde beslenme sorunlarını anlamada ilişkisel yönün dikkate alınması son derece önemlidir. Beslenme sorunları açısından, annenin bebeğin ihtiyaçlarını ve sinyallerini tanınmasını ve bunlara uygun şekilde yanıt vermesini ifade eden “anne duyarlılığı” ön plana çıkmaktadır. Ayrıca, anne stresinin ve bebekle ilgili endişelerin, stresin oksitosin ve prolaktin salgılanması üzerindeki engelleyici etkisi nedeniyle emzirmeyi olumsuz etkilediği kabul edilmektedir (Carpay ve ark., 2021). Her ne kadar anne-bebek ilişkisinde yaşanan zorluklar, bebeğin beslenme sorunlarını etkilese de beslenme zorlukları da annenin ruh sağlığını ve anne-bebek ilişkisini olumsuz yönde etkileyerek anksiyete, stres ve depresyona neden olmaktadır (Vizzari ve ark., 2023). Dolayısıyla bebeklerdeki meme reddi probleminin anne-bebek ilişkisinde bir kısır döngüye yol açması mümkündür.

Özetle, mevcut araştırmada incelenen annenin travmatik doğum deneyimi ve doğuma bağlı TSSB’si annede işlevselliği bozabilir. Annenin bozulan işlevselliği anne-bebek etkileşimini olumsuz yönde etkileyerek bebeğin annesiyle bağlanma ilişkisi içerisinde yatışmasına ve sakinleşmesine engel olabilir. Bebekte artan uyarılmışlıkla birlikte stres seviyesi yükselebilir ve bebeğin vücudunda kortizol salınımı artabilir. Bu

faktörlerin, bebekte kolik, uyku ve meme reddi problemlerinin oluşumuna katkı sağlayacağı söylenebilir. Yeterli sosyal desteğe, psikolojik sağlamlığa ve öz yeterliliğe sahip ebeveynler, telafi edici ve düzenleyici destekle bebeğin sorunlarını tamponlayabilirler (St. James-Roberts ve ark., 1998). Bir anne ve bebeği arasındaki, olumlu ve duyarlı bakım içeren etkileşimler, bebeklerin duygusal düzenlemeyi öğrendiği bir mekanizma olarak önerilmiştir (Schoore, 2001). Dolayısıyla, travmatik doğumdan etkilenen anneler doğum sonrası dönemde bebeklerdeki düzenleyici davranış sorunlarının ortaya çıkması ve yönetilmesi konusunda risk altındadır.

2.10. EMDR ve Doğuma Bağlı Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Bu bölümde öncelikle EMDR terapisi ve EMDR'nin grup uygulaması olan GTEP hakkında detaylı bilgi verilecektir. Ardından doğuma bağlı TSSB'de EMDR terapisi ve GTEP uygulamaları incelenecektir.

2.10.1. EMDR Terapisi

Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) 80li yılların sonlarında Francine Shapiro tarafından travmatik anıları ve bunlarla ilişkili stres tepkilerini tedavi etmek amacıyla geliştirilmiş psikoterapötik bir yaklaşımdır (Shapiro, 1989). Bu yaklaşım, çift taraflı uyarım (genellikle yatay göz hareketleri) içeren ve 8 aşamadan oluşan bir protokol çerçevesinde uygulanmaktadır. EMDR terapisinde terapist, danışanın travma anılarını en iyi şekilde aktive etmesine yardımcı olan ve danışan terapistin el hareketlerini gözleriyle eş zamanlı olarak izlerken, bir anının çeşitli bileşenlerine odaklanmasını sağlayan bir kolaylaştırıcı olarak faaliyet göstermektedir. Danışanın semptomları ve geçmişi hakkında bilgi topladıktan ve semptomlarının tedavisi için hangi travmatik anıların önemli hedefler olarak kabul edildiğine dair bir vaka kavramsallaştırması oluşturduktan sonra (Aşama 1-danışan geçmişi), danışan travma işleme için hazırlanır (Aşama 2-hazırlık). Bu, terapötik bir ittifak oluşturmayı, uygun psikoeğitimi sağlamayı ve danışanın mevcut başa çıkma becerilerini ele almayı içerir. Duyarsızlaştırma süreci başlamadan önce (Aşama 3-değerlendirme), terapist, danışandan seansta odaklanılacak ilk travmatik anının (yani hedef imge) en rahatsız edici yönlerini aklına getirmesini isteyerek hafızayı aktive eder. Terapist ilişkili öz-referanslı işlevsiz inancı (yani, olumsuz biliş; NK), alternatif bir arzu edilen inancı (yani, olumlu biliş; PK), ilişkili temel duyguları, bedensel duyularını ve hedef anıyla ilişkili öznel rahatsızlık seviyesini değerlendirir. Bu, 0'dan

(hiç rahatsızlık yok) 10'a (aşırı rahatsızlık) kadar değişen Likert tipi Öznel Rahatsızlık Birimleri ölçeği (SUDS) kullanılarak belirlenir. Daha sonra, hedef anının işlemlenmesi, genellikle terapistin elini soldan sağa, sağdan sola hareket ettirdiği, hızlı iki taraflı göz hareketleri olan ikili dikkat göreviyle başlar (Aşama 4-duyarsızlaştırma). Her bir göz hareketi setinden sonra, terapist, akışta kendiliğinden ortaya çıkan çağrışımlar olarak, düşünce, görüntü, duygu ve bedensel duyumları araştırır. Terapist daha sonra danışanı "buna odaklanmaya" ve terapistin parmaklarını gözleriyle takip ederek işlemlemeye devam etmeye teşvik eder. EMDR süreci sırasında, travma anılar kademeli olarak "nötr" hale gelir (yani duygusal yüklerini kaybederler) böylece tedavinin sonunda danışan, herhangi bir duygusal rahatsızlık yaşamadan travmatik anıyı hatırlayabilir (yani anının rahatsızlık seviyesine SUDS'de 0 puan verir). Standart EMDR protokolünün bir sonraki adımında (Aşama 5-yerleştirme), danışandan pozitif bilişin kendisi için uygunluğunu ve geçerliğini, Bilişlerin Geçerliliği (VOC) ölçeğinde derecelendirmesi istenir, bu ölçek 1 (tamamen yanlış) ile 7 (tamamen doğru) arasında değişir. Daha sonra, hastadan anıyı hatırlaması ve pozitif bilişi zihninde tekrarlaması istenirken aynı anda göz hareketleri yapılır. Bu adımlar, VOC en üst düzeye çıkana kadar tekrarlanır. EMDR ile tedavi seansı genellikle bir "beden taraması" (Aşama 6-beden tarama) ile sona erer, ardından danışanın seansı sonlandırmak için yeterince iyi hissedip hissetmediği konusunda değerlendirme yapılır (Aşama 7-kapanış). Standart EMDR protokolünün son aşaması (Aşama 8-yeniden değerlendirme) bir sonraki seansta gerçekleşir, burada terapist seansı, önceki seansın gözden geçirilmesiyle başlatır ve şu ana kadar elde edilenlerin etkinliği açısından ilerlemeyi değerlendirir (Shapiro, 2001).

Geliştirildiği günden bugüne kadar yapılan pek çok araştırma EMDR'nin TSSB tedavisinde etkili olduğu göstermiştir (Acartürk ve ark., 2015; Every-Palmer ve ark., 2024; Girgeç ve ark., 2021; Jimenez ve ark., 2020; Karabulut ve Karaaziz, 2024; Stanbury ve ark., 2020; Yurtsever ve ark., 2018). TSSB tanısı almış yetişkinlerde EMDR'nin etkinliği 30'dan fazla yayınlanmış randomize kontrollü deneysel çalışmada belirlenmiştir. Genel olarak, sonuçlar TSSB semptomlarında büyük etki büyüklükleri ve tedaviden sonra TSSB için tanı kriterlerini karşılayan katılımcıların oranında önemli düşüşler olduğunu göstermiştir (de Jongh ve ark., 2024). Yunitri ve ark. (2023) tarafından yapılan bir meta analiz çalışmasında, TSSB için çeşitli tedavilerin etkinliği ve tedavilerin hem kısa hem de uzun vadeli etkileri incelenmiş, EMDR ve bilişsel

işleme terapisinin uzun vadeli sonuçlar üzerinde en güçlü etkilere sahip olduğu belirlenmiştir. EMDR'nin bir tedavi olarak etkinliğine ek olarak, verimlilik ve uygun maliyet açısından diğer tedavilere üstünlüğü yönünde görüşler mevcuttur. Nitekim İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından sağlanan TSSB'li bireylerin tedavisinin maliyet ve faydalarına ilişkin tahminler, EMDR'nin değerlendirilen 11 müdahale türü arasında TSSB'li yetişkinler için en uygun maliyetli müdahale olduğunu göstermiştir (Mavranzouli ve ark., 2020). TSSB için uluslararası klinik uygulama kılavuzlarının çoğu, EMDR'yi birinci basamak tedavi olarak önermektedir. Bunlara arasında Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2013), Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE, 2018), Uluslararası Travma Stres Çalışmaları Derneği (ISTSS, 2018) ve ABD Gaziler İşleri Bakanlığı (VA) ve Savunma Bakanlığı (DoD, 2023) yer almaktadır.

Literatürde EMDR'nin kuramsal temelini karmaşık olması ve değişimi nasıl gerçekleştirdiği yönündeki açıklamalarının net olmaması yönündeki eleştirilere rağmen, EMDR'nin etkililiğini araştıran ampirik çalışmaların sayısı hızla artmaktadır. İlk olarak TSSB yaşayan bireyler üzerinde çalışmalar yapılmış, ilerleyen yıllarda davranış sorunları olan ve düşük özsaygılı olan çocuklar (Wanders ve ark., 2008), fobi (Vucina, 2021; Yıldırım ve Bahayi, 2023), kronik ağrının tedavisi (Gartner ve ark., 2024; Kavakçı ve ark., 2012), duygu düzenleme problemleri (Korn ve Leeds, 2002), davranış problemi (Hoogsteder ve ark., 2022), kaygı (Bal, 2024; Baykara, 2024; Rathschlag ve Memmert, 2014), fibromiyalji (Kavakçı ve ark., 2010), depresyon (Bal, 2024; Baykara 2024), psikosomatik semptomlar (Baysal, 2024), kişilik bozuklukları (Hafkemeijer ve ark., 2020) gibi farklı sorunlar üzerinde etkililiğinin araştırılmaya başlandığı görülmektedir.

EMDR'nin Kuramsal Temeli (AIP Modeli): Francine Shapiro, EMDR terapisi için teorik temel olarak uyarlanabilir (adaptif) bilgi işleme (AIP) modelini geliştirdi (Shapiro, 2001). Bu model, son derece rahatsız edici olayların beynin duygusal dengesini bozabileceğini, bunun sonucunda anıların, ilişkili bilişler, duygular ve fizyolojik tepkilerle birlikte, günlük yaşamdaki çok çeşitli uyarımlarla kolayca etkinleştirilebilen izole edilmiş bellek ağları içinde "donmuş" bir durumda bir araya gelmesine neden olabileceğini öne sürer. AIP modeli, yaşam boyunca yaşanan travmatik olayların işlenmemiş anılar olarak depolandığını ve daha sonra belirli çevresel koşullar tarafından tetiklenip etkinleştirilebileceğini öngörür. Bu modele göre, travmatik olayla ilişkili yoğun etki, beyinde normal bilgi işlemeyi bozar ve bunun

sonucunda travmatik olay işlenmemiş halde kalır çünkü travmaya verilen ani biyokimyasal tepkiler travmayı nörobiyolojik olarak izole eder (Shapiro, 2001). Dolayısıyla psikolojik sorunlar ve semptomlar, deneyim sinir sisteminde uygun şekilde işlenmediğinde ortaya çıkmaktadır. Shapiro'nun AIP Modeli'ne göre özellikle stres veren üzücü bir olay, sinir sistemi tarafından uygun şekilde işlenmediği için, olay yaşandığı sıradaki haliyle depolanmakta, böylece travmatik/üzücü olay olumlu bilgiye sahip diğer anı ağları ile bağlantı kuramamakta ve yaşandığı zamandaki kendi normal ağlarında donup kalmaktadır (Shapiro, 2001). İlk haliyle ve uyarıcı şekilde depolanan bu travmatik olay, günlük hayatta çok çeşitli içsel ve dışsal uyaranlar tarafından tetiklenebilmektedir. Bu durum da oldukça uygunsuz duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkiler ve semptomlara (kaygı, kâbus, kontrolsüzce gelen düşünceler gibi) yol açmaktadır.

AIP modeli, her bireyin yeni deneyimlerden uyarlanabilir öğrenmeye izin veren doğuştan gelen bir bilgi işleme sistemine sahip olduğunu varsayar. Hızlı göz hareketi (REM) uykusu sırasında gözlemlenenler gibi göz hareketlerinin etkisi altında (Stickgold, 2002), depolanan travmatik deneyimlerin işlenmek üzere çalışma belleğine gönderildiğine inanılır. Bu anlamda, Shapiro'nun AIP modeli, EMDR'nin bir bireyin sinir ağı içinde yeni bağlantılar oluşturmayı kolaylaştırdığını, işlevsiz depolanmış bilgileri mevcut diğer işlevsel bilgi ve inanç ağlarıyla birleştirdiğini öne sürmektedir. Bu sürecin sonucu, travmatik bir anının daha uyarlanabilir ve işlevsel bir forma dönüştürülmesidir ve bu da travmatik deneyimin ve ilişkili anlamların bilişsel olarak yeniden yapılandırılmasına ve ardından travmayla ilişkili semptomların azalmasına yol açar. EMDR'de AIP modelini ve göz hareketlerinin etkisini destekleyen çeşitli çalışmalar mevcuttur (Baddeley, 2012; Christman ve ark., 2006; Parker ve Dagnall, 2007).

EMDR'nin Etki Mekanizması: EMDR'nin nörofizyolojik temeli ve etki mekanizması şu anda tam olarak bilinmemekte ve araştırmalar hala devam etmektedir. Ancak terapötik etkileri elde etmek için birkaç etki mekanizmasının etkileşime geçtiği ileri sürülmektedir. EMDR terapisinde önerilen etki mekanizmaları arasında, daha önce izole edilmiş rahatsız edici olayı barındıran nöral ağlardaki olumsuz bilgiler ile diğer bellek ağlarında bulunan uyarlanabilir bilgilerin birleşmesi yer alır (Solomon ve Shapiro, 2008). Başarılı bir tedaviden sonra, belleğin artık izole olmadığı, çünkü daha büyük bellek ağı içinde uygun şekilde entegre olduğu varsayılır. Yeterli şekilde

işlemlenmeyen deneyimler sinir sisteminde parçalar halinde depolanır (van der Kolk ve Fisler, 1995). Bu nedenle, EMDR’de bellek bileşenlerinin sıralanması ve aktive edilmesi, işlemlemeyi kolaylaştıran bir prosedürel unsur olabilir. Bu prosedür, olumsuz deneyimin farklı yönlerini tutan bellek ağlarını aktive edebilir ve bunlara erişebilir, böylece danışan travmatik deneyimin farklı bölümlerini yeniden birleştirebilir ve deneyimi anlamlandırabilir. Sonuç olarak deneyim öyküsel bellekte depolanabilir.

Shapiro’ya (1989) göre, EMDR’nin etkisi, biliş ve hafıza arasındaki sinirsel bağlantıları değiştirerek çalışmasından kaynaklanmaktadır. EMDR’nin bakış açısına göre, travmatik anılar bellekte uygun olmayan biçimde depolanır. Uygun olmayan biçimde depolanan bu anılar, işlevsel olmayan tepkilere ve sonuç olarak bireyde semptomlara yol açmaktadır. Bellekte depolanan anılar, görüntü, duygu, düşünce, duyular gibi bilgileri içermektedir. Bilgi, donmuş bir halde bellekte depolandığından nörobiyolojik olarak başka bilgilerle uyum sağlamayı zorlaştıracak şekilde işlenmeden kalmıştır (Shapiro, 2002). Terapötik olarak çözülmesi hedeflenen bu anılar, şimdiki zamanı önemli ölçüde etkilemektedir. Bu anılar EMDR yöntemiyle işlendiğinde, bilgi bozukluktan işlevselliğe doğru değişim gösterir ve bireydeki işlenmemiş travmatik anılardan kaynaklanan semptomlar ortadan kalkarak uyum artar (Shapiro, 2002). EMDR’de kullanılan göz hareketleri ve diğer bilateral (iki yönlü ses ya da dokunma uyararı) uyarıların bilgi işlemeyi harekete geçirdiği varsayılır (Shapiro, 1999). Değişimin kesin mekanizmaları bilinmemekle birlikte, çalışmalar EMDR’de kullanılan göz hareketlerinin duyarsızlaştırma etkisinin, parasempatik aktivitede artış ve psikofizyolojik uyarılmada azalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Solomon ve Shapiro, 2008).

EMDR ve Beyin: EMDR’nin beyinde nasıl değişimlere yol açtığını belirtmeden önce, travmatik stresin nörobiyolojik etkilerini incelemekte yarar vardır. Travma yaşayan bireylerin beyinlerinde uzun vadeli birçok değişiklik gözlenmiştir. Bunlar arasında belirli nörotransmitterlerin anormal artışı, EEG görüntülerindeki değişiklikler, sağ ve sol yarım küreler arasındaki entegrasyonda azalma, amigdala ve ilgili yapıların anormal aktivasyonu, beyin hacminde, korpus kallozumda, amigdalada ve hipokampüste ölçülebilir boyutta azalmalar yer almaktadır (Schore, 2022; Van der Kolk, 2023).

Sağ beyin yarım küresi, hayatta kalmayı ve stresle baş etmeyi destekleyen hayati işlevlerin kontrolü için baskındır (Wittling, 1997). Erken gelişen sağ yarımküre, daha sonra olgunlaşan sol yarımküreden daha fazla otonomik, limbik ve uyarılma sistemlerine derinlemesine bağlıdır, bu nedenle sosyal, duygusal ve bedensel bilgilerin işlenmesinde baskındır (Devinsky, 2000; Schore, 2000). Van der Kolk ve McFarlane (1996), TSSB semptomlarının temelde engelleyici kontrol mekanizmasında baskın olduğu bilinen sağ beynin bir bozulmasını yansıttığını öne sürmüştür. Yine sağ yarımkürede yer alan ve bilişsel süreçler ile duygusal tepkileri kontrol eden orbitofrontal sistemin işlev bozukluğu da TSSB’de ve dissosiyatif geri dönüşlerde rol oynamaktadır (Berthier ve ark., 2001; Bremner ve ark., 1997). TSSB’nin duygusal bozukluklarının kökeninin, sağ prefrontal korteksin amigdala işlevlerini düzenlemedeki yetersizliğinden kaynaklandığı da öne sürülmüştür (Hariri ve ark., 2000; Schore, 2001). TSSB’deki yeniden yaşama anlarında, sağ subkortikal bölge tarafından yönetilen ve örtük hafızada kodlanmış travmatik anı yeniden canlandırılır. Böylece, 'gerçeklikle ilgisi olmadan' ve 'görünürde hiçbir sebep olmadan' güçlü bir fizyolojik otonomik düzensizlik, terör ve çaresizlik içeren son derece olumsuz bir ruh hali ortaya çıkar (Schore, 2002). Mevcut nöropsikiyatrik araştırmalar, sağ yarımkürenin paralimbik alanlarının travmatik anıların depolanmasında öncelikli olarak yer aldığını göstermiştir (Schiffer ve ark., 1995).

Tüm bu bilgiler ışığında EMDR’de uygulanan göz hareketlerinin sağ ve sol yarımküreler arasındaki iletişimi artırarak beynin duygusal tarafı ile rasyonel tarafı arasında bir denge sağladığı ifade edilmektedir. Böylece epizodik bellek semantik belleğe katılabilir ve bellek bütünleşmesi sağlanır (Parker ve ark., 2008). Travma sırasında bozulan bu bağlantılar EMDR aracılığıyla, algı merkezi olan talamusu etkinleştirerek yeniden onarılır. Yine EMDR ile beynin prefrontal lob denilen karar alma ve insani özelliklerle ilişkili bölgesinde bir etki oluşmakta, böylece duygusal düzenleme sağlanmaktadır (Yaşar, 2021). EMDR sırasında beyindeki amigdala bölgesinden gelen sinyal, göz hareketleriyle yeni bir görev eklenen çalışma belleğinin kapasitesini tamamen kullanamamakta ve travmatik anı sağlıklı anı ağlarına uyumlanacak şekilde işlemlenebilmektedir (Yaşar, 2021). Benzer şekilde EMDR’de göz hareketlerinin parasempatik sinir sistemini aktive ederek travmatik anıyla ilgili duygusal uyarımı azalttığı ve anının işlenmesini kolaylaştırdığı belirlenmiştir (Lee ve Cuijpers, 2013).

2.10.2. EMDR Grup Terapisi- GTEP

EMDR terapisini grup olarak uygulamak da mümkündür. EMDR terapisinin grup ile uygulanmasını sağlayan standardize edilmiş iki protokol, EMDR Entegratif Grup Tedavisi Protokolü (EMDR-IGTP) ve Grup Travmatik Epizod Protokolü (G-TEP) dır. Elan Shapiro tarafından 2013 yılında geliştirilen G-TEP, EMDR Yakın Zamandaki Travmatik Epizod Protokolü'nden (R-TEP), yakın zamandaki travmatik deneyimler ya da yakın zamanda olması gerekmeyen ancak etkileri devam eden olumsuz olaylar yaşayan, farklı yaş grupları ve popülasyonlarla kullanım için uyarlanmıştır (Shapiro, 2013). Ana hedef, travmatik stresi azaltmak, uyarlanabilir işleme teşvik etmek, dayanıklılığı artırmak ve travma sonrası komplikasyonları önlemek amacıyla, travma epizodunu işlemek için bir grup çerçevesi kullanmaktır (Shapiro, 2013). Grup ortamında olmasına rağmen bireysel EMDR R-TEP'in gücünü mümkün olduğunca korumaya çalışır. Yetişkinler, ergenler ve daha büyük çocuklardan oluşan gruplarla kullanım için R-TEP'in basitleştirilmiş bir uyarlamasıdır (Lehning ve ark., 2017).

Ülkemizde GTEP protokolü kullanılarak yapılan çalışmalar sınırlıdır. Yurtsever ve ark. (2018) bir Türk mülteci kampında bir grup Suriyeli mülteciyi tedavi etmek amacıyla EMDR G-TEP uygulaması yapmıştır. TSSB tanısı konmuş elli üç yetişkin katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları, müdahalenin ardından EMDR G-TEP grubunda, TSSB ve depresyon semptomlarının önemli ölçüde azaldığını göstermiştir. Ayrıca tedavi grubundaki katılımcıların %61.1'i TSSB tanı kriterlerini artık karşılamamıştır. Bu oran kontrol grubundaki katılımcılarda yalnızca %6.4'tür. Bu çalışma, EMDR G-TEP'in kampta yaşayan Suriyeli mülteciler arasında TSSB ve depresyon semptomlarını azaltmada 3 günlük bir süre boyunca gerçekleştirilen sadece iki tedavi seansından sonra bile etkili olabileceğini göstermektedir. EMDR G-TEP seanslarının sayısındaki artışın TSSB üzerindeki terapötik etkinin artmasına neden olabileceği öne sürülmüştür. Yine, Zat (2018) geçmiş yaşamlarında okul ile ilgili travmatik deneyimleri olan üniversite öğrencileri için geliştirilen EMDR ve öz düzenleme temelli bir müdahale programının öz düzenlemeli öğrenme düzeyi ve travma sonrası stres semptomları üzerindeki etkililiğini incelediği çalışmasında GTEP protokolünü kullanmış ve öğrencilerin TSSB düzeylerinde anlamlı düşüş olduğunu belirlemiştir. Uluslararası literatürde Lehning ve ark.'nın (2017), Suriye ve Irak'tan 18 yetişkin mülteciye iki seans G-TEP uyguladıkları çalışmalarında TSSB düzeyinin, tedavi sonrasında deney grubunda önemli ölçüde iyileştiği görülmüştür. Benzer

şekilde, Roberts (2018) ABD'deki yetişkin kanser hastalarının TSSB düzeylerini azaltmada G-TEP tedavisinin etkililiğini test ettiği çalışmada, GTEP protokolünün kanser hastalarında travma sonrası stresi önemli ölçüde azaltmadaki etkinliğini göstermiştir. Tsouvelas ve ark. (2019) Yunanistan'daki bir ruh sağlığı biriminde çalışan 20 sağlık çalışanına iki seans G-TEP uyguladıktan sonra, TSSB, kaçınma, yeniden yaşama ve aşırı uyarılma semptomlarında önemli iyileşmeler olduğunu belirlemiştir.

2.10.3. Doğuma Bağlı Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve EMDR

Birçok kadın doğum deneyimlerini olumlu olarak değerlendirse de bazı kadınlar doğum sırasında meydana gelen hem objektif (örneğin obstetrik komplikasyonlar) hem de subjektif (örneğin algılanan kontrol kaybı, doğum sırasında yoğun korku ve ağrı veya destek eksikliği) faktörlerin varlığı nedeniyle doğumu bazen travmatik bir olay olarak yaşayabilmektedir (Ayers ve ark., 2016; Cirino ve Knapp, 2019; Grekin ve O'Hara, 2014). Çalışmalar, travmatik bir doğum deneyiminden sonra kadınların, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yaşayan kişilerde görülen semptomlarla aynı semptomlara sahip olabileceğini göstermiştir (Söderquist ve ark., 2002; Olde ve ark., 2006). Literatürde kadınların doğuma bağlı TSSB belirtilerini tedavi etmek amacıyla kullanılan yöntemler arasında EMDR yer almaktadır. Her ne kadar doğum öncesi ve doğum sonrası ruh sağlığına ilişkin NICE (2014) kılavuzları, travmatik bir doğumdan kaynaklanan TSSB'den muzdarip kadınlara EMDR tedavisi uygulanmasını tavsiye etse de bu konuda yapılmış az sayıda bilimsel çalışma vardır. Bu çalışmalardan birinde doğumdan sonra TSSB belirtileri gösteren kadınlarda, EMDR tedavisinin TSSB belirtilerini azaltmada etkili olduğu, 1-3 yıllık takip çalışmasında tedavinin etkililiğinin devam ettiği belirlenmiştir (Sandström ve ark., 2008). Yine Cattaneo ve ark. (2019) travmatik bir doğum sonrası doğum servisinde kullanılması amacıyla "EMDR Erken Doğum Travması Protokolü" nü geliştirmiştir. Chiorino ve ark. (2020) ise geliştirilen bu protokolü kullanarak, travmatik doğum deneyimi olan kadınların TSSB belirtilerini iyileştirmede EMDR'nin etkililiğini rutin psikolojik müdahaleye göre kıyaslamıştır. Sonuçlar kadınların çoğunluğunun yalnızca bir tedavi seansından sonra bile psikolojik durumlarında iyileşme sağlayabildiğini, EMDR'nin rutin psikolojik müdahaleden daha etkili olduğunu ve üç aylık takipte doğum travmasıyla ilgili geriye dönüşlerin önemli ölçüde azaldığını göstermiştir. Benzer şekilde Kopmeiners ve ark. (2023) travmatik doğum deneyimi olan ve TSSB tanısı için tüm

kriterleri karşılamayan kadınların TSSB semptomlarını ve psikolojik şikayetlerini iyileştirmek için doğum sonrası erken EMDR'nin uygulanabilirliğini test etmişlerdir. Çalışmada EMDR'nin travmatik doğum deneyimi yaşayan ancak TSSB'nin tüm kriterlerini karşılamayan kadınlarda psikolojik şikayetleri azaltmaya yardımcı olabileceği bulunmuştur. Ayrıca EMDR'nin travmatik doğum deneyimiyle ilişkili faktörler nedeniyle iş devamsızlığı üzerinde olumlu bir etkisi olduğu görülmüştür. Hendrix ve ark. (2021) da travmatik bir doğum deneyiminden sonra kadınlar için “Doğum Sonrası Erken EMDR Terapi Müdahalesi (PERCEIVE)” protokolünü geliştirmiş ve etkililiğini belirlemeye çalışmıştır. Buna göre doğumdan sonra TSSB belirtileri gösteren 25 kadın çalışmaya dahil edilmiş ve doğumdan sonraki 3 ile 5 hafta içerisinde deney grubundaki her bir kadına iki EMDR seansı uygulanmıştır. EMDR uygulanan kadınlarda TSSB belirtileri ve psikolojik sıkıntı, iki telefon görüşmesi yapılan kontrol grubundaki kadınlara göre anlamlı olarak daha düşüktür.

Travmatik doğum deneyimine bağlı TSSB belirtilerinin tedavisi konusunda ülkemizde yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yine ulaşılabilen literatüre göre, mevcut çalışmamız ülkemizde ve dünyada kadınların doğuma bağlı TSSB belirtilerini iyileştirmede EMDR grup terapisinin (GTEP) etkililiğini sınanan ilk çalışmadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, araştırmanın örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarına ilişkin bilgiler, işlem ve verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler hakkında bilgi verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, doğuma bağlı travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin anneler ile bebekler üzerindeki etkilerinin incelenmesi ve EMDR grup terapisinin anneler ile bebekleri üzerindeki etkililiğini belirleme amacını taşımaktadır. Bu amaç doğrultusunda öncelikle travmatik doğumun anneler ve bebekler üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla nicel araştırma yaklaşımlarından yordayıcı korelasyonel araştırma modeli kullanılmıştır (Şata, 2020). Yordayıcı korelasyonel araştırmaları, iki veya ikiden daha çok sayıda olan değişkenlerin arasında birlikte değişimin varlığını belirlemeye yönelik olan araştırma modelleridir (Karasar, 2014). Aynı zamanda EMDR terapisinin başta annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri olmak üzere, anneler ve bebekler üzerindeki etkililiğini belirleme amacına yönelik deney ve kontrol gruplu ön test ve son test ölçümlü yarı deneysel desen kullanılmıştır. Araştırma deseni Tablo 3.1’de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Yarı Deneysel Araştırma Deseni

Gruplar	Ön-test	İşlem	Son-test	İzleme testi
Deney	Ölçüm 1.1	EMDR Grup Terapisi (4 seans)	Ölçüm 1.2	Ölçüm 1.3
Kontrol	Ölçüm 2.1	İşlem yapılmamıştır	Ölçüm 2.2	Ölçüm 2.3

Tablo 3.1’de görüldüğü üzere araştırma kapsamında deney ve kontrol gruplarına deneysel işlem den önce ön-test kapsamında City Doğum Travması Ölçeği (CityDTÖ), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği (KPSÖ), Hermann’ın Dört Çeyrekli Beyin Baskınlık Aracı (Kısa Form), İnfant Kolik Ölçeği (İKÖ), Bebek/Çocuk Uyku Sorunu Kısa Tanılama Formu (BUKF) ile demografik bilgi formundan oluşan ölçek bataryası uygulanmıştır. İşlem aşamasında deney grubuna araştırmacı tarafından 4 seans EMDR grup terapisi (GTEP) uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise bu süre içerisinde işlem yapılmamıştır. Deneysel işlem den dört hafta sonra deney ve kontrol gruplarına ulaşan

araştırmacı son test ölçümler kapsamında aynı ölçekleri katılımcılara uygulamıştır. Son test ölçümlerinden 3 ay sonra ise izleme testi ölçümleri gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme, 0-12 aylık bebeği olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 411 anneden oluşmaktadır. Araştırmanın verileri 2023 yılında Nisan ve Mayıs aylarında ulaşılabilirlik ve elverişlilik ilkesine göre, katılımcıların Google formda hazırlanan ölçeklerin linkine sosyal medya aracılığıyla ulaşması ve ölçek sorularını cevaplamaları yoluyla elde edilmiştir. Çalışmanın örnekleme büyüklüğü Gpower programı (Erdfelder ve ark., 1996) kullanılarak belirlenmiştir. Anlamlılık düzeyi 0.05, etki büyüklüğü 0.3 ve testin gücü 80 olacak şekilde belirlenen analiz sonucunda çalışmaya 129 kişinin alınmasının yeterli olduğu tespit edilmiştir. Ancak ikinci çalışmaya dahil edilecek kişiler birinci çalışmada kullanılan City Doğum Travması Ölçeği'nden elde edilecek puanlara göre belirleneceği için ikinci çalışma için yeterli örnekleme büyüklüğüne ulaşıncaya kadar ölçekler katılımcılara uygulanmaya devam edilmiştir. Araştırmaya dâhil edilecek katılımcılar amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme tekniğine göre seçilmiştir. Amaçlı örnekleme yöntemi araştırmacının amacına bağlı olarak belli ölçütleri karşılayan veya belirli özelliklere sahip olan katılımcılarla derinlemesine araştırma fırsatı vermektedir (Koç-Başaran, 2017: 490).

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri:

- 0-12 ay arasında bebeği olmak
- Psikiyatrik ilaç tedavisi almıyor olmak (ikinci çalışma için)
- Herhangi bir psikoterapi sürecine dâhil olmamak (ikinci çalışma için)
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olmak

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- 12 aydan büyük bebeği olmak
- Epilepsi tanısı almak (ikinci çalışma için)
- Psikiyatrik ilaç tedavisi alıyor olmak (ikinci çalışma için)
- Psikoterapi alıyor olmak (ikinci çalışma için)

Çalışma Grubu 1

Araştırmanın birinci çalışma grubu ölçüt örnekleme yöntemi ile belirlenen 411 anneden oluşmaktadır. Veri inceleme ve temizleme sürecinde kayıp değerlerin olmadığı fakat 4 anneye ait verinin dışlama kriterini karşıladığı tespit edilmiş ve analiz dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak 407 anne ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Annelere ait demografik değişkenler Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.2. Annelerin Sosyo Demografik Bilgilerine İlişkin Frekans ve Yüzdeleri

Değişkenler	Değişken düzeyleri	Frekans (f)	Yüzde (%)
Eğitim düzeyi	İlkokul	4	1.0
	Ortaokul	9	2.2
	Lise	42	10.3
	Üniversite	295	72.5
	Lisansüstü	57	14.0
Yaş düzeyi	18-27 yaş	81	19.8
	28-37 yaş	299	73.6
	38-47 yaş	27	6.6
Şu an psikolojik destek alma	Evet	47	11.5
	Hayır	360	88.5
Aldığı psikolojik destek türü	Yok	360	88.5
	Psikoterapi	34	8.3
	İlaç tedavisi	13	3.2
Epilepsi tanısı var mı	Evet	5	1.2
	Hayır	402	98.8
Herhangi bir tıbbi rahatsızlık var mı	Evet	81	19.9
	Hayır	326	80.1
Çocuk sayısı	1	229	56.3
	2	136	33.4
	3	33	8.1
	4	8	2.0
	5 ve üzeri	1	0.2
Bebeğiniz kaçınıcı çocuk	1	232	57.0
	2	133	32.7
	3	34	8.4
	4	7	1.7
	5	1	0.2
Beyin yarım küresi baskınlığı	Sağ beyin baskınlığı	221	54.3
	Sol beyin baskınlığı	150	36.9
	Eşit beyin baskınlığı	36	8.8
Doğuma bağlı TSSB belirtileri ne zaman ortaya çıktı?	Hiç belirti yok	67	16.5
	Doğumdan önce	86	21.1
	Doğumdan sonraki ilk 6 ayda	196	48.2
	Doğumdan sonra 6 aydan fazla	58	14.3
Doğuma bağlı TSSB belirtileri ne kadar süredir devam ediyor?	Hiç belirti yok	67	16.5
	1 aydan daha az	39	9.6

	1-3 ay arası	80	19.7
	3 ay veya daha fazla	221	54.3
Doğum sürecinde kendisinin ya da bebeğinin ciddi şekilde yaralanabileceğini düşünmek	Evet	140	34.4
	Hayır	267	65.6
Doğum sürecinde kendisinin ya da bebeğinin ölebileceğini düşünmek	Evet	206	50.6
	Hayır	201	49.4
CityDTÖ'ye göre yüksek TSSB belirtisi	Evet	72	17.7
	Hayır	335	82.3
Toplam		407	100

Tablo 3.2 incelendiğinde, annelerin büyük çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu (%72.5) çok azının ise ilkokul mezunu olduğu (%1.0) görülmektedir. Yaş düzeylerine bakıldığında, annelerin çoğunlukla 28-37 yaş aralığında olduğu görülmektedir. 18-47 yaş arasındaki katılımcılardan oluşan örneklemin yaş ortalaması 30.94'tür (SS=4.10). Annelerin %11.5'i (N=47) şu an psikolojik destek almaktadır ve bu destek alanların büyük kısmının psikoterapi (%8.3) aldıkları tespit edilmiştir. Annelerin %1.2'sinin (N=5) epilepsi tanısına, yaklaşık %20'sinin (N=81) tıbbi rahatsızlığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Çocuk sayılarına bakıldığında, büyük çoğunluğunun tek çocuğu olduğu (%56.3), 3 ve üstü çocuğa sahip olanların az olduğu (%10.3) belirlenmiştir. Araştırmaya dâhil olan annelerin beyin yarım küresi baskınlıkları incelendiğinde, %54.3 (N=221) ile sağ beyin baskınlığının en yüksek orana sahip olduğu görülmüştür. Doğuma bağlı TSSB belirtileriyle ilgili istatistikler incelendiğinde, belirtilerin %48.2'sinin (N=196) doğumdan sonraki ilk 6 ay içinde ortaya çıktığı, belirtilerin %54.3'ünün (N=221) ise 3 ay veya daha fazla süredir devam ettiği görülmüştür. Doğum kasılmaları sırasında, doğumda ve doğumdan hemen sonra kendisinin ya da bebeğinin ciddi şekilde yaralanabileceğini düşünen annelerin oranı %34.4 (N=140) iken, bu süreçte kendisinin ya da bebeğinin ölebileceğini düşünen annelerin oranı %50.6'dır (N=206). Son olarak CityDTÖ'den elde edilen toplam puanlara göre belirlenen kesme puanı üzerinden puan alan katılımcılara yönelik yapılan betimsel istatistik sonuçlarına göre, ölçekten 37 ve üzeri puan alarak yüksek TSSB belirtisi gösteren annelerin oranı %17.7'dir (N=72). Araştırmaya dâhil olan bebeklere ilişkin betimsel istatistikler Tablo 3.3'te sunulmuştur.

Tablo 3.3. Bebeklerin Sosyo Demografik Bilgilerine İlişkin Frekans ve Yüzde Değerleri

Değişkenler	Değişken düzeyleri	Frekans (f)	Yüzde (%)
Bebğin doğum şekli	Sezaryen	251	61.7
	Vajinal	156	38.3
Bebek prematüre doğdu mu?	Evet	36	8.8
	Hayır	371	91.2
Bebek meme reddi yaşadı/yaşıyor mu?	Evet	165	40.5
	Hayır	242	59.5
Bebek meme reddini hangi ayda yaşadı?	Yaşamadı	242	59.5
	1.ay	47	11.5
	2.ay	18	4.4
	3.ay	42	10.3
	4.ay	28	6.9
	5.ay	14	3.5
	6.ay ve sonrası	16	3.9
Bebğin meme reddi problemi ne kadar sürdü?	Yaşamadı	242	59.5
	1 ay	87	21.3
	2 ay	31	7.6
	3 ay	20	5.0
	4 ay	18	4.4
Bebek doğumda solunum/oksijen problemi yaşadı mı?	Evet	78	19.2
	Hayır	329	80.8
Bebek doğumda komplikasyon/sağlık sorunu/tıbbi müdahaleye maruz kaldı mı?	Evet	76	18.7
	Hayır	331	81.3
Bebek yoğun bakım/kuvözde kaldı mı?	Evet	91	22.4
	Hayır	316	77.6
Bebekte uyku problemi var mı?	Evet	62	15.2
	Hayır	345	84.8
Doğum toplam kaç saat sürdü?	0-30 dk.	132	32.4
	31-60 dk.	98	24.0
	2 saat	28	6.9
	3 saat	22	5.4
	4 saat	15	3.7
	5 saat	15	3.7
	6 saat	9	2.2
	7 saat ve üstü	64	15.7
	Kayıp veri	24	6.0
Toplam		407	100

Tablo 3.3 incelendiğinde, bebeklerin %61.7'si (N=251) sezaryen doğum, %38.3'ü (N=156) vajinal doğum ile dünyaya gelmiştir. Bebeklerin hemen hemen yarısının meme reddi yaşadığı (%40.5) tespit edilmiştir. Meme reddi yaşayan bebeklerin

çoğunlukla 1.ay ile 3.ay aralığında yaşadıkları çok azının ise 5.ay ve sonrası yaşadığı tespit edilmiştir. Bebeklerin yaklaşık beşte birinin (%19.2) doğum sırasında solunum ve oksijen problemi yaşadığı tespit edilmiştir. Bebeklerin %18.7'si (N=76) doğumda komplikasyon/sağlık sorunu veya tıbbi müdahaleye maruz kalmıştır. Doğum süreleri incelendiğinde, büyük çoğunluğunun sezaryen ile doğum olması sebebiyle en fazla 30 dakika içinde doğum gerçekleştiği belirlenmiştir (X=%32.4, N=132). Bebeklerin %8.8'inin (N=36) prematüre doğduğu ve %22.4'ünün (N=91) doğumdan sonra yoğun bakım veya kuvözde kaldığı tespit edilmiştir. Son olarak bebeklerin %15.2'sinde (N=62) uyku probleminin olduğu belirlenmiştir.

Çalışma Grubu 2

İkinci çalışma grubu için City Doğum Travması Ölçeği'nden elde edilen toplam puanlar üzerinden 1 standart sapma üzeri değer kesme puanı olarak belirlenmiş ve ölçekten bu puanın üzerinde alan 13 deney 13 kontrol olmak üzere toplam 26 katılımcı çalışmaya dâhil edilmiştir. Ölçekten 37 ve üzeri puan alan katılımcılar ikinci çalışmaya dâhil edilmiştir (X= 22.66, SS=14.14). Deney grubuna 4 seans EMDR grup terapisi uygulanmıştır. İşlem sürecinde kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında katılımcılara Demografik Bilgi Formu, City Doğum Travması Ölçeği, Beck Anksiyete Envanteri, Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, Hermann'ın Dört Çeyrekli Beyin Baskınlık Aracı (Kısa Form), İnfant Kolik Ölçeği ve Bebek/Çocuk Uyku Sorunu Kısa Tanılama Formu uygulanmıştır. Uygulanan ölçekler için gerekli izinler ölçekleri geliştiren ve uyarlayan araştırmacılardan alınmıştır. Kullanılan ölçeklere ilişkin tanıtıcı bilgiler aşağıda sunulmuştur.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilen formda annelere ve bebeklerine ait aşağıdaki bilgiler yer almaktadır:

- Yaş
- Eğitim durumu
- Psikoterapi ya da psikiyatrik ilaç tedavisi görüp görmediği
- Herhangi bir tıbbi rahatsızlık olup olmaması
- Epilepsi tanısının olup olmaması
- Çocuk sayısı ve 0-12 aylık bebeğin kaçınıcı çocuk olduğu

- Bebeğin birincil bakıcısı olup olmadığı
- Bebeğin doğum şekli (sezaryen/normal)
- Bebeğin doğumda solunum/oksijen problemi yaşayıp yaşamadığı
- Doğum sürecinin toplamda kaç saat sürdüğü (amniyon sıvısı geldikten sonra/anestezi aldıktan sonra)
- Bebeğin prematüre olup olmadığı
- Bebeğin doğumdan sonra yoğun bakımda ya da kuvözde kalıp kalmadığı
- Doğumda herhangi bir komplikasyon/sağlık sorunu/tıbbi müdahale meydana gelip gelmediği
- Bebeğin meme reddi yaşayıp yaşamadığı
- Bebeğin meme reddinin hangi aylarda olduğu
- Bebeğin meme reddinin ne kadar sürdüğü

3.3.2. City Doğum Travması Ölçeği (CityDTÖ): TSSB'nin DSM-V kriterlerine göre Ayers ve ark. (2018) tarafından doğuma özgü olarak geliştirilmiş ölçek, TSSB belirtilerinin ve tanı kriterlerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bayrı Bingöl ve ark. (2021) tarafından yapılmıştır. Toplam 29 maddeden oluşan ölçek, “Doğumu Yeniden Yaşamak”, “Kaçınma”, “Negatif Bilişler ve Duydurum”, “Aşırı Uyarılma” ve “Dissosiyatif” olmak üzere beş alt boyuta sahiptir. 25. soruda “0 puan” alanların doğumdan önce TSSB'nin başladığı, 2 puan alanların ise geç başlangıçlı TSSB olduğu bildirilmektedir. 25. soru doğumdan dolayı TSSB'nin prevelans ölçütüdür. Toplam puan aralığı 0–60 olup yüksek puanlar, TSSB semptomlarının daha fazla olduğunu göstermektedir. İç tutarlılık güvenilirlik katsayısı değerlendirmesinde Doğum Travması Ölçeğinin güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılığı için yapılan analizde Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı Doğumu Yeniden Yaşamak alt boyutu için $\alpha=0.76$; Kaçınma alt boyutu için $\alpha=0.57$; Negatif Bilişler ve Duydurum alt boyutu için $\alpha=0.77$; Aşırı Uyarılma alt boyutu için $\alpha=0.83$; Dissosiyatif Alt boyutu için $\alpha=0.82$ ve tüm ölçek için $\alpha=0.91$ olarak bulunmuştur (Bayrı Bingöl ve ark., 2021). CityDTÖ'nün Türkçe versiyonunun doğum sonrası kadınlarda doğum travmasını ve TSSB'yi değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak kullanılabileceği gösterilmiştir. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir.

3.3.3. Beck Anksiyete Envanteri (BAE): Beck Anksiyete Envanteri, anksiyeteyi depresyondan ayırabilmek için Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş özel

anksiyete düzeyini ve bedensel belirtileri inceleyen bir ölçektir. Toplamda 21 maddeden oluşan ölçeğin soruları 0-3 (0 hiç, 1 hafif derecede, 2 orta derecede, 3 ciddi derecede) arası puanlanmakta olup likert tipi bir ölçektir. BAE, kişinin kendisinin doldurduğu bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-63'tür. Alınan puanlara göre kişilerin anksiyete düzeyleri; 0-7 puan az, 8-15 puan hafif, 16-25 puan orta, 26 ve üzeri puan şiddetli düzeyde anksiyete olarak sınıflandırılmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. BAE' nin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ulusoy ve ark. (1998) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı 0.93 olarak belirlenmiştir (Ulusoy ve ark., 1998). Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir.

3.3.4. Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği (KPSÖ): Orijinali Smith ve ark. (2008) tarafından geliştirilen ölçek, kişilerin psikolojik sağlık düzeylerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Doğan (2015) tarafından gerçekleştirilmiştir. Standartlaştırılmış faktör yükleri 0.52 ile 0.76 arasında değişen ölçeğin, Cronbach Alfa katsayısı 0.83 olarak hesaplanmıştır (Doğan, 2015). Ölçek tek faktörlü, 6 maddeden oluşan ve 5'li likert tipine sahip bir yapıdadır. Ölçeğin maddeleri, "Hiç uygun değil" (1), "Uygun Değil" (2), "Biraz Uygun" (3), "Uygun" (4), "Tamamen Uygun" (5) şeklinde puanlanmaktadır. 2, 4 ve 6. maddeler ters maddelerdir. Ters maddelerin çevrilmesiyle, ölçekten alınan yüksek puanlar, yüksek psikolojik sağlık düzeyine işaret etmektedir. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.84 olarak belirlenmiştir.

3.3.5. Hermann'ın Dört Çeyrekli Beyin Baskınlık Aracı-Kısa Form (BBA): Hermann 1996 yılında Maclean ve Sperry'in çalışmalarından yola çıkarak dört çeyrekli bütün beyin teorisini geliştirdi (Bağçeci ve ark., 2009). Hermann yaklaşık yirmi yıla yayılan çalışmasının sonucunda Beyin Baskınlık Aracı'nı (Hermann Brain Dominance Instrument) geliştirmiştir. Orijinali 120 sorudan oluşan araçla dünyada iki milyondan fazla beyin baskınlık tercihlerinin analizi yapılmıştır (Lumsdaine ve Lumsdaine, 1995). Hermann'ın (1996) geliştirdiği "Hermann Beyin Baskınlık Aracı" bilimsel olarak tasarlanmış sorular aracılığıyla, beynin dört düşünme yapısı arasında gelişen baskınlık derecesini belirlenir. Bu parçalar sol ve sağ serebral yarım kürelerden ve limbik sistemin sol ve sağ yarılarından oluşur. Birinci alan 'A' (serebral, sol: rasyonel benlik) olgusal, rasyonel, mantıksal, analitik ve eleştirel düşünmeyi temsil

eder; ikinci alan 'B' (limbik, sol: güvenli benlik) organize, planlı ve kontrollü düşünmeyi ele alır; üçüncü alan 'C' (limbik, sağ: hissedilen benlik) sezgisel, sembolik ve insan odaklı bir yaklaşımı yansıtır ve dördüncü alan 'D' (serebral, sağ: deneysel benlik) yaratıcılığı ve yenilikçiliği, bütünsel ve stratejik düşünmeyi, hayal gücünü temsil eder (Hermann, 1996). İki sol taraf yapısı, sol beyin düşüncesi olarak adlandırılan şeyi temsil etmek üzere birleşir. İki sağ taraf yapısı, sağ beyin düşüncesini temsil etmek üzere birleşir. İki serebral yapı, serebral düşünceyi temsil etmek üzere birleşir ve iki limbik yapı, limbik düşünceyi temsil etmek üzere birleşir. Ned Herrmann, belirli bir düşünme tarzının baskınlığını, beyin yarım küresinin bir kısmında baskınlık olarak tanımlamıştır (Hermann, 1996).

Türkçe'ye uyarlaması Özden (2003) tarafından yapılan 24 maddelik ölçeğin kısa formunda sağ üst beyin baskınlığı 1., 5., 9., 13., 17 ve 21.; sağ alt beyin baskınlığı 2., 6., 10., 14., 18. ve 22.; sol alt beyin baskınlığı 3., 7., 11., 15., 19. ve 23. ve sol üst beyin baskınlığı 4., 8., 12., 16., 20. ve 24. maddelere verilen cevaplar doğrultusunda hesaplanmaktadır. Bu ölçek 1 ile 5 arasında puanlanan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçek puanlamasında, "1: Kesinlikle katılmıyorum"; "2: Katılmıyorum"; "3: Kararsızım"; "4: Katılıyorum" ise "5: Kesinlikle katılıyorum" anlamına gelmektedir (Demirel ve Tikici, 2010). Ölçekte ilgili maddelerin toplanmasıyla beynin sağ yarı küre, sol yarı küre ve her ikisinin eşit baskınlıkta kullanıldığı seçeneklerine ulaşılmaktadır. Türkçe'ye uyarlama çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.71 olarak hesaplanmıştır (Özden, 2003). Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.87 olarak belirlenmiştir.

3.3.6. *İnfant Kolik Ölçeği (İKÖ):* Cirgin Ellet ve ark. (2003) tarafından, kolik tanılamak ve değerlendirmek için geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çetinkaya ve Başbakkal (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçek; "inek sütü/soya proteini alerjisi/intoleransı", "immatür sindirim sistemi", "immatür merkezi sinir sistemi", "zor bebek", "ebeveyn-bebek etkileşimi sorunlu bebek" olmak üzere toplam beş alt boyuttan ve 19 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte likert tipi derecelendirme yöntemi kullanılmış olup derecelendirmeler "Kesinlikle katılmıyorum (1)" ile "Kesinlikle katılıyorum (6)" arasındadır. Ölçekten elde edilen toplam puan ortalamasının düşük olması kolik azaldığını, yüksek olması ise kolik arttığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı 0.73

olarak belirlenmiştir (Çetinkaya ve Başbakkal 2007). Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.72 olarak belirlenmiştir.

3.3.7. Bebek/Çocuk Uyku Sorunu Kısa Tanılama Formu (BUKF): Sadeh (2004) tarafından “Brief Infant Sleep Questionnaire (BISQ)” adı ile geliştirilen ve daha sonra Sadeh ve ark. (2009) tarafından genişletilen bu formun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Bayık ve Taşdemir (2011) tarafından gerçekleştirilmiştir. Formda çocuğun uykuya başlama saati, uykuya dalma süresi, gece uyanma sıklığı, gece uykusuzluk süresi, gece uyku süresi, gündüz uyku süresi, toplam uyku süresi olmak üzere yedi ölçüt ile bebeklerin/ çocukların uyku durumu değerlendirilmektedir. BUKF'dan elde edilen bu ölçütler değerlendirilerek gece uyku süresi ile gündüz uyku süresi toplanıp, gece uykusuzluk süresinin çıkarılması ile toplam uyku süresi hesaplanır. Şu üç durumdan en az birinin görülmesi durumunda bebeğin/çocuğun uyku sorunu yaşadığı saptanır: 1) Bebeğin /çocuğun gecede üç kereden fazla uyanması, 2) Bebeğin/çocuğun gece uyanarak bir saatten daha fazla uykusuz kalması ya da 3) Bebeğin/çocuğun toplam uyku süresinin 9 saatten az olması (Sadeh 2004). Sadeh (2004), aracın test-tekrar test yöntemi ile zamana göre değişmezliğini belirlemiştir. Uyku sorunlarını belirleme soru formunun, actigraph aracının verileri ve uyku günlüğü verileri arasında korelasyonunu pozitif yönde orta ve çok güçlü (.27- .96) ve anlamlı ($p < .000$) olduğunu bulmuştur. Türkçe formun geçerlilik güvenirliğinin incelendiği çalışmada da Bayık ve Taşdemir (2011), BUKF'nun zamana göre değişmezliği için ön-test ve son-testten elde edilen yedi soruya ilişkin ortalama değerler arasında pozitif yönde orta-güçlü derecede (.35- .85) ve anlamlı ($p < .000$) ilişkiler belirlemişlerdir. Zamana göre değişmezlik açısından aracın güvenilir olduğu gösterilmiştir. Bayık ve Taşdemir (2011), BUKF (son test) ve Uyku Günlüğü'nden (annelerin çocuklarının uykusunu yedi gün kaydettiği uzun form) elde ettikleri yedi ölçüte ilişkin değerleri karşılaştırarak, değerler arasında güçlü derecede (.51- .90) ve anlamlı ilişkiler ($p < .000$) bulmuşlardır.

3.4. İşlem

Birinci çalışmada kullanılan ilişkisel tarama yöntemi kapsamında, 0-12 aylık bebeği olan annelerden veriler toplanmıştır. Öncelikle katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmış ve çalışmaya gönüllü olan katılımcılar dâhil edilmiştir. Ardından katılımcılardan yaklaşık 15-20 dakika süren ölçek bataryasını doldurmaları istenmiştir. Veriler Google Forms uygulaması aracılığıyla online olarak toplanmıştır. Ayrıca

katılımcılardan ikinci çalışma için kendilerine ulaşabilmek için telefon numaraları istenmiştir.

İkinci çalışmaya, birinci çalışmaya katılmış olan ve City Doğum Travması Ölçeği'nden belirlenen kesme puanı üzerinde puan alan katılımcılar dâhil edilmiştir. Bu kapsamda deney öncesinde, deney sürecinde ve deney sonrasında gerçekleştirilen işlemler aşağıda sunulmuştur.

3.4.1. Deney Öncesinde Gerçekleştirilen İşlemler

Deney öncesi işlemde, uygulanacak EMDR grup terapisi (GTEP) ile ilgili ön hazırlıklar, katılımcıların belirlenmesi, deney ve kontrol gruplarının oluşturulması aşamaları izlenmiştir. Bu adımlar aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

3.4.1.1. EMDR Grup Terapisi (GTEP) ile İlgili Ön Hazırlıklar

- 1) Uygulanacak terapi yönteminin oluşturulmasına hazırlık amacıyla öncelikle travmatik doğum kavramı, travmatik doğum deneyimleyen annelere yönelik uygulanan tedavi yöntemleri, bu annelere grup terapisi uygulanıp uygulanmadığı, travmatik doğumu konu edinen ilişkisel ve deneysel çalışmalar kapsamlı şekilde incelenmiş ve alanyazın taranmıştır.
- 2) Bu çalışmada kullanılacak ölçekler alanyazın taranarak belirlenmiştir. City Doğum Travması Ölçeği, TSSB'nin DSM-V kriterlerine göre Ayers ve ark. (2018) tarafından doğuma özgü olarak geliştirilmiştir ve TSSB belirtilerinin ve tanı kriterlerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Doğuma bağlı TSSB belirtileri gösteren anneleri belirlemede bu ölçeğin kullanılmasına karar verilmiştir. Benzer şekilde Beck Anksiyete Envanteri kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Araştırmada kullanılan diğer ölçekler de çalışmada ölçülmek istenen değişkenlere uygunluk açısından değerlendirilmiş ve seçilmiştir.
- 3) Araştırmada EMDR grup terapisinin (GTEP) travmatik doğum deneyimleyen annelere yönelik uygulanması hususunda EMDR Türkiye eğitmeni Emre Konuk, GTEP geliştiricisi Elan Shapiro ve EMDR danışmanı Zeynep Zat'ın görüşleri alınmıştır. Travmatik doğum deneyimleyen annelerin TSSB belirtilerinin iyileştirilmesinde EMDR Grup Terapisi'nin uygulanmasına karar verilmiştir. Bunun nedenleri şu şekildedir:

- Standart bir manuelinin olması ve tekrar eden araştırmalarda rahatlıkla kullanılabilmesi,
 - EMDR'nin travma ile ilişkili sorunların iyileştirilmesinde etkili bir tedavi yöntemi olması,
 - Travmatik yaşantıları olan farklı gruplarda GTEP uygulamalarının olumlu sonuçlarının olması
 - Standart manuelinin anneler için de geçerli olması.
- 4) Araştırmacı Türkiye'deki akredite EMDR GTEP eğitmenleri Asena Yurtsever, Tuba Akyüz ve Feryal Tükel'den GTEP eğitimi alarak uygulama yetkisi kazanmıştır.

3.4.1.2. Katılımcıların Belirlenmesi ve Grupların Oluşturulması: Çalışma grubunu belirlemek için 0-12 aylık bebeği olan annelere ulaşılmış, çalışmaya katılmaya gönüllü toplam 411 anneye çalışmanın amacını da içeren ölçek bataryaları sunulmuştur. Ölçek yanıtlarıyla birlikte annelerden telefon numaraları da istenmiştir. Veri toplama işlemi 2023 yılı Nisan ve Mayıs aylarında tamamlanmıştır. Birinci çalışmaya katılan annelerden doğum travması ölçeğinden belirlenen kesme puanı üzerinde puan alan anneler deneysel çalışmaya çağırılmıştır. 411 katılımcıdan 4 tanesi dışlama kriterlerini karşıladığı için çalışmadan çıkarılmıştır. 407 katılımcının toplam puanları değerlendirildiğinde, 72 katılımcının City Doğum Travması Ölçeği puanının, kesme puanından yüksek olduğu görülmüştür. Bu katılımcılar, «yüksek» TSSB belirtileri gösterdikleri kabul edilerek ikinci çalışmaya dahil edilmek üzere değerlendirilmiştir. Bu annelere, araştırmacı tarafından tek tek aranarak uygulanacak çalışmanın amacı, içeriği, deney süreci ile ilgili bilgi verilmiş, çalışmada gönüllülük esası olduğu belirtilmiştir. Çalışmaya katılacağını belirten toplam 26 kişi deney ve kontrol gruplarında 13'er kişi olacak şekilde atanmıştır. Mevcut çalışmada etkisi sınanacak olan EMDR grup terapisi ile ilgili literatür incelendiğinde, deney ve kontrol gruplarına toplam on dört (Zat, 2018), yirmi (Gençtürk, 2019) ve yirmi dört (Atasoy, 2002) kişi dahil edildiğinde gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık tespit edilebilmiştir. Yürütülecek grup terapisi sürecinde kişilerin doğuma bağlı TSSB puanlarının dengeli dağılmasına önem verilmiştir. Bu kapsamda 37-44 puan arasında alanlar, 45-50 puan arasında alanlar ve 51-58 puan arasında alanlar üç gruba ayrılmıştır. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Deney grubu

katılımcılarının ve araştırmacının ortak uygun gün ve saati belirlenerek, her oturum 1.5 saat (90 dk.) olacak şekilde grup süreci yürütülmüştür.

3.4.2. Deney Uygulaması Sürecinde Gerçekleştirilen İşlemler

EMDR grup terapisi (GTEP) deney grubuna her hafta bir oturum olmak üzere toplam 4 hafta boyunca uygulanmıştır. Uygulanan grup terapisinin içeriğine dair bilgiler aşağıda verilmiştir.

Oturumlar

1. Oturum:

Bu oturumda öncelikle grup lideri ve üyelerin birbirini tanımaları amacıyla bir tanışma etkinliği gerçekleştirilmiştir. Ardından grup çalışması süresince uyulacak grup ilkeleri belirlenmiş, katılımcılara travma kavramı, EMDR ve GTEP protokolü hakkında psikoeğitim verilmiştir. Ayrıca EMDR GTEP çalışma kâğıdı tanıtılmış, manueldeki yönergeler takip edilerek her bir katılımcı ile 1. aşama, 2. aşama ve 3. aşama tamamlanmıştır. Birinci aşamada stabilizasyon egzersizleri yapılmıştır. Katılımcılardan mevcut durumdaki gerginlik seviyelerini 0 ile 10 arası bir ölçekte belirleyip çalışma kâğıdındaki “önce” kutucuğuna yazmaları istenmiştir. Ardından “4 Element” ve “Güvenli Yer” egzersizleri uygulanmış, uygulama sonunda katılımcılardan tekrar mevcut durumdaki gerginlik seviyelerini 0 ile 10 arasında ölçmeleri ve “sonra” kutucuğuna yazmaları istenmiştir. Rahatsızlık seviyeleri 7’nin altında olan katılımcılarla çalışmaya devam edilmiştir. GTEP uygulamasında rahatsızlık seviyesi 7 ve üzeri olan katılımcılar grup çalışmasına alınmamaktadır. Bu katılımcıların travma çalışmak için daha fazla stabilizasyona ihtiyacı olduğu düşünülmektedir ve katılımcılar bireysel çalışmaya yönlendirilmektedir. Mevcut çalışmada tüm katılımcıların rahatsızlık seviyesi 7’nin altında olduğundan grup çalışmasına devam edilmiştir. İkinci aşamada travmatik olayın katılımcılar için subjektif başlangıcını belirlemek adına “sizin için doğumla ilgili travmatik olayın başlangıcını temsil eden kısmını düşünün” yönergesi verilmiştir. Katılımcılar doğum travmasının tamamını düşünerek kendisi için bir başlangıç oluşturmuştur. Daha sonra bu travmatik olayın kendisini 0 ile 10 arası bir ölçekte ne kadar rahatsız ettiğini belirlemiştir. Üçüncü aşamada katılımcılarla geçmiş kaynak bağlantısı çalışması yapılmıştır. Bu kapsamda katılımcıların travma çalışmaya başlamadan önce içsel kaynaklarıyla bağlantı kurarak ruhsal durumlarını ve dengelerini desteklemeleri

amaçlanmıştır. “Şu an hatırladığımızda da sizi iyi, bütün, huzurlu hissettiren bir anı seçer misiniz?” yönergesiyle katılımcıların kaynaklarını belirlemeleri ve çift yönlü uyarımla (BLS) yerleştirmeleri sağlanmıştır.

2. Oturum:

Bu oturumda katılımcılarla GTEP çalışma kağıdındaki 4. aşama tamamlanmış ve 5. aşamaya başlanmıştır. Dördüncü aşamada “arzu edilen gelecek” uygulaması kapsamında katılımcıların gelecekte kendileriyle ilgili sahip olmak istedikleri olumlu temel inançları belirlemeleri istenmiştir. Katılımcılar “şimdi güvendeyim”, “baş edebilirim”, “bu olay oldu ve geçmişte kaldı”, “yapabileceğimi yaptım”, “güçlü yanlarım var”, “nasıl tepki vereceğimi seçebilirim”, “öğrenebilirim”, “umudum var”, “öğrenebileceklerimi öğrendim” gibi olumlu inançlardan bir veya birden fazla seçeneği kendileri için belirlemişlerdir. Ardından beşinci aşamaya geçilerek “Google Taraması” yöntemiyle travmanın başlangıcından bugüne kadar katılımcıları rahatsız eden olaylar/durumlar belirlenmiştir. Katılımcılar göz hareketlerinin yardımıyla travmatik olayla ilgili rahatsızlık noktalarını (pod) belirleyerek çalışma kağıdına not almışlardır. Tüm katılımcılar podları belirledikten sonra travmatik olayın işlenmesine başlanmıştır.

3. Oturum:

EMDR Grup Terapisi (GTEP) Manueli’ndeki yönergeler okunarak annelerin çalışma kağıdı üzerinden rahatsızlık veren anıların (pod) işlenmesi kaldığı yerden devam etmiştir. Bu oturum boyunca çalışma kağıdındaki beşinci aşama üzerinde çalışılmıştır. Araştırmacının liderliğinde tüm grup üyeleri aynı anda çalışma kağıdının iki ucuna elleriyle sırasıyla vurarak ve gözleriyle ellerini takip ederek çift yönlü uyarım (BLS) yapmışlardır. Travmatik anının duyarsızlaştırması aşaması bu şekilde tamamlanmıştır.

4. Oturum:

EMDR Grup Terapisi (GTEP) Manueli’ndeki yönergeler okunarak annelerin çalışma kağıdı üzerinden rahatsızlık veren anıların (pod) çalışması kaldığı yerden devam etmiştir. Oturumun ikinci yarısında 6. aşamaya geçilmiş, katılımcılarla epizodun değerlendirilmesi ve olumlu inancın yerleştirilmesi gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda katılımcılara ““şimdi doğumla ilgili travmatik olayı başlangıcından bugüne kadar değerlendirdiğinizde, şu an bu olay sizi 0-10 arasında bir ölçekte” 0 hiç rahatsız etmiyor, 10 en yüksek derecede rahatsız ediyor” olacak şekilde ne kadar rahatsız

ediyor?” sorusu yöneltilerek katılımcılardan genel epizodu değerlendirmeleri istenmiştir. Epizod rahatsızlık seviyesi 5 ve altında olan katılımcılarla olumlu inancın yerleştirilmesi aşamasına geçilmiştir. Tüm katılımcıların rahatsızlık seviyesinin 5’in altında olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar belirledikleri olumlu inançla ilgili yerleştirme aşamasını da tamamladıktan sonra grup terapisi ile ilgili süreç değerlendirmesi yapılmıştır. GTEP çalışmasının kapanışını sağlıklı bir şekilde yapmak amacıyla kapanışla ilgili duygu ve düşüncelere de yer verilmiştir. Katılımcılardan sürece dair duygu ve düşüncelerini paylaşmaları istenmiştir. Gönüllü katılımcılar isteğe göre yazılı veya sözlü olarak deneyimlerini paylaşmışlardır.

3.4.3. Deney Sonrasında Gerçekleştirilen İşlemler

Deneyden dört hafta sonra annelerin son test uygulaması kapsamında ölçekleri yeniden doldurmaları sağlanmıştır. Son test uygulamasından 3 ay sonra ise izleme testi kapsamında katılımcılara yeniden ulaşılarak ölçek bataryalarını doldurmaları istenmiştir. Son test ve izleme testi ölçümleri deney ve kontrol grubundaki katılımcılardan elde edilmiştir. Ardından EMDR grup terapisinin (GTEP) annelerin doğuma bağlı TSSB, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri, beyin yarım küresi baskınlıkları ve bebeklerinin kolik, uyku ve meme reddi problemleri üzerindeki etkililiğini incelemek için nicel veriler analiz edilmiştir. Deney uygulamaları sırasında herhangi bir müdahale almayan kontrol grubundaki katılımcılara, tüm işlemler tamamlandıktan sonra 2 seans EMDR grup terapisi uygulanmıştır. Çalışmaya kontrol grubundaki katılımcılardan gönüllü olanlar dahil olmuştur.

3.5. Verilerin Analizi

Analizler yapılmadan önce ilgili veri seti kayıp değerler, uç değerler ve normallik bakımından incelenmiş olup veri setinin betimleyici özelliklerinin belirlenmesi amacıyla betimleyici analizler yapılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Çarpıklık (Skewness) ve Basıklık (Kurtosis) değerleri ile ölçümlere ait güvenilirlik değerleri incelenmiştir. Normal dağılım varsayımının karşılanması için değerlerin -3 +3 arasında değişmesi beklenmiştir. Güvenirlik analizi kapsamında, iç tutarlılık için Cronbach Alfa değerleri hesaplanmıştır. Mevcut araştırmanın verilerinin normallik ve güvenilirlik değerleri incelendiğinde tüm ölçeklerin kriterleri karşıladığı görülmüştür. Veri analizinde, betimsel istatistik ölçüleri (frekans ve yüzdeleri), çarpıklık ve basıklık istatistikleri,

değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı ve Spearman sıra farkları korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Birinci çalışmanın analizleri kapsamında öncelikle travmatik doğumun anneler üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Bağımsız Örneklem t Testi yapılmıştır. Ardından annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerini yordayan değişkenleri belirlemek için Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi uygulanmıştır. Regresyon analizini gerçekleştirmek için gerekli ön koşul sınamaları doğrultusunda, yordanan değişkenin normal dağılıp dağılmadığı Basıklık (Kurtosis) ve Çarpıklık (Skewness) değerleri ile sınanmıştır. Normal dağılım varsayımının karşılanması için çarpıklık ve basıklık değerlerinin -3 +3 arasında değişmesi beklenmiştir. Ayrıca analize dâhil edilen değişkenler arası ilişkinin doğrusal olup olmadığını tespit etmek amacıyla eğrisel (Quadratic) varyanslar hesaplanarak eğrisel varyansın doğrusal varyanstan farklı olup olmadığı Fisher'in Z Testi ile değerlendirilmiştir. Regresyon analizinin yapılması için bu koşulların tamamının sağlanması beklenmiştir. Birinci çalışma kapsamında ayrıca travmatik doğumun bebekler üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla, öncelikle Bağımsız Örneklem t Testi, ardından bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemlerini yordayan değişkenlere ilişkin Hiyerarşik Çoklu Regresyon ve Hiyerarşik Lojistik Regresyon Analizleri yürütülmüştür. Regresyon analizi için gerekli ön koşul sınamaları gerçekleştirilmiştir.

Birinci çalışma kapsamında son olarak aracılık analizlerine yer verilmiştir. Bilimsel çalışmalarda bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin nasıl bir bağlantı mekanizması ile gerçekleştiği (aracılık-mediation) veya bu ilişkinin hangi durumlarda meydana geldiği (düzenleyicilik-moderation) ilgi odağı olmaktadır (Hayes, 2018). Son yıllarda aracılık veya dolaylı etki analizlerinde aşağıdaki adımlar önerilmektedir (Gürbüz, 2021: 64):

1. X'in Y üzerindeki etkisi sınanır ancak anlamlı olmaması, aracılık etkisinin olmadığı anlamına gelmez.

2. X'in M üzerindeki etkisi sınanır ancak anlamlı olmaması, aracılık etkisinin olmadığı anlamına gelmez.

3. M'nin Y üzerindeki etkisi sınanır ancak anlamlı olmaması, aracılık etkisinin olmadığı anlamına gelmez.

4. *X'in M aracılığıyla Y değişkeni üzerindeki dolaylı etkisi, Sobel testinden daha geçerli olan bootstrap tekniği ile test edilmelidir. Aracılık veya dolaylı etki için dolaylı etkiye ait bootstrap testi sonuçlarının anlamlı olması (%95 güven aralıklarının sıfır değerini içermemesi) gerekir.*

Hayes'e (2018) göre değişkenler arasındaki toplam etki, doğrudan ve dolaylı etkilerin tamamını ifade ettiği için toplam etki anlamlı olmasa da dolaylı etkiler anlamlı olabilmektedir. Aracılık analizi, 5.000 bootstrap yöntemi ile ve %95 güven aralığında gerçekleştirilmiştir. %95 güven aralığında sıfırın yer almaması aracılık etkilerinin anlamlı olduğunu göstermektedir. Bootstrap tekniğinde, orijinal veri setindeki gözlemler yinelenerek farklı bir gözlem seti oluşturulmakta ve istatistiki hesaplamalar bu yeni veri setleri ile yapılmaktadır (Efron, 1987'den akt. Gürbüz ve Bayık, 2018: 42). Bu doğrultuda aracılık analizleri için PROCESS v4.2 uygulaması (Hayes, 2018) kullanılmıştır. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri ile bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemi arasındaki ilişkide annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin aracı rolü Paralel Çoklu Aracı Değişken Analizi ile test edilmiştir. Yine annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri ile bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemi arasındaki ilişkide annelerin sağ ve sol beyin yarım küresi baskınlığının düzenleyici rolü Basit Düzenleyici Değişken Analizi ile test edilmiştir.

İkinci çalışmaya katılan annelerin toplam sayısı 26'dır. Araştırmadaki katılımcı sayısı 30'dan düşük olduğunda parametrik olmayan istatistiksel yöntemler kullanılmaktadır (Karasar, 2014). Bu nedenle ikinci çalışmadan elde edilen veriler analiz edilirken, deney ve kontrol gruplarının ölçümlerini karşılaştırmak için Mann Whitney U testi, tek bir grubunun farklı ölçümlerini karşılaştırmak için Wilcoxon işaretli sıralar testi, değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı ve Spearman sıra farkları korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki istatistiksel farklılık için bağımsız örnekleme de ki-kare analizi ve bağımlı örnekleme de McNemar testi yapılmıştır.

Veri analizinde SPSS paket programı (versiyon 25) ve bu programa eklentili PROCESS v4.2 uygulaması (Hayes, 2018) kullanılmış olup istatistiksel anlamlılık için .05 düzeyi dikkate alınmıştır. Fisher'in Z Testi <https://www.psychometrica.de/correlation.html#independent> web sitesinde uygulanmıştır. Yapılan analizlere ilişkin sonuçlar, bulgular kısmında detaylı olarak ele alınmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümünde, travmatik doğumun anneler ve bebekler üzerindeki etkilerinin, annelere uygulanan EMDR grup terapisinin etkililiğinin incelenmesine yönelik olarak elde edilen nicel bulgulara yer verilmiştir. Bu bağlamda öncelikle travmatik doğumun anneler üzerindeki etkilerine, ardından travmatik doğumun bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri üzerindeki etkilerine, daha sonra aracılık analizlerine ve son olarak EMDR Grup Terapisi'nin (GTEP) etkililiğine ilişkin bulgular sunulmuştur. Araştırma hipotezleri doğrultusunda yapılan istatistiksel analizlerin öncesinde, verilerin analize uygunluğuna ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Veri Toplama Araçlarına İlişkin Güvenirlik Analizi ve Normallik Varsayımlarının Test Edilmesi

Araştırmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve ölçekleri eksiksiz dolduran 407 katılımcının verilerine normallik testi uygulanmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan ölçme araçlarından elde edilen ölçümlerin dağılımını incelemek amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Ayrıca ölçek ve alt faktörlerinden elde edilen ölçümlerin güvenilirliğine kanıt sağlamak amacıyla Cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır. Ölçme araçları ve alt boyutlarına ilişkin çarpıklık ve basıklık ile güvenilirlik değerleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Ölçme Araçları ve Alt Boyutlarına İlişkin Çarpıklık ve Basıklık ile Cronbach α Güvenirlik Değerleri

Ölçme araçları ve alt faktörler	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach α
Doğumu yeniden yaşamak (DYY)	0.61	-0.63	.853
Kaçınma (K)	0.77	-0.75	.862
Negatif bilişler (NB)	0.37	-0.68	.834
Aşırı uyarılma (AU)	0.19	-0.90	.869
City Doğum Travması Ölçeği (CityDTÖ)	0.46	-0.57	.940
toplam puan			
Beck Anksiyete Envanteri (BAE)	0.96	0.17	.944
Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği (KPSÖ)	0.29	0.15	.841
Sağ üst beyin baskınlığı (SAÜBB)	-0.79	1.51	.547
Sağ alt beyin baskınlığı (SAABB)	-1.27	2.60	.704
Sol alt beyin baskınlığı (SOABB)	-0.76	0.91	.698
Sol üst beyin baskınlığı (SOÜBB)	-0.63	0.93	.625
Sağ beyin baskınlığı (SABB)	-1.29	2.20	.775
Sol beyin baskınlığı (SOBB)	-0.90	1.43	.806
Beyin Baskınlık Aracı toplam puan (BBA)	-0.23	0.76	.876
İnek sütü alerjisi (İSA)	-0.19	-0.86	.901
İmmatür sindirim sistemi (İSS)	0.08	-0.65	.599
İmmatür merkezi sindirim sistemi (İMSS)	-0.27	0.00	.377
Zor bebek (ZB)	-0.19	-0.38	.650
Ebeveyn bebek etkileşimi (EBE)	-0.36	-0.56	.520
İnfant Kolik Ölçeği toplam puan (İKÖ)	-0.38	-0.13	.725

Tablo 4.1 incelendiğinde, City Doğum Travması Ölçeği ve alt boyutları, Beck Anksiyete Envanteri, Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği, İnfant Kolik Ölçeği ve Beyin Baskınlık Aracı'nın toplam puanlarından elde edilen ölçümlere ait güvenilirlik değerlerinin .70 ve üstü olduğu görülmektedir. Güvenirlik değerinin .70 ve üstü olmasının iyi güvenilirliğe işaret ettiği (Salvucci ve ark., 1997) ve .60 ile .70 arasının ise kabul edilebilir olduğu (Griethuijsen ve ark., 2014) belirtildiğinden ölçme araçlarından elde edilen ölçümlerin iyi uyuma sahip oldukları görülmektedir. Fakat BBA'nın sağ üst beyin alt boyutu ile İKÖ'nün bazı alt boyutlarından elde edilen ölçümlerin .60 ve altında olduğu ve bu ölçümlerin güvenilirliklerinin düşük olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamında kullanılan ölçme araçları ve alt faktörlerine ilişkin verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanmıştır. Dağılımın normal dağılım olabilmesi için çarpıklık ve basıklık değerlerinin hangi aralıkta olması gerektiğine dair literatürde farklı görüşler mevcuttur. Kim'e (2013) göre çarpıklık değeri 2'den az ve basıklık 7'yi geçmiyorsa dağılımın normal olduğu kabul edilir. Mevcut çalışmada normal dağılım varsayımının

karşılanması için çarpıklık ve basıklık değerlerinin -3 +3 arasında yer alması beklenmiştir. Araştırmada kullanılan ölçme araçlarına ilişkin değerler incelendiğinde normal dağılım varsayımının karşılandığı görülmüştür.

4.2. Ana Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

Araştırmanın temel değişkenlerinden olan doğuma bağlı TSSB, kaygı, psikolojik sağlamlık, beyin yarım küresi baskınlığı ve kolik ölçeklerinden alınan puanların ortalama, standart sapma ve en yüksek-düşük değerleri Tablo 4.2'de verilmiştir. Araştırmadaki ana değişkenlerden olan uykuya ilişkin ölçeğin yapısından kaynaklanan nedenlerden dolayı betimleyici istatistik verileri elde edilememiştir. Ayrıca meme reddi değişkeni araştırmada kategorik değişken olarak yer almaktadır.

Tablo 4.2. Ana Değişkenlere Ait Puanların Betimleyici İstatistikleri

Değişkenler	N	Ort.	SS	Min.	Mak.
City Doğum Travması Ölçeği toplam puan (CityDTÖ)	407	22.68	14.20	0	58
Doğumu yeniden yaşamak (DYY)	407	4.86	4.17	0	15
Kaçınma (K)	407	1.83	2.07	0	6
Negatif bilişler (NB)	407	7.85	5.34	0	21
Aşırı uyarılma (AU)	407	8,12	4.97	0	18
Dissosiasyon (D)	407	1.52	1.96	0	6
Beck Anksiyete Envanteri (BAE)	407	15.73	13.43	0	60
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ)	407	17.36	4.72	6	30
Beyin Baskınlık Aracı toplam puan (BBA)	407	85.37	14.01	30	120
Sağ beyin baskınlığı (SABB)	407	43.14	7.20	13	60
Sol beyin baskınlığı (SOBB)	407	42.22	7.96	14	60
İnfant Kolik Ölçeği toplam puan (İKÖ)	407	63.44	12.12	31	102

4.3. Travmatik Doğumun Anneler Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde öncelikle travmatik doğumun anneler üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla çeşitli demografik değişkenlere göre annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t Testi Analizi 'ne ve Tek Yönlü Varyans Analizi'ne (ANOVA) ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Daha sonra değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla kullanılan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analizi ve Spearman Sıra Farkları Korelasyon Analizi sonuçları verilmiştir. Ardından annelerin

doğuma bağlı TSSB (CityDTÖ) düzeylerini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla uygulanan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi sonuçları sunulmuştur. Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi yapılmadan önce gerekli normallik, eş varyanslık ve doğrusallık varsayımlarının karşılanıp karşılanmadığı kontrol edilmiş ve tüm değişkenlerin varsayımları karşıladığı belirlenmiştir.

4.3.1. Doğuma Bağlı TSSB'nin Sosyo-Demografik Faktörlerle İlişkileri

Bu bölümde annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla, annelerin yaşı, eğitim düzeyi, doğumun toplam süresi, doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği ve ciddi şekilde yaralanabileceği inancı (doğum travması), doğum şekli, doğum sırası (ilk çocuk/ikinci ve üzeri çocuk), psikolojik destek alıp almama durumu, tıbbi hastalıklarının olup olmaması, bebeklerinin doğumda solunum problemi yaşaması, bebeklerinin prematüre doğması, bebeklerinin doğumunda komplikasyon/sağlık problemi yaşanması ve bebeklerinin doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalması durumlarına göre CityDTÖ toplam puanlarının farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Bu doğrultuda Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Bağımsız Örneklem t Testi Analizi yapılmış ve bulgular aşağıda sunulmuştur (Tablo 4.3-Tablo 4.15).

Tablo 4.3. Yaş Gruplarına Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Bulguları

Değişkenler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
CityDTÖ Toplam Puan	Gruplar Arası	724.293	2	362.146	1.80	.166
	Gruplar İçi	81186.184	404	200.956		
	Toplam	81910.477	406			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Annelerin doğuma bağlı TSSB puanlarının yaş gruplarına (Grup 1: 18-27 yaş; Grup 2: 28-37 yaş ve Grup 3: 38-47 yaş) göre farklılıklarını belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonuçlarına göre katılımcıların CityDTÖ puanlarının yaşa göre anlamlı olarak farklılaşmadığı tespit edilmiştir [$F(2, 404) = 1.80$ $p > .05$] (Tablo 4.3). Buna göre annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin yaş gruplarında benzer olduğu görülmüştür (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Eğitim Düzeylerine Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Bulguları

Değişkenler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
CityDTÖ Toplam Puan	Gruplar Arası	2657.346	4	664.337	3.37	.010*
	Gruplar İçi	79253.131	402	197.147		
	Toplam	81910.477	406			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Annelerin doğuma bağlı TSSB puanlarının eğitim düzeylerine (Grup 1: İlkokul, Grup 2: Ortaokul, Grup 3: Lise, Grup 4: Üniversite ve Grup 5: Lisansüstü) göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonuçlarına göre katılımcıların CityDTÖ puanlarının eğitim düzeyine göre anlamlı olarak farklılaştığı tespit edilmiştir [F (4,402) =3.37 $p < .05$] (Tablo 4.4). Eğitim düzeylerine göre CityDTÖ toplam puanları arasındaki farkın hangi grupları arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Tukey Testi sonucuna göre lise mezunu anneler (\bar{X} =29.30, SS=13.80) ile üniversite mezunu (\bar{X} =21.91, SS=14.15) ve lisansüstü mezunu anneler (\bar{X} =20.78, SS=13.69) arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle lise mezunu annelerin CityDTÖ toplam puanlarının üniversite ve lisansüstü mezunu annelerin puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Lise mezunu anneler ile ilkökul ve ortaokul mezunu anneler arasında CityDTÖ toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Doğumun Toplam Süresine Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Bulguları

Değişkenler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
CityDTÖ Toplam Puan	Gruplar Arası	3008.555	8	376.069	1.95	.046*
	Gruplar İçi	71810.597	373	192.522		
	Toplam	74819.152	381			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Annelerin doğuma bağlı TSSB puanlarının doğumun toplam süresine (Grup 1: 0-30 dk., Grup 2: 31-60 dk., Grup 3: 2 saat, Grup 4: 3 saat, Grup 5: 4 saat, Grup 6: 5 saat, Grup 7: 6 saat, Grup 8: 7 saat ve üstü) göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek

amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonuçlarına göre katılımcıların CityDTÖ puanlarının doğumun toplam süresine göre anlamlı olarak farklılaştığı tespit edilmiştir [F (8,373) = 1.95, p<.05] (Tablo 4.5). Doğumun toplam süresine göre CityDTÖ toplam puanları arasındaki farkın hangi grupları arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Tukey Testi sonucuna göre doğumu 0-30 dakika arasında süren anneler (\bar{X} =18.72, SS=12.80) ile doğumu 7 saat ve üzerinde süren anneler (\bar{X} =25.62, SS=12.92) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle katılımcılar arasında doğumu en uzun süren annelerin CityDTÖ toplam puanlarının, doğumu en kısa süren annelerin puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.5).

Bundan sonraki bölümde annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileriyle ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t Testi analizlerine yer verilmiştir. Öncelikle annelerin doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği ve ciddi şekilde yaralanabileceği inancına göre Bağımsız Örneklem t Testi analizi uygulanmış, buna göre doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği, ciddi şekilde yaralanabileceği inancına sahip olan ve olmayan annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığı incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 4.6 ve Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.6. Doğumda Kendisinin ya da Bebeğinin Ciddi Şekilde Yaralanacağını Düşünüp Düşünmeme Durumuna Göre CityDTÖ, BAE ve KPSÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları

Değişken	Ciddi şekilde yaralanma ihtimali	N	Ort.	ss	sd	t	p
CityDTÖ toplam puan	Düşündüm	140	29.80	14.28	405	-7.85	.000**
	Düşünmedim	267	18.94	12.67			
BAE toplam puan	Düşündüm	140	21.10	14.42	405	-6.09	.000**
	Düşünmedim	267	12.92	11.99			
KPSÖ toplam puan	Düşündüm	140	16.54	4.88	405	2.54	.011*
	Düşünmedim	267	17.79	4.58			

*p<.05; **p<.01

Tablo 4.7. Doğumda Kendisinin ya da Bebeğinin Ölebileceğini Düşünüp Düşünmeme Durumuna Göre CityDTÖ, BAE ve KPSÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları

Değişken	Ölme ihtimali	N	Ort.	ss	sd	t	p
CityDTÖ toplam puan	Düşündüm	206	28.69	14.24	405	-9.57	.000**
	Düşünmedim	201	16.51	11.22			
BAE toplam puan	Düşündüm	206	20.71	14.27	405	-8.15	.000**
	Düşünmedim	201	10.63	10.29			
KPSÖ toplam puan	Düşündüm	206	16.44	4.88	405	4.02	.000**
	Düşünmedim	201	18.29	4.36			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.6 ve Tablo 4.7'deki bulgular incelendiğinde, doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği ve ciddi şekilde yaralanabileceği inancına sahip olan annelerin, bu inançlara sahip olmayan annelere göre doğuma bağlı TSSB belirtilerini daha fazla gösterdikleri belirlenmiştir. Bağımsız Örneklem t Testi sonucuna göre CityDTÖ toplam puanları doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ciddi şekilde yaralanabileceği inancına sahip olan ($\bar{X}=29.80$, $SS=14.28$) ve bu inanca sahip olmayan ($\bar{X}=18.94$, $SS=12.67$) anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [t (405) = -7.85; $p < .01$]. Aynı şekilde doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği inancına sahip olan ($\bar{X}=28.69$, $SS=14.24$) ve bu inanca sahip olmayan ($\bar{X}=16.51$, $SS=11.22$) annelerin CityDTÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [t (405) = -9.57; $p < .01$]. Buna göre doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği inancına sahip olan annelerin TSSB düzeyi, bu inanca sahip olmayan annelerin TSSB düzeyinden daha yüksektir.

Kaygı düzeylerinin karşılaştırıldığı analiz sonucuna göre, doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği ve ciddi şekilde yaralanabileceği inancına sahip olan annelerin, bu inançlara sahip olmayan annelere göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bağımsız Örneklem t Testi sonucuna göre BAE toplam puanları doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ciddi şekilde yaralanabileceği inancına sahip olan ($\bar{X}=21.10$, $SS=14.42$) ve bu inanca sahip olmayan ($\bar{X}=12.92$, $SS=11.99$) anneler arasında anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [t (405) = -6.09; $p < .01$]. Aynı şekilde doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği inancına sahip olan ($\bar{X}=20.71$, $SS=14.27$) ve bu inanca sahip olmayan ($\bar{X}=10.63$, $SS=10.29$) annelerin BAE puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [t (405) = -8.15;

$p<.01$]. Buna göre doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği inancına sahip olan annelerin kaygı düzeyi, bu inanca sahip olmayan annelerin kaygı düzeyinden daha yüksektir.

Son olarak psikolojik sağlamlık düzeylerine göre yapılan karşılaştırmalar sonucunda, doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği ve ciddi şekilde yaralanabileceği inancına sahip olan annelerin, bu inançlara sahip olmayan annelere göre psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bağımsız Örneklem t Testi sonucuna göre KPSÖ toplam puanları doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ciddi şekilde yaralanabileceği inancına sahip olan ($\bar{X}=16.54$, $SS=4.88$) ve bu inanca sahip olmayan ($\bar{X}=17.79$, $SS=4.58$) anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [$t(405) = 2.54$; $p<.05$]. Benzer şekilde doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği inancına sahip olan ($\bar{X}=16.44$, $SS=4.88$) ve bu inanca sahip olmayan ($\bar{X}=18.29$, $SS=4.36$) annelerin KPSÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [$t(405) = 4.02$; $p<.01$]. Buna göre doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği inancına sahip olan annelerin psikolojik sağlamlık düzeyi, bu inanca sahip olmayan annelerin psikolojik sağlamlık düzeyinden daha düşüktür.

Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileriyle ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir diğer analiz, annelerin doğum şekline göre Bağımsız Örneklem t Testi analizidir. Buna göre sezaryen ve vajinal doğum yöntemi ile doğum yapmış annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığı incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Doğum Şekline Göre CityDTÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları

Değişken	Doğum Şekli	N	Ort.	ss	sd	t	p
CityDTÖ toplam puan	Sezaryen doğum	251	23.87	14.45	405	2.15	.032*
	Vajinal doğum	156	20.86	13.61			

* $p<.05$; ** $p<.01$

Tablo 4.8'deki bulgular incelendiğinde, sezaryen doğum yapan annelerin, vajinal doğum yapan annelere göre doğuma bağlı TSSB belirtilerini daha fazla gösterdikleri belirlenmiştir. Bağımsız Örneklem t Testi sonucuna göre CityDTÖ toplam puanları bebeklerini sezaryen doğumla ($\bar{X}=23.87$, $SS=14.45$) ve vajinal doğumla ($\bar{X}=20.86$, $SS=13.61$) dünyaya getiren anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [$t(405)=2.15$; $p<.05$].

Ayrıca annelerin psikolojik destek alıp almama durumu, tıbbi hastalıklarının olup olmaması, bebeklerinin doğumda solunum problemi yaşaması, bebeklerinin prematüre doğması, bebeklerinin doğumunda komplikasyon/sağlık problemi yaşanması ve bebeklerinin doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalması durumlarına göre doğuma bağlı TSSB düzeylerinin anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız Örneklem t Testi analizi ile incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 4.9-Tablo 4.15'te sunulmuştur.

Tablo 4.9. Annelerin Psikolojik Destek Alıp Almama Durumuna Göre CityDTÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları

Değişken	Psikolojik Destek	N	Ort.	ss	sd	t	p
CityDTÖ toplam puan	Evet	47	27.85	13.93	405	-2.67	.008**
	Hayır	360	22.00	14.11			

* $p<.05$; ** $p<.01$

Tablo 4.9'daki bulgular incelendiğinde, psikolojik destek alan annelerin, psikolojik destek almayan annelere göre doğuma bağlı TSSB belirtilerini daha fazla gösterdikleri belirlenmiştir. Bağımsız Örneklem t Testi sonucuna göre CityDTÖ toplam puanları psikolojik destek alan ($\bar{X}=27.85$, $SS=13.93$) ve psikolojik destek almayan ($\bar{X}=22.00$, $SS=14.11$) anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [$t(405)=-2.67$; $p<.01$].

Tablo 4.10. Annelerin Tıbbi Hastalıklarının Olup Olmaması Durumuna Göre CityDTÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları

Değişken	Tıbbi Hastalık	N	Ort.	ss	sd	t	p
CityDTÖ toplam puan	Evet	82	26.42	16.12	405	-2.69	.007**
	Hayır	325	21.73	13.53			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.10'daki bulgular incelendiğinde, tıbbi hastalığı olan annelerin, tıbbi hastalığı olmayan annelere göre doğuma bağlı TSSB belirtilerini daha fazla gösterdikleri belirlenmiştir. Bağımsız Örneklem t Testi sonucuna göre CityDTÖ toplam puanları tıbbi hastalığı olan ($\bar{X}=26.42$, $SS=16.12$) ve olmayan ($\bar{X}=21.73$, $SS=13.53$) anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [$t(405) = -2.69$; $p < .01$].

Tablo 4.11. Bebeklerin Doğumda Solunum Problemi Yaşayıp Yaşamama Durumuna Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları

Değişken	Bebğin Doğumda Solunum Problemi Yaşamaması	N	Ort.	ss	sd	t	p
CityDTÖ toplam puan	Evet	78	25.71	12.73	405	-2.10	.036*
	Hayır	329	21.96	14.45			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.11'deki bulgular incelendiğinde, bebekleri doğumda solunum/oksijen problemi yaşayan annelerin, bebekleri bu problemi yaşamayan annelere göre doğuma bağlı TSSB belirtilerini daha fazla gösterdikleri belirlenmiştir. Bağımsız Örneklem t Testi sonucuna göre CityDTÖ toplam puanları bebekleri doğumda solunum/oksijen problemi yaşayan ($\bar{X}=25.71$, $SS=12.73$) ve bebekleri bu problemi yaşamayan ($\bar{X}=21.96$, $SS=14.45$) anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [$t(405) = -2.10$; $p < .05$].

Tablo 4.12. Bebeklerin Prematüre Doğup Doğmaması Durumuna Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları

Değişken	Bebeğin Prematüre Doğması	N	Ort.	ss	sd	t	p
CityDTÖ toplam puan	Evet	36	26.69	11.97	405	-1.78	.076
	Hayır	371	22.29	14.35			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.12'deki bulgular incelendiğinde, bebekleri prematüre doğan anneler ile bebekleri zamanında doğan annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür [$t(405) = -1.78$; $p > .05$]. Buna göre bebekleri prematüre doğan ($\bar{X} = 26.69$, $SS = 11.97$) ve bebekleri zamanında doğan ($\bar{X} = 22.29$, $SS = 14.35$) anneler benzer düzeyde doğuma bağlı TSSB belirtileri göstermektedir.

Tablo 4.13. Bebeklerin Doğumdan Sonra Kuvözde/Yoğun Bakımda Kalıp Kalmaması Durumuna Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları

Değişken	Bebeğin Doğumdan Sonra Kuvözde/Yoğun Bakımda Kalması	N	Ort.	ss	sd	t	p
CityDTÖ toplam puan	Evet	91	24.69	13.85	405	-1.53	.125
	Hayır	316	22.10	14.27			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.13'deki bulgular incelendiğinde, bebekleri doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalan anneler ile bebekleri bu durumu yaşamayan annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür [$t(405) = -1.53$; $p > .05$]. Buna göre bebekleri doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalan ($\bar{X} = 24.69$, $SS = 13.85$) ve bebekleri bu durumu yaşamayan ($\bar{X} = 22.10$, $SS = 14.27$) anneler benzer düzeyde doğuma bağlı TSSB belirtileri göstermektedir.

Tablo 4.14. Bebeklerin Doğumda Komplikasyon/Sağlık Sorunu/Tıbbi Müdahale Yaşayıp Yaşamama Durumuna Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları

Değişken	Bebeğin Doğumda Komplikasyon/Sağlık Sorunu/Tıbbi Müdahale Yaşamaması	N	Ort.	ss	sd	t	p
CityDTÖ	Evet	76	28.38	13.47			
toplam puan	Hayır	331	21.37	14.06	405	-3.94	.000**

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.14'deki bulgular incelendiğinde, bebekleri doğumda komplikasyon/sağlık sorunu/tıbbi müdahale yaşayan annelerin, bebekleri doğumda bu problemleri yaşamayan annelere göre doğuma bağlı TSSB belirtilerini daha fazla gösterdikleri belirlenmiştir. Bağımsız Örneklem t Testi sonucuna göre CityDTÖ toplam puanları bebekleri doğumda komplikasyon/tıbbi müdahale yaşayan ($\bar{X}=28.38$, $SS=13.17$) ve bebekleri bu problemi yaşamayan ($\bar{X}=21.37$, $SS=14.06$) anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [$t(405) = -3.94$; $p < .01$].

Tablo 4.15. Annelerin Bebeklerinin Doğum Sırasına Göre CityDTÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları

Değişken	Bebeğin Doğum Sırası	N	Ort.	ss	sd	t	p
CityDTÖ	Birinci çocuk	232	23.14	13.99			
toplam puan	İkinci ve üzeri çocuk	175	22.06	14.49	405	.75	.451

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.15'deki bulgular incelendiğinde, bebekleri ilk çocuğu olan ve ilk kez doğum yapan anneler ile bebekleri ikinci ve üzeri çocuğu olan, daha önce doğum yapmış annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür [$t(405) = .75$; $p > .05$]. Buna göre, ilk çocuğunu doğuran ($\bar{X}=23.14$, $SS=13.99$) ve daha önce doğum yapmış ($\bar{X}=22.06$, $SS=14.49$) anneler benzer düzeyde doğuma bağlı TSSB belirtileri göstermektedir.

4.3.2. Doğuma Bağlı TSSB ile İlişkili Faktörlere Yönelik Korelasyon Analizlerine İlişkin Bulgular

Çalışmada değişkenler arasındaki korelasyonları belirlemek için Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi ile Spearman sıra farkları korelasyon analizi uygulanmıştır. Pearson korelasyon katsayısı, iki değişkenin de sürekli olmasını ve değişkenlerin normal dağılım göstermesini gerektirdiğinden, bu varsayımları karşılayan TSSB, kaygı, psikolojik sağlamlık ve beyin yarım küresi baskınlığı değişkenleri arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ile belirlenmiştir. Değişkenler kategorik olduğunda ve normal dağılım göstermediğinde Spearman Brown Sıra Farkları korelasyon katsayısı kullanıldığından, demografik değişkenler ile TSSB arasındaki ilişkiler Spearman Brown Sıra Farkları korelasyon katsayısı hesaplanarak incelenmiştir. Yapılan korelasyon analizlerine ilişkin bulgular Tablo 4.16 ve Tablo 4.17’de sunulmuştur.

Tablo 4.16. Annelerin TSSB Belirtileri ile Kaygı, Psikolojik Sağlamlık ve Beyin Yarım Küresi Baskınlığı Arasındaki İlişkiye Yönelik Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi Bulguları

Değişkenler	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. CityDTÖ toplam puan	--									
2. Doğumu yeniden yaşamak	.819**	--								
3. Kaçınma	.778**	.787**	--							
4. Negatif Bilişler	.935**	.653**	.667**	--						
5. Aşırı Uyarılma	.839**	.469**	.426**	.768**	--					
6. Dissosiyatif belirtiler	.701**	.475**	.432**	.679**	.694**	--				
7. Kaygı (BAE)	.729**	.518**	.446**	.694**	.716**	.680**	--			
8. Psikolojik sağlamlık (KPSÖ)	-.467**	-.305**	-.334**	-.446**	-.460**	-.395**	-.439**	--		
9. Sağ beyin baskınlığı toplam puan	-.031	-.014	-.037	-.073	.017	-.029	-.014	.110*	--	
10. Sol beyin baskınlığı toplam puan	-.041	-.039	-.064	-.064	.011	-.058	.015	.068	.708**	--
Toplam	407	407	407	407	407	407	407	407	407	407

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.16’da görüldüğü üzere regresyon analizinde kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre CityDTÖ toplam puanı ile alt boyutlar olan doğumu yeniden yaşamak ($r(407)=.82$, $p < .01$), kaçınma ($r(407)=.78$, $p < .01$), negatif bilişler ve duygudurum ($r(407)=.93$, $p < .01$), aşırı uyarılma ($r(407)=.84$, $p < .01$) ve dissosiyatif belirtiler

($r(407)=.70$, $p<.01$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde ilişkilidir. Aynı şekilde annelerin kaygı düzeylerinin ($r(407) =.73$, $p<.01$) TSSB belirtileri ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde, yüksek düzeyde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Psikolojik sağlamlık düzeyinin ($r(407) =-.47$, $p<.01$) ise TSSB belirtileri ile negatif yönde ve orta büyüklükte anlamlı ilişkilere sahip olduğu görülmektedir. TSSB belirtileri ile sağ beyin baskınlığı ($r(407) =-.03$, $p>.05$) ve sol beyin baskınlığı ($r(407) =-.04$, $p>.05$) toplam puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler görülmemiştir. Analiz sonuçlarına göre annelerin kaygı ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasında negatif yönde orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r(407) =-.44$, $p<.01$). Sağ beyin baskınlığı toplam puanı yalnızca psikolojik sağlamlık düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde ilişki göstermiştir ($r(407) =.11$, $p<.05$).

Annelerin TSSB belirtileri ile kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri, sağ ve sol beyin baskınlığı toplam puanları arasındaki ilişki incelendikten sonra, doğuma bağlı TSSB belirtileri ile demografik değişkenler arasındaki ilişki incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4.17. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Spearman Sıra Farkları Korelasyon Analizi Bulguları

Değişkenler	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. CityDTÖ toplam puan	--											
2. Yaş	-.036	--										
3. Eğitim düzeyi	-.153**	.089	--									
4. Psikolojik destek alıp almama durumu	.133**	.042	.068	--								
5. Tıbbi hastalık	.112*	.035	-.076	.010	--							
6. Doğum sırası	-.048	.429**	-.143**	.016	-.020	--						
7. Doğum şekli	-.104*	-.021	-.114*	-.079	-.043	.148**	--					
8. Doğumun toplam süresi	.177**	-.067	-.105*	.075	.090	-.068	.489**	--				
9. Bebeğin doğumda solunum sıkıntısı	.122*	-.035	-.124*	-.039	-.058	.030	-.063	.006	--			
10. Prematüre doğum	.108*	.102*	.016	-.004	.081	-.009	-.157**	-.035	.200**	--		
11. Bebeğin doğumdan sonra kuvöz/yoğun bakıma alınması	.084	-.015	-.093	-.028	-.005	-.021	-.083	.003	.578**	.290**	--	
12. Bebeğin doğumda komplikasyon yaşamaması	.203**	-.041	-.051	-.015	.152**	-.035	-.054	.056	.504**	.184**	.454**	--
Toplam	407	407	407	407	407	407	407	382	407	407	407	407

* $p < .05$; ** $p < .01$

Not: Tüm kategorik değişkenler var (1)-yok (0) şeklinde kodlanmış olup referans kategorisi "0" olarak belirlenmiştir. Doğum şekli değişkeninde sezaryen doğum=0, vajinal doğum=1 şeklinde kodlanmıştır. Yaş değişkeninde 18-27 yaş=1, 28-37 yaş=2, 38-47 yaş=3 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer 38-47 yaş grubuna aittir. Eğitim düzeyi değişkeninde ilkokul=1, ortaokul=2, lise=3, üniversite=4, lisansüstü=5 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer lisansüstü grubuna aittir. Doğumun toplam süresi değişkeninde 0-30 dk.=1, 31-60 dk.=2, 2 saat=3, 3 saat=4, 4 saat=5, 5 saat=6, 6 saat=7, 7 saat ve üstü=8 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer 7 saat ve üzerine aittir.

Tablo 4.17 incelendiğinde, CityDTÖ toplam puanının, annelerin eğitim düzeyi ($r(407) = -.15, p < .01$) ve doğum şekli ($r(407) = -.10, p < .05$) ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Buna göre annelerin eğitim düzeyi arttıkça ve doğum şekli sezaryenden normale doğru değişim gösterdikçe doğuma bağlı TSSB düzeyi azalmaktadır. Yine CityDTÖ toplam puanının psikolojik destek alma ($r(407) = .13, p < .01$), tıbbi hastalığa sahip olma ($r(407) = .11, p < .05$), doğumun toplam süresi ($r(407) = .18, p < .01$), bebeğin doğumda solunum/oksijen problemi yaşamaması ($r(407) = .12, p < .05$), bebeğin prematüre doğması ($r(407) = .11, p < .05$) ve bebeğin doğumda komplikasyon/tıbbi müdahale yaşanması ($r(407) = .20, p < .01$) durumları ile

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Buna göre annelerin psikolojik destek alma, tıbbi hastalığa sahip olma, bebeğin doğumda solunum/oksijen problemi yaşaması, bebeğin prematüre doğması ve bebeğin doğumda komplikasyon/tıbbi müdahale yaşaması durumları ortaya çıktıkça annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri artmaktadır. Yine doğumun toplam süresi arttıkça annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir.

4.3.3. Doğuma Bağlı TSSB Belirtilerini Yordayan Değişkenlere Yönelik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Bu bölümde annelerin yaşı, eğitim düzeyi, psikolojik destek alıp almaması, tıbbi hastalığı, sağ ve sol beyin yarım küresi baskınlığı, doğum şekli (sezaryen/vajinal), doğumunun toplam süresi, bebeklerinin doğumda solunum/oksijen problemi yaşaması, bebeklerinin doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalması, bebeklerinin doğumda komplikasyona/tıbbi müdahaleye maruz kalması, bebeklerinin prematüre doğması, bebeklerinin doğum sırası, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin doğuma bağlı TSSB belirtileri üzerindeki yordayıcı etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla yordanan değişkenin normal dağılıp dağılmadığını tespit etmek için Basıklık (Kurtosis) ve Çarpıklık (Skewness) değerleri belirlenmiş ve değerler beklenen sınırlarda olduğundan verilerin normal dağıldığı kabul edilmiştir (Tablo 4.1). Regresyon analizine geçmeden önce incelenen doğrusallık ilişki analizine göre ise tüm yordayıcıların (sürekli değişkenler) yordanan değişken olan CityDTÖ toplam puanları ile doğrusal ilişki gösterdikleri tespit edilmiştir. Yine hiçbir yordayıcı arasında çoklu doğrusal ilişki olmadığı da gözlemlenmiştir (Kaygı için Tolerance=.711, VIF=1,406; psikolojik sağlamlık için Tolerance=.711, VIF=1,350; sağ beyin yarım küresi baskınlığı için Tolerans=.475, VIF=2,105; sol beyin yarım küresi baskınlığı için Tolerance=.482, VIF=2,075). Tüm bu sonuçlar, ilgili yordayıcılarla regresyon analizi yapılabileceğine dair kanıt oluşturmuştur. Kategorik değişkenler analize dahil edilmeden önce dummy (kukla) değişken haline getirilmiştir. Uygulanan hiyerarşik regresyon analizinde enter metodu kullanılmış olup ilgili sonuçlar Tablo 4.18’de sunulmuştur.

Tablo 4.18. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtilerini Yordayan Değişkenlere İlişkin Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Bulguları

Bağımsız Değişkenler	B	S.E.	Beta	t	p	R ² değişimi	R ²	F	F değişimi
Yaş	-2.14	1.84	-.06	-1.16	.244				
Eğitim düzeyi	-2.38	8.64	-.02	-.27	.783				
Psikolojik destek alıp almama	4.94	2.32	.10	2.12	.034*	.066	.066	2.622**	2.622**
1 Tıbbi hastalık	3.63	1.80	.10	2.01	.045*				
Sağ beyin yarım küresi toplam puan	-.05	.13	-.03	-.42	.670				
Sol beyin yarım küresi toplam puan	.08	.12	.04	.67	.498				
Yaş	-1.51	1.91	-.04	-.79	.429				
Eğitim düzeyi	-.11	8.68	-.00	-.01	.890				
Psikolojik destek alıp almama	4.19	2.39	.09	1.75	.080				
Tıbbi hastalık	1.67	1.87	.04	.89	.372				
Sağ beyin yarım küresi toplam puan	.00	.13	.00	.03	.970				
2 Sol beyin yarım küresi toplam puan	.02	.12	.01	.17	.865	.087	.153	2.279**	2.016**
Doğum şekli	-5.63	1.78	-.19	-3.14	.002**				
Doğum toplam süresi	8.78	2.35	.23	3.73	.000**				
Solunum problemi	-.69	2.38	-.01	-.29	.772				
Kuvözde kalma	-1.44	2.20	-.04	-.65	.514				
Komplikasyon	5.66	2.20	.15	2.57	.010*				
Prematüre	2.11	2.72	.04	.77	.437				
Doğum sırası	-5.72	5.55	-.05	-1.02	.304				
Yaş	4.85	2.32	.08	2.08	.038*				
Eğitim düzeyi	-3.50	5.88	-.03	-.59	.551				
Psikolojik destek alıp almama	-.62	1.62	-.01	-.38	.703				
Tıbbi hastalık	-1.13	1.27	-.03	-.89	.372				
Sağ beyin yarım küresi toplam puan	.16	.09	.08	1.73	.083				
Sol beyin yarım küresi toplam puan	-.13	.08	-.07	-1.52	.129				
Doğum şekli	-2.10	1.22	-.07	-1.72	.086				
Doğum toplam süresi	4.76	1.59	.12	2.98	.003**				
3 Solunum problemi	1.46	1.61	.04	.90	.365	.465	.618	18.937**	213.703**
Kuvözde kalma	-.94	1.48	-.02	-.63	.524				
Komplikasyon	3.93	1.49	.11	2.64	.009**				
Prematüre	.27	1.83	.00	.14	.882				
Doğum sırası	-7.51	3.74	-.07	-2.00	.046*				
Psikolojik sağlamlık düzeyi	-.58	.11	-.19	-5.07	.000**				
Kaygı düzeyi	.67	.04	.63	16.26	.000**				

* $p < .05$; ** $p < .01$

Not: Tüm kategorik değişkenler var (1)-yok (0) şeklinde kodlanmış olup referans kategorisi "0" olarak belirlenmiştir. Doğum şekli değişkeninde sezaryen doğum=0, vajinal doğum=1 şeklinde kodlanmıştır. Yaş değişkeninde 18-27 yaş=1, 28-37 yaş=2, 38-47 yaş=3 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer 38-47 yaş grubuna aittir. Eğitim düzeyi değişkeninde ilkokul=1, ortaokul=2, lise=3, üniversite=4, lisansüstü=5 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer lisansüstü grubuna aittir. Doğumun toplam

süresi değişkeninde 0-30 dk.=1, 31-60 dk.=2, 2 saat=3, 3 saat=4, 4 saat=5, 5 saat=6, 6 saat=7, 7 saat ve üstü=8 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer 7 saat ve üzerine aittir.

Tablo 4.18'de yer alan bulgular incelendiğinde, oluşturulan ilk modelin anlamlı olup [F değişim (10,37) = 2.62, p<.01] varyansın %7'sini açıkladığı görülmektedir. Birinci basamakta annelere ait psikolojik destek alma ($\beta=4.94$, t (407) =2.12, p<.05) ve tıbbi hastalık ($\beta=3.63$, t (604) =2.01, p<.05) değişkenlerinin TSBB belirtilerini anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir. İkinci basamakta annenin doğum şekli ($\beta=-5.63$, t (407) =-3.14, p<.01), doğumun toplam süresi ($\beta=8.78$, t (407) =3.73, p<.01), bebeğin doğumda komplikasyon/tıbbi müdahaleye maruz kalması ($\beta=5.66$, t (407) =2.57, p<.05) değişkenlerinin TSBB belirtilerini anlamlı olarak yordadığı, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu [F değişim (18,35) =2.01, p<.01] ve varyansın %9'unu açıkladığı görülmektedir. Üçüncü basamakta ise annenin yaşı ($\beta=4.85$, t (407) =2.08, p<.05), doğumun toplam süresi ($\beta=4.76$, t (407) =2.98, p<.01), bebeğin doğumda komplikasyon/tıbbi müdahaleye maruz kalması ($\beta=3.93$, t (407) =2.64, p<.01), doğum sırası (bebeğin kaçınıcı çocuk olduğu) ($\beta=-7.51$, t (407) =-2.00, p<.01), annenin psikolojik sağlamlık ($\beta=-.58$, t (407) =-5.07, p<.01) ve kaygı ($\beta=.67$, t (407) =16.26, p<.01) düzeyinin TSSB belirtilerini anlamlı olarak yordadığı, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu [F değişim (2,35) =213.70, p<.01] ve değişkenlerin açıklanan varyansa %46'lık katkı sağladığı görülmektedir. Son modelde yaş, doğum süresi, komplikasyon ve kaygı düzeyi değişkenlerinin TSSB belirtilerini pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı, doğum sırası ve psikolojik sağlamlık düzeyinin ise negatif yönde anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir. Tablo 4.18'de görüldüğü üzere yaş, eğitim düzeyi, psikolojik destek alma, tıbbi hastalık durumu, sağ ve sol beyin yarım küresi baskınlığı, doğum şekli, doğumun toplam süresi, bebeğin doğumda solunum/oksijen problemi yaşaması, bebeğin doğumdan sonra kuvöz/yoğun bakımda kalması, bebeğin doğumda komplikasyon/tıbbi müdahaleye maruz kalması, bebeğin prematüre doğması, bebeğin doğum sırası, annenin psikolojik sağlamlık ve kaygı düzeyi değişkenlerinin yordayıcı değişken olarak annenin doğuma bağlı TSSB düzeyini yordayıp yordamadığını görmek amacıyla yürütülen Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi sonuçlarına göre tüm değişkenler toplam varyansın yaklaşık %62'sini açıklamaktadır [F değişim (2,35)=213.70, p<.01].

Travmatik doğumun anneler üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik analizler incelendikten sonra, bir sonraki bölümde travmatik doğumun bebekler üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik gerçekleştirilen analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

4.4. Travmatik Doğumun Bebekler Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulgular

Bu başlık altında bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri ile annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri, beyin yarım küresi baskınlıkları ve demografik özellikleri; bebeklerin doğumla ilgili demografik özellikleri arasındaki ilişkilere yönelik gerçekleştirilen analizlere yer verilmiştir. İnfant Kolik Ölçeği (İKÖ) toplam puanını, uyku problemi varlığını ya da yokluğunu ve meme reddi probleminin varlığını ya da yokluğunu yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla uygulanan regresyon analizi sonuçları sunulmuştur. İlk olarak tüm katılımcılar için İKÖ toplam puanını yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi uygulanmıştır. İkinci olarak uyku problemini yordayan değişkenleri incelemek amacıyla Hiyerarşik Lojistik Regresyon Analizi yapılmıştır. Son olarak meme reddi problemini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla Hiyerarşik Lojistik Regresyon Analizi yapılmıştır. Uyku ve meme reddi problemi değişkenleri kategorik değişken olduğundan parametrik olmayan analizler kullanılmıştır.

4.4.1. Bebeklerdeki Kolik Probleminin Sosyo-Demografik Faktörlerle İlişkileri

Bu bölümde bebeklerdeki kolik problemi ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla, annelerin doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği ve ciddi şekilde yaralanabileceği inancına ve doğuma bağlı yüksek TSSB belirtileri gösterip göstermemesine göre İKÖ toplam puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Bu doğrultuda Bağımsız Örneklem t Testi Analizi yapılmış ve bulgular Tablo 4.19, Tablo 4.20 ve Tablo 4.21’de sunulmuştur.

Tablo 4.19. Doğumda Kendisinin ya da Bebeğinin Ciddi Şekilde Yaralanacağını Düşünüp Düşünmeme Durumuna Göre İKÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları

Değişken	Ciddi şekilde yaralanma ihtimali	N	Ort.	ss	sd	t	p
İKÖ toplam puanı	Düşündüm	140	64.87	12.58	405	-1.71	.087
	Düşünmedim	267	62.70	11.83			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.19’deki bulgular incelendiğinde, annelerin doğumda kendisinin ya da bebeğinin ciddi şekilde yaralanabileceğini düşünme ve düşünmeme durumuna göre

bebeklerin kolik probleminin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir [t (405) = -1.71; p > .05]. Buna göre doğumda kendisinin ya da bebeğinin ciddi şekilde yaralanabileceğini düşünen ve düşünmeyen annelerin bebeklerinde benzer düzeylerde kolik problemi görülmektedir.

Tablo 4.20. Doğumda Kendisinin ya da Bebeğinin Ölebileceğini Düşünüp Düşünmeme Durumuna Göre İKÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları

Değişken	Ölme ihtimali	N	Ort.	ss	sd	t	p
İKÖ toplam puan	Düşündüm	206	65.36	12.06	405	-3.27	.001**
	Düşünmedim	201	61.48	11.90			

*p < .05; **p < .01

Tablo 4.20'deki bulgular incelendiğinde, doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği inancına sahip olan annelerin, bu inanca sahip olmayan annelerle kıyaslandığında, bebeklerinde daha yüksek düzeyde kolik problemi görüldüğü belirlenmiştir. Bağımsız Örneklem t Testi sonucuna göre İKÖ toplam puanları doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği inancına sahip olan (\bar{X} =65.36, SS=12.06) ve bu inanca sahip olmayan (\bar{X} =61.48, SS=11.90) anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [t (405) = -3.27; p < .01].

Tablo 4.21. Annelerin Doğuma Bağlı Yüksek TSBB Belirtileri Gösterip Göstermeme Durumuna Göre İKÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin t Testi Analiz Bulguları

Değişken	Doğuma Bağlı Yüksek TSBB	N	Ort.	ss	sd	t	p
İKÖ toplam puan	Evet	72	67.38	13.35	405	-3.06	.002**
	Hayır	335	62.60	11.69			

*p < .05; **p < .01

Tablo 4.21'deki bulgular incelendiğinde, doğuma bağlı yüksek TSBB belirtileri gösteren annelerin, yüksek TSBB belirtileri göstermeyen annelerle kıyaslandığında, bebeklerinde daha fazla kolik problemi görüldüğü tespit edilmiştir. Bağımsız Örneklem t Testi sonucuna göre İKÖ toplam puanları doğuma bağlı yüksek TSBB belirtileri gösteren (\bar{X} =67.38, SS=13.35) ve göstermeyen (\bar{X} =62.60, SS=11.69) anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [t (405) = -3.06; p < .01].

4.4.2. Bebeklerdeki Kolik Problemi ile İlişkili Faktörlere Yönelik Korelasyon Analizlerine İlişkin Bulgular

Çalışmada değişkenler arasındaki korelasyonları belirlemek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ile Spearman Sıra Farkları Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Pearson korelasyon katsayısı, iki değişkenin de sürekli olmasını ve değişkenlerin normal dağılım göstermesini gerektirdiğinden, bu varsayımları karşılayan kolik (İKÖ), TSSB (CityDTÖ), kaygı (BAE), psikolojik sağlamlık (KPSÖ) ve sağ/sol beyin yarım küresi baskınlığı değişkenleri arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ile belirlenmiştir. Değişkenler kategorik olduğunda ve normal dağılım göstermediğinde Spearman korelasyon katsayısı kullanıldığından, demografik değişkenler ile kolik arasındaki ilişkiler Spearman Brown Sıra Farkları korelasyon katsayısı hesaplanarak incelenmiştir. Yapılan korelasyon analizlerine ilişkin bulgular Tablo 4.22 ve Tablo 4.23'te sunulmuştur.

Tablo 4.22. Bebeklerdeki Kolik Problemi ile Annelerin TSSB Belirtileri, Kaygı ve Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri, Beyin Yarım Küresi Toplam Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi Bulguları

Değişkenler	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. İKÖ toplam puan	--										
2. CityDTÖ toplam puan	.243**	--									
3. Doğumu yeniden yaşamak	.164**	.819**	--								
4. Kaçınma	.174**	.778**	.787**	--							
5. Negatif Bilişler	.230**	.935**	.653**	.667**	--						
6. Aşırı Uyarılma	.237**	.839**	.469**	.426**	.768**	--					
7. Dissosiyatif belirtiler	.187**	.701**	.475**	.432**	.679**	.694**	--				
8. Kaygı (BAE)	.269**	.729**	.518**	.446**	.694**	.716**	.680**	--			
9. Psikolojik sağlamlık (KPSÖ)	-.233**	-.467**	-.305**	-.334**	-.446**	-.460**	-.395**	-.439**	--		
10. Sağ beyin yarım küresi toplam puan	-.055	-.031	-.014	-.037	-.073	.017	-.029	-.014	.110*	--	
11. Sol beyin yarım küresi toplam puan	-.073	-.041	-.039	-.064	-.064	.011	-.058	.015	.068	.708**	--
Toplam	407	407	407	407	407	407	407	407	407	407	407

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.23. Bebeklerdeki Kolik Problemi ile Anneler ve Bebeklere Ait Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Spearman Sıra Farkları Korelasyon Analizi Bulguları

Değişkenler	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. İKÖ toplam puan	--											
2. Yaş	.011	--										
3. Eğitim düzeyi	-.150**	.089	--									
4. Psikolojik destek alıp almama durumu	.083	.042	.068	--								
5. Tıbbi hastalık	.117*	.035	-.076	.010	--							
6. Doğum sırası	.011	.429**	-.143**	.016	-.020	--						
7. Doğum şekli	.030	-.021	-.114*	-.079	-.043	.148**	--					
8. Doğumun toplam süresi	.089	-.067	-.105*	.075	.090	-.068	.489**	--				
9. Bebeğin doğumda solunum sıkıntısı	.008	-.035	-.124*	-.039	-.058	.030	-.063	.006	--			
10. Prematüre doğum	.078	.102*	.016	-.004	.081	-.009	-.157**	-.035	.200**	--		
11. Bebeğin doğumdan sonra kuvöz/yoğun bakımda kalması	.018	-.015	-.093	-.028	-.005	-.021	-.083	.003	.578**	.290**	--	
12. Bebeğin doğumda komplikasyon yaşaması	.003	-.041	-.051	-.015	.152**	-.035	-.054	.056	.504**	.184**	.454**	--
Toplam	407	407	407	407	407	407	407	382	407	407	407	407

* $p < .05$; ** $p < .01$

Not: Tüm kategorik değişkenler var (1)-yok (0) şeklinde kodlanmış olup referans kategorisi "0" olarak belirlenmiştir. Doğum şekli değişkeninde sezaryen doğum=0, vajinal doğum=1 şeklinde kodlanmıştır. Yaş değişkeninde 18-27 yaş=1, 28-37 yaş=2, 38-47 yaş=3 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer 38-47 yaş grubuna aittir. Eğitim düzeyi değişkeninde ilkokul=1, ortaokul=2, lise=3, üniversite=4, lisansüstü=5 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer lisansüstü grubuna aittir. Doğumun toplam süresi değişkeninde 0-30 dk.=1, 31-60 dk.=2, 2 saat=3, 3 saat=4, 4 saat=5, 5 saat=6, 6 saat=7, 7 saat ve üstü=8 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer 7 saat ve üzerine aittir.

Tablo 4.22 ve Tablo 4.23 incelendiğinde, İKÖ toplam puanının, annelerin eğitim düzeyi ($r(407) = -.15, p < .01$) ve psikolojik sağlamlık düzeyi ($r(407) = -.23, p < .01$) ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Buna göre annelerin eğitim düzeyi ve psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça bebeklerde görülen kolik problemi azalmaktadır. Yine İKÖ toplam puanının annelerin tıbbi bir hastalığa sahip olması ($r(407) = .11, p < .05$), doğuma bağlı TSSB düzeyi ($r(407) = .24, p < .01$) ve kaygı düzeyi ($r(407) = .26, p < .01$) ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir. İKÖ toplam puanı aynı zamanda CityDTÖ alt ölçeklerinden doğumu yeniden yaşama ($r(407) = .16, p < .01$), kaçınma ($r(407) = .17,$

$p < .01$), negatif bilişler ($r(407) = .23, p < .01$), aşırı uyarılma ($r(407) = .23, p < .01$) ve dissosiyatif belirtiler ($r(407) = .18, p < .01$) ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde ilişkilidir. Buna göre annelerin doğuma bağlı TSSB ve kaygı düzeyleri arttıkça ve tıbbi hastalığa sahip olma durumu ortaya çıktıkça bebeklerde görülen kolik problemi de artmaktadır. Değişkenler arasındaki tüm ilişkilerin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

4.4.3. Bebeklerdeki Kolik Problemini Yordayan Değişkenlere Yönelik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Bu bölümde İKÖ toplam puanını yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla uygulanan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi sonuçları sunulmuştur. Analiz yapılmadan önce gerekli normallik, eş varyanslık ve doğrusallık varsayımlarının karşılanıp karşılanmadığı kontrol edilmiştir. Varsayımları sağlayan tüm değişkenlerle yapılan Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi gerçekleştirilmiştir. Bebeklerdeki kolik problemini yordayan değişkenleri incelemek amacıyla sırasıyla annelerin TSSB, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyi ile demografik değişkenler (annelerin yaşı, eğitim düzeyi, psikolojik destek alıp almaması, tıbbi hastalık durumu, sağ ve sol beyin yarım küresi toplam puanları, doğum şekli, doğumunun toplam süresi, bebeğin doğumda solunum/oksijen problemi yaşamaması, bebeğin doğumdan sonra kuvözde kalması, bebeğin doğumda komplikasyon/tıbbi müdahaleye maruz kalması, bebeğin prematüre doğması, bebeğin doğum sırası) analize dahil edilmiştir. Toplam on altı yordayıcı değişken dört adımda analize girilmiştir. Değişkenlerin analize girilme sırası kuramsal alanyazın ve önceki araştırma bulguları göz önünde bulundurularak önem sırasına ve oluşturulan modelin anlamlılığına göre belirlenmiştir.

Regresyon analizinden önce yordanan değişkenin normal dağılıp dağılmadığını tespit etmek için Basıklık (Kurtosis) ve Çarpıklık (Skewness) değerleri belirlenmiş ve değerler beklenen sınırlarda olduğundan verilerin normal dağıldığı kabul edilmiştir (Tablo 4.1). Regresyon analizine geçmeden önce incelenen doğrusallık ilişki analizine göre ise tüm yordayıcıların (sürekli değişkenler) yordanan değişken olan İKÖ toplam puanları ile doğrusal ilişki gösterdikleri tespit edilmiştir. Yine hiçbir yordayıcı arasında çoklu doğrusal ilişki olmadığı da gözlemlenmiştir (CityDTÖ için Tolerance=.382, VIF=2,619; Kaygı için Tolerance=.406, VIF=2,465; psikolojik sağlamlık için Tolerance=.690, VIF=1,450; sağ beyin yarım küresi baskınlığı için

Tolerans=.471, VIF=2,213; sol beyin yarım küresi baskınlığı için Tolerance=.479, VIF=2,089). Tüm bu sonuçlar, ilgili yordayıcılarla regresyon analizi yapılabileceğine dair kanıt oluşturmuştur. Kategorik değişkenler analize dahil edilmeden önce dummy (kukla) değişken haline getirilmiştir. Uygulanan hiyerarşik regresyon analizinde enter metodu kullanılmış olup ilgili sonuçlar Tablo 4.24'te sunulmuştur.

Tablo 4.24. Bebeklerdeki Kolik Problemini Yordayan Değişkenlere İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Bulguları

	Yordayıcı Değişkenler	B	S.E.	β	t	p	R ² değişimi	R ²	F	F değişimi
1	CityDTÖ toplam puan	.20	.04	.23	4.78	.000**	.057	.057	22.872**	22.872**
2	CityDTÖ toplam puan	.09	.06	.10	1.45	.147	.015	.072	14.691**	6.197*
	Kaygı düzeyi	.16	.06	.18	2.48	.013*				
3	CityDTÖ toplam puan	.05	.06	.06	.86	.385	.014	.086	11.792**	5.635*
	Kaygı düzeyi	.14	.06	.15	2.09	.037*				
	Psikolojik sağlamlık düzeyi	-.34	.14	-.13	-2.37	.018*				
	CityDTÖ toplam puan	.06	.06	.07	.99	.322	.061	.147	1.944**	.898*
	Kaygı düzeyi	.12	.07	.13	1.78	.075				
	Psikolojik sağlamlık düzeyi	-.35	.15	-.13	-2.33	.020*				
	Yaş grupları	-1.99	3.02	-.04	-.66	.510				
	Eğitim düzeyi	-2.90	6.54	-.08	-.44	.658				
4	Psikolojik destek alıp almama	.14	2.10	.00	.07	.944				
	Tıbbi hastalık	2.39	1.64	.07	1.45	.147				
	Sağ yarım küresi toplam puan	.01	.12	.00	.08	.937				
	Sol beyin yarım küresi toplam puan	-.10	.11	-.06	-.95	.341				
	Doğum şekli	.34	1.58	.01	.21	.827				
	Doğum toplam süresi	3.45	2.98	.06	1.15	.247				
	Solunum problemi	-.53	2.08	-.01	-.25	.797				
	Kuvözde kalma	.56	1.92	.01	.29	.769				
	Komplikasyon	-2.35	1.94	-.07	-1.21	.225				
	Prematüre	4.11	2.37	.09	1.73	.083				
	Doğum sırası	-.05	1.39	-.00	-.03	.969				

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.24'te yer alan bulgular incelendiğinde, oluşturulan ilk modelin anlamlı olup [F değişim (1,38) = 22.872, $p < .01$] varyansın yaklaşık %6'sını açıkladığı görülmektedir. Birinci basamakta modele dahil edilen CityDTÖ toplam puanının ($\beta = .20$, $SE = .04$, $t(407) = 4.78$, $p < .01$) bebeklerdeki kolik problemini istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir. İkinci basamakta kaygı değişkeninin ($\beta=.16$, $SE=.06$, $t(407)=2.48$, $p<.05$) modele anlamlı katkı sağladığı, CityDTÖ toplam puanının ($\beta=.09$, $SE=.06$, $t(407)=1.45$, $p>.05$) ise anlamlı katkı sağlamadığı, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu [F değişim (1,37) =6.197, $p<.05$] ve modeldeki değişkenlerin toplam varyansın %1.5'ini açıkladığı görülmektedir. Üçüncü basamakta psikolojik sağlamlık ($\beta=-.34$, $SE=.14$, $t(407)=-2.37$, $p<.05$) ve kaygı ($\beta=.14$, $SE=.06$, $t(407)=2.09$, $p<.05$) düzeyinin modele istatistiksel olarak anlamlı katkı sağladığı, CityDTÖ toplam puanının ($\beta=.05$, $SE=.06$, $t(407)=.86$, $p>.05$) modele anlamlı katkı sağlamadığı, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu [F değişim (1,37) =5.635, $p<.05$] ve varyansın %1.4'ünü açıkladığı görülmektedir. Son modelde ise yalnızca annenin psikolojik sağlamlık düzeyinin ($\beta=-.35$, $SE=.15$, $t(407)=-2.33$, $p<.05$) modele anlamlı katkı sağladığı ve kolik problemini negatif yönde anlamlı olarak yordadığı, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu [F değişim (28,35) =.898, $p<.05$] ve varyansın %6'sını açıkladığı görülmektedir.

Tablo 4.24'te görüldüğü üzere yaş, eğitim düzeyi, psikolojik destek alma, tıbbi hastalık durumu, beyin yarım küresi baskınlığı, doğum şekli, doğumun toplam süresi, bebeğin doğumda solunum/oksijen problemi yaşamaması, bebeğin doğumdan sonra kuvöz/yoğun bakımda kalması, bebeğin doğumda komplikasyon/tıbbi müdahale yaşamaması, bebeğin prematüre doğması, bebeğin doğum sırası, annenin doğuma bağlı TSSB düzeyi, psikolojik sağlamlık ve kaygı düzeyi değişkenlerinin yordayıcı değişken olarak bebeğin kolik problemini yordayıp yordamadığını görmek amacıyla yürütülen Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi sonuçlarına göre tüm değişkenler toplam varyansın yaklaşık %15'ini açıklamaktadır [F değişim (28,35) =.898, $p<.05$].

4.4.4. Bebeklerdeki Uyku Probleminin Sosyo-Demografik Faktörlerle İlişkileri

Bu bölümde bebeklerdeki uyku problemi ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla, annelerin doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği ve ciddi şekilde yaralanabileceği inancı ile bebeklerdeki uyku problemi arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Ayrıca bebeklerde uyku probleminin varlığı ve yokluğuna göre annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyinin farklılaşıp farklılaşmadığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda Ki Kare Testi ve Bağımsız Örneklem t Testi Analizi uygulanmış ve bulgular Tablo 4.25, Tablo 4.26 ve Tablo 4.27'de sunulmuştur.

Tablo 4.25. Doğumda Kendisinin ya da Bebeğinin Ciddi Şekilde Yaralanacağını Düşünüp Düşünmeme Durumuna Göre Bebeklerdeki Uyku Probleminin Ki Kare Testi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Analiz Bulguları

	Uyku problemi		$\chi^2 (p)$	r (p)
	Var	Yok		
Yaralanma ihtimalini düşünme	28 (%20)	112 (%80)	3.75	.09
Yaralanma ihtimalini düşünmeme	34 (%12.8)	233 (%87.2)	(.053)	(.053)

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.25 incelendiğinde, annelerin doğumda kendisinin ya da bebeğinin ciddi şekilde yaralanabileceğini düşünme ve düşünmeme durumuna göre bebeklerin uyku problemi yaşama durumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($\chi^2=3.75$, $p > .05$). Buna göre doğumda kendisinin ya da bebeğinin ciddi şekilde yaralanabileceğini düşünen ve düşünmeyen annelerin bebeklerinde benzer düzeylerde uyku problemi görülmektedir.

Tablo 4.26. Doğumda Kendisinin ya da Bebeğinin Ölebileceğini Düşünüp Düşünmeme Durumuna Göre Bebeklerdeki Uyku Probleminin Ki Kare Testi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Analiz Bulguları

	Uyku problemi		$\chi^2 (p)$	r (p)
	Var	Yok		
Ölme ihtimalini düşünme	44 (%21.4)	162 (%78.6)	12.12**	.17**
Ölme ihtimalini düşünmeme	18 (%9)	183 (%91)	(.000)	(.000)

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.26 incelendiğinde, annelerin doğumda kendisinin ya da bebeğinin ölebileceğini düşünme ve düşünmeme durumuna göre bebeklerin uyku problemi yaşama durumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($\chi^2=.12$, $p < .01$). Buna göre doğumda kendisinin ya da bebeğinin ölebileceğini düşünen annelerin bebeklerinde, bu inanca sahip olmayan annelerin bebeklerine göre daha fazla uyku problemi görülmektedir.

Tablo 4.27. Bebeklerdeki Uyku Problemine Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarının Bağımsız Örneklem t Testi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Analiz Bulguları

Değişken	Bebeklerde Uyku Problemi	N	Ort.	ss	sd	t	p
CityDTÖ toplam puan	Var	62	35.04	14.72	405	-8.00	.000**
	Yok	345	20.45	12.92			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.27’de yer alan bulgular incelendiğinde, bebeklerinde uyku problemi olan annelerin, bebeklerinde uyku problemi olmayan annelere göre doğuma bağlı TSSB belirtilerini daha fazla gösterdikleri belirlenmiştir. Bağımsız Örneklem t Testi sonucuna göre CityDTÖ toplam puanları bebeklerinde uyku problemi olan ($\bar{X}=35.04$, $SS=14.72$) ve olmayan ($\bar{X}=20.45$, $SS=12.92$) anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [$t(405) = -8.00$; $p < .01$].

4.4.5. Bebeklerdeki Uyku Problemi ile İlişkili Faktörlere Yönelik Korelasyon Analizlerine İlişkin Bulgular

Bebeklerdeki uyku problemi ile ilişkili değişkenler arasındaki korelasyonları belirlemek Spearman Brown Sıra Farkları Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Değişkenler kategorik olduğunda ve normal dağılım göstermediğinde Spearman korelasyon katsayısı kullanıldığından, annelerin doğuma bağlı TSSB, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri ile beyin yarım küresi baskınlıkları, bebeklerdeki uyku problemi arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı hesaplanarak incelenmiştir. Ayrıca annelere ve bebeklere ait demografik değişkenler ile bebeklerdeki uyku problemi arasındaki ilişkiler de aynı korelasyon analizi aracılığıyla belirlenmiştir. Yapılan korelasyon analizlerine ilişkin bulgular Tablo 4.28’de sunulmuştur.

Tablo 4.28. Bebeklerdeki Uyku Problemi ile Anneler ve Bebeklere Ait Çeşitli Faktörler Arasındaki İlişkiye Yönelik Spearman Brown Sıra Farkları Korelasyon Analizi Bulguları

Değişkenler	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
1. Uyku problemi	--																
2. Yaş	-.019	--															
3. Eğitim düzeyi	-.079	.153**	--														
4. Psikolojik destek alıp almama durumu	-.003	.052	.068	--													
5. Tıbbi hastalık	.060	.045	-.076	.010	--												
6. Doğum sırası	.007	.379**	-.152**	-.046	-.041	--											
7. Doğum şekli	.046	.021	-.114*	-.079	-.043	.109*	--										
8. Doğumun toplam süresi	.084	-.197**	-.079	.038	.035	-.204**	.489**	--									
9. Bebeğin doğumda solunum sıkıntısı	.019	-.035	-.124*	-.039	-.058	.030	-.063	.007	--								
10. Prematüre doğum	.012	.102*	.016	-.004	.081	-.059	-.157**	-.035	.200**	--							
11. Bebeğin doğumdan sonra kuvöz/yoğun bakıma alınması	.063	-.056	-.093	-.028	-.005	-.015	-.083	.035	.578**	.290**	--						
12. Bebeğin doğumda komplikasyon yaşaması	.060	-.050	-.051	-.015	.152**	-.045	-.054	.057	.504**	.184**	.454**	--					
13. Sağ beyin yarım küresi toplam puan	-.027	.055	.050	-.006	.055	.072	-.006	-.046	-.059	.043	-.046	.037	--				
14. Sol beyin yarım küresi toplam puan	.021	.048	.167**	-.008	.028	-.006	-.025	-.030	-.012	.010	-.026	.043	.537**	--			
15. CityDTÖ toplam puan	.370**	-.040	-.153**	.133**	.112*	-.048	-.104*	.177**	.122*	.108*	.084	.203**	-.015	-.030	--		
16. Kaygı düzeyi	.249**	-.047	-.128**	.181**	.143**	-.010	-.090	.132**	.049	.087	.032	.126*	-.022	-.024	.735**	--	
17. Psikolojik sağlamlık düzeyi	-.193**	.080	.115*	-.196**	-.076	.099*	.008	-.129*	.055	-.030	.033	.055	.126*	.086	-.471**	-.476**	--
Toplam	407	407	407	407	407	407	407	382	407	407	407	407	407	407	407	407	407

* $p < .05$; ** $p < .01$

Not: Tüm kategorik değişkenler var (1)-yok (0) şeklinde kodlanmış olup referans kategorisi “0” olarak belirlenmiştir. Doğum şekli değişkeninde sezaryen doğum=0, vajinal doğum=1 şeklinde kodlanmıştır. Yaş değişkeninde 18-27 yaş=1, 28-37 yaş=2, 38-47 yaş=3 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer 38-47 yaş grubuna aittir. Eğitim düzeyi değişkeninde ilkokul=1, ortaokul=2, lise=3, üniversite=4, lisansüstü=5 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer lisansüstü grubuna aittir. Doğumun toplam süresi değişkeninde 0-30 dk.=1, 31-60 dk.=2, 2 saat=3, 3 saat=4, 4 saat=5, 5 saat=6, 6 saat=7, 7 saat ve üstü=8 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer 7 saat ve üzerine aittir.

Tablo 4.28 incelendiğinde, bebeklerdeki uyku probleminin, annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi ($r(407) = .37, p < .01$) ve kaygı düzeyi ($r(407) = .25, p < .01$) ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde ilişkili olduğu; annelerin psikolojik sağlamlık düzeyi ($r(407) = -.19, p < .01$) ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Buna göre annelerin doğuma bağlı TSSB ve kaygı düzeyleri arttıkça bebeklerde uyku problemi ortaya çıkmakta; buna karşın annelerin psikolojik sağlamlık düzeyleri arttıkça bebeklerde uyku problemi ortadan kalkmaktadır. Bebeklerdeki uyku probleminin diğer değişkenlerle istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler göstermediği tespit edilmiştir.

4.4.6. Bebeklerdeki Uyku Problemini Yordayan Değişkenlere Yönelik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Bu bölümde bebeklerde uyku problemini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla uygulanan Hiyerarşik Lojistik Regresyon Analizi sonuçları sunulmuştur. Bebeklerin uyku problemini yordayan değişkenleri incelemek amacıyla sırasıyla annelerin yaşı, eğitim düzeyi, psikolojik destek alıp almaması, tıbbi hastalık durumu, sağ ve sol beyin yarım küresi toplam puanları, psikolojik sağlamlık düzeyi, doğum şekli, doğumun toplam süresi, bebeğin prematüre doğması, bebeğin doğumdan sonra kuvözde kalması, bebeğin doğumda solunum/oksijen problemi yaşaması, bebeğin doğumda komplikasyon/tıbbi müdahaleye maruz kalması, bebeğin doğum sırası, annenin kaygı düzeyi, CityDTÖ toplam puanı analize dahil edilmiştir. Toplam on altı yordayıcı değişken üç adımda analize girilmiştir. Kategorik değişkenler analize dâhil edilmeden önce dummy (kukla) değişken haline getirilmiştir. Değişkenlerin analize girilme sırası kuramsal alanyazın ve önceki araştırma bulguları göz önünde bulundurularak önem sırasına göre belirlenmiştir. Yapılan regresyon analizinde enter metodu kullanılmış olup ilgili sonuçlar Tablo 4.29'da sunulmuştur.

Tablo 4.29. Bebeklerdeki Uyku Problemini Yordayan Değişkenlere Yönelik Hiyerarşik Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Yordayıcı Değişkenler	B	S.E.	Odds Ratio	%95CI	p	Nagelkerke R ²	χ ²	
1	Yaş	-.22	.72	.79	.19-3.26	.753	.099	22.02*
Eğitim düzeyi	-.39	.28	.69	.02-17.98	.823			
Psikolojik destek alıp almama durumu	-.48	.52	.61	.22-1.73	.360			
Tıbbi hastalık	.26	.36	1.30	.64-2.64	.458			
Sağ beyin yarım küresi toplam puan	-.04	.03	.95	.90-1.01	.156			
Sol beyin yarım küresi toplam puan	.04	.02	1.04	.99-1.10	.087			
Psikolojik sağlamlık toplam puan	-.11	.03	.89	.83-.95	.001**			
Constant	-.30	1.61	.73		.850			
2	Yaş	-.40	.45	1.65	.65-3.82	.309	.248	35.67*
Eğitim düzeyi	-.35	.31	.70	.38-1.28	.249			
Psikolojik destek alıp almama durumu	-.46	.57	.62	.20-1.94	.419			
Tıbbi hastalık	.09	.41	1.09	.48-2.48	.824			
Sağ beyin yarım küresi toplam puan	-.04	.03	.95	.89-1.01	.133			
Sol beyin yarım küresi toplam puan	.04	.02	1.04	.98-1.10	.114			
Psikolojik sağlamlık toplam puan	-.08	.03	.91	.85-.98	.017*			
Doğum şekli	.39	.41	1.48	.66-3.32	.342			
Doğum süresi	.09	.08	1.09	.92-1.29	.272			
Prematüre	.18	.67	.83	.22-3.14	.789			
Kuvöz	1.10	.48	.33	.12-.85	.015*			
Solunum problemi	.48	.52	1.62	.57-4.56	.358			
Komplikasyon	.38	.47	1.46	.58-3.69	.417			
Doğum sırası	.01	.28	1.01	.57-1.77	.961			
Kaygı düzeyi	.04	.01	1.04	1.01-1.06	.001**			
Constant	-41.41	29761.16	.00		.999			
3	Yaş	-.51	.87	.60	.10-3.30	.557	.328	20.62**
Eğitim düzeyi	-.37	.32	.68	.35-1.29	.249			
Psikolojik destek alıp almama durumu	-.45	.60	.63	.19-2.06	.448			
Tıbbi hastalık	.22	.44	1.25	.52-2.98	.616			
Sağ beyin yarım küresi toplam puan	-.07	.03	.93	.87-.99	.042*			
Sol beyin yarım küresi toplam puan	.06	.03	1.06	1.00-1.13	.028*			
Psikolojik sağlamlık toplam puan	-.05	.04	2.04	.87-1.02	.182			
Doğum şekli	.71	.43	1.07	.87-4.74	.097			
Doğum süresi	.07	.08	.79	.90-1.27	.395			
Prematüre	.23	.69	.25	.20-3.11	.741			
Kuvöz	1.38	.56	1.49	.08-.75	.014*			
Solunum problemi	.40	.54	1.25	.51-4.38	.460			
Komplikasyon	.22	.48	1.00	.48-3.23	.641			
Doğum sırası	.34	.38	1.40	.66-2.99	.375			
Kaygı düzeyi	.00	.01	.99	.96-1.03	.856			
CityDTÖ toplam puan	.07	.01	1.08	1.04-1.12	.000**			
Constant	-43.70	29654.58	.00		.999			

Modelin bebeklerdeki uyku problemini doğru tahmin etme oranı: %88.0

* $p < .05$; ** $p < .01$

Not: Tüm kategorik değişkenler var (1)-yok (0) şeklinde kodlanmış olup referans kategorisi "0" olarak belirlenmiştir. Doğum şekli değişkeninde sezaryen doğum=0, vajinal doğum=1 şeklinde kodlanmıştır. Yaş değişkeninde 18-27 yaş=1, 28-37 yaş=2, 38-47 yaş=3 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer 38-47 yaş grubuna aittir. Eğitim düzeyi değişkeninde ilkokul=1, ortaokul=2, lise=3, üniversite=4, lisansüstü=5 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer lisansüstü grubuna aittir. Doğumun toplam süresi değişkeninde 0-30 dk.=1, 31-60 dk.=2, 2 saat=3, 3 saat=4, 4 saat=5, 5 saat=6, 6 saat=7, 7 saat ve üstü=8 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer 7 saat ve üzerine aittir.

Bebeklerde uyku probleminin yordayıcıları ilk olarak anneye ait değişkenlerden yaş, eğitim düzeyi, psikolojik destek alıp almama, tıbbi hastalık, beyin yarım küresi baskınlığı ve psikolojik sağlamlık düzeyi lojistik regresyon ile Enter metodu aracılığı ile değerlendirilmiştir. Belirtilen model istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2= 22.02$, $dF=11$, $p=.024$) ve modelin uyum iyiliği yeterli düzeydedir (Hosmer- Lemeshow testi, $\chi^2= 5.70$, $dF=8$, $p=.68$). Modelin bu basamakta uyku problemi olan ve olmayan bebekleri doğru tahmin oranı %85.3'tür. Bu basamakta yordayıcılardan yalnızca psikolojik sağlamlık düzeyinin kolik problemini anlamlı olarak ve negatif yönde yordadığı görülmüştür (OR= .894, $p<.01$, %95CI [.839, .952]). İkinci modelde ise anneye ait değişkenlerden yaş, eğitim düzeyi, psikolojik destek alıp almama, tıbbi hastalık, sağ ve sol beyin yarım küresi toplam puan, psikolojik sağlamlık ve kaygı düzeyi ile bebeğin doğum şekli, doğum süresi, bebeğin prematüre doğması, bebeğin doğumdan sonra yoğun bakım/kuvözde kalması, bebeğin doğumda solunum/oksijen problemi yaşaması, bebeğin doğumda komplikasyon/tıbbi müdahaleye maruz kalması, bebeğin doğum sırası yordayıcı olarak analize dahil edilmiştir. Bu modelin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($\chi^2= 35.678$, $dF=19$, $p=.01$). Uyum iyiliği yeterli düzeydedir ($\chi^2= 10.907$, $dF=8$, $p=.20$). İkinci modelin uyku problemi olan ve olmayan bebekleri doğru tahmin oranı %85.6'dır. Bu modelde yordayıcılardan psikolojik sağlamlık düzeyi (OR=.916, $p<.01$, %95CI [.849, .987]) negatif yönde, kaygı düzeyi (OR= 1.043, $p<.01$, %95CI [1.017, 1.069]) ve kuvözde kalma (OR= .265, $p<.05$, %95CI [.091, .774]) ise pozitif yönde uyku problemini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamaktadır. Son olarak yukarıdaki değişkenlere ek olarak CityDTÖ toplam puanı yordayıcı olarak değerlendirilmiştir. Üçüncü model de istatistiksel olarak anlamlıdır ve modelin uyum iyiliği yeterli düzeydedir (sırasıyla; $\chi^2= 20.627$, $dF=1$, $p=0.000$ ve $\chi^2= 9.718$, $dF=8$, $p=.28$). Üçüncü modelin uyku problemi olan ve olmayan bebekleri doğru tahmin oranı %87.7'dir. Bu modelde yordayıcılardan sağ beyin yarım küresi toplam puanının (OR= .933, $p<.05$, %95CI [.873, .998]) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve negatif yönde, sol beyin yarım küresi toplam puanının (OR= 1.068, $p<.05$, %95CI [.007, 1.132]), kuvözde kalma durumunun (OR= .250, $p<.05$, %95CI [.083, .757]) ve CityDTÖ toplam puanının (OR= 1.082, $p<.01$, %95CI [1.045, 1.120]) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde bebeklerdeki uyku problemini yordadığı görülmektedir.

Tablo 4.29'da görüldüğü üzere yaş, eğitim düzeyi, psikolojik destek alma, tıbbi hastalık durumu, sağ ve sol beyin yarım küresi toplam puanları, doğum şekli, doğumun

toplam süresi, bebeğin doğumda solunum/oksijen problemi yaşaması, bebeğin doğumdan sonra kuvöz/yoğun bakımda kalması, bebeğin doğumda komplikasyon/tıbbi müdahale yaşaması, bebeğin prematüre doğması, bebeğin doğum sırası, annenin doğuma bağlı TSSB düzeyi, psikolojik sağlamlık ve kaygı düzeyi değişkenlerinin yordayıcı değişken olarak bebeğin uyku problemini yordayıp yordamadığını görmek amacıyla yürütülen Hiyerarşik Lojistik Regresyon Analizi sonuçlarına göre tüm değişkenler toplam varyansın yaklaşık %33'ünü açıklamaktadır.

4.4.7. Bebeklerdeki Meme Reddi Probleminin Sosyo-Demografik Faktörlerle İlişkileri

Bu bölümde bebeklerdeki meme reddi problemi ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla, annelerin doğumda kendilerinin ya da bebeklerinin ölebileceği ve ciddi şekilde yaralanabileceği inancı ile bebeklerdeki meme reddi problemi arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Ayrıca bebeklerde meme reddi probleminin varlığı ve yokluğuna göre annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyinin farklılaşıp farklılaşmadığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda Ki Kare Testi ve Bağımsız Örneklem t Testi Analizi uygulanmış ve bulgular Tablo 4.30, Tablo 4.31 ve Tablo 4.32'de sunulmuştur.

Tablo 4.30. Doğumda Kendisinin ya da Bebeğinin Ciddi Şekilde Yaralanacağını Düşünüp Düşünmeme Durumuna Göre Bebeklerdeki Meme Reddi Probleminin Ki Kare Testi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Analiz Bulguları

	Meme reddi problemi		$\chi^2 (p)$	r (p)
	Var	Yok		
Yaralanma ihtimalini düşünme	65 (%46.5)	75 (%53.5)	3.06	.08
Yaralanma ihtimalini düşünmeme	100 (%37.5)	167 (%62.5)	(.080)	(.080)

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.30 incelendiğinde, annelerin doğumda kendisinin ya da bebeğinin ciddi şekilde yaralanabileceğini düşünme ve düşünmeme durumuna göre bebeklerin meme reddi problemi yaşama durumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($\chi^2=3.06$, $p > .05$). Buna göre doğumda kendisinin ya da bebeğinin ciddi şekilde yaralanabileceğini düşünen ve düşünmeyen annelerin bebeklerinde benzer düzeylerde meme reddi problemi görülmektedir.

Tablo 4.31. Doğumda Kendisinin ya da Bebeğinin Ölebileceğini Düşünüp Düşünmeme Durumuna Göre Bebeklerdeki Meme Reddi Probleminin Ki Kare Testi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Analiz Bulguları

	Meme reddi problemi		$\chi^2 (p)$	r (p)
	Var	Yok		
Ölme ihtimalini düşünme	98 (%47.6)	108 (%52.4)	8.55**	.05**
Ölme ihtimalini düşünmeme	67 (%33.4)	134 (%66.6)	(.003)	(.003)

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.31 incelendiğinde, annelerin doğumda kendisinin ya da bebeğinin ölebileceğini düşünme ve düşünmeme durumuna göre bebeklerin meme reddi problemi yaşama durumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($\chi^2=8.55$, $p < .01$). Buna göre doğumda kendisinin ya da bebeğinin ölebileceğini düşünen annelerin bebeklerinde, bu inanca sahip olmayan annelerin bebeklerine göre daha fazla meme reddi problemi görülmektedir.

Tablo 4.32. Bebeklerdeki Meme Reddi Problemine Göre Annelerin CityDTÖ Toplam Puanlarının Bağımsız Örneklem t Testi ile Karşılaştırılmasına İlişkin Analiz Bulguları

Değişken	Bebeklerde Meme Reddi Problemi	N	Ort.	ss	sd	t	p
	Yok	242	21.55	14.17			

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.32’de yer alan bulgular incelendiğinde, bebeklerinde meme reddi problemi olan annelerin, bebeklerinde meme reddi problemi olmayan annelere göre doğuma bağlı TSSB belirtilerini daha fazla gösterdikleri belirlenmiştir. Bağımsız Örneklem t Testi sonucuna göre CityDTÖ toplam puanları bebeklerinde meme reddi problemi olan ($\bar{X}=24.33$, $SS=14.11$) ve olmayan ($\bar{X}=21.55$, $SS=14.17$) anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır [$t(405) = -1.94$; $p < .05$].

4.4.8. Bebeklerdeki Meme Reddi Problemi ile İlişkili Faktörlere Yönelik Korelasyon Analizlerine İlişkin Bulgular

Bebeklerdeki meme reddi problemi ile ilişkili değişkenler arasındaki korelasyonları belirlemek Spearman Brown Sıra Farkları Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Değişkenler kategorik olduğunda ve normal dağılım göstermediğinde Spearman korelasyon katsayısı kullanıldığından, annelerin doğuma bağlı TSSB, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri ile beyin yarım küresi baskınlıkları, bebeklerdeki meme reddi problemi arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı hesaplanarak incelenmiştir. Ayrıca annelere ve bebeklere ait demografik değişkenler ile bebeklerdeki meme reddi problemi arasındaki ilişkiler de aynı korelasyon analizi aracılığıyla belirlenmiştir. Yapılan korelasyon analizlerine ilişkin bulgular Tablo 4.33’de sunulmuştur.

Tablo 4.33. Bebeklerdeki Meme Reddi Problemi ile Anneler ve Bebeklere Ait Çeşitli Faktörler Arasındaki İlişkiye Yönelik Spearman Brown Sıra Farkları Korelasyon Analizi Bulguları

Değişkenler	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
1. Meme reddi problemi	--																
2. Yaş	-.097	--															
3. Eğitim düzeyi	-.050	.153**	--														
4. Psikolojik destek alıp almama durumu	.093	.052	.068	--													
5. Tıbbi hastalık	-.053	.045	-.076	.010	--												
6. Doğum sırası	-.214**	.379**	-.152**	-.046	-.041	--											
7. Doğum şekli	-.064	.021	-.114*	-.079	-.043	.109*	--										
8. Doğumun toplam süresi	-.025	-.197**	-.079	.038	.035	-.204**	.489**	--									
9. Bebeğin doğumda solunum sıkıntısı	.043	-.035	-.124*	-.039	-.058	.030	-.063	.007	--								
10. Prematüre doğum	.113*	.102*	.016	-.004	.081	-.059	-.157**	-.035	.200**	--							
11. Bebeğin doğumdan sonra kuvöz/yoğun bakıma alınması	.133**	-.056	-.093	-.028	-.005	-.015	-.083	.035	.578**	.290**	--						
12. Bebeğin doğumda komplikasyon yaşaması	.015	-.050	-.051	-.015	.152**	-.045	-.054	.057	.504**	.184**	.454**	--					
13. Sağ beyin yarım küresi toplam puan	-.182**	.055	.050	-.006	.055	.072	-.006	-.046	-.059	.043	-.046	.037	--				
14. Sol beyin yarım küresi toplam puan	.083	.048	.167**	-.008	.028	-.006	-.025	-.030	-.012	.010	-.026	.043	.537**	--			
15. CityDTÖ toplam puan	.102*	-.040	-.153**	.133**	.112*	-.048	-.104*	.177**	.122*	.108*	.084	.203**	-.015	-.030	--		
16. Kaygı düzeyi	.069	-.047	-.128**	.181**	.143**	-.010	-.090	.132**	.049	.087	.032	.126*	-.022	-.024	.735**	--	
17. Psikolojik sağlık düzeyi	-.168**	.080	.115*	-.196**	-.076	.099*	.008	-.129*	.055	-.030	.033	.055	.126*	.086	-.471**	-.476**	--
Toplam	407	407	407	407	407	407	407	382	407	407	407	407	407	407	407	407	407

* $p < .05$; ** $p < .01$

Not: Tüm kategorik değişkenler var (1)-yok (0) şeklinde kodlanmış olup referans kategorisi "0" olarak belirlenmiştir. Doğum şekli değişkeninde sezaryen doğum=0, vajinal doğum=1 şeklinde kodlanmıştır. Yaş değişkeninde 18-27 yaş=1, 28-37 yaş=2, 38-47 yaş=3 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer 38-47 yaş grubuna aittir. Eğitim düzeyi değişkeninde ilkokul=1, ortaokul=2, lise=3, üniversite=4, lisansüstü=5 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer lisansüstü grubuna aittir. Doğumun toplam süresi değişkeninde 0-30 dk.=1, 31-60 dk.=2, 2 saat=3, 3 saat=4, 4 saat=5, 5 saat=6, 6 saat=7, 7 saat ve üstü=8 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer 7 saat ve üzerine aittir.

Tablo 4.33 incelendiğinde, bebeklerdeki meme reddi probleminin, annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi ($r(407) = .10, p < .05$), bebeğin prematüre doğması ($r(407) = .11, p < .05$) ve bebeğin doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalması ($r(407) = .13, p < .01$) ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde ilişkili olduğu; bebeğin doğum sırası ($r(407) = -.21, p < .01$), annenin sağ beyin yarım küresi baskınlığı ($r(407) = -.18, p < .01$) ve annelerin psikolojik sağlamlık düzeyi ($r(407) = -.17, p < .01$) ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve negatif yönde ilişkili olduğu görülmektedir. Buna göre annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri arttıkça, bebeklerin prematüre doğma ve doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalma durumları meydana geldikçe, bebeklerde meme reddi problemi ortaya çıkmakta; buna karşın annelerin psikolojik sağlamlık düzeyleri, sağ beyin baskınlıkları ve doğum sayısı arttıkça bebeklerde meme reddi problemi ortadan kalkmaktadır. Bebeklerdeki meme reddi probleminin diğer değişkenlerle istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler göstermediği tespit edilmiştir.

4.4.9. Bebeklerdeki Meme Reddi Problemini Yordayan Değişkenlere Yönelik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Bu bölümde bebeklerde meme reddi problemini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla uygulanan Hiyerarşik Lojistik Regresyon Analizi sonuçları sunulmuştur. Bebeklerin meme reddi problemini yordayan değişkenleri incelemek amacıyla annelerin yaşı, eğitim düzeyi, psikolojik destek alıp almaması, tıbbi hastalık durumu, sağ ve sol beyin yarım küresi toplam puanları, psikolojik sağlamlık düzeyi, doğum şekli, doğumun toplam süresi, bebeğin prematüre doğması, bebeğin doğumdan sonra yoğun bakım/kuvözde kalması, bebeğin doğumda solunum/oksijen problemi yaşaması, bebeğin doğumda komplikasyon/tıbbi müdahaleye maruz kalması, bebeğin doğum sırası, annelerin kaygı düzeyi, CityDTÖ toplam puanı analize dahil edilmiştir. Toplam on altı yordayıcı değişken üç adımda analize girilmiştir. Kategorik değişkenler analize dahil edilmeden önce dummy (kukla) değişken haline getirilmiştir. Değişkenlerin analize girilme sırası kuramsal alanyazın ve önceki araştırma bulguları göz önünde bulundurularak önem sırasına göre belirlenmiştir. Yapılan regresyon analizinde enter metodu kullanılmış olup ilgili sonuçlar Tablo 4.34’de sunulmuştur.

Tablo 4.34. Bebeklerdeki Meme Reddi Problemini Yordayan Değişkenlere Yönelik Hiyerarşik Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Yordayıcı Değişkenler	B	S.E.	Odds Ratio	%95CI	p	Nagelkerke R ²	χ ²
1	Yaş	-.93	.54	.39	.13-1.14	.087	
	Eğitim düzeyi	-1.135	1.13	.321	.03-2.96	.317	
	Psikolojik destek alıp almama durumu	.76	.35	2.15	1.07-4.34	.031*	.086
	Tıbbi hastalık	-.25	.27	.77	.44-1.34	.361	
	Sağ beyin yarım küresi toplam puan	-.07	.02	.92	.89-.96	.001**	
	Sol beyin yarım küresi toplam puan	.03	.02	1.03	.99-1.07	.113	
	Constant	-.13	1.30	.87		.918	
2	Yaş	-.67	.62	1.26	.69-2.31	.440	
	Eğitim düzeyi	-1.98	1.19	.13	.01-1.41	.096	
	Psikolojik destek alıp almama durumu	.62	.39	1.86	.85-4.05	.119	
	Tıbbi hastalık	-.32	.30	.72	.39-1.32	.295	
	Sağ beyin yarım küresi toplam puan	-.07	.02	.92	.88-.96	.001**	
	Sol beyin yarım küresi toplam puan	.03	.02	1.03	.99-1.07	.117	
	Doğum şekli	-.16	.30	.85	.47-1.53	.593	.218
	Doğum süresi	-.24	.82	1.27	.25-6.38	.764	42.36**
	Prematüre	.50	.43	1.66	.70-3.91	.244	
	Kuvöz	.70	.36	2.01	.98-4.10	.054	
	Solunum problemi	.07	.39	.92	.42-2.00	.841	
	Komplikasyon	.25	.36	.77	.38-2.11	.802	
	Doğum sırası	-1.38	.50	.25	.09-.67	.007**	
	Constant	-11.05	20096.52	.000		1.00	
3	Yaş	-.71	.63	1.34	.71-2.47	.349	
	Eğitim düzeyi	-1.69	1.22	.18	.01-2.03	.167	
	Psikolojik destek alıp almama durumu	.48	.40	1.62	.73-3.59	.229	
	Tıbbi hastalık	-.34	.31	.70	.38-1.30	.268	
	Sağ beyin yarım küresi toplam puan	-.08	.02	.92	.88-.97	.001**	
	Sol beyin yarım küresi toplam puan	.04	.02	1.03	.99-1.07	.116	.241
	Doğum şekli	-.09	.30	.90	.49-1.65	.749	7.52*
	Doğum süresi	.02	.64	1.02	.29-3.63	.966	
	Prematüre	.45	.44	1.58	.66-3.78	.301	
	Kuvöz	.72	.36	2.05	1.00-4.22	.049*	
	Solunum problemi	-.02	.39	.97	.44-2.13	.953	
	Komplikasyon	-.31	.37	.72	.35-1.50	.391	
	Doğum sırası	-1.34	.50	.26	.09-.70	.008**	
	CityDTÖ toplam puan	.01	.01	1.01	.98-1.02	.254	
	Kaygı düzeyi	.00	.01	.99	.97-1.02	.861	
	Psikolojik sağlamlık toplam puan	-.04	.03	.95	.90-1.01	.154	
	Constant	-10.62	20096.52	.00		1.00	

Modelin bebeklerdeki meme reddi problemini doğru tahmin etme oranı: %78.0

* $p < .05$; ** $p < .01$

Not: Tüm kategorik değişkenler var (1)-yok (0) şeklinde kodlanmış olup referans kategorisi "0" olarak belirlenmiştir. Doğum şekli değişkeninde sezaryen doğum=0, vajinal doğum=1 şeklinde kodlanmıştır. Yaş değişkeninde 18-27 yaş=1, 28-37 yaş=2, 38-47 yaş=3 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer 38-47 yaş grubuna aittir. Eğitim düzeyi değişkeninde ilkökul=1, ortaokul=2, lise=3, üniversite=4, lisansüstü=5 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer lisansüstü grubuna aittir. Doğumun toplam süresi değişkeninde 0-30 dk.=1, 31-60 dk.=2, 2 saat=3, 3 saat=4, 4 saat=5, 5 saat=6, 6 saat=7, 7 saat ve üstü=8 olarak kodlanmış olup tabloda verilen değer 7 saat ve üzerine aittir.

Bebeklerde meme reddi probleminin yordayıcılarını belirlemeye yönelik uygulanan lojistik regresyon analizinde ilk olarak anneye ait değişkenlerden yaş, eğitim düzeyi, psikolojik destek alıp almama, tıbbi hastalık durumu, sağ ve sol beyin yarım küresi toplam puanı modele dâhil edilmiştir. Belirtilen model istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2= 25.082$, $dF=10$, $p=.005$) ve modelin uyum iyiliği yeterli düzeydedir (Hosmer-Lemeshow testi, $\chi^2= 3.211$, $dF=7$, $p=.86$). Modelin bu basamakta meme reddi problemi olan ve olmayan bebekleri doğru tahmin oranı %64.1'dir. Bu basamakta bebeklerdeki meme reddi problemini yordayıcılardan annenin psikolojik destek alması (OR=2.158, $p<.05$, %95CI [1.072, 4.345]) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde ve sağ beyin yarım küresi toplam puanı (OR=.928, $p<.01$, %95CI [.890, .969]) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve negatif yönde yordamaktadır. İkinci modelde ise anneye ait değişkenlerden yaş, eğitim düzeyi, psikolojik destek alıp almama, tıbbi hastalık durumu, sağ ve sol beyin yarım küresi toplam puanı ile bebeğin doğum şekli, doğum süresi, bebeğin prematüre doğması, bebeğin doğumdan sonra yoğun bakım/kuvözde kalması, bebeğin doğumda solunum/oksijen problemi yaşaması, bebeğin doğumda komplikasyon/tıbbi müdahaleye maruz kalması, bebeğin doğum sırası yordayıcı olarak analize dahil edilmiştir. Bu modelin de istatistik olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($\chi^2= 42.367$, $dF=11$, $p=.001$). Yine modelin uyum iyiliği yeterli düzeydedir ($\chi^2= 8.233$, $dF=8$, $p=.41$). İkinci modelin meme reddi problemi olan ve olmayan bebekleri doğru tahmin oranı %67.5'tir. Bu modelde yordayıcılardan annenin sağ beyin yarım küresi toplam puanı (OR=.925, $p<.01$, %95CI [.883, .969]) ve bebeğin doğum sırası (OR= .251, $p<.01$, %95CI [.093, .679]) modele anlamlı olarak katkı sağlamaktadır. Annenin sağ beyin yarım küresi toplam puanı ve bebeğin doğum sırası, bebeklerdeki meme reddi problemi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve negatif yönde yordamaktadır. Son olarak yukarıdaki değişkenlere ek olarak CityDTÖ toplam puanı, psikolojik sağlamlık ve kaygı düzeyi yordayıcı olarak değerlendirilmiştir. Üçüncü model de istatistik olarak anlamlıdır ve modelin uyum iyiliği yeterlidir (sırasıyla; $\chi^2= 7.520$, $dF=3$, $p=.04$ ve $\chi^2= 8.846$, $dF=8$, $p=.35$). Üçüncü modelin meme reddi problemi olan ve olmayan bebekleri doğru tahmin oranı %68.8'dir. Bu modelde bebeklerdeki meme reddi problemini, yordayıcılardan annenin sağ beyin yarım küresi toplam puanı (OR= .926, $p<.01$, %95CI [.883, .970]) ve bebeğin doğum sırası (OR=.260, $p<.01$, %95CI [.096, .706]) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve negatif yönde; bebeğin kuvözde kalması (OR= 2.059, $p<.05$,

%95CI [1.003, 4.226]) ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve pozitif yönde yordamaktadır (Tablo 4,34).

Tablo 4.34'de görüldüğü üzere yaş, eğitim düzeyi, psikolojik destek alma, tıbbi hastalık durumu, sağ ve sol beyin yarım küresi toplam puanı, doğum şekli, doğumun toplam süresi, bebeğin doğumda solunum/oksijen problemi yaşaması, bebeğin doğumdan sonra kuvöz/yoğun bakımda kalması, bebeğin doğumda komplikasyon/tıbbi müdahale yaşaması, bebeğin prematüre doğması, bebeğin doğum sırası, annenin doğuma bağlı TSSB düzeyi, psikolojik sağlamlık ve kaygı düzeyi değişkenlerinin yordayıcı değişken olarak bebeğin meme reddi problemini yordayıp yordamadığını görmek amacıyla yürütülen Hiyerarşik Lojistik Regresyon Analizi sonuçlarına göre tüm değişkenler toplam varyansın yaklaşık %24'ünü açıklamaktadır.

4.5. Aracı Değişken Analizine İlişkin Bulgular

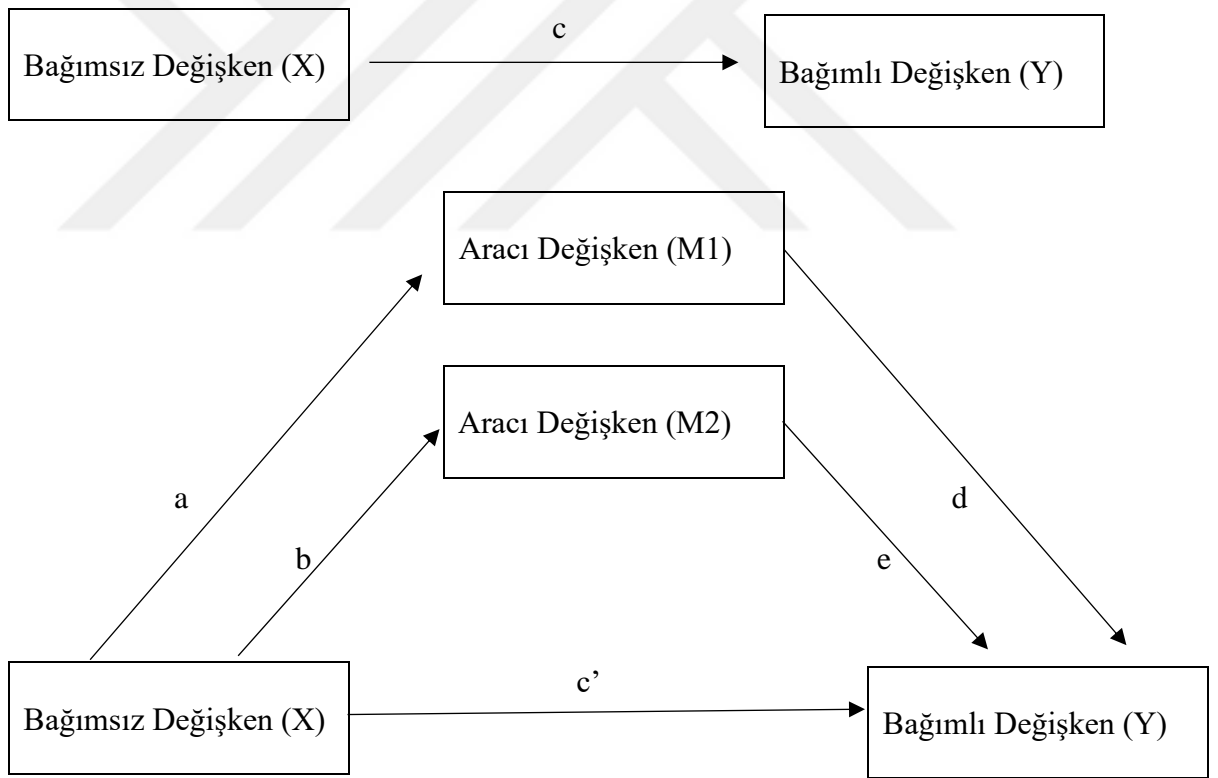
Bu bölümde altı farklı aracı ve düzenleyici değişken analizinin, Hayes (2018) tarafından oluşturulan PROCESS v4.2 eklentisiyle test edilmesine ilişkin sonuçlara yer verilmiştir. Gerçekleştirilen analizlerde aracılık etkisini belirlemek amacıyla bir bağımsız değişkeninin (X) bir bağımlı değişken (Y) üzerindeki etkisini bir veya birden fazla aracı değişken üzerinden test etme imkânı sunan Model 4 kullanılmıştır. Düzenleyicilik etkisini test etmek için ise, düzenleyici olarak seçilen değişkenin bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin gücünü nasıl etkilediğini ortaya koyabilmeyi sağlayan Model 1 kullanılmıştır.

Uygulanan aracı değişken analizinde, annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik ve uyku problemi arasındaki ilişkide annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyinin birlikte aracı rolü Paralel Çoklu Aracı Değişken Analizi ile incelenmiştir. Dolaylı etkiye ilişkin puanlar hesaplandıktan sonra küçükten büyüğe doğru sıralanarak güven aralığı oluşturulmaktadır. Oluşturulan güven aralığının içinde “sıfır (0)” değerinin yer almaması aracı değişken modelinin anlamlı olduğunu göstermektedir (Hayes, 2018). Daha sonra annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik ve uyku problemi arasındaki ilişkide annelerin sağ ve sol beyin yarım küresi baskınlığının düzenleyici rolü Basit Düzenleyici Değişken Analizi ile incelenmiştir. Düzenleyici değişken analizi için öncelikle ortak etki değişkeninin oluşturulması gerekmektedir. Bu işlem standardize edilmiş bağımsız değişken (X) ve düzenleyici değişkenin (W) çarpılmasıyla yapılır. Regresyon

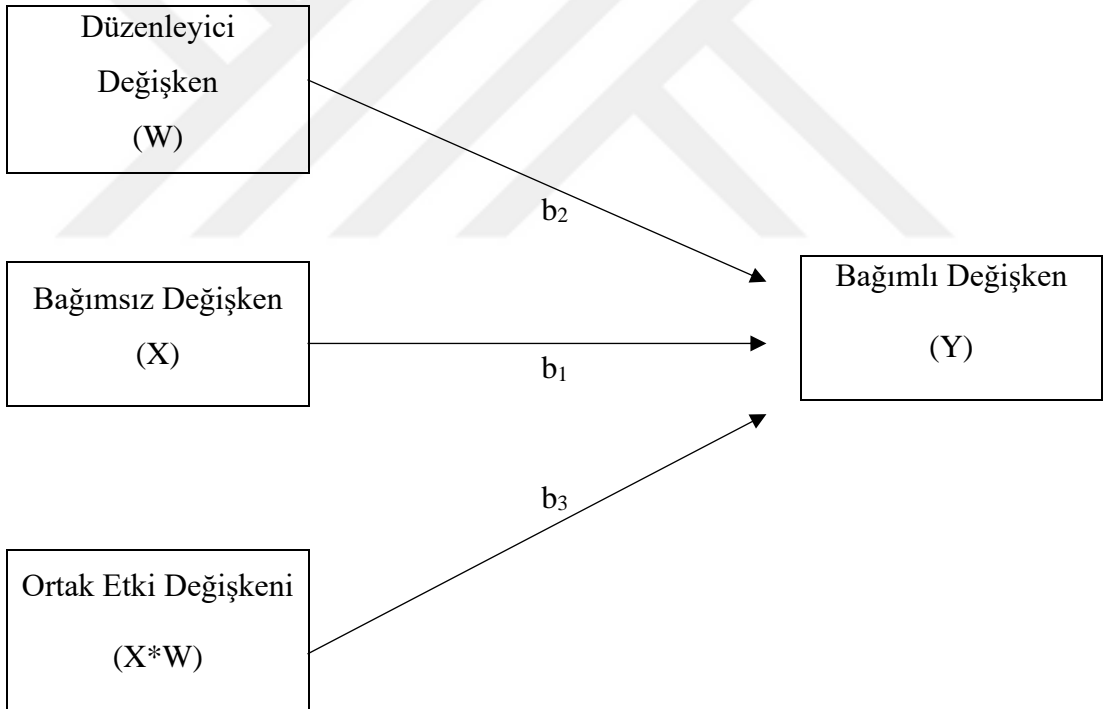
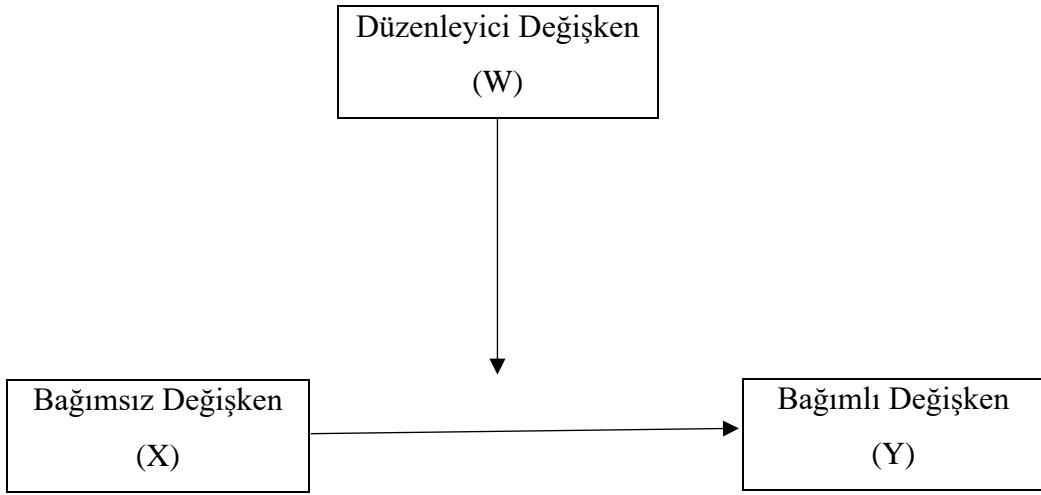
modeline dâhil edilen ortak etki değişkeni istatikselsel olarak anlamlı ise ve bağımlı değişkendirdeki (Y) varyansı açıklamada katkıda bulunuyorsa, düzenleyicilik etkisi ortaya çıkmış demektir (Gürbüz ve Şahin, 2016, s. 295).

SPSS PROCESS uygulaması bir bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisini aracı değişkenler üzerinden test ederken Bootstrap yöntemini kullanmakta olup araştırmaya dahil olan katılımcılardan “Bootstrap örnekleme” adı verilen alt örnekleme grupları oluşturularak dolaylı etkiyi ölçmektedir. Mevcut araştırmanın analizleri yapılırken %95 Güven Aralığı (GA) ve Bootstrap yöntemi kullanılmış olup örnekleme sayısı olarak 5000 tercih edilmiştir.

Analizlerdeki bağımlı, bağımsız, aracı, düzenleyici değişkenlere ve ilgili yollara ilişkin diyagram örneği Şekil 4.1 ve Şekil 4.2’de gösterilmiştir.



Şekil 4.1. Bağımlı, Bağımsız ve Aracı Değişkenlere İlişkin Diyagram Örneği



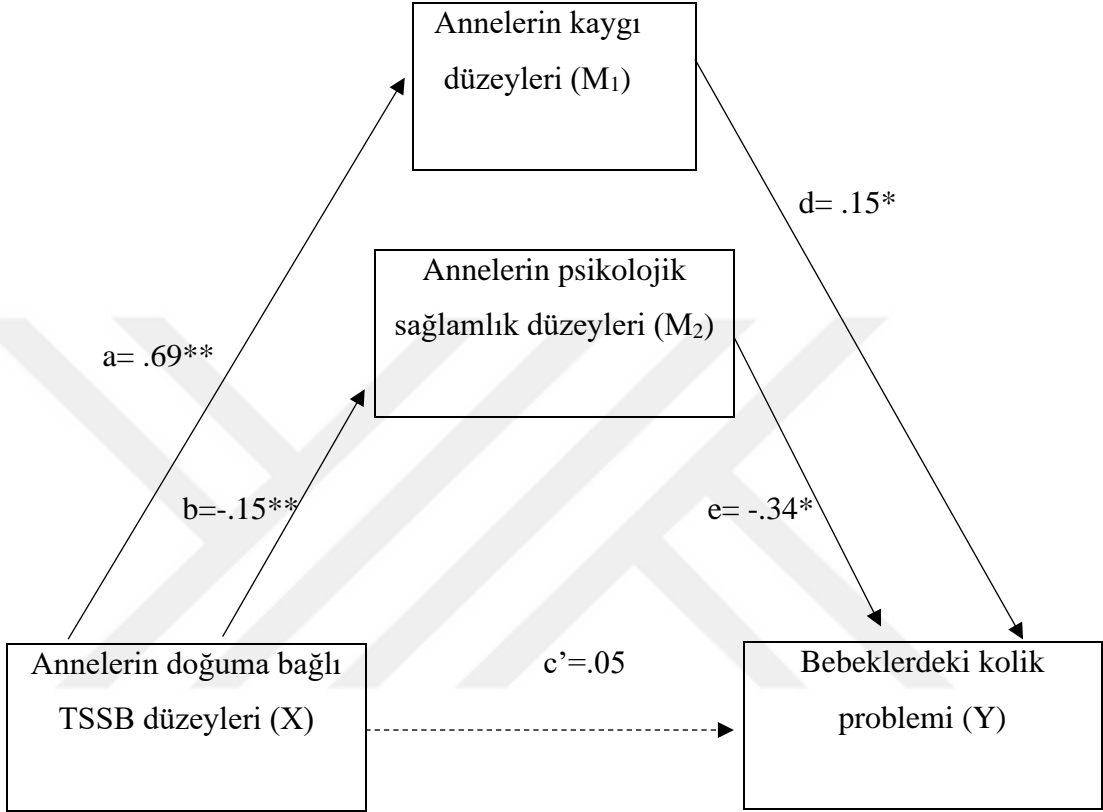
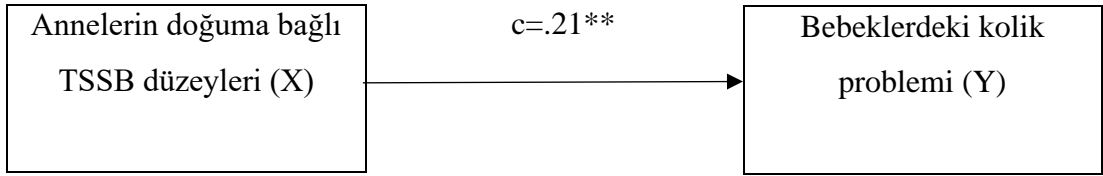
Şekil 4.2. Bağımlı, Bağımsız ve Düzenleyici Değişkenlere İlişkin Diyagram Örneği

Araştırma modelini test etmeden önce modele yönelik varsayımların karşılanıp karşılanmadığını belirlemek amacıyla verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği (Tablo 4.1) görülmüştür. Son olarak verilerin homojen dağılıp dağılmadığı Levene testi ile test edilmiştir ve

homojen dağıldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma modelini test etmek için gerekli sayıtlar sağlanmaktadır.

4.5.1. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Kolik Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Kaygı ve Psikolojik Düzeyinin Aracı Rolüne İlişkin Bulgular

Bu bölümde annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik problemi arasındaki ilişkide annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyinin birlikte aracılık rolünü incelemek amacıyla yapılan Paralel Çoklu Aracı Değişken Analizine ilişkin bulgular sunulmuştur. İlgili analiz SPSS PROCESS eklentisinde yer alan ve 10 değişkene kadar aracı değişken kullanılmasına izin veren Model 4 kullanılarak test edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.35'te sunulmuştur. Bu modelde İKÖ'den elde edilen toplam puanlar bağımlı değişken (Y), CityDTÖ'den elde edilen toplam puanlar bağımsız değişken (X), BAE'den elde edilen toplam puanlar birinci aracı değişken (M₁), KPSÖ'den elde edilen toplam puanlar ikinci aracı değişken (M₂) olarak analiz edilmiştir. Analizde kullanılan model Şekil 4.3'te gösterilmiştir. Analizde 5000 bootstrap örnekleme ile %95 güven aralığı kullanılmıştır.



* $p < .05$, ** $p < .01$

Not: Kesik çizgi, beta (β) değerinin anlamsız olduğunu ifade etmektedir.

Şekil 4.3. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerdeki kolik problemi arasındaki ilişkide annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin aracı rollerine ilişkin model

Şekil 4.3'te görüldüğü üzere a yolu annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin annelerin kaygı düzeyleri üzerindeki doğrudan etkisini, b yolu annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin annelerin psikolojik sağlamlık düzeyleri üzerindeki doğrudan etkisini, d yolu annelerin kaygı düzeylerinin bebeklerde görülen kolik problemi üzerindeki doğrudan etkisini, e yolu annelerin psikolojik sağlamlık düzeyinin bebeklerde görülen kolik problemi üzerindeki doğrudan etkisini göstermektedir. Ayrıca c' yolu annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin bebeklerde görülen kolik

problemi üzerindeki doğrudan etkisini, c yolu ise annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin bebeklerde görülen kolik problemi üzerindeki toplam etkisini ifade etmektedir. Söz konusu bu yollara ilişkin bulgulara bakıldığında annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi; annelerin kaygı düzeylerini (a yolu; $B = .69$, $SE = .03$, $t = 21.45$, $p < .001$, %95CI [.6267, .7532]), annelerin psikolojik sağlamlık düzeylerini (b yolu; $B = -.15$, $SE = .01$, $t = -10.62$, $p < .001$, %95CI [-.1840, -.1265]) ve bebeklerde görülen kolik problemini (c yolu; $B = .21$, $SE = .04$, $t = 5.03$, $p < .001$, %95CI [.1265, .2883]) anlamlı şekilde yordamaktadır. Annelerin kaygı düzeyi (d yolu; $B = .15$, $SE = .06$, $t = 2.40$, $p < .05$, %95CI [.0277, .2774]) ve psikolojik sağlamlık düzeyi (e yolu; $B = -.34$, $SE = .14$, $t = -2.42$, $p < .05$, %95CI [-.6146, -.0648]) de bebeklerde görülen kolik problemini anlamlı olarak yordamaktadır.

Dolaylı etkiler incelendiğinde ise ad yolu annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin bebeklerde görülen kolik problemi üzerindeki annelerin kaygı düzeyi aracılığıyla olan dolaylı etkisini, be yolu annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin bebeklerde görülen kolik problemi üzerindeki annelerin psikolojik sağlamlık düzeyi aracılığıyla olan dolaylı etkisini ifade etmektedir. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin bebeklerde görülen kolik problemi üzerindeki toplam dolaylı etkisi ise kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyi aracılığıyla olan etkilerin toplanmasıyla elde edilmiştir (ad+be). Söz konusu dolaylı etkilere ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin bebeklerde görülen kolik problemi ile ilişkisinde kaygı düzeyinin (ad yolu; $B = .10$, $SE = .04$, %95 GA [.01, .19]) ve psikolojik sağlamlık düzeyinin (be yolu; $B = .05$, $SE = .02$, %95CI [.00, .10]) aracı rolü anlamlı bulunmuştur. Kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyinin toplam dolaylı etkisinin ise anlamlı olduğu saptanmıştır (ad+be yolu; $B = .16$, $SE = .05$, %95CI [.06, .26]). Ayrıca annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri ile tüm aracı değişkenler denkleme eş zamanlı olarak girildiğinde doğrudan etkiye bakıldığında annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri ve bebeklerde görülen kolik problemi arasındaki ilişkinin azaldığı ve anlamlılığın ortadan kalktığı görülmüştür (c yolu; $B = .21$, $SE = .04$, $t = 5.03$, $p < .001$, %95CI [.1265, .2883]; c' yolu; $B = .05$, $SE = .06$, $t = .80$, $p > .05$, %95CI [-.0706, .1694]). Ek olarak tüm modelin anlamlı düzeyde olduğu [$F(3,403) = 13.35$; $p < .001$] ve bebeklerde görülen kolik problemi üzerindeki toplam varyansın %9'unu açıkladığı görülmektedir. Söz konusu dolaylı etkilere yönelik katsayı ve güven aralığı değerlerine ilişkin sonuçlar Tablo 4.35'te sunulmuştur.

Tablo 4.35. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Düzeyleri ile Bebeklerdeki Kolik Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Kaygı ve Psikolojik Sağlık Düzeylerinin Aracı Rolüne İlişkin Bulgular

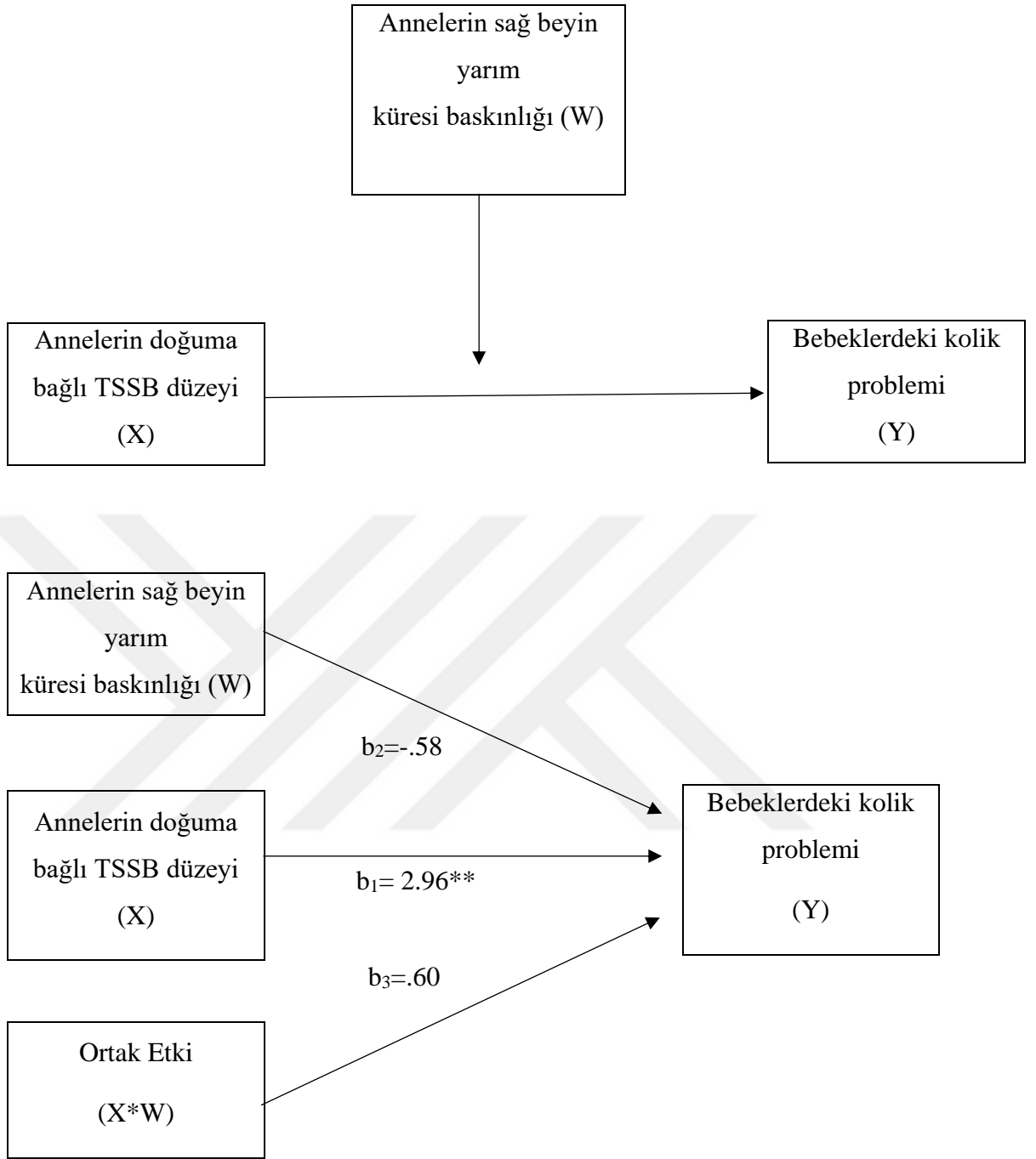
Yordayıcı Değişkenler	Annelerin kaygı düzeyleri (M ₁)			Sonuç Değişkenleri Annelerin psikolojik sağlık düzeyleri (M ₂)			Bebeklerdeki Kolik Problemi (Y)		
	B	S.E.	p	B	S.E.	p	B	S.E.	p
Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri (X)	.69	.03	.000**	-.15	.01	.000**	.05	.06	.41
Annelerin kaygı düzeyleri (M ₁)	-	-	-	-	-	-	.15	.06	.016*
Annelerin psikolojik sağlık düzeyleri (M ₂)	-	-	-	-	-	-	-.34	.14	.015*
Constant	.08	.86	.91	20.88	.39	.000**	65.82	3.11	.000**
	R ² =.53 F(1,405)=460.10;p<.001			R ² =.22 F(1,405)=112.95; p<.001			R ² =.09 F(3,403)=13.35; p<.001		

*p<.05; **p<.01

Not: Standardize edilmemiş beta katsayıları raporlanmıştır.

4.5.2. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri İle Bebeklerdeki Kolik Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sağ Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Bulgular

Bu bölümde annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik problemi arasındaki ilişkide annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığının düzenleyici rolünü incelemek amacıyla uygulanan Basit Düzenleyici Değişken Analizi sonuçları sunulmuştur. Düzenleyici değişken (moderatör) bağımlı değişken ile bağımsız değişken arasındaki ilişkinin yönünü ve şiddetini etkileyen niceliksel ya da niteliksel bir değişkendir (Gürbüz ve Şahin, 2016, s. 298). İlgili analiz SPSS PROCESS eklentisinde yer alan Model 1 kullanılarak test edilmiştir ve sonuçlar Tablo 4.36'da gösterilmiştir. Bu modelde İKÖ'den elde edilen toplam puanlar bağımlı değişken (Y), CityDTÖ'den elde edilen toplam puanlar bağımsız değişken (X), BBA'dan elde edilen sağ beyin yarım küresi toplam puanları ise düzenleyici değişken (W) olarak analiz edilmiş olup söz konusu model Şekil 4.4'de gösterilmiştir. Analizde 5000 bootstrap örnekleme ile %95 güven aralığı kullanılmıştır.



Şekil 4.4. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Kolik Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sağ Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici İlişkin Model

Düzenleyici modelin testi için öncelikle ortak etki değişkeninin oluşturulması gerekmektedir. Bu işlem standardize edilmiş bağımsız değişken (X) ve düzenleyici değişkenin (W) çarpılmasıyla yapılır. Regresyon modeline dâhil edilen ortak etki değişkeni istatistiksel olarak anlamlı ise ve bağımlı değişkendeki (Y) varyansı

açıklamada katkıda bulunuyorsa, düzenleyicilik etkisi ortaya çıkmış demektir (Gürbüz ve Şahin, 2016, s. 295). Dolayısıyla analize başlamadan önce bağımsız değişken ve düzenleyici değişken standardize edilmiştir. Bu amaçla araştırma modelinin düzenleyici değişkene ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde, annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığının doğuma bağlı TSSB ve kolik arasındaki ilişki üzerinde düzenleyici etkisinin anlamlı olmadığı görülmüştür ($B = .60$, $SE = .50$, $Z = 1.19$; $p > .05$, %95CI [-.3906, 1.6062]).

Yapılan düzenleyici değişken analizi sonuçlarına annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri, bebeklerde görülen kolik problemi üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahipken ($B = 2.96$, $SE = .58$, $Z = 5.06$; $p < .001$, %95CI [1.8136, 4.1152]), annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığı bebeklerde görülen kolik problemi üzerinde negatif ve anlamsız bir etkiye sahiptir ($B = -.58$, $SE = .58$, $Z = -1.00$; $p > .05$, %95CI [-1.7360, .5630]). Ortak etki değişkeni bebeklerde görülen kolik problemi üzerinde pozitif ve anlamsız bir etki göstermiştir ($B = .60$, $SE = .50$, $Z = 1.19$; $p > .05$, %95CI [-.3906, 1.6062]). R^2 değişim değerinin .00 olduğu belirlenmiş, ortak etki değişkeninin bebeklerde görülen kolik probleminde ilave varyansa neden olmadığı görülmüştür. Başka bir deyişle ortak etki değişkeni modele dâhil edildiğinde annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin bebeklerde görülen kolik problemi üzerindeki toplam etkisinde herhangi bir değişiklik olmamıştır.

Preacher ve Hayes' e (2004) göre, iki değişken arasındaki ilişkide, modele üçüncü bir değişkenin dâhil edilmesi durumunda sıfırdan farklı olmak şartıyla düşüş gözleniyorsa bu değişkenin aracı bir rolünün olduğunu söylemek mümkündür. Buna göre annelerin beyin yarım küresi baskınlığının, annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri ile bebeklerde görülen kolik problemi arasındaki ilişkide düzenleyici (moderatör) etkisine karar vermek için %95 güvenirlilik ile LLCI ve ULCI güvenirlilik aralıklarına bakılmış olup değerler -.390 ve 1.606 arasında olduğu ve 0 değeri bu aralıkta olduğu için annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığının bu ilişkideki düzenleyici etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir. Ek olarak tüm modelin anlamlı olduğu [$F(3,403) = 9.269$; $p < .001$] ve bebeklerde görülen kolik problemi üzerindeki toplam varyansın %7'sini açıkladığı görülmektedir. Söz konusu dolaylı etkilere yönelik katsayı ve güven aralığı değerlerine ilişkin sonuçlar Tablo 4.36'da sunulmuştur.

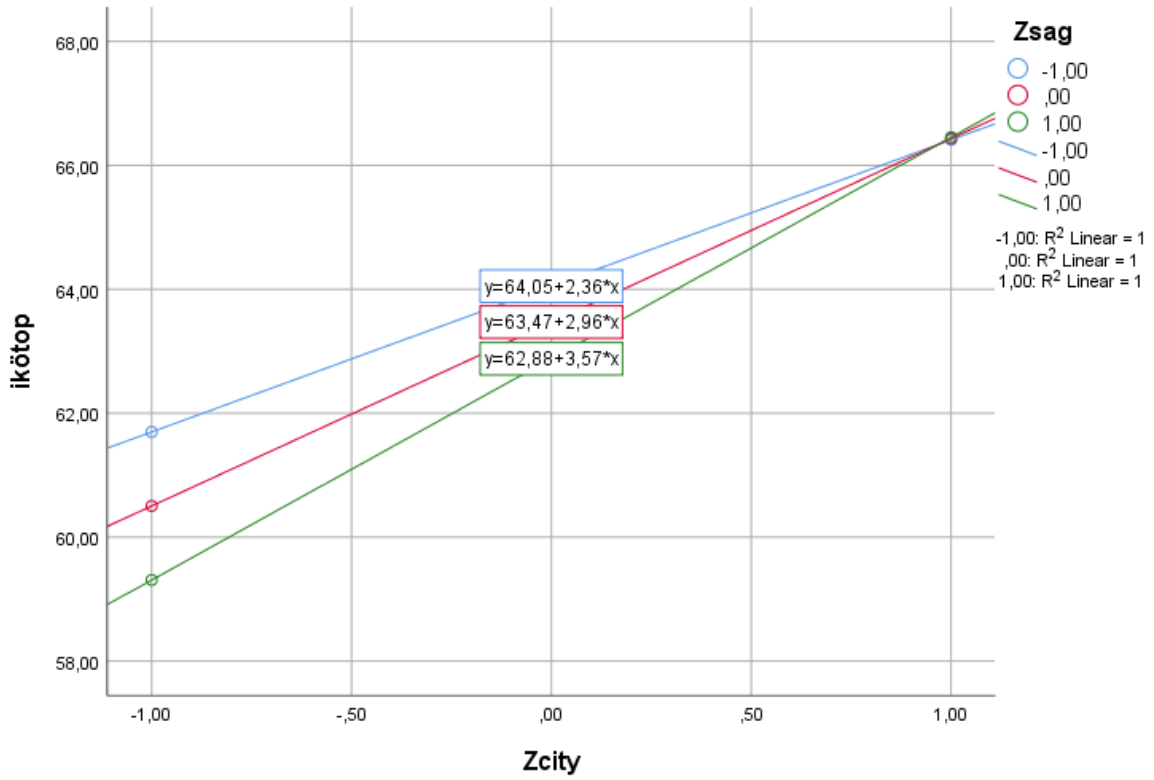
Tablo 4.36. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Düzeyleri ile Bebeklerdeki Kolik Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sağ Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Bulgular

Yordayıcı Değişkenler	Sonuç Değişkeni Bebeklerdeki kolik problemi (Y)				
	B	S.E.	Z	p	LLCI-ULCI
Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri (X)	2.96	.58	5.06	.000**	1.818, 4.115
Annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığı (W)	-.58	.58	-1.00	.316	-1.736, .563
Ortak etki değişkeni (Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri x Annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığı)	.00	.00	1.19	.232	-.390, 1.606
Constant	63.46	.58	108.71	.000**	62.320, 64.616
	R ² değişim=.07 F(3,403)=9.269; p<.001				

*p<.05 **p<.01

Not: Standardize edilmemiş beta katsayıları raporlanmıştır.

Düzenleyici etkileri daha iyi anlayabilmek için gerçekleştirilen basit eğim analizinin sonuçları Şekil 4.5'te gösterilmektedir. Şekil 4.5'te gösterilen mavi çizgi düşük düzeydeki sağ beyin yarım küresi puanlarını, kırmızı çizgi orta düzeydeki sağ beyin yarım küresi puanlarını ve yeşil çizgi yüksek düzeydeki sağ beyin yarım küresi puanlarını ifade etmektedir. Şekil 4.5'te görülebileceği gibi, düşük, orta ve yüksek düzeydeki puanların eğimleri benzerdir. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri ile bebeklerdeki kolik problemi arasındaki ilişkide annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığının düzenleyici etkisini gösteren grafik çizgilerinin eğimi incelendiğinde, sağ beyin yarım küresi baskınlığının mevcut ilişkinin gücüne ya da yönüne herhangi bir katkı sağlamadığı görülmektedir. Düzenleyicilik rolüne ilişkin grafik Şekil 4.5'te sunulmuştur.



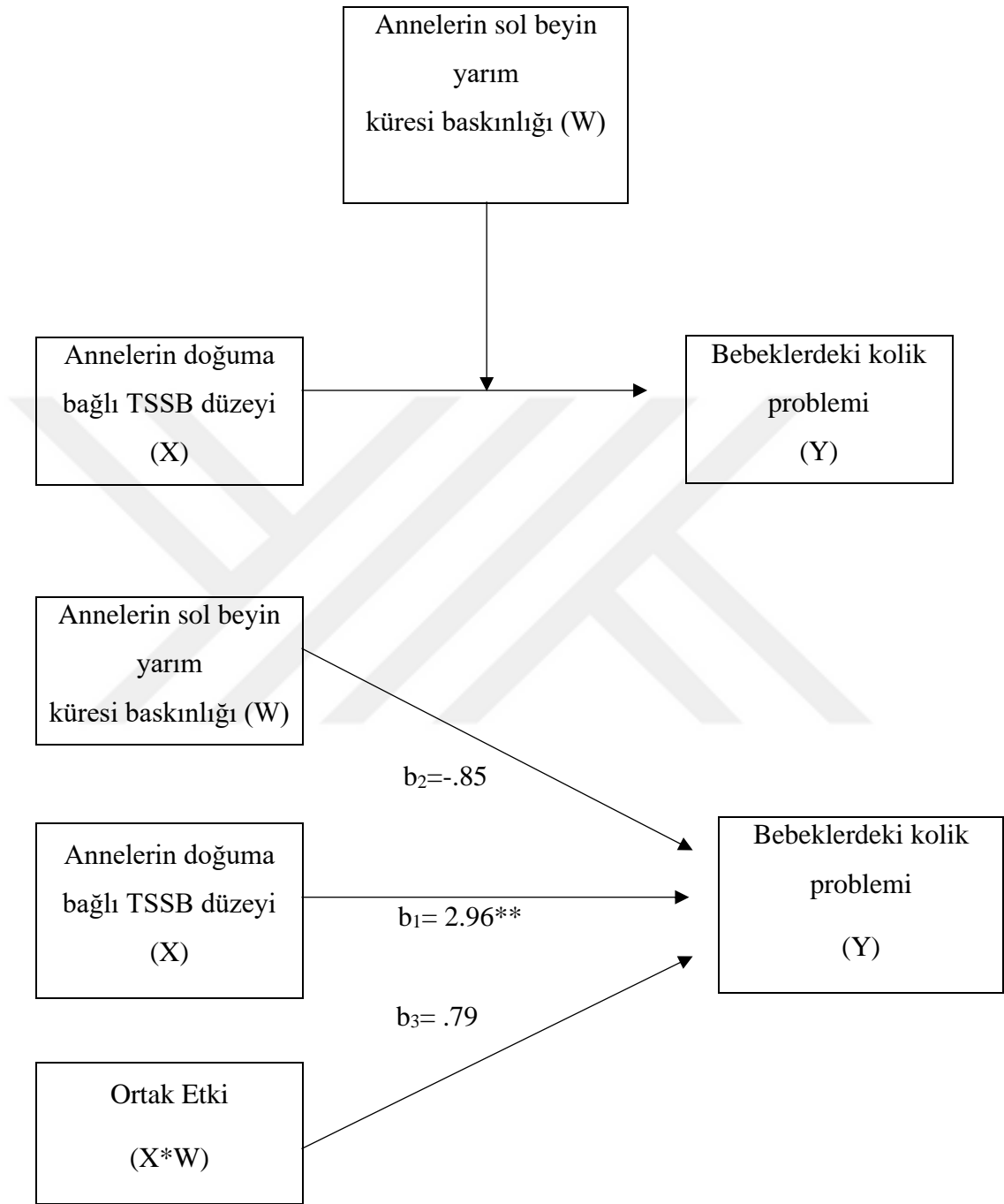
*İkötop: Kolik, Zcity: Doğuma Bağlı TSSB, Zsag: Sağ beyin baskınlığı

Şekil 4.5. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtilerinin Bebeklerdeki Kolik Problemi ile İlişkisinde Annelerin Sağ Beyin Baskınlığının Düzenleyici Rolü

4.5.3. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Kolik Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sol Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Bulgular

Bu bölümde annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik problemi arasındaki ilişkide annelerin sol beyin yarım küresi baskınlığının düzenleyici rolünü incelemek amacıyla uygulanan Basit Düzenleyici Değişken Analizi sonuçları sunulmuştur. Düzenleyici değişken (moderatör) bağımlı değişken ile bağımsız değişken arasındaki ilişkinin yönünü ve şiddetini etkileyen niceliksel ya da niteliksel bir değişkendir (Gürbüz ve Şahin, 2016, s. 298). İlgili analiz SPSS PROCESS eklentisinde yer alan Model 1 kullanılarak test edilmiştir ve sonuçlar Tablo 4.37’de gösterilmiştir. Bu modelde İKÖ’den elde edilen toplam puanlar bağımlı değişken (Y), CityDTÖ’den elde edilen toplam puanlar bağımsız değişken (X), BBA’dan elde edilen sol beyin yarım küresi toplam puanları ise düzenleyici değişken (W) olarak analiz

edilmiş olup söz konusu model Şekil 4.6’da gösterilmiştir. Analizde 5000 bootstrap örnekleme ile %95 güven aralığı kullanılmıştır.



Şekil 4.6. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Kolik Problemi Arasındaki İlişide Annelerin Sol Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici İlişkin Model

Düzenleyici modelin testi için öncelikle ortak etki değişkeninin oluşturulması gerekmektedir. Bu işlem standardize edilmiş bağımsız değişken (X) ve düzenleyici değişkenin (W) çarpılmasıyla yapılır. Regresyon modeline dâhil edilen ortak etki değişkeni istatistiksel olarak anlamlı ise ve bağımlı değişkendeki (Y) varyansı açıklamada katkıda bulunuyorsa, düzenleyicilik etkisi ortaya çıkmış demektir (Gürbüz ve Şahin, 2016, s. 295). Dolayısıyla analize başlamadan önce bağımsız değişken ve düzenleyici değişken standardize edilmiştir. Bu amaçla araştırma modelinin düzenleyici değişkene ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde, annelerin sol beyin yarım küresi baskınlığının doğuma bağlı TSSB ve kolik arasındaki ilişki üzerinde düzenleyici etkisinin anlamlı olmadığı görülmüştür (B= .79, SE= .53, Z=1.48; p>.05, %95CI [-.2579, 1.8542]).

Yapılan düzenleyici değişken analizi sonuçlarına annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri, bebeklerde görülen kolik problemi üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahipken (B=2.96, SE=.58, Z=5.06; p<.001, %95CI [1.8138, 4.1124]), annelerin sol beyin yarım küresi baskınlığı bebeklerde görülen kolik problemi üzerinde negatif ve anlamsız bir etkiye sahiptir (B=-.85, SE= .58, Z=-1.45; p>.05, %95CI [-2.0057, .3000]). Ortak etki değişkeni bebeklerde görülen kolik problemi üzerinde pozitif ve anlamsız bir etki göstermiştir (B= .79, SE= .53, Z=1.48; p>.05, %95CI [-.2579, 1.8542]). R² değişim değerinin .01 olduğu belirlenmiş, ortak etki değişkeninin bebeklerde görülen kolik probleminde ilave varyansa neden olmadığı görülmüştür. Başka bir deyişle ortak etki değişkeni modele dâhil edildiğinde annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin bebeklerde görülen kolik problemi üzerindeki toplam etkisinde herhangi bir değişiklik olmamıştır.

Preacher ve Hayes' e (2004) göre, iki değişken arasındaki ilişkide, modele üçüncü bir değişkenin dâhil edilmesi durumunda sıfırdan farklı olmak şartıyla düşüş gözleniyorsa bu değişkenin aracı bir rolünün olduğunu söylemek mümkündür. Buna göre annelerin beyin yarım küresi baskınlığının, annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri ile bebeklerde görülen kolik problemi arasındaki ilişkide düzenleyici etkisine karar vermek için %95 güvenirlilik ile LLCI ve ULCI güvenirlilik aralıklarına bakılmış olup değerler -.2579 ve 1.8542 arasında olduğu ve 0 değeri bu aralıkta olduğu için annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığının bu ilişkideki düzenleyici etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir. Ek olarak tüm modelin anlamlı olduğu [F (3,403) =9.818; p<.001] ve bebeklerde görülen kolik problemi üzerindeki toplam varyansın %7'sini

açıkladığı görülmektedir. Söz konusu dolaylı etkilere yönelik katsayı ve güven aralığı değerlerine ilişkin sonuçlar Tablo 4.37’de sunulmuştur.

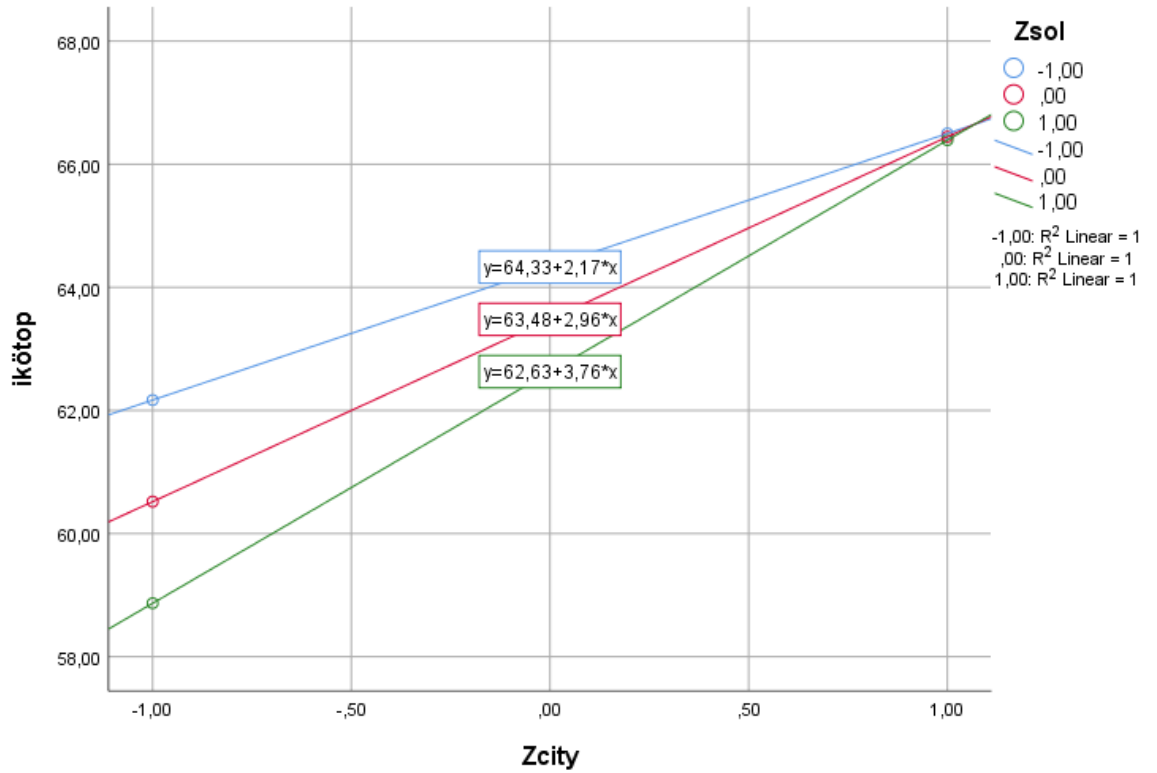
Tablo 4.37. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Düzeyleri ile Bebeklerdeki Kolik Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sol Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Bulgular

Yordayıcı Değişkenler	Sonuç Değişkeni				
	Bebeklerdeki kolik problemi (Y)				
	B	S.E.	Z	p	LLCI-ULCI
Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri (X)	2.96	.58	5.06	.000**	1.8138, 4.1124
Annelerin sol beyin yarım küresi baskınlığı (W)	-.85	.58	-1.45	.146	-2.0057, .3000
Ortak etki değişkeni (Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri x Annelerin sol beyin yarım küresi baskınlığı)	.79	.53	1.48	.138	-.2579, 1.8542
Constant	63.48	.58	108.90	.000**	62.336, 64.628
R ² değişim=.07					
F(3,403)=9.818; p<.001					

*p<.05 **p<.01

Not: Standardize edilmemiş beta katsayıları raporlanmıştır.

Düzenleyici etkileri daha iyi anlayabilmek için gerçekleştirilen basit eğim analizinin sonuçları Şekil 4.7’de gösterilmektedir. Şekil 4.7’de gösterilen mavi çizgi düşük düzeydeki sol beyin yarım küresi puanlarını, kırmızı çizgi orta düzeydeki sol beyin yarım küresi puanlarını ve yeşil çizgi yüksek düzeydeki sol beyin yarım küresi puanlarını ifade etmektedir. Şekil 4.7’de görülebileceği gibi, düşük, orta ve yüksek düzeydeki puanların eğimleri benzerdir. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri ile bebeklerdeki kolik problemi arasındaki ilişkide annelerin sol beyin yarım küresi baskınlığının düzenleyici etkisini gösteren grafik çizgilerinin eğimi incelendiğinde, sol beyin yarım küresi baskınlığının mevcut ilişkinin gücüne ya da yönüne herhangi bir katkı sağlamadığı görülmektedir. Düzenleyicilik rolüne ilişkin grafik Şekil 4.7’de sunulmuştur.

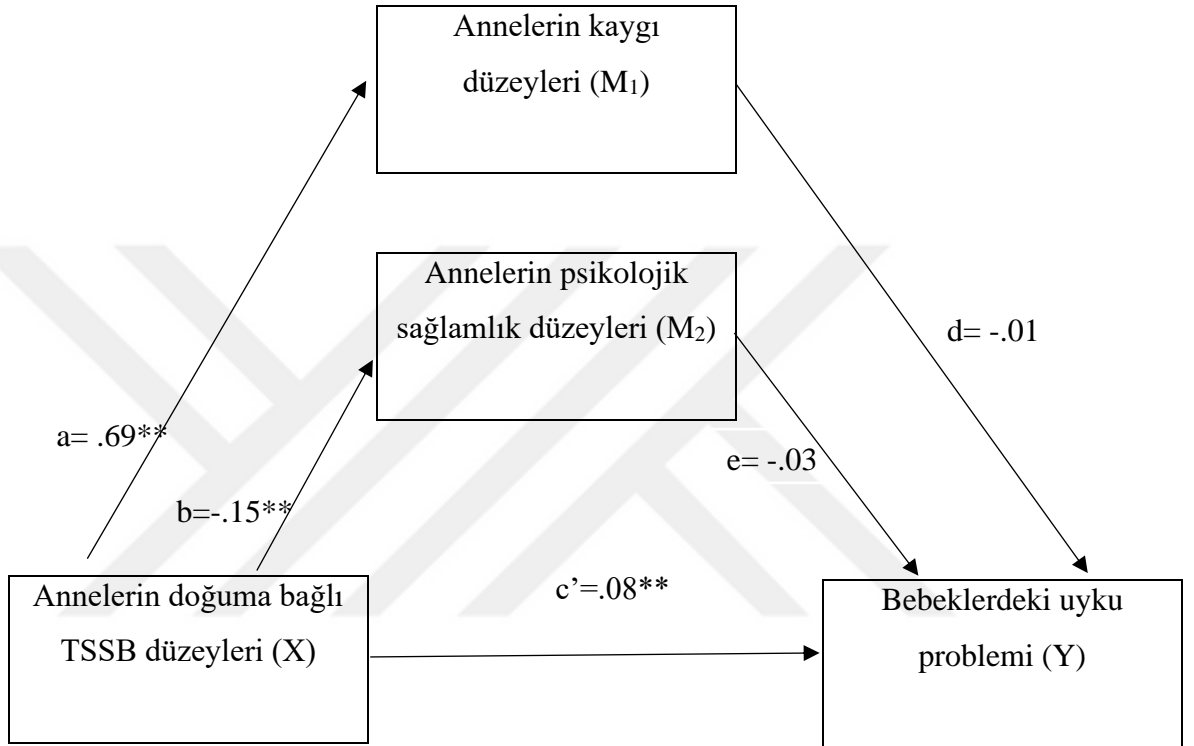
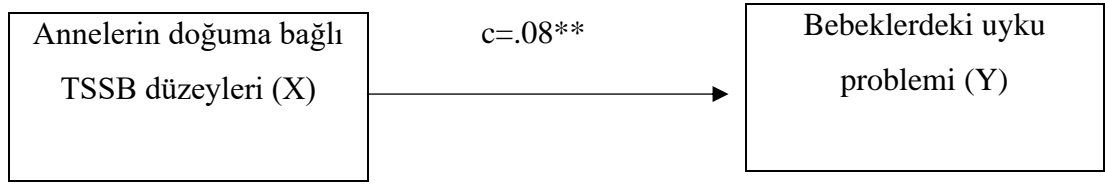


*İkötop: Kolik, Zcity: Doğuma Bağlı TSSB, Zsol: Sol beyin baskınlığı

Şekil 4.7. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtilerinin Bebeklerdeki Kolik Problemi ile İlişkisinde Annelerin Sol Beyin Baskınlığının Düzenleyici Rolü

4.5.4. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Kaygı ve Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin Aracı Rolüne İlişkin Bulgular

Bu bölümde annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen uyku problemi arasındaki ilişkide annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyinin aracı rolünü incelemek amacıyla yapılan Paralel Çoklu Aracı Değişken Analizine ilişkin bulgular sunulmuştur. İlgili analiz SPSS PROCESS eklentisinde yer alan ve 10 değişkene kadar aracı değişken kullanılmasına izin veren Model 4 kullanılarak test edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.38’de sunulmuştur. Bu modelde uyku problemi kategorik değişkeni (var/yok) bağımlı değişken (Y), CityDTÖ’den elde edilen toplam puanlar bağımsız değişken (X), BAE’den elde edilen toplam puanlar birinci aracı değişken (M₁) ve KPSÖ’den elde edilen toplam puanlar ikinci aracı değişken (M₂) olarak analiz edilmiştir. Analizde kullanılan model Şekil 4.8’de gösterilmiştir. Analizde 5000 bootstrap örnekleme ile %95 güven aralığı kullanılmıştır.



* $p < .05$ ** $p < .01$

Şekil 4.8. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Kaygı ve Psikolojik Sağlamlık Düzeyinin Aracı Rollerine İlişkin Model

Şekil 4.8’de görüldüğü üzere a yolu annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin annelerin kaygı düzeyleri üzerindeki doğrudan etkisini, b yolu annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin annelerin psikolojik sağlamlık düzeyleri üzerindeki doğrudan etkisini, d yolu annelerin kaygı düzeylerinin bebeklerde görülen uyku problemi üzerindeki doğrudan etkisini, e yolu annelerin psikolojik sağlamlık düzeyinin bebeklerde görülen uyku problemi üzerindeki doğrudan etkisini göstermektedir. Ayrıca c’ yolu annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin bebeklerde görülen uyku problemi üzerindeki doğrudan etkisini, c yolu ise annelerin doğuma bağlı TSSB

düzeylerinin bebeklerde görülen uyku problemi üzerindeki toplam etkisini ifade etmektedir. Söz konusu bu yollara ilişkin bulgulara bakıldığında annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi; annelerin kaygı düzeylerini (a yolu; $B = .69$, $SE = .03$, $t = 21.45$, $p < .001$, %95CI [.627, .753]), annelerin psikolojik sağlamlık düzeylerini (b yolu; $B = -.15$, $SE = .01$, $t = -10.62$, $p < .001$, %95CI [-.184, -.127]) ve bebeklerde görülen uyku problemini (c yolu; $B = .08$, $SE = .01$, $Z = 5.229$; $p < .001$, %95CI [.049, .109]) anlamlı şekilde yordamaktadır. Annelerin kaygı düzeyi (d yolu; $B = -.01$, $SE = .01$, $Z = -.856$; $p > .05$, %95CI [-.040, .016]) ve psikolojik sağlamlık düzeyi (e yolu; $B = -.03$, $SE = .03$, $Z = -.915$; $p > .05$, %95CI [-.101, .037]) ise bebeklerde görülen uyku problemini anlamlı olarak yordamamaktadır.

Dolaylı etkiler incelendiğinde ise ad yolu annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin bebeklerde görülen uyku problemi üzerindeki annelerin kaygı düzeyi aracılığıyla olan dolaylı etkisini, be yolu annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin bebeklerde görülen uyku problemi üzerindeki annelerin psikolojik sağlamlık düzeyi aracılığıyla olan dolaylı etkisini ifade etmektedir. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin bebeklerde görülen uyku problemi üzerindeki toplam dolaylı etkisi ise kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyi aracılığıyla olan etkilerin toplanmasıyla elde edilmiştir (ad+be). Söz konusu dolaylı etkilere ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerinin bebeklerde görülen uyku problemi ile ilişkisinde kaygı düzeyinin (ad yolu; $B = -.00$, $SE = .00$, %95CI [-.028, .009]) ve psikolojik sağlamlık düzeyinin (be yolu; $B = .00$, $SE = .00$, %95CI [-.005, .017]) aracı rolünün anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Aynı şekilde kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyinin toplam dolaylı etkisinin de anlamlı olmadığı saptanmıştır (ad+be yolu; $B = -.00$, $SE = .01$, %95CI [-.025, .017]). Ayrıca annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri ile tüm aracı değişkenler denkleme eş zamanlı olarak girildiğinde doğrudan etkiye bakıldığında annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri ve bebeklerde görülen uyku problemi arasındaki ilişkinin değişmediği ve anlamlılığın devam ettiği görülmüştür (c yolu; $B = .08$, $SE = .01$, $p < .001$; c' yolu; $B = .08$, $SE = .01$, $Z = 5.229$; $p < .001$, %95CI [.049, .109]). Ek olarak tüm modelin anlamlı olduğu ve bebeklerde görülen uyku problemi üzerindeki toplam varyansın %22'sini açıkladığı görülmektedir (Nagelkerke $R^2 = .22$; ModelLL = 56.075, $dF = 3$, $p = .000^{**}$). Söz konusu dolaylı etkilere yönelik katsayı ve güven aralığı değerlerine ilişkin sonuçlar Tablo 4.38'de sunulmuştur.

Tablo 4.38. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Düzeyleri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Kaygı ve Psikolojik Sağlık Düzeylerinin Aracı Rollerine İlişkin Bulgular

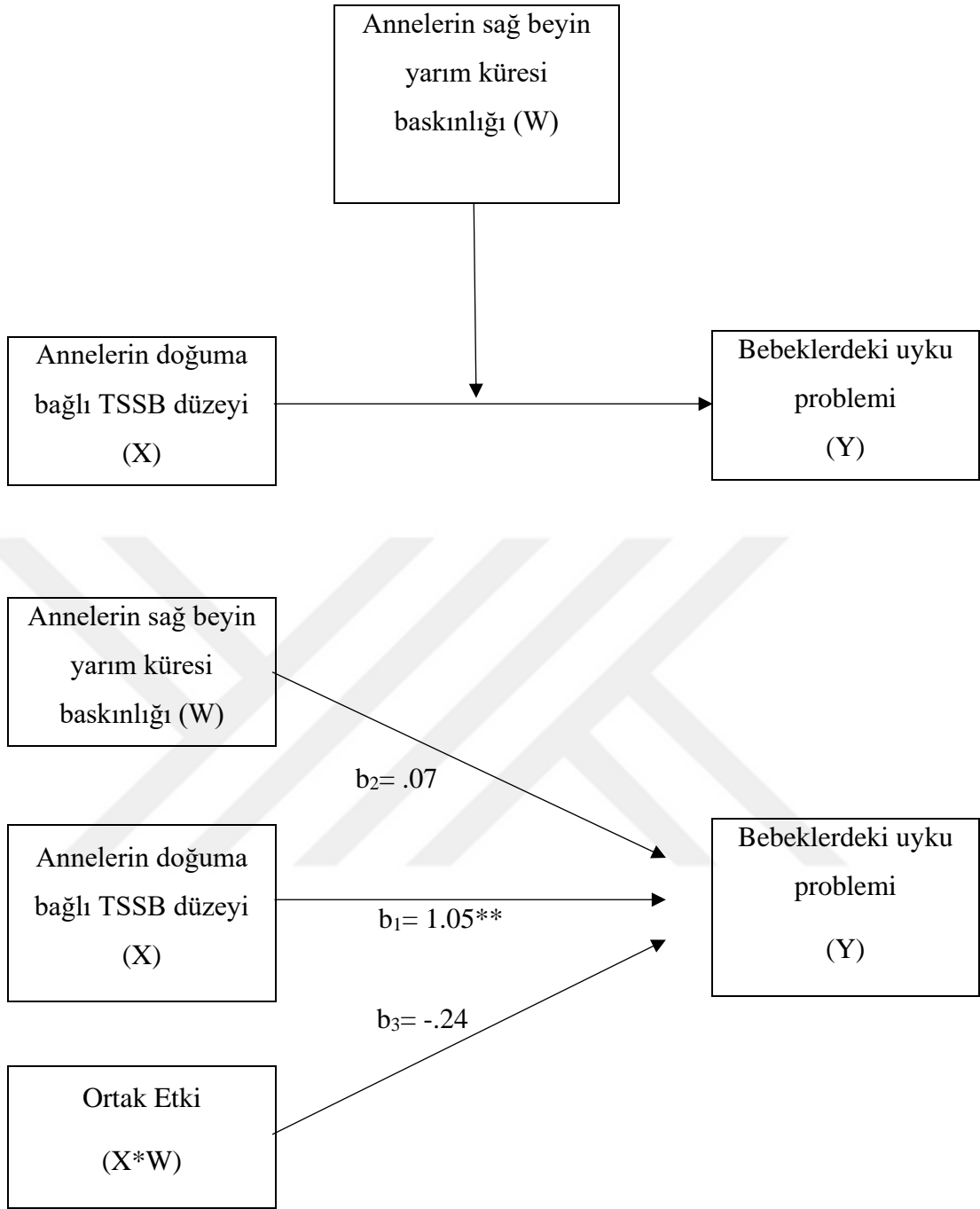
Yordayıcı Değişkenler	Annelerin kaygı düzeyleri (M ₁)			Sonuç Değişkenleri Annelerin psikolojik sağlık düzeyleri (M ₂)			Bebeklerdeki Uyku Problemi (Y)		
	B	S.E.	p	B	S.E.	p	B	S.E.	p
Annelerin doğuma bağlı TSSB Düzeyleri (X)	.69	.03	.000**	-.15	.01	.000**	.08	.01	.000**
Annelerin kaygı düzeyleri (M ₁)	-	-	-	-	-	-	-.01	.01	.392
Annelerin psikolojik sağlık düzeyleri (M ₂)	-	-	-	-	-	-	-.03	.03	.360
Sabit	.08	.86	.91	20.88	.39	.000**	-3.14	.78	.000**
<i>Nagelkerke R²=,22</i>									

* $p < .05$ ** $p < .01$

Not: Standardize edilmemiş beta katsayıları raporlanmıştır.

4.5.5. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sağ Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Bulgular

Bu bölümde annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen uyku problemi arasındaki ilişkide annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığının düzenleyici rolünü incelemek amacıyla uygulanan Basit Düzenleyici Değişken Analizi sonuçları sunulmuştur. Düzenleyici değişken (moderatör) bağımlı değişken ile bağımsız değişken arasındaki ilişkinin yönünü ve şiddetini etkileyen niceliksel ya da niteliksel bir değişkendir (Gürbüz ve Şahin, 2016, s. 298). İlgili analiz SPSS PROCESS eklentisinde yer alan Model 1 kullanılarak test edilmiştir ve sonuçlar Tablo 4.39'da gösterilmiştir. Bu modelde uyku problemi kategorik değişkeni (var/yok) bağımlı değişken (Y), CityDTÖ'den elde edilen toplam puanlar bağımsız değişken (X), BBA'dan elde edilen sağ beyin yarım küresi toplam puanları ise düzenleyici değişken (W) olarak analiz edilmiş olup söz konusu model Şekil 4.9'da gösterilmiştir. Analizde 5000 bootstrap örnekleme ile %95 güven aralığı kullanılmıştır.



Şekil 4.9. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sağ Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Model

Düzenleyici modelin testi için öncelikle ortak etki değişkeninin oluşturulması gerekmektedir. Bu işlem standardize edilmiş bağımsız değişken (X) ve düzenleyici değişkenin (W) çarpılmasıyla yapılır. Regresyon modeline dâhil edilen ortak etki değişkeni istatistiksel olarak anlamlı ise ve bağımlı değişkendeki (Y) varyansı

açıklamada katkıda bulunuyorsa, düzenleyicilik etkisi ortaya çıkmış demektir (Gürbüz ve Şahin, 2016, s. 295). Dolayısıyla analize başlamadan önce bağımsız değişken ve düzenleyici değişken standardize edilmiştir.

Yapılan aracı değişken analizi sonuçlarına annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri, bebeklerde görülen uyku problemi üzerinde pozitif yönde ve anlamlı bir etkiye ($B=1.05$, $SE=.15$, $Z=6.585$; $p<.001$, %95CI [.735, 1.359]), annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığı ise bebeklerde görülen uyku problemi üzerinde pozitif yönde ve anlamsız bir etkiye sahiptir ($B=.07$, $SE=.20$, $Z=.347$; $p>.05$, %95CI [-.332, .475]). Ortak etki değişkeni bebeklerde görülen uyku problemi üzerinde negatif yönde ve anlamsız bir etki göstermiştir ($B=-.23$, $SE=.15$, $Z=-1.53$; $p>.05$, %95CI [-.546, .066]). Ortak etki değişkeni modele dâhil edildiğinde annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri ile bebeklerde görülen uyku problemi arasındaki ilişkide değişiklik gözlenmemiş, ortak etki değişkeninin modele anlamlı katkı sunmadığı görülmüştür.

Preacher ve Hayes' e (2004) göre, iki değişken arasındaki ilişkide, modele üçüncü bir değişkenin dâhil edilmesi durumunda sıfırdan farklı olmak şartıyla düşüş gözleniyorsa bu değişkenin aracı bir rolünün olduğunu söylemek mümkündür. Buna göre annelerin beyin yarım küresi baskınlığının, annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri ile bebeklerde görülen uyku problemi arasındaki ilişkide düzenleyici (moderatör) etkisine karar vermek için %95 güvenirlilik ile LLCI ve ULCI güvenirlilik aralıklarına bakılmış olup değerler -.546 ve .066 arasında olduğu ve 0 değeri bu aralıkta olduğu için annelerin beyin yarım küresi baskınlığının bu ilişkideki düzenleyici etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir. Ek olarak tüm modelin anlamlı olduğu (ModelLL= 58.087, $dF=3$, $p=.000^{**}$) ve bebeklerde görülen uyku problemi üzerindeki toplam varyansın %24'ünü açıkladığı görülmektedir. Söz konusu dolaylı etkilere yönelik katsayı ve güven aralığı değerlerine ilişkin sonuçlar Tablo 4.39'da sunulmuştur.

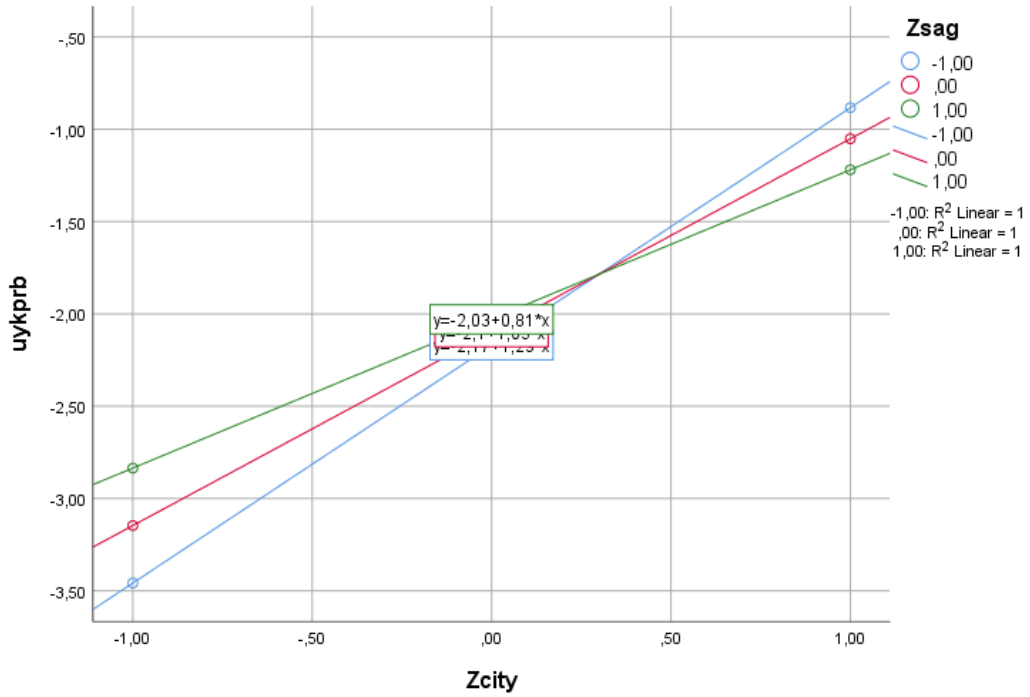
Tablo 4.39. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Düzeyleri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sağ Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Bulgular

Yordayıcı Değişkenler	Sonuç Değişkeni				
	Bebeklerdeki uyku problemi (Y)				
	B	S.E.	Z	p	LLCI-ULCI
Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri (X)	1.05	.15	6.585	.000**	(.735) -(1.359)
Annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığı (W)	.07	.20	.347	.728	(-.332) -(1.475)
Ortak etki değişkeni (Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri x Annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığı)	-.24	.15	-1.533	.125	(-.546) -(1.066)
Constant	-2.16	.19	-11.20	.000**	(-2.546) -(1.788)
<i>Nagelkerke R² = .24**</i>					

* $p < .05$, ** $p < .01$

Not: Standardize edilmemiş beta katsayıları raporlanmıştır.

Düzenleyici etkileri daha iyi anlayabilmek için gerçekleştirilen basit eğim analizinin sonuçları Şekil 4.10'da gösterilmektedir. Şekil 4.10'da gösterilen mavi çizgi düşük düzeydeki sağ beyin yarım küresi puanlarını, kırmızı çizgi orta düzeydeki sağ beyin yarım küresi puanlarını ve yeşil çizgi yüksek düzeydeki sağ beyin yarım küresi puanlarını ifade etmektedir. Şekil 4.10'da görülebileceği gibi, düşük, orta ve yüksek düzeydeki puanların eğimleri benzerdir. Grafikte yeşil çizginin eğiminin diğerlerine göre daha az olduğu görülmektedir. Buna göre, annelerin sağ beyin baskınlığı arttıkça TSSB ile uyku problemi arasındaki ilişki zayıflamaktadır. Ancak yapılan analizlerde bu etkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri ile bebeklerde görülen uyku problemi arasındaki ilişkide annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığının düzenleyici etkisini gösteren grafik çizgilerinin eğimi incelendiğinde, sağ beyin yarım küresi baskınlığının mevcut ilişkinin gücüne ya da yönüne herhangi bir katkı sağlamadığı görülmektedir. Düzenleyicilik rolüne ilişkin grafik Şekil 4.10'da sunulmuştur.

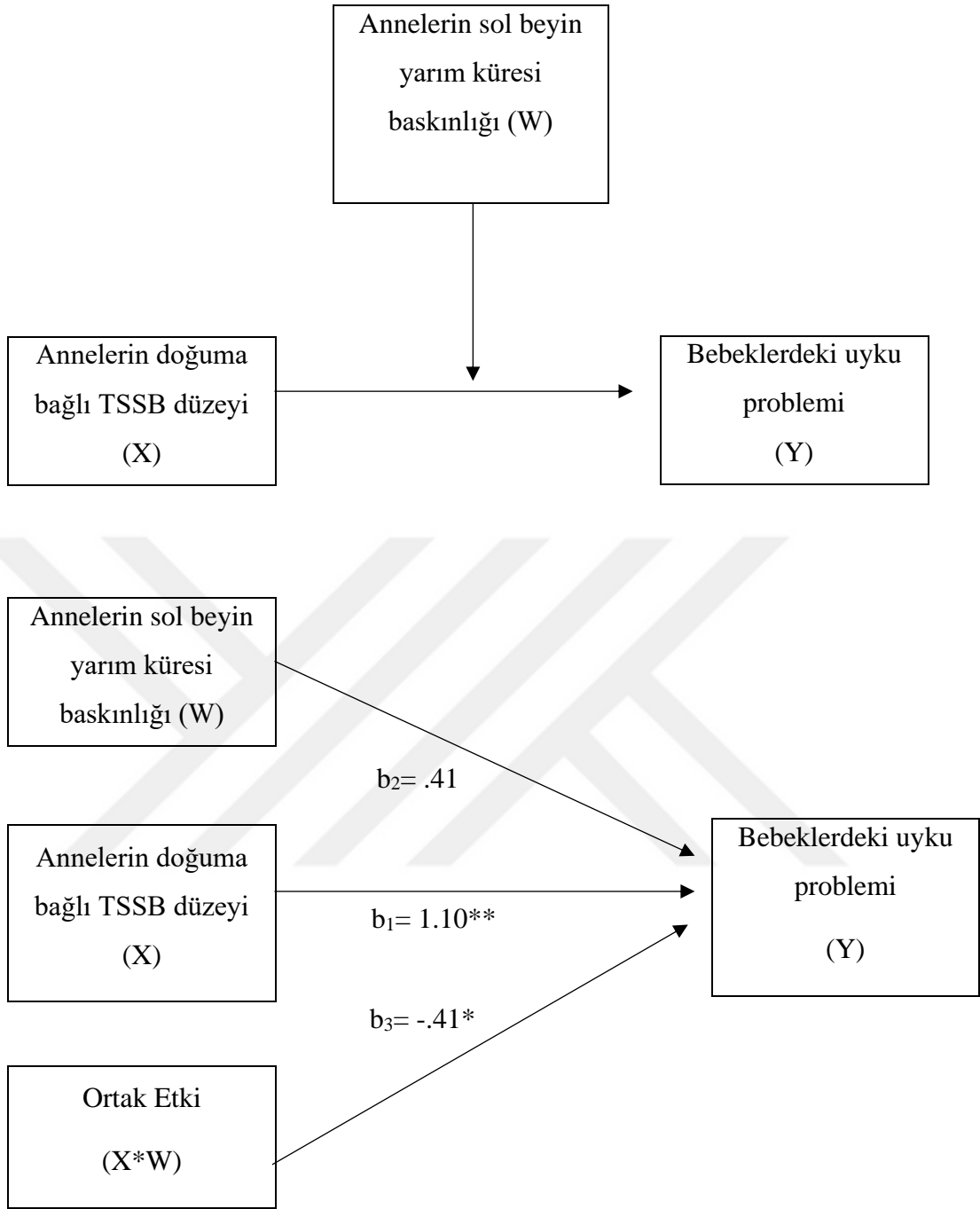


*Uykprib: Uyku problemi, Zcity: Doğuma Bağlı TSSB, Zsag: Sağ beyin baskınlığı

Şekil 4.10. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtilerinin Bebeklerdeki Uyku Problemi ile İlişkisinde Annelerin Sağ Beyin Baskınlığının Düzenleyici Rolü

4.5.6. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sol Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Bulgular

Bu bölümde annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen uyku problemi arasındaki ilişkide annelerin sol beyin yarım küresi baskınlığının düzenleyici rolünü incelemek amacıyla uygulanan Basit Düzenleyici Değişken Analizi sonuçları sunulmuştur. Düzenleyici değişken (moderatör) bağımlı değişken ile bağımsız değişken arasındaki ilişkinin yönünü ve şiddetini etkileyen niceliksel ya da niteliksel bir değişkendir (Gürbüz ve Şahin, 2016, s. 298). İlgili analiz SPSS PROCESS eklentisinde yer alan Model 1 kullanılarak test edilmiştir ve sonuçlar Tablo 4.40'ta gösterilmiştir. Bu modelde uyku problemi kategorik değişkeni (var/yok) bağımlı değişken (Y), CityDTÖ'den elde edilen toplam puanlar bağımsız değişken (X), BBA'dan elde edilen sol beyin yarım küresi toplam puanları ise düzenleyici değişken (W) olarak analiz edilmiş olup söz konusu model Şekil 4.11'de gösterilmiştir. Analizde 5000 bootstrap örnekleme ile %95 güven aralığı kullanılmıştır.



Şekil 4.11. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtileri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sol Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Model

Düzenleyici modelin testi için öncelikle ortak etki değişkeninin oluşturulması gerekmektedir. Bu işlem standardize edilmiş bağımsız değişken (X) ve düzenleyici değişkenin (W) çarpılmasıyla yapılır. Regresyon modeline dâhil edilen ortak etki değişkeni istatistiksel olarak anlamlı ise ve bağımlı değişkendeki (Y) varyansı

açıklamada katkıda bulunuyorsa, düzenleyicilik etkisi ortaya çıkmış demektir (Gürbüz ve Şahin, 2016, s. 295). Dolayısıyla analize başlamadan önce bağımsız değişken ve düzenleyici değişken standardize edilmiştir.

Yapılan aracı değişken analizi sonuçlarına annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri, bebeklerde görülen uyku problemi üzerinde pozitif yönde ve anlamlı bir etkiye ($B=1.10$, $SE=.16$, $Z=6.653$; $p<.001$, %95CI [.780, 1.432]), annelerin sol beyin yarım küresi baskınlığı ise bebeklerde görülen uyku problemi üzerinde pozitif yönde ve anlamsız bir etkiye sahiptir ($B=.41$, $SE=.21$, $Z=1.903$; $p>.05$, %95CI [-.012, .838]). Annelerin sol beyin baskınlığının (ortak etki değişkeni), doğuma bağlı TSSB ve bebeklerdeki uyku problemi arasındaki ilişki üzerinde negatif yönde anlamlı bir düzenleyici etkisi vardır ($B=-.41$, $SE=.16$, $Z=-2.454$; $p<.05$, %95CI [-.744,-.083]). Bu düzenleyici etki modeldeki %2'lik değişimi açıklamaktadır (Nagelkerke R^2 değişim=.02, ModelLL= 6.501, $dF=1$, $p=.010^*$). Buna göre yüksek sol beyin baskınlığı, doğuma bağlı TSSB ve uyku problemi arasındaki ilişkide daha etkilidir. Annelerin sol beyin baskınlığı yükseldikçe doğuma bağlı TSSB ve uyku problemi arasındaki ilişki zayıflamıştır. Bu anlamda sol beyin baskınlığı, bu ilişkide tampon etkisi göstermektedir.

Preacher ve Hayes' e (2004) göre, iki değişken arasındaki ilişkide, modele üçüncü bir değişkenin dâhil edilmesi durumunda sıfırdan farklı olmak şartıyla düşüş gözleniyorsa bu değişkenin aracı bir rolünün olduğunu söylemek mümkündür. Buna göre annelerin beyin yarım küresi baskınlığının, annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri ile bebeklerde görülen uyku problemi arasındaki ilişkide düzenleyici (moderatör) etkisine karar vermek için %95 güvenirlilik ile LLCI ve ULCI güvenirlilik aralıklarına bakılmış olup değerler -.744 ve -.083 arasında olduğu ve 0 değeri bu aralıkta olmadığı için annelerin sol beyin yarım küresi baskınlığının bu ilişkideki düzenleyici etkisinin anlamlı olduğu görülmektedir. Ek olarak tüm modelin anlamlı olduğu (ModelLL= 61.373, $dF=3$, $p=.000^{**}$) ve bebeklerde görülen uyku problemi üzerindeki toplam varyansın %24'ünü açıkladığı görülmektedir. Söz konusu dolaylı etkilere yönelik katsayı ve güven aralığı değerlerine ilişkin sonuçlar Tablo 4.40'ta sunulmuştur.

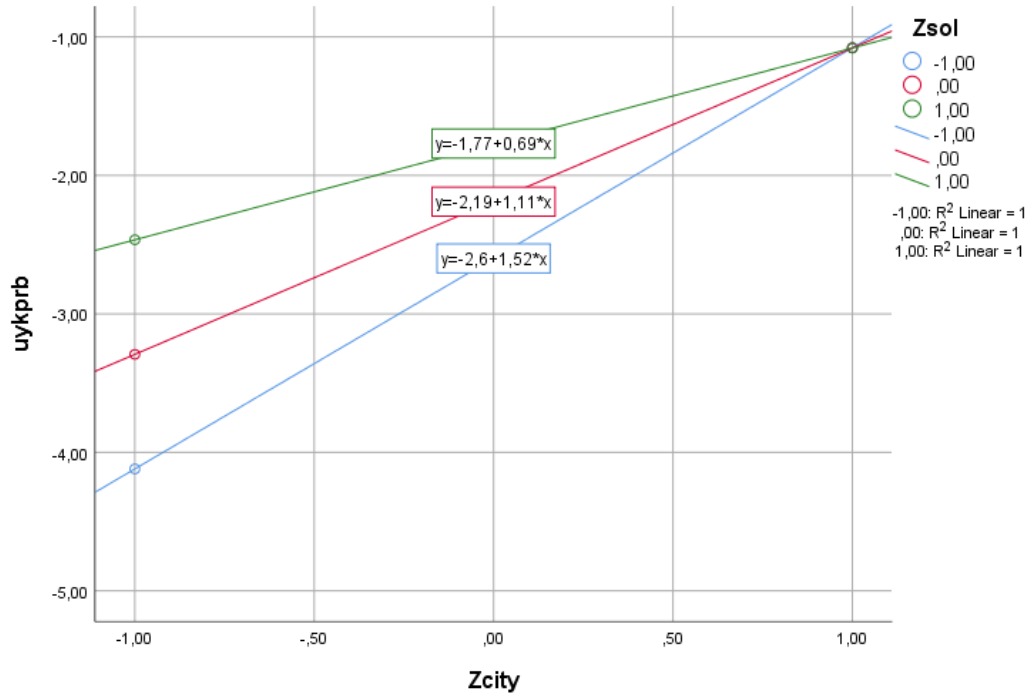
Tablo 4.40. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Düzeyleri ile Bebeklerdeki Uyku Problemi Arasındaki İlişkide Annelerin Sol Beyin Yarım Küresi Baskınlığının Düzenleyici Rolüne İlişkin Bulgular

Yordayıcı Değişkenler	Sonuç Değişkeni				
	Bebeklerdeki uyku problemi (Y)				
	B	S.E.	Z	p	LLCI-ULCI
Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri (X)	1.10	.16	6.653	.000**	(.780) -(1.432)
Annelerin sol beyin yarım küresi baskınlığı (W)	.41	.21	1.903	.057	(-.012) -(0.838)
Ortak etki değişkeni (Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri x Annelerin sol beyin yarım küresi baskınlığı)	-.41	.16	-2.454	.014*	(-.744) -(-.083)
Constant	-3.95	.41	-9.51	.000**	(-2.546) -(-1.788)
<i>Nagelkerke R² = .24</i>					

* $p < .05$ ** $p < .01$

Not: Standardize edilmemiş beta katsayıları raporlanmıştır.

Düzenleyici etkileri daha iyi anlayabilmek için gerçekleştirilen basit eğim analizinin sonuçları Şekil 4.12’de gösterilmektedir. Şekil 4.12’de gösterilen mavi çizgi düşük düzeydeki sol beyin yarım küresi puanlarını, kırmızı çizgi orta düzeydeki sol beyin yarım küresi puanlarını ve yeşil çizgi yüksek düzeydeki sol beyin yarım küresi puanlarını ifade etmektedir. Şekil 4.12’de görülebileceği gibi, düşük, orta ve yüksek düzeydeki puanların eğimleri farklıdır. Eğim, düşük düzeyde sol beyin baskınlığı için daha diktir. Buna göre, annelerin sol beyin baskınlığı arttıkça TSSB ile uyku problemi arasındaki ilişki zayıflamaktadır. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri ile bebeklerde görülen uyku problemi arasındaki ilişkide annelerin sol beyin yarım küresi baskınlığının düzenleyici etkisini gösteren grafik çizgilerinin eğimi incelendiğinde, TSSB’nin uyku problemi üzerindeki etkisinin düşük sol beyin baskınlığında, yüksek sol beyin baskınlığına kıyasla daha güçlü olduğu görülmektedir. Sol beyin baskınlığı arttıkça, TSSB ile uyku problemi arasındaki ilişkinin gücü azalmaktadır. Düzenleyicilik rolüne ilişkin grafik Şekil 4.12’de sunulmuştur.



*Uykprb: Uyku problemi, Zcity: Doğuma Bağlı TSSB, Zsol: Sol beyin baskınlığı

Şekil 4.12. Annelerin Doğuma Bağlı TSSB Belirtilerinin Bebeklerdeki Uyku Problemi ile İlişisinde Annelerin Sol Beyin Baskınlığının Düzenleyici Rolü

4.6. Annelere Uygulanan EMDR Grup Terapisinin (GTEP) Etkililiğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde EMDR grup terapisinin etkililiğini belirlemek amacıyla, CityDTÖ'den elde edilen toplam puanlara göre seçilen deney ve kontrol gruplarının karşılaştırılması yapılmıştır. Bu bağlamda ilk olarak her iki grubun herhangi bir müdahale programı uygulanmadan önceki puanları karşılaştırılmıştır. Grup karşılaştırmaları yapılırken her iki gruptaki kişi sayısının 20'den daha düşük olması nedeniyle parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Her iki grubun öntest ölçümlerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan Mann Whitney U Testi'ne ilişkin bulgular Tablo 4.41'de, Ki Kare Testi'ne ilişkin bulgular ise Tablo 4.42'de verilmiştir.

Tablo 4.41. Her İki Grubun Doğuma Bağlı TSSB, Kaygı, Psikolojik Sağlık, Beyin Yarım Küresi Baskınlığı ve Kolik Değişkenlerine İlişkin Öntest Ölçümlerinin Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Değişken	Test	N	Ort.	SD	Z	p	Cohen d
Doğumu yeniden yaşamak	Deney Kontrol	13 13	10.31 10.23	3.47 2.71	-0.26	.796	--
Kaçınma	Deney Kontrol	13 13	5.31 4.54	0.85 2.07	-0.59	.555	--
Negatif Bilişler	Deney Kontrol	13 13	15.92 16.62	3.12 2.84	-0.31	.757	--
Aşırı Uyarılma	Deney Kontrol	13 13	14.08 15.77	3.43 3.06	-1.33	.183	--
Dissosiyatif	Deney Kontrol	13 13	3.46 5.15	2.22 1.68	-2.03	.042	0.44
CityDTÖ toplam puan	Deney Kontrol	13 13	45.62 47.15	6.83 6.91	-0.64	.520	--
Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan	Deney Kontrol	13 13	26.46 32.31	13.14 13.01	-1.03	.305	--
Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puan	Deney Kontrol	13 13	16,00 20,62	4,92 3,36	-2.58	.010	0.56
Sağ üst beyin baskınlığı	Deney Kontrol	13 13	13.46 13.85	4.91 4.39	-0.05	.959	--
Sağ alt beyin baskınlığı	Deney Kontrol	13 13	15.54 16.69	5.67 4.91	-0.28	.777	--
Sol alt beyin baskınlığı	Deney Kontrol	13 13	14.46 14.23	5.75 4.92	-0.54	.587	--
Sol üst beyin baskınlığı	Deney Kontrol	13 13	15.38 13.54	5.80 4.01	-1.50	.135	--
Sağ beyin baskınlığı toplam puan	Deney Kontrol	13 13	41.00 42.53	9.68 8.79	-.56	.571	--
Sol beyin baskınlığı toplam puan	Deney Kontrol	13 13	41.84 39.76	11.07 8.21	-1.41	.157	--
Beyin baskınlığı toplam puan	Deney Kontrol	13 13	58.85 58.31	20.21 16.33	-0.57	.572	--
İnek sütü alerjisi	Deney Kontrol	13 13	5.69 5.15	2.95 2.82	-0.50	.620	--
İmmatür sindirim sistemi	Deney Kontrol	13 13	5.38 5.08	2.66 3.15	-0.29	.775	--
İmmatür merkezi sinir sistemi	Deney Kontrol	13 13	19.69 21.69	3.73 5.07	-1.06	.288	--
Zor bebek	Deney Kontrol	13 13	9.31 9.62	1.65 3.20	-0.05	.959	--
Ebeveyn bebek etkileşimi	Deney Kontrol	13 13	9.23 9.77	2.77 3.90	-0.67	.503	--
İnfant Kolik Ölçeği toplam puan	Deney Kontrol	13 13	49.31 51.31	8.72 9.82	-0.44	.662	--

Tablo 4.42. Her İki Grubun Uyku Problemi ve Meme Reddi Değişkenlerine İlişkin Öntest Ölçümlerinin Ki Kare Testi ile Karşılaştırılması

	Uyku problemi		$\chi^2 (p)$	r (p)
	Yok	Var		
Deney grubu	6 (%46.1)	7 (%53.9)	.65	.15
Kontrol grubu	4 (%30.7)	9 (%69.3)	(.420)	(.440)
	Meme reddi		$\chi^2 (p)$	r (p)
	Yok	Var		
Deney grubu	2 (%15.4)	11 (%84.6)	7.72**	-.54**
Kontrol grubu	9 (%69.2)	4 (%30.8)	(.005)	(.004)

Tablo 4.41 ve Tablo 4.42 incelendiğinde, öntest ölçümlerinin deney ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığa sahip olmadığı görülmektedir ($p > .05$). İstatistiksel olarak anlamlı farklılığa sahip olan değişkenin doğuma bağlı TSSB'nin alt ölçeklerinden “dissosiyatif belirti” olduğu tespit edilmiş ve kontrol grubundaki annelerin daha yüksek puanlara sahip olduğu, anlamlı farklılığın orta etki büyüklüğüne sahip olduğu tespit edilmiştir ($Z=-2.03$, $p<.05$). Aynı şekilde psikolojik sağlamlık düzeylerinin gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($Z=-2.58$, $p<.05$). Ortalamalar incelendiğinde kontrol grubunun deney grubuna göre daha yüksek psikolojik sağlamlığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grupları bebeklerde görülen meme reddi problemi açısından da anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($\chi^2=7.72$, $p<.01$). Buna göre deney grubundaki annelerin bebekleri, kontrol grubundaki annelerin bebeklerine göre anlamlı düzeyde daha fazla meme reddi problemi yaşamaktadır.

Her iki grubun öntest ölçümlerinin benzer düzeyde olduğu belirlendikten sonra, sontest ölçümleri karşılaştırılmıştır. İlk olarak deney grubunun sontest ve öntest ölçümlerinin karşılaştırılması amacıyla Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi ve McNemar Testi uygulanmış ve elde edilen bulgular Tablo 4.43 ve Tablo 4.44'de verilmiştir.

Tablo 4.43. Deney Grubunun Doğuma Bağlı TSSB, Kaygı, Psikolojik Sağlık, Beyin Yarım Küresi Baskınlığı ve Kolik Değişkenlerine İlişkin Sontest ve Öntest Ölçümlerinin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Karşılaştırılması

Değişken	Test	N	Ort.	SD	Z	p	Cohen d
Doğumu yeniden yaşamak	Öntest	13	10.31	3.47	-3.19	.001**	1.00
	Sontest	13	2.23	2.17			
Kaçınma	Öntest	13	5.31	0.85	-3.20	.001**	1.00
	Sontest	13	1.00	1.41			
Negatif Bilişler	Öntest	13	15.92	3.12	-3.18	.001**	1.00
	Sontest	13	5.31	4.31			
Aşırı Uyarılma	Öntest	13	14.08	3.43	-3.18	.001**	1.00
	Sontest	13	5.08	4.52			
Dissosiyatif	Öntest	13	3.46	2.22	-2.82	.005**	1.00
	Sontest	13	0.62	1.04			
CityDTÖ toplam puan	Öntest	13	45.62	6.83	-3.18	.001**	1.00
	Sontest	13	13.62	9.70			
Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan	Öntest	13	26.46	13.14	-3.08	.002**	0.97
	Sontest	13	10.23	10.10			
Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puan	Öntest	13	16,00	4,92	-1.96	.045*	0.39
	Sontest	13	19,46	6,09			
Sağ üst beyin baskınlığı	Öntest	13	13.46	4.91	-2.09	.037*	0.68
	Sontest	13	17.15	3.02			
Sağ alt beyin baskınlığı	Öntest	13	15.54	5.67	-2.44	.015*	0.80
	Sontest	13	20.23	2.83			
Sol alt beyin baskınlığı	Öntest	13	14.46	5.75	-1.58	.115	--
	Sontest	13	17.77	4.27			
Sol üst beyin baskınlığı	Öntest	13	15.38	5.80	-1.19	.234	--
	Sontest	13	18.23	2.95			
Sağ beyin baskınlığı toplam puan	Öntest	13	34.53	8.22	-2.68	.007**	0.84
	Sontest	13	41.46	3.86			
Sol beyin baskınlığı toplam puan	Öntest	13	41.84	11.07	-1.61	.105	--
	Sontest	13	48.00	6.54			
Beyin baskınlığı toplam puan	Öntest	13	58.85	20.21	-2.28	.023*	0.72
	Sontest	13	73.38	10.63			
İnek sütü alerjisi	Öntest	13	5.69	2.95	-1.02	.310	--
	Sontest	13	5.08	2.99			
İmmatür sindirim sistemi	Öntest	13	5.38	2.66	-1.35	.178	--
	Sontest	13	4.38	2.29			
İmmatür merkezi sinir sistemi	Öntest	13	19.69	3.73	-1.30	.194	--
	Sontest	13	18.31	6.28			
Zor bebek	Öntest	13	9.31	1.65	-1.19	.233	--
	Sontest	13	9.85	2.27			
Ebeveyn bebek etkileşimi	Öntest	13	9.23	2.77	-0.77	.444	--
	Sontest	13	8.31	1.89			
İnfant Kolik Ölçeği toplam puan	Öntest	13	49.31	8.72	-1.40	.161	--
	Sontest	13	45.92	9.98			

Tablo 4.44. Deney Grubunun Uyku Problemi ve Meme Reddi Değişkenlerine İlişkin Sontest ve Öntest Ölçümlerinin McNemar Testi ile Karşılaştırılması

	Uyku problemi		χ^2 McNemar	<i>p</i>
	Yok	Var		
Ön test	6 (%46.1)	7 (%53.9)	6.19	1.000
Son test	6 (%46.1)	7 (%53.9)		
	Meme reddi		χ^2 McNemar	<i>p</i>
	Yok	Var		
Ön test	2 (%15.4)	11 (%84.6)	.70	.008**
Son test	10 (%76.9)	3 (%23.1)		

Tablo 4.43 ve Tablo 4.44 incelendiğinde, deney grubunun sontest ve öntest ölçümlerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerinin EMDR grup terapisi öncesi ve sonrası istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir ($Z=-3.18$, $p<.01$). Doğuma bağlı TSSB belirtilerine ilişkin ortalamalar incelendiğinde, sontest puanlarının daha düşük olduğu ve EMDR grup terapisinin istatistiksel olarak etkili olduğu tespit edilmiştir. Anlamlı bulunan farklılığın pratik anlamlılığı için etki büyüklüğü hesaplanmış ve EMDR grup terapisinin TSSB belirtilerini azaltmada büyük bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($d=1.00$).

Deney grubunun kaygı düzeyine ilişkin sontest ve ön test ölçümleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($Z=-3.08$, $p<.01$). Ortalamalar incelendiğinde deney grubunun sontest puanlarının öntest puanlarına göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir. Anlamlı bulunan farklılığın pratik anlamlılığı için etki büyüklüğü hesaplanmış ve EMDR terapisinin kaygı düzeyini azaltmada büyük etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ($d=0.97$).

Deney grubunun psikolojik sağlamlık düzeyine ilişkin sontest ve ön test ölçümleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($Z=-1.96$, $p<.05$). Ortalamalar incelendiğinde, sontest puanlarının öntest puanlarından yüksek olduğu ve aradaki farkın pratikte orta bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir ($d=0.39$).

Deney grubunun sağ alt ($Z=-2.44$, $p<.05$), sağ üst ($Z=-2.09$, $p<.05$), sağ beyin baskınlığı ($Z=-2.68$, $p<.01$) ve toplam beyin baskınlığı beyin baskınlığı ($Z=-2.28$, $p<.05$) düzeyine ilişkin ölçümler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde sontest puanlarının öntest puanlarına göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Anlamlı bulunan farklılığın pratik anlamlılığı için etki büyüklüğü hesaplanmış ve EMDR grup terapisinin sağ alt ve üst beyin baskınlığı, sağ beyin baskınlığı, toplam beyin baskınlığı düzeyini artırmada büyük etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $d=0.80$; $d=0.68$; $d=0.84$; $d=0.72$). Sol alt ve üst beyin baskınlığının ise ölçümlerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>.05$) ve EMDR grup terapisinin sol alt ve üst beyin baskınlığı üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiştir.

Deney grubunun kolik ($Z=-1.40$, $p>.05$) ve uyku ($\chi^2=6.19$, $p>.05$) problemlerine ilişkin ölçümler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı tespit edilmiştir. Buna göre EMDR grup terapisinin bebeklerdeki kolik ve uyku problemleri üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir. Buna karşın bebeklerde görülen meme reddi problemine ilişkin ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($\chi^2=.70$, $p<.01$). Annelere uygulanan EMDR grup terapisinin bebeklerde görülen meme reddi problemi üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Deney grubunun sontest ve öntest ölçümleri karşılaştırıldıktan sonra kontrol grubunun sontest ve öntest ölçümlerini karşılaştırmak amacıyla yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi'ne ilişkin bulgular Tablo 4.45'te ve McNemar Testi'ne ilişkin bulgular Tablo 4.46'da verilmiştir.

Tablo 4.45. Kontrol Grubunun Doğuma Bağlı TSSB, Kaygı, Psikolojik Sağlamlık, Beyin Yarım Küresi Baskınlığı ve Kolik Değişkenlerine İlişkin Sontest ve Öntest Ölçümlerinin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Karşılaştırılması

Değişken	Test	N	Ort.	SD	Z	p	Cohen d
Doğumu yeniden yaşamak	Öntest	13	10.23	2.71	-1.58	.113	--
	Sontest	13	8.54	4.59			
Kaçınma	Öntest	13	4.54	2.07	-1.28	.201	--
	Sontest	13	3.85	2.23			
Negatif Bilişler	Öntest	13	16.62	2.84	-2.36	.018*	0.74
	Sontest	13	12.69	4.73			
Aşırı Uyarılma	Öntest	13	15.77	3.06	-1.58	.113	--
	Sontest	13	13.62	4.50			
Dissosiyatif	Öntest	13	5.15	1.68	-2.09	.036*	0.78
	Sontest	13	3.85	2.12			
CityDTÖ toplam puan	Öntest	13	47.15	6.91	-1.82	.068	--
	Sontest	13	38.69	14.57			
Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan	Öntest	13	32.31	13.01	-1.14	.255	--
	Sontest	13	27.69	14.27			
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puan	Öntest	13	20.62	3.36	-2.75	.006**	0.88
	Sontest	13	12.62	5.99			
Sağ üst beyin baskınlığı	Öntest	13	13.85	4.39	-1.12	.261	--
	Sontest	13	15.38	3.43			
Sağ alt beyin baskınlığı	Öntest	13	16.69	4.91	-1.58	.115	--
	Sontest	13	18.15	3.65			
Sol alt beyin baskınlığı	Öntest	13	14.23	4.92	-0.11	.918	--
	Sontest	13	15.15	4.24			
Sol üst beyin baskınlığı	Öntest	13	13.54	4.01	-1.28	.199	--
	Sontest	13	15.46	3.07			
Sağ beyin baskınlığı toplam puan	Öntest	13	42.53	8.79	-.824	.410	--
	Sontest	13	45.53	5.92			
Sol beyin baskınlığı toplam puan	Öntest	13	39.76	8.21	-.565	.572	--
	Sontest	13	42.61	6.85			
Beyin baskınlığı toplam puan	Öntest	13	58.31	16.33	-1.26	.208	--
	Sontest	13	64.15	11.01			
İnek sütü alerjisi	Öntest	13	5.15	2.82	0.00	1.000	--
	Sontest	13	5.15	2.70			
İmmatür sindirim sistemi	Öntest	13	5.08	3.15	-1.53	.126	--
	Sontest	13	3.85	3.08			
İmmatür merkezi sinir sistemi	Öntest	13	21.69	5.07	-0.45	.656	--
	Sontest	13	21.08	5.31			
Zor bebek	Öntest	13	9.62	3.20	-0.44	.663	--
	Sontest	13	10.69	3.54			
Ebeveyn bebek etkileşimi	Öntest	13	9.77	3.90	-0.52	.608	--
	Sontest	13	10.00	3.81			
İnfant Kolik Ölçeği toplam puan	Öntest	13	51.31	9.82	-0.36	.719	--
	Sontest	13	50.77	8.73			

Tablo 4.46. Kontrol Grubunun Uyku Problemi ve Meme Reddi Değişkenlerine İlişkin Sontest ve Öntest Ölçümlerinin McNemar Testi ile Karşılaştırılması

	Uyku problemi		χ^2 McNemar	<i>p</i>
	Yok	Var		
Ön test	4 (%30.7)	9 (%69.3)	1.04	.375
Son test	7 (%53.8)	6 (%46.2)		

	Meme reddi		χ^2 McNemar	<i>p</i>
	Yok	Var		
Ön test	9 (%69.2)	4 (%30.8)	5.31	.500
Son test	11 (%84.6)	2 (%15.4)		

Tablo 4.45 ve Tablo 4.46 incelendiğinde, kontrol grubunun sontest ve öntest ölçümlerinden TSSB belirtileri olan negatif bilişler ($Z=-2.36$, $p<.05$) ve dissosiyatif ($Z=-2.09$, $p<.05$) belirtilerin ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin ($Z=-2.75$, $p<.01$) istatistiksel olarak anlamlı farklılığa sahip olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde sontest puanlarının daha düşük olduğu ve anlamlı farklılığın pratikte büyük etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $d=0.74$; $d=0.78$; $d=0.88$). Araştırma kapsamındaki diğer değişkenler açısından, kontrol grubunun sontest ve öntest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı tespit edilmiştir.

Kontrol grubunun sontest ve öntest ölçümleri karşılaştırıldıktan sonra deney ve kontrol grubunun sontest ölçümlerini karşılaştırmak amacıyla Mann Whitney U Testi ile Ki Kare Testi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 4.47 ve Tablo 4.48’de verilmiştir.

Tablo 4.47. Her İki Grubun Doğuma Bağlı TSSB, Kaygı, Psikolojik Sağlık, Beyin Yarım Küresi Baskınlığı ve Kolik Değişkenlerine İlişkin Sontest Ölçümlerinin Mann Whitney U Testi ile Karşılaştırılması

Değişken	Test	N	Ort.	SD	Z	p	Cohen d
Doğumu yeniden yaşamak	Deney Kontrol	13 13	2.23 8.54	2.17 4.59	-3.33	.001**	0.76
Kaçınma	Deney Kontrol	13 13	1.00 3.85	1.41 2.23	-2.96	.003**	0.66
Negatif Bilişler	Deney Kontrol	13 13	5.31 12.69	4.31 4.73	-3.22	.001**	0.74
Aşırı Uyarılma	Deney Kontrol	13 13	5.08 13.62	4.52 4.50	-3.56	.001**	0.74
Dissosiyatif	Deney Kontrol	13 13	0.62 3.85	1.04 2.12	-3.48	.000**	0.77
CityDTÖ toplam puan	Deney Kontrol	13 13	13.62 38.69	9.70 14.57	-3.46	.001**	0.80
Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan	Deney Kontrol	13 13	10.23 27.69	10.10 14.27	-3.05	.002**	0.71
Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puan	Deney Kontrol	13 13	19.46 12.62	6.09 5.99	-2.52	.012*	0.58
Sağ üst beyin baskınlığı	Deney Kontrol	13 13	17.15 15.38	3.02 3.43	-1.29	.204	--
Sağ alt beyin baskınlığı	Deney Kontrol	13 13	20.23 18.15	2.83 3.65	-1.35	.178	--
Sol alt beyin baskınlığı	Deney Kontrol	13 13	17.77 15.15	4.27 4.24	-1.55	.122	--
Sol üst beyin baskınlığı	Deney Kontrol	13 13	18.23 15.46	2.95 3.07	-1.94	.053	--
Sağ beyin baskınlığı toplam puan	Deney Kontrol	13 13	49.38 45.53	4.92 5.92	-1.67	.095	--
Sol beyin baskınlığı toplam puan	Deney Kontrol	13 13	48.00 42.61	6.54 6.85	-1.74	.081	--
Beyin baskınlığı toplam puan	Deney Kontrol	13 13	73.38 64.15	10.63 11.01	-1.77	.077	--
İnek sütü alerjisi	Deney Kontrol	13 13	5.08 5.15	2.99 2.70	-0.13	.896	--
İmmatür sindirim sistemi	Deney Kontrol	13 13	4.38 3.85	2.29 3.08	-0.63	.531	--
İmmatür merkezi sinir sistemi	Deney Kontrol	13 13	18.31 21.08	6.28 5.31	-1.29	.199	--
Zor bebek	Deney Kontrol	13 13	9.85 10.69	2.27 3.54	-0.49	.624	--
Ebeveyn bebek etkileşimi	Deney Kontrol	13 13	8.31 10.00	1.89 3.81	-1.32	.186	--
İnfant Kolik Ölçeği toplam puan	Deney Kontrol	13 13	45.92 50.77	9.98 8.73	-1.28	.199	--

Tablo 4.48. Her İki Grubun Uyku Problemi ve Meme Reddi Değişkenlerine İlişkin Sontest Ölçümlerinin Ki Kare Testi ile Karşılaştırılması

	Uyku problemi		$\chi^2 (p)$	r (p)
	Yok	Var		
Deney grubu	6 (%46.2)	7 (%53.8)	0.15	-.07
Kontrol grubu	7 (%53.8)	6 (%46.2)	(.695)	(.709)

	Meme reddi		$\chi^2 (p)$	r (p)
	Yok	Var		
Deney grubu	10 (%76.9)	3 (%23.1)	.24	-.09
Kontrol grubu	11 (%84.6)	2 (%15.4)	(.619)	(.635)

Tablo 4.47 ve Tablo 4.48 incelendiğinde, TSSB belirtileri ($Z=-3.46$, $p<.01$), kaygı ($Z=-3.05$, $p<.01$) ve psikolojik sağlamlığa ($Z=-2.52$, $p<.05$) ilişkin sontest puanlarının gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığa sahip olduğu, beyin yarım küresi baskınlığı ($Z=-1.77$, $p>.05$), kolik ($Z=-1.28$, $p>.05$), uyku ($\chi^2=.15$, $p>.05$) ve meme reddi ($\chi^2=.24$, $p>.05$) problemlerinin ise istatistiksel olarak anlamlı farklılığa sahip olmadığı tespit edilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde doğuma bağlı TSSB belirtileri ve kaygı için kontrol grubu, deney grubuna göre daha yüksek puanlara sahip iken, psikolojik sağlamlık için deney grubunun kontrol grubundan daha yüksek puanlara sahip olduğu belirlenmiştir. Buna göre EMDR grup terapisinin doğuma bağlı TSSB belirtileri, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyi üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Ölçümler arasındaki anlamlı farklılıkların etki büyüklükleri, doğuma bağlı TSSB için 0.80, kaygı düzeyi için 0.71 ve psikolojik sağlamlık düzeyi için 0.58 olarak belirlenmiştir.

Deney ve kontrol gruplarının sontest ölçümleri karşılaştırıldıktan sonra, EMDR grup terapisinin zamanla kalıcı olup olmadığını belirlemek için izleme testleri uygulanmış, sontest ve izleme ölçümleri arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ve McNemar Testi yapılmıştır. Deney grubuna ait verilerden elde edilen bulgular Tablo 4.49 ve Tablo 4.50’de verilmiştir.

Tablo 4.49. Deney Grubunun Doğuma Bağlı TSSB, Kaygı, Psikolojik Sağlamlık, Beyin Yarım Küresi Baskınlığı ve Kolik Değişkenlerine İlişkin Sontest ve İzleme Ölçümlerinin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Karşılaştırılması

Değişken	Test	N	Ort.	SD	Z	p	Cohen d
Doğumu yeniden yaşamak	Sontest	13	2.23	2.17	-0.28	.776	--
	İzleme	13	2.38	3.48			
Kaçınma	Sontest	13	1.00	1.41	-0.29	.773	--
	İzleme	13	0.92	1.61			
Negatif Bilişler	Sontest	13	5.31	4.31	-0.71	.476	--
	İzleme	13	4.69	5.11			
Aşırı Uyarılma	Sontest	13	5.08	4.52	-0.18	.858	--
	İzleme	13	5.23	5.82			
Dissosiyatif	Sontest	13	0.62	1.04	-0.82	.414	--
	İzleme	13	1.08	1.93			
CityDTÖ toplam puan	Sontest	13	13.62	9.70	-0.45	.656	--
	İzleme	13	13.23	14.31			
Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan	Sontest	13	10.23	10.10	-0.36	.720	--
	İzleme	13	10.00	13.89			
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puan	Sontest	13	19,46	6,09	-1.78	.085	--
	İzleme	13	16,46	5,70			
Sağ üst beyin baskınlığı	Sontest	13	17.15	3.02	-1.66	.098	--
	İzleme	13	15.62	2.26			
Sağ alt beyin baskınlığı	Sontest	13	20.23	2.83	-1.66	.096	--
	İzleme	13	19.00	2.20			
Sol alt beyin baskınlığı	Sontest	13	17.77	4.27	-0.46	.647	--
	İzleme	13	17.31	3.38			
Sol üst beyin baskınlığı	Sontest	13	18.23	2.95	-0.60	.552	--
	İzleme	13	17.54	1.90			
Beyin baskınlığı toplam puan	Sontest	13	73.38	10.63	-1.34	.179	--
	İzleme	13	69.46	7.68			
İnek sütü alerjisi	Sontest	13	5.08	2.99	-0.12	.904	--
	İzleme	13	5.08	2.25			
İmmatür sindirim sistemi	Sontest	13	4.38	2.29	-0.45	.653	--
	İzleme	13	3.85	2.19			
İmmatür merkezi sinir sistemi	Sontest	13	18.31	6.28	-0.35	.724	--
	İzleme	13	18.31	4.61			
Zor bebek	Sontest	13	9.85	2.27	-0.05	.959	--
	İzleme	13	9.54	1.61			
Ebeveyn bebek etkileşimi	Sontest	13	8.31	1.89	-0.90	.369	--
	İzleme	13	8.85	2.30			
İnfant Kolik Ölçeği toplam puan	Sontest	13	45.92	9.98	-0.20	.844	--
	İzleme	13	45.62	7.33			

Tablo 4.50. Deney Grubunun Uyku Problemi ve Meme Reddi Değişkenlerine İlişkin Sontest ve İzleme Ölçümlerinin McNemar Testi ile Karşılaştırılması

	Uyku problemi		χ^2 McNemar	<i>p</i>
	Yok	Var		
Son test	6 (%46.2)	7 (%53.8)	1.04	.375
İzleme testi	9 (%69.2)	4 (%30.8)		

	Meme reddi		χ^2 McNemar	<i>p</i>
	Yok	Var		
Son test	10 (%76.9)	3 (%23.1)	7.87	1.000
İzleme testi	11 (%84.6)	2 (%15.4)		

Tablo 4.49 ve Tablo 4.50 incelendiğinde, deney grubunun sontest ve izleme ölçümlerin istatistiksel olarak anlamlı farklılığa sahip olmadığı görülmektedir ($p>.05$). Ortalamalar incelendiğinde her iki ölçümün ortalama değerlerinin birbirine yakın olduğu ve EMDR grup terapisinin zamanla kalıcı olduğu tespit edilmiştir.

Deney grubunun sontest ve izleme ölçümleri arasındaki farklılıklar incelendikten sonra kontrol grubunun sontest ve izleme ölçümleri Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi ve McNemar Testi ile karşılaştırılmış, elde edilen bulgular Tablo 4.51 ve Tablo 4.52’de verilmiştir.

Tablo 4.51. Kontrol Grubunun Doğuma Bağlı TSSB, Kaygı, Psikolojik Sağlamlık, Beyin Yarım Küresi Baskınlığı ve Kolik Değişkenlerine İlişkin Sontest ve İzleme Ölçümlerinin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Karşılaştırılması

Değişken	Test	N	Ort.	SD	Z	p	Cohen d
Doğumu yeniden yaşamak	Sontest	13	8.53	4.59	-0.61	.545	--
	İzleme	13	9.76	3.65			
Kaçınma	Sontest	13	3.84	2.23	-0.50	.650	--
	İzleme	13	4.30	1.84			
Negatif Bilişler	Sontest	13	12.69	4.73	-0.61	.545	--
	İzleme	13	13.69	4.62			
Aşırı Uyarılma	Sontest	13	13.61	4.50	-1.03	.311	--
	İzleme	13	12.53	3.15			
Dissosiyatif	Sontest	13	3.84	2.11	-0.36	.724	--
	İzleme	13	3.53	2.14			
CityDTÖ toplam puan	Sontest	13	42.53	15.85	-0.53	.623	--
	İzleme	13	43.84	13.18			
Beck Anksiyete Ölçeği toplam puan	Sontest	13	27.69	14.26	-0.38	.724	--
	İzleme	13	29.00	12.40			
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puan	Sontest	13	13.46	5.69	-0.42	.788	--
	İzleme	13	12.61	5.92			
Sağ üst beyin baskınlığı	Sontest	13	21.38	3.42	-0.41	.687	--
	İzleme	13	20.92	3.12			
Sağ alt beyin baskınlığı	Sontest	13	24.15	3.64	-0.18	.566	--
	İzleme	13	23.92	3.59			
Sol alt beyin baskınlığı	Sontest	13	21.15	4.23	-0.10	.920	--
	İzleme	13	20.76	3.81			
Sol üst beyin baskınlığı	Sontest	13	21.46	3.07	-0.15	.880	--
	İzleme	13	21.30	3.19			
Beyin baskınlığı toplam puan	Sontest	13	88.15	11.01	-0.23	.840	--
	İzleme	13	86.92	9.84			
İnek sütü alerjisi	Sontest	13	7.15	2.70	-0.31	.762	--
	İzleme	13	6.46	2.21			
Immatür sindirim sistemi	Sontest	13	5.84	3.07	-0.25	.801	--
	İzleme	13	6.23	3.37			
Immatür merkezi sinir sistemi	Sontest	13	28.07	5.31	-0.12	.920	--
	İzleme	13	27.04	5.40			
Zor bebek	Sontest	13	15.92	2.78	-0.02	.979	--
	İzleme	13	16.00	2.97			
Ebeveyn bebek etkileşimi	Sontest	13	15.00	4.41	-0.07	.960	--
	İzleme	13	14.84	4.29			
İnfant Kolik Ölçeği toplam puan	Sontest	13	72.00	10.41	-0.10	.694	--
	İzleme	13	72.38	9.62			

Tablo 4.52. Kontrol Grubunun Uyku Problemi ve Meme Reddi Değişkenlerine İlişkin Sontest ve İzleme Ölçümlerinin McNemar Testi ile Karşılaştırılması

	Uyku problemi		χ^2 McNemar	<i>p</i>
	Yok	Var		
Son test	7 (%53.8)	6 (%46.2)	9.47	1.000
İzleme testi	8 (%61.5)	5 (%38.5)		

	Meme reddi		χ^2 McNemar	<i>p</i>
	Yok	Var		
Son test	11 (%84.6)	2 (%15.4)	13.00	1.000
İzleme testi	11 (%84.6)	2 (%15.4)		

Tablo 4.51 ve Tablo 4.52 incelendiğinde, kontrol grubunun sontest ve izleme ölçümlerin istatistiksel olarak anlamlı farklılığa sahip olmadığı görülmektedir ($p>.05$). Ortalamalar incelendiğinde her iki ölçümün ortalama değerlerinin birbirine yakın olduğu tespit edilmiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerin kolik, uyku ve meme reddi arasındaki ilişkiler araştırılmış, annelerin TSSB belirtilerinin iyileştirilmesinde EMDR grup terapisinin (GTEP) etkililiği sınanmıştır. Bu doğrultuda iki çalışmaya yer verilmiştir. Birinci çalışmada öncelikle travmatik doğumun anneler ve bebekleri üzerindeki psikolojik etkileri belirlenmiş, daha sonra annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri arasındaki ilişkiler araştırılmış, son olarak bu ilişkilerde annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri ile beyin yarım küresi baskınlıklarının aracı/düzenleyici rolü incelenmiştir. İkinci çalışmada ise, doğuma bağlı TSSB belirtileri yüksek annelere EMDR Grup Terapisi (GTEP) uygulanmış ve terapinin annelerin TSSB, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri ile beyin yarım küresi baskınlıkları üzerindeki etkileri test edilmiştir. Ayrıca annelere uygulanan terapinin bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri üzerindeki dolaylı etkileri de incelenmiştir. EMDR grup terapisinin (GTEP) zaman içerisindeki etkililiğini belirlemek amacıyla izleme testi uygulanmıştır. İkinci çalışmaya dâhil edilecek katılımcılar, birinci çalışmaya katılmış kişilerin doğuma bağlı TSSB puanlarına göre belirlenmiştir. Doğuma bağlı TSSB puanları bir standart sapma değerinin üzerinde olan kişiler çalışmaya davet edilerek deneysel bir çalışma yürütülmüştür.

Bu bölümde araştırmanın hipotezlerini test etmek amacıyla gerçekleştirilen istatistiksel analizlere ait bulgular incelenecek ve alanyazından edinilen bilgiler doğrultusunda tartışılacaktır. Bu bağlamda ilk olarak travmatik doğumun anneler üzerindeki etkilerine dair bulgular tartışılacaktır. Bunun ardından travmatik doğumun bebekler üzerindeki etkilerine dair bulgular alanyazın doğrultusunda değerlendirilecektir. Son olarak annelere uygulanan EMDR grup terapisinin (GTEP) anneler ve bebeklere ait çeşitli faktörler üzerindeki etkililiğine ilişkin bulgular tartışılacaktır. Araştırma bulgularının değerlendirilmesinin ardından elde edilen sonuçların uygulama alanları, sınırlılıkları ve gelecekte gerçekleştirilebilecek çalışmalar için çeşitli önerilere yer verilecektir.

5.1. Birinci Çalışma

Birinci çalışmanın temel amacı, travmatik doğumun anneler ve bebekleri üzerindeki etkilerini belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda öncelikle travmatik doğumun anneler üzerindeki etkileri incelenmiş, doğumda travma yaşayan ve yaşamayan annelerin TSSB, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri belirlenmiştir. Daha sonra annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerini yordayan değişkenleri ortaya çıkarmak amacıyla analizler gerçekleştirilmiştir. Travmatik doğumun bebekler üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla, bebeklerin travmatik doğum deneyimlerini ifade eden demografik değişkenlerle, bebeklerin travmatik stres tepkileri arasında gösterilen düzenleyici davranış sorunları (kolik, uyku ve meme reddi) arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Ardından ilişkisel travma perspektifinden, annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri arasındaki ilişkiler belirlenmiştir. Yani bebeklerin doğumda hem doğrudan travma yaşaması hem de annelerinin travmatize olmaları nedeniyle dolaylı olarak travmaya maruz kalmaları durumu ele alınmıştır. Birinci çalışma kapsamında son olarak annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri arasındaki ilişkilere hangi faktörlerin aracılık ettiği belirlenmiştir. Bu kapsamda annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin aracılık etkisi, beyin yarım küresi baskınlıklarının ise düzenleyici etkisi sınanmıştır. Aşağıda birinci çalışma bulgularının literatürden elde edilen bilgiler doğrultusunda detaylı değerlendirmesine yer verilmiştir.

5.1.1. Travmatik Doğumun Anneler Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmadaki temel amaç, travmatik doğumun anneler üzerindeki etkilerini incelemek, travmatik bir doğum deneyiminden sonra gelişen doğuma bağlı TSSB'yi etkileyen faktörleri belirleyerek doğumdan sonra gelişen TSSB'nin etiyolojisini anlamaya yönelik katkı sağlamaktır. NICE, travmatik doğumu, kadınlarda TSSB'yi nitelendiren 'A' kriteri olarak tanımlamaktadır. Travmatik doğum, fiziksel olarak travmatik olan (örneğin aletli veya yardımcı doğumlar, acil sezaryen, ciddi perine yırtıkları, doğum sonu kanama) ve doğum obstetrik olarak sorunsuz olsa bile travmatik olarak deneyimlenen erken veya tam süreli doğumları ifade etmektedir (NICE, 2020). Bu tanım, ICD-11'in TSSB'nin "Son derece tehdit edici veya korkunç bir olaya/olaylar

dizisine maruz kalmanın ardından gelişen bir bozukluk" şeklindeki temel tanısal özelliklerine ve DSM-V kriter A, "Travmatik olayı doğrudan yaşamak, travmatik olaya bizzat tanık olmak, travmatik olayın yakın bir aile üyesinin veya yakın arkadaşının başına geldiğini öğrenmek nedeniyle gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidinde, ciddi yaralanmaya veya cinsel saldırıya maruz kalma" tanımına uymaktadır (APA, 2013; ICD-11, 2020). Travmatik doğum deneyimleri ve sonrasındaki TSSB semptomları kadınlar, bebekleri ve aileleri için önemli zorluklara neden olabilir ve uzun vadede sağlık açısından önemli sonuçlar doğurabilir (Ayes ve ark., 2024). Nitekim doğum sonrası TSSB, depresyon ve yeniden doğum yapma korkusuyla (Dikmen-Yıldız ve ark., 2017), emzirme davranışının azalmasıyla (Cook ve ark., 2018), anne-bebek ilişkilerinin bozulmasıyla (Van Sieleghem ve ark., 2022) ve çiftlerin ilişkilerinin olumsuz etkilenmesiyle (Delicate ve ark., 2018) yakından ilişkilidir. Ayrıca, bebeği ergenliğe ve yetişkinliğe kadar etkileyebilecek nesiller arası travma aktarımına dair kanıtlar da vardır (Horsch ve Stuijzand, 2019). Travmatik doğum deneyimleri sağlık görevlilerini de olumsuz yönde etkileyebilir (Uddin ve ark., 2022) ve sağlık sistemleri için önemli maliyetler oluşturabilir; toplumun tamamı için olası ekonomik sonuçlar doğurabilir (Bauer ve ark., 2014). Tüm bu bilgiler ışığında, mevcut çalışmada travmatik doğumun anneler ve bebekler üzerindeki etkileri incelenmiş, travmanın nesiller arası aktarımını önlemek için annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerini iyileştirmek amacıyla uygulanan tedavinin etkililiği sınanmıştır.

Çalışmanın bulgularında annelerin doğumda travma yaşama durumları incelendiğinde, City Doğum Travması Ölçeği doğrultusunda DSM-V tanı kriterlerine göre TSSB A kriterini karşılayan kadınların oranı %57.01 olarak belirlenmiştir. Bu bulgu, son derece önemli bir duruma işaret etmektedir. Kadın doğum uzmanlarının amaçları sadece annelerin sağlıklı olarak doğum yapmalarını sağlamak ve bebeği sağlıklı olarak dünyaya getirmek olmamalıdır. Annelerin psikolojik durumlarını da dikkate almaları gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu anlamda, annelerin doğum sürecinde aktif olarak rol alan kadın doğum uzmanlarına çok iş düştüğü açıktır. Çalışmanın bulguları, literatürdeki kadınların doğuma bağlı TSSB belirtilerini değerlendiren diğer çalışma sonuçlarıyla benzerdir. Örneğin, Şahin ve Bayrı Bingöl (2021) postpartum maternal travmatik stres ve bağlanma arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada kadınların %48.3'ünün doğumda travma yaşadıklarını belirlemiştir. Kadınların yaklaşık üçte biri doğumlarını psikolojik olarak travmatik olarak değerlendirmekte (Ayers ve Pickering,

2001) ve dörtte biri klinik olarak önemli doğum sonrası TSSB semptomları göstermektedir (Czarnocka ve Slade, 2000). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınların %16,4'ünün DSM-V teki Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)'nin tüm tanı kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir (Şahin ve Bayrı Bingöl, 2021). Bir başka çalışmada ise kadınların %7.4'ünün DSM-V tanı kriterlerini karşıladığı ifade edilmektedir (Bayrı Bingöl ve ark., 2023). Bu çalışmadaki kadınların %50.6'sı doğumda kendisinin ya da bebeğinin ölebileceğini; %34.4'ü doğumda kendisinin ya da bebeğinin ciddi şekilde yaralanabileceğini düşünmüştür. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre kadınların %17.7'si yüksek düzeyde doğuma bağlı TSSB belirtisi göstermektedir. Travmatik doğumun yaygınlığı ülkeler arasında önemli ölçüde değişmektedir. Travmatik doğum için belirlenen yaygınlık oranları İzlanda'da %5 (Sigurdardottir ve ark., 2017) ve İsveç'te %6.8 (Waldenström ve ark., 2004) en düşükken, Finlandiya'da (Uotila ve ark., 2005), İsrail'de (Halperin ve ark., 2015), Norveç'te (Henriksen ve ark., 2017) ve İngiltere'de (Ayers ve ark., 2018) yaklaşık %20'dir. ABD'de (Soet ve ark., 2003) ve Türkiye'de (Dikmen-Yıldız ve ark., 2017c) yaklaşık %34'e ulaşırken, en yüksek yaygınlık oranları Avustralya'da (%45) (Alcorn ve ark., 2010) ve İran'da (%54,5) (Modarres ve ark., 2012) bildirilmiştir. Bu sonuçlara göre ülkemizdeki travmatik doğum oranlarının yıllar içinde artış gösterdiği göze çarpmaktadır. Travmatik doğumun ülkeler arasındaki yaygınlık oranlarındaki bu farklılık, travmatik doğum yapan kadın vakalarını belirlemek için kullanılan kriterlerden, değerlendirme zamanından, incelenen örneklem niteliğinden, ülkelerin doğum politikaları ve uygulamalarından, toplumların sosyo-kültürel geçmişlerindeki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda annelerin yaş gruplarına ve eğitim düzeylerine göre travmatik doğum sonrası TSSB düzeyleri incelendiğinde yaş gruplarında göre doğuma bağlı TSSB düzeyleri benzer olmakla birlikte eğitim düzeyine göre annelerin TSSB belirtileri farklılık göstermektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe annelerin travmatik doğum deneyimine bağlı TSSB belirtilerini daha az gösterdiği belirlenmiştir. Literatürde annelerin eğitim düzeyi ile travmatik doğum algısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır (Bay ve Sayiner, 2021; Çelik, 2018; Ghanbari-Homayi ve ark., 2019; Mucuk ve Özkan, 2022). Eğitim düzeyi daha yüksek olan annelerin; doğuma bilişsel ve duygusal olarak daha iyi hazırlanabileceği, doğum sürecinde ve doğum sonrası dönemde oluşabilecek olumsuz durumların farkında

olabileceği, ihtiyaç duydukları bilgilere daha kolay ulaşabileceği, kendi bedenlerindeki olumsuz değişimleri daha kolay fark edebileceği ve gerekli kurumlardan yardım isteyebileceği düşünülebilir. Ayrıca doğumu travmatik hala getiren en önemli faktörlerden biri olan sağlık personeliyle iletişim göz önüne alındığında, eğitim düzeyi yüksek annelerin kendilerini daha iyi ifade edebilmeleri, istek ve ihtiyaçlarını dile getirebilmeleri neticesinde olumsuz iletişime daha az maruz kalmaları söz konusu olabilir.

Çalışmada ayrıca psikolojik destek alan annelerin doğum sonrası TSSB puanlarının, destek almayan annelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Annelerin psikolojik destek almaları, ruh sağlığı sorunları yaşadığına işaret ediyor olabilir. Literatürde daha önce ruh sağlığı sorunları yaşayan kadınların doğumu travmatik bir olay olarak deneyimleme ve doğum sonrasında TSSB geliştirme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Beck ve Watson, 2008; Dencker ve ark., 2018; Ford ve ark., 2010; Simpson ve Catling, 2016; Smorti ve ark., 2020). Birçok çalışma, depresyon ve kaygının ruhsal hastalıkları tetikleyebilecek önemli faktörler olduğunu göstermiştir (Chan ve ark., 2020; Furuta ve ark., 2016). Shaban ve ark. (2013), orta ila şiddetli kaygıya sahip kadınların, kaygısı olmayan kadınlara kıyasla doğumdan sonra TSSB geliştirme risklerinin 3.5 kat daha fazla olduğunu belirlemiştir. Mullan (2017) doğum travması geçirmeye yatkın kadınların, birden fazla düşük, başarısız tüp bebek girişimleri, cinsel istismar ve aile içi şiddet gibi geçmiş dönem travmalarının yaygın olduğunu ifade etmiştir. Psikolojik sorunlar ve travmalar nedeniyle başetme becerileri zayıflayan annelerin, doğum sürecinde yaşanan zorluklardan daha fazla etkilenmesi ve travmatize olması, doğum sonrasında ise TSSB geliştirmesi mümkündür. Özetle, hâlihazırda var olan ruhsal sorunlar, anneleri doğum sonrası TSSB'ye yatkın hale getirebilir.

Çalışmanın bir diğer bulgusu, tıbbi hastalığı olan annelerin doğum sonrası TSSB puanlarının, sağlıklı annelere kıyasla daha yüksek olduğudur. Bazı çalışmalarda gebelikte kronik bir hastalığa sahip olmanın stres ve kaygıya neden olduğu (Şahin ve Kılıçarslan, 2010) bazı çalışmalarda ise başa çıkma ve problem çözme yeteneğini geliştirdiği belirtilmiştir (Ertekin ve ark., 2017). Mevcut çalışmada annelerin hastalığa sahip olmaları, stres ve kaygı düzeylerini artırarak doğumda travma yaşamalarına yol açmış olabilir. Ayrıca tıbbi hastalığa sahip annelerin, doğumda kendilerine ya da bebeklerine zarar geleceğinden endişe etmeleri ve yüksek doğum korkusu yaşamaları

muhtemeldir. Nitekim, tokofobi olarak adlandırılan aşırı doğum korkusu, travmatik doğum için önemli bir risk faktörüdür (Henriksen ve ark., 2017; Mucuk ve Özkan, 2021; Peeler ve ark., 2018). Doğum korkusu olan kadınların epidural analjezi ve sezaryen gibi müdahaleleri isteme olasılıkları daha yüksektir (Nieminen ve ark., 2009). Çalışmalar doğum korkusunun artan doğum süresi (Adams ve ark., 2012), müdahaleleri doğum ve acil sezaryen doğum (Adams ve ark., 2012; Laursen ve ark., 2009; Sydsjo ve ark., 2013) gibi olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Özetle, tıbbi hastalığı olan kadınlar, doğum süreciyle ilgili yüksek risk algısı; doğum eylemini başarıyla tamamlayabileceğine dair düşük yeterlik inancı; yüksek düzeyde doğum korkusu ve olumsuz doğum beklentisi nedeniyle doğumda travmatize olabilir ve doğum sonrasında TSSB geliştirebilir.

Doğumda travma yaşayan, kendinin ya da bebeğinin ölebileceğini, ciddi şekilde yaralanabileceğini düşünen annelerin doğum sonrası dönemdeki TSSB belirtileri incelendiğinde, doğumda travma yaşamayan annelere göre daha yüksek düzeylerde TSSB belirtileri gösterdikleri belirlenmiştir. Çalışmamızda annelerin %57.01'inin doğumu travmatik olarak deneyimlediği ancak %17.7'sinin yüksek TSSB belirtisi gösterdiği bulunmuştur. Benzer şekilde Şahin ve Bayrı Bingöl (2021) çalışmalarında annelerin %48.3'ünün doğumda travma yaşadıklarını, %16.4'ünün ise TSSB tanı kriterlerini karşıladığını göstermiştir. Araştırmalar, kadınların yaklaşık üçte birinin doğum deneyimlerini, TSSB tanı kriterlerinde algılanan tehdit şartını karşılayacak şekilde değerlendirdiğini göstermektedir (Olde ve ark., 2006). Ancak White ve ark. (2006), perinatal dönemdeki birçok kadının TSSB eşliğini karşılamadığını belirtmiştir. Benzer şekilde travmatik bir doğum geçiren 189 kadın üzerinde yapılan boylamsal bir çalışma, kadınların %55'inin dayanıklı olduğunu ve doğumdan bir ay veya altı ay sonra TSSB'ye sahip olmadığını, %22'sinin ise doğumdan sonra TSSB geliştirdiğini ancak altı ay içinde iyileştiklerini bulmuştur (Dikmen-Yıldız ve ark., 2017). Bu sonuçlar göz önüne alındığında, travmatik doğum yapan kadınların yaklaşık dörtte üçünün tanısal kriterleri karşılamadan iyileşeceğini (yine de semptomları olabilir) göstermektedir. Genel olarak çalışmalar, doğumla ilişkili TSSB'nin zamanla azalma eğiliminde olduğunu göstermiştir ancak bazı kadınlarda TSSB semptomlarının doğum sonrası 6 aydan 2 yıla kadar devam ettiği belirlenmiştir (Alcorn ve ark., 2010; Haagen ve ark., 2015; White ve ark., 2006).

Mevcut araştırmada ayrıca travmatik doğum yapan annelerin, doğumda travma yaşamayan annelere kıyasla doğum sonrası kaygı düzeylerinin daha yüksek, psikolojik sağlıklılık düzeylerinin ise daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde doğumla ilişkili travmatizasyon, doğum sonrası depresyon ve anksiyete bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir (Cook ve ark., 2004; Skari ve ark., 2002; Webb ve Ayers, 2015). Travmaya maruz kalan kişilerin sinir sistemlerinde birtakım değişiklikler meydana geldiği bilinmektedir. Otonom sinir sisteminin iki önemli bileşeni olan sempatik ve parasempatik sinir sistemi, travmanın etkilerini anlamamız açısından yol göstericidir. Sempatik sinir sistemi, “savaş ya da kaç” travma yanıtını barındıran, uyarımın çok fazla olduğu durumlarda tüm sinir sistemini ve hormonları harekete geçiren sistemdir. Limbik yapılar içinde yer alan amigdalanın tehlikenin algılanmasında, korku duygusu ve kaygı oluşumunda en önemli role sahip nöroanatomik yapı olduğu bilinmektedir (Davis, 1992). Doğumda travma yaşayan annelerin sempatik sinir sistemleri ve amigdala faaliyetleri aşırı aktive olduğu için doğum sonrası dönemde daha fazla kaygı yaşamaları muhtemeldir. Nitekim TSSB’nin aşırı uyarılma semptomu kaygı düzeyinin yükselmesine yol açmaktadır. Yine olumsuz yaşam olayları ve travmatik yaşantıların psikolojik sağlıklılık için risk faktörleri olduğu (Gizir, 2007) göz önüne alındığında, travmatik doğum deneyimlemiş annelerin doğum sonrası dönemde psikolojik sağlıklılık düzeylerinin azalması beklenebilir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulguya göre, annelerin doğum şekline göre doğumdan sonra TSSB düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Sezaryen doğum yapan anneler, vajinal doğum yapan annelere göre daha yüksek düzeyde doğuma ilişkin TSSB yaşamaktadırlar. Bu sonuç literatürdeki diğer araştırma bulgularıyla tutarlılık göstermektedir (Ford ve Ayers, 2009; Işık ve Bal, 2022; Srkalovic-Imsiragic ve ark., 2017; Türkmen ve ark., 2021). alışmalar doğum şeklinin doğum deneyimini etkileyen önemli faktörlerden biri olduğunu ileri sürmektedir (Conde ve ark., 2008; Eckerdal ve ark., 2018). Ayrıca doğum şeklinin kadının doğum sonrası ruh sağlığı ile de ilişkili olduğu görülmektedir (Dekel ve ark., 2019). Sezaryen doğum, büyük bir cerrahi işlemdir ve genellikle doğum sonrası ilk birkaç saat içinde daha fazla ağrı ve rahatsızlık, uzun süren bir iyileşme süreci, hareketliliğin ciddi şekilde kısıtlanması ve anesteziye bağlı komplikasyonlar gibi durumlar ortaya çıkabilir (Kealy ve ark., 2010). Sezaryen doğum esnasında daha fazla cerrahi komplikasyon ve obstetrik müdahale meydana geldiğinden annelerin daha fazla travmatize olması mümkündür. Ayrıca

doğumu travmatik hale getiren önemli faktörlerden biri olan kontrol eksikliği, sezaryen doğum esnasında daha fazla deneyimleniyor olabilir. Sezaryen doğumun görece hızlı bir şekilde gerçekleşiyor olması, travmanın beklenmedik doğasıyla uyumlu görünmektedir. Vajinal doğum sürecinde bedenin doğuma hazırlanması için fizyolojik birtakım değişiklikler meydana gelmekte ve bu değişikliklerin gerçekleşmesi aşamalar halinde olmaktadır. Sezaryen doğum, kadınların doğum beklentileriyle uyuşmadığında travmatik bir deneyim haline gelebilir. Birçok kadın, doğum sürecini doğal yollarla, vajinal doğumla tamamlamayı bekleyebilir ve sezaryen doğum, bu beklentilerin gerçekleşmemesi nedeniyle hayal kırıklığına yol açabilir. Sezaryen sırasında kadınlar çoğunlukla anestezi altında olur ve doğum süreciyle ilgili deneyimlerinden yoksun kalabilirler. Sezaryen, beklenmedik bir tıbbi müdahale olarak, özellikle de bu müdahale acil bir durum veya planlama dışı gelişmeler sonucu gerçekleşmişse, kadınlar için travmatize edici olabilir. Tüm bunlar göz önüne alındığında, kadınların doğum öncesinde doğum süreci hakkında bilgilendirilmesi, doğum yöntemleri ve obstetrik müdahalelerin yanı sıra bu müdahalelerin olası fayda ve olumsuz sonuçları hakkında bilgi verilmesi, kadınların farkındalık düzeylerini artırarak travmatik doğum deneyimlerinin azalmasına yardımcı olabilir.

Çalışmada annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerinin doğumun toplam süresi ve doğum sırasına (bebeğin kaçınıcı çocuk olduğu) göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, doğum süresi uzadıkça anneler doğumda daha fazla travma yaşamakta ve doğuma bağlı TSSB belirtilerini daha fazla göstermektedir. Literatürde doğum süresinin uzaması travmatik doğum için risk faktörleri arasında gösterilmektedir. Nitekim, Nahae ve ark. (2022) ile Carlhall ve ark. (2022) mevcut çalışmanın bulgularıyla tutarlı olarak, uzun süren doğum deneyiminin travmatik olarak algılanabileceğini ifade etmişlerdir. Benzer şekilde Astrid ve ark. (2005), doğum eylemi uzayan kadınların %34 oranında doğumu olumsuz algıladıklarını belirlemiş ve bu algının doktor ve ebeler tarafından verilen bakımla azalabileceğini ifade etmişlerdir. Doğumda daha uzun süre kalmak doğum deneyimini olumsuz etkileyebilir ve vajinal doğum ile başlayan süreç, anne ve bebek sağlığının tehlikeye girmesi neticesinde acil sezaryene dönebilir. Ayrıca doğum süresinin uzaması, kadınların endişe ve korkularını artırarak karmaşık bir doğum deneyimine yol açabilir. Özetle doğum ne kadar uzun sürerse o kadar fazla psikolojik strese yol açar ve doğum ne kadar stresliyse, doğumun travmatik olarak

deneyimlenmesi ve travmatik stres semptomlarının gelişmesi riski o kadar artar. Ayrıca doğumun süresi uzadıkça kadınların ağrı kesici isteme ve alma durumu artabilir, analjezik anestezi ne kadar fazla kullanılırsa doğum süresi de o kadar uzun olabilir. Dolayısıyla doğum süresinin uzaması doğumu daha karmaşık ve acılı hale getirebilir. Doğum süresi uzadıkça maternal ve prenatal risk faktörleri (doğum sonrası kanama, maternal ölüm riski, yeni doğan yoğun bakım ünitesine yatış ve doğum sonrası depresyon) ortaya çıkabilir (Allen ve ark., 2009). Buna karşın bazı çalışmalarda doğum süresinin doğum memnuniyeti üzerinde bir etkisi olmadığı belirtilmiştir (Türkmen ve ark., 2018). Söderquist ve ark. (2002) doğumdan sonraki travmatik stres semptomlarında obstetrik müdahalelerin rolünü inceledikleri bir çalışmada doğum süresi ile travmatik stres semptomları arasında ilişki olmadığını bulmuşlardır. Belirtilenler doğrultusunda hekimlerin veya ebelerin doğum öncesi dönemde anneye doğumun uzayabileceği, bireysel farklılıklar gösterdiği, kaçınıcı doğum olduğuna göre sürenin değiştiği konusunda bilgi vermeleri önemlidir. Annenin doğuma psikolojik olarak hazırlanması, doğumun uzamasını sorun olarak algılanmamasında etkili olup, doğumu travmatik bir olay olarak yaşamamalarını sağlayabilir.

Çalışmanın bir diğer bulgusu, doğum sırası ile annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Buna göre, ilk çocuğunu doğuran annelerin TSSB düzeyleri, daha önce doğum yapmış annelerin TSSB düzeyleri ile benzer bulunmuştur. Burada travmatik stres belirtilerinde, doğum şeklinin pariteden daha etkili olması söz konusu olabilir. Ayrıca daha önce doğum yapmış anneler, geçmiş doğum deneyimlerinin olumsuz etkileri nedeniyle mevcut doğumlarında yeniden travmatize olmuş olabilirler. Buna karşın Döner ve Uçtu (2024) primipar kadınların multipar kadınlara göre doğum korkusunu daha fazla yaşadıklarını ve travmatik doğum algılarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Literatürde ilk kez doğum yapan kadınların, birden fazla doğum yapan kadınlara göre daha fazla travmatik stres semptomu gösterdiği ancak, doğum şekli kontrol edildiğinde, ilk kez doğum yapan ve çok doğum yapan kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ifade edilmektedir (Söderquist ve ark., 2002). Benzer şekilde çok doğum yapmış kadınların, ilk doğumunu yapmış kadınlara kıyasla daha yüksek oranda doğumdan akut korku duydukları tespit edilmiştir (Khwepeya ve ark., 2018). Çok doğum yapmış kadınların

ilk kez doğum yapmış kadınlara kıyasla korkuları, daha önce travmatik bir doğum yapmış ve TSSB yaşamış olmalarının sonucu olabilir.

Annelerin doğumda travma yaşamalarına katkı sağlayan faktörler arasında bebeklerinin ölebileceği veya ciddi şekilde yaralanabileceği inancı da yer almaktadır. Bu doğrultuda araştırmada, bebeğin doğumda solunum/oksijen problemi yaşaması, prematüre doğması, doğumdan sonra yoğun bakımda/kuvözde kalması ve doğumda komplikasyon/sağlık problemi yaşaması durumlarına göre annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, bebeği doğumda solunum/oksijen problemi ve komplikasyon yaşayan anneler, bebeği bu problemleri yaşamayan annelere göre daha fazla TSSB belirtisi göstermiştir. Bu bulgu aslında çok beklendiği bir bulgudur. Literatürde doğumla ilişkili travmatizasyonun risk faktörleri arasında bebekle ilgili komplikasyonlar yer almaktadır. Doğum bir kadın veya bebek için gerçek bir ölüm ve yaralanma veya riski içeriyorsa travmatik hale gelebilir (Ayers ve ark., 2016). Nitekim doğum sonrası TSSB ile ilişkili faktörler konusunda Grekin ve O'Hara (2014) tarafından yürütülen bir metaanaliz çalışmasında, bebek komplikasyonlarının annelerde TSSB gelişimi için ana risk faktörü olduğunu belirlemiştir. Dolayısıyla mevcut araştırmada, bebeğin doğumda solunum problemi ve komplikasyon yaşaması anne tarafından ölüm ve yaralanma riski olarak algılandığından travmaya yol açmış olabilir ve beklenebilir bir durumdur. Çalışmada bebeğin prematüre doğmasının ve doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalmasının annelerdeki TSSB düzeyini etkilemediği görülmüştür. Prematüre doğum, çoğul gebelik ve önceden bilinen bir sağlık sorunu olmadıkça aniden meydana gelmesiyle karakterize bir olaydır ve bu durum, travmanın hayatın beklenen, sıradan akışını bölmesine örnek teşkil etmektedir (Özkars, 2017). Prematüre doğumu genellikle yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınma süreci takip eder. Tüm bunlar anneler için stres verici ve travmatik olabilir. Ancak bulgular beklenenin aksine bu durumların annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerini farklılaştırmadığını göstermiştir. Burada anne için bebeğinin kuvözde olması, sağlık açısından risklerin kontrol edilmesi ve doktorların müdahalesiyle bebeğinin güvende olması anlamına gelebilir. Bu durum sonuçlarda etkili olmuş olabilir. Benzer şekilde Mehler ve ark.'nın (2014) yaptıkları bir çalışmada da erken doğan ve zamanında doğan bebeklerin anneleri arasında travmatize olma açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak genel olarak prematüre doğum ve yoğun bakımda kalma durumu annelerde TSSB

belirtilerini artıran önemli risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Dolayısıyla bu bulgular, literatürdeki diğer çalışmalarla çelişkili görünmektedir. Bebeği prematüre doğan ve/veya yeni doğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) tedavi gören ebeveynlerin depresyon, kaygı, travma sonrası stres (TSS) tepkileri ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi belirtiler gösterdikleri ifade edilmiştir (Feeley ve ark., 2011; Ghorbani ve ark., 2014; Kersting ve ark., 2004). Çalışma bulgularıyla ilgili olası bir açıklama, TSSB görülme sıklığının, bebeklerin hastalığıyla ilişkili faktörlerden (örneğin, hastanede kalış süresi veya hastalığın şiddeti) ziyade kişisel/sosyal faktörlerden daha fazla etkilendiği bulgusundan (Lefkowitz ve ark., 2010) yola çıkarak, araştırmaya katılan annelerin doğuma ilişkin TSSB düzeylerinde, geçmiş dönem travmatik yaşantılar, kişilik özellikleri ve algılanan sosyal destek gibi farklı değişkenlerin etkili olabileceğidir.

Mevcut çalışmada annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerini yordayan değişkenler incelenmiş ve yapılan hiyerarşik regresyon analizi sonucunda, annelerin yaşının, doğumun süresinin, doğum sırasının, bebeğin doğumda komplikasyon/sağlık sorunu yaşamasının, psikolojik sağlamlık ve kaygı düzeyinin annelerdeki TSSB'yi anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir. Hiyerarşik regresyon analizinin önceki adımlarında annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerini anlamlı olarak yordayan annelerin psikolojik destek alma ve tıbbi hastalık durumu ile doğum şekli, tüm değişkenler bir arada analize dahil edildiğinde anlamlı etkilerini kaybetmişlerdir. Annelerin yaşı ile doğuma bağlı TSSB arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Annelerin yaşı arttıkça TSSB düzeyleri de artmaktadır. Bu bulgu literatürdeki çalışmalarla çelişkili görünmektedir. Zira Döner ve Uçtu (2024), Yılmaz ve ark. (2021) ve Ghanbari-Homayi ve ark. (2019) yaptıkları çalışmalarda, yaş ile travmatik doğum deneyimi arasında ilişki bulamamıştır. Bununla birlikte travmatik doğum algısı ve doğuma ilişkin TSSB ile ilgili çalışmalar incelendiğinde yaş ile TSSB arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, yaş arttıkça annelerin doğumda travmatize olma ve doğumdan sonra TSSB yaşama ihtimallerinin azaldığı görülmüştür (Aydın ve ark., 2022). Mevcut çalışmadaki sonuçlar değerlendirildiğinde, yaş arttıkça annelerin birden fazla doğum yapma olasılığı da artabilir. Dolayısıyla annelerin önceki doğum deneyimleri olumsuz ve travmatik ise bu durum gelecekteki doğum sürecini de etkileyeceğinden, çalışmada annelerin yaşının artması TSSB üzerinde pozitif yönde etki etmiş olabilir. Ayrıca yaşı büyük annelerin ilk kez doğum yapmış olmaları da doğumla ilişkili beklentilerini,

kaygılarını ve streslerini etkilemiş olabilir. Kadınlarda ilerleyen yaş dönemlerinde doğum yapmanın birtakım riskleri barındırdığı bilgisi, ileri yaşına rağmen ilk kez doğum yapacak kadınları endişelendirebilir. Hem kendileri hem de bebeklerine ilişkin nedenlerle yaşadıkları doğum korkusu ve doğumla ilişkili olumsuz beklentileri doğumda travmatize olmalarına yol açabilir. Dolayısıyla bu anneler, doğum sonrasında daha yüksek düzeyde TSSB belirtisi gösterebilir. Nitekim Norveç'te yapılan bir çalışmada doğum korkusu olan kadınların beş kat daha fazla travmatik doğum deneyimi yaşadığı bildirilmiştir (Henriksen ve ark., 2017).

Çalışmada ayrıca doğum sırasının annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyini negatif yönde ve anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir. Buna göre, annelerin çocuk sayısı arttıkça doğuma bağlı TSSB düzeyleri düşmektedir. Daha önce doğum yapmış anneler, yeniden doğum yapacağı zaman geçmiş tecrübelerinden elde ettikleri bilgiler doğrultusunda, doğumda neler yaşayabilecekleri, olası riskler ve çözüm yolları, doğum sürecinde yaşanacaklar konusunda bilinçli olacaktırlar. Dolayısıyla travmanın ani ve beklenmedik doğasına karşı, bilinmezliğin verdiği kaygıdan kurtularak doğumda daha sakin olabilirler. Nitekim literatür bulguları da ilk kez doğum yapan kadınların, birden fazla doğum yapmış kadınlara göre daha fazla travmatik stres yaşadığını göstermektedir (Döner ve Uçtu, 2024; Wikman ve ark., 2020). Ancak parite açısından doğuma bağlı TSSB bulguları çelişkili görünmektedir. Abedian ve ark. (2013) multiparların primiparlara göre daha yüksek doğum sonrası TSSB puanına sahip olduğunu bildirmiştir. Bu bulgu, multiparlar arasında doğum sonrası sosyal desteğin daha düşük olmasına ve primiparlara göre daha yüksek oranda planlanmamış gebelik olmasına bağlanabilir.

Çalışmadan elde edilen bir diğer bulguya göre, annelerin kaygı düzeyi doğuma bağlı TSSB'yi pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır. Yani kaygı düzeyi yüksek annelerin, doğumdan sonra TSSB geliştirme riski daha yüksektir. Literatürde olumsuz beklentiler ve doğum korkusunun yüksek olmasını doğum ve doğum sonrası için daha düşük memnuniyetle ilişkilendirilmiştir (Fenaroli ve ark., 2016). Olumlu beklentiler, doğumu kontrol etme yeteneği ve öz yeterlilik hissi ise daha yüksek memnuniyet ve genel olarak daha iyi bir doğum deneyimiyle ilişkilendirilmiştir (Elvander ve ark., 2013). Doğum korkusu kadınlarda kaygıyı artırabilir, aynı zamanda olumsuz doğum sonuçlarına (uzamış doğum, epidural anestezi ve obstetrik komplikasyonlar) neden olabilir (Dencker ve ark., 2019). Kaygı ve TSSB arasında karşılıklı bir ilişki olduğu

söylenbilir. Bireyin kaygı düzeyinin yüksek olması, olumsuz yaşam olaylarını daha travmatik olarak algılamasına ve deneyimlemesine yol açabilir. Travmaya maruz kalan bireyin ise kaygı düzeyi yükselebilir. Travmatik yaşantı sonucu meydana gelen yüksek düzeyde kaygı eğer bireyin baş etme becerileri ve dışsal kaynakları ile düzenlenemezse, TSSB veya diğer psikolojik problemlere dönüşebilir. Kaygı, TSSB'nin tezahürlerinden biri olmakla kalmaz, aynı zamanda bozukluğun gelişim mekanizmasında önemli bir faktördür (Lopatkova ve ark., 2018). Kaygı, fiziksel ve/veya psikolojik hasar olasılığıyla ilgili endişe, gerginlik ve rahatsızlık ile ortaya çıkan olumsuz bir duygusal durum olarak tanımlanabilir ve genellikle fizyolojik aktivasyonla birlikte görülür (Allen ve ark., 1995). Çalışmalar, kaygının yüksek TSSB için bir risk faktörü olduğunu; tehdit ve tehlike farkındalığını besleyerek kötüleştirici ve sürdürücü bir rolü olabileceğini göstermektedir (Yin ve ark., 2021). Yüksek düzeyde ve kronik kaygı TSSB'nin hiperaktivasyonu ve tehdit duyarlılığı ile ilişkilidir. Bu durum, travmatik bir deneyimin etkili duygusal işlenmesi için işlevsel olan ve daha uyarlanabilir duygusal kontrol ve başa çıkma için gerekli olan yönetici işleme mekanizmalarında bozulmaya yol açabilir (Gori ve ark., 2021). Travmaya maruz kalan insanların bazıları TSSB geliştirirken, çoğunluğu travmadan iyileşme eğilimi göstermektedir. Bu durum araştırmacıların ilgisini çekmiş ve hangi faktörlerin iyileşmeye ve bozukluk geliştirmeye hizmet ettiği incelenmiştir. Kaygıyla ilişkili hislerle karakterize bir bilişsel yatkınlık olarak kabul edilen “kaygı duyarlılığı”, bu mekanizmanın açıklamasında sıklıkla kullanılmaktadır (Vujanovic ve ark., 2008). Kaygı duyarlılığı, travma sonrası stres tepkilerini en az iki şekilde artırabilir. Önceden kaygı duyarlılığı olan kişiler, travmatik bir stres faktörüne daha aşırı tepki verebilir, yalnızca olaydan değil, aynı zamanda kendi tepkilerinden de rahatsız olabilirler. Bu şekilde kaygı, travmaya karşı duyarlılığı teşvik edebilir, travmatik olaylara karşı korku tepkilerinin eşiğini düşürebilir ve nispeten önemsiz stres faktörlerine maruz kalmanın daha sonra olumsuz travma sonrası tepkileri tetikleme olasılığını artırabilir (Rosen ve Schulkin, 1998). İkinci olarak, travmatik bir olay hem kaygı duyarlılığını hem de travma sonrası sıkıntıyı artırabilir ve kaygı duyarlılığı nihayetinde olumsuz tepkileri artırmaya hizmet eder. Dolayısıyla kaygı düzeyi yüksek anneler, gebelik sürecinde yüksek düzeyde doğum korkusu yaşayabilir; doğum sürecinde artan tehdit ve tehlike algısı nedeniyle stresli olayları travmatik olarak deneyimleyebilir; doğum sonrası süreçte yüksek kaygının sinir sistemindeki olumsuz etkileri (amigdala aktivasyonunun

artması, medial prefrontal korteks (mPFC) aktivasyonunun azalması vb.) nedeniyle travmatik doğum deneyimine bağlı TSSB gelişimine katkı sağlaması muhtemeldir.

Yapılan analizler sonucunda, psikolojik sağlamlığının annelerin doğuma bağlı TSSB düzeylerini anlamlı olarak negatif yönde yordadığı belirlenmiştir. Annelerin psikolojik sağlamlık düzeyi yükseldikçe travmatik bir doğum deneyimi sonrasında TSSB geliştirme olasılıkları azalmaktadır. Bu anlamda, psikolojik sağlamlığın TSSB gelişimi için koruyucu bir faktör olduğu söylenebilir. Psikolojik sağlamlık, genellikle olumsuzluk, travma veya önemli tehdit karşısında başarılı bir şekilde uyum sağlama yeteneği olarak tanımlanır. Strese karşı biyolojik tepkiler, birlikte hareket eden birbiriyle ilişkili hormonlar, nörotransmitterler ve nöropeptitlerden oluşan karmaşık uyarlanabilir sistemleri içerir. Psikolojik sağlamlığın, stres tepkisinin etkili bir şekilde etkinleştirilmesine ve sonlandırılmasına bağlı olduğu anlaşılmaktadır. Bilişsel yeniden değerlendirme ve olumlu duygular gibi temel psikolojik sağlamlık faktörleri, travma ve olumsuz yaşam olaylarının zararlı etkilerine karşı tampon görevi görebilir. Nitekim literatürde psikolojik sağlamlık ve TSSB düzeyi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu, psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça TSSB düzeyinin düştüğü çok sayıda araştırmada gösterilmiştir (Asaad, 2021; Avcı, 2022; Lekka ve ark., 2022; Mealer ve ark., 2015; Özcan ve Ceylan, 2023). Psikolojik sağlamlığı yüksek bireyler, duygusal ve fiziksel refahlarında bazı kısa vadeli düzensizlikler ve değişkenlikler yaşayabilmelerine rağmen, travmatik olaya karşı tepkileri nispeten kısa olma eğilimindedir ve genellikle işlev görme yetenekleri önemli ölçüde engellenmemektedir. Psikolojik sağlamlık, (a) bir krizden veya stres yaratan olaydan korunmak (b) etkisini en aza indirmek ve/veya (c) iyileşmeyi desteklemek yoluyla bireye hizmet etmektedir (Young ve Ayers, 2021). Bu faktörler bireye güven verir, sosyal destek sağlar, sıkıntıların üstesinden gelmeyi ve deneyimin stresiyle başa çıkmayı kolaylaştırır. Tüm bunlardan yola çıkarak, psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek annelerin, doğum sürecinde karşılaştıkları zorluklarla daha iyi baş edebildikleri, olası risklere ve tehlikelere rağmen olumsuz koşulların üstesinden başarıyla gelebildikleri, doğumdan sonraki süreçte kendilerini çabuk toparlayabildikleri ve yeni duruma kolayca uyum sağlayabildikleri söylenebilir. Böylece zor ve karmaşık bir doğum deneyiminden sonra bile, baş etme becerilerinin ve uyum sağlama mekanizmalarının yardımıyla TSSB gelişimine karşı korundukları düşünülebilir.

5.1.2. Travmatik Doğumun Bebekler Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmadaki temel amaç, travmatik doğumun bebekler üzerindeki etkilerini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda bebeklerin hem doğumda doğrudan travmaya hem de annelerinin travmatik doğum deneyimleri nedeniyle ilişkisel TSSB'ye maruz kalmaları nedeniyle, doğumdan sonra gösterdikleri travmatik stres tepkilerini (kolik, uyku ve meme reddi problemleri) yordayan değişkenler belirlenmiştir. Bebeklerin travma deneyimleri ve travmatik stres tepkileri bilimsel literatürde yeterince dikkat çekmemektedir. Bu durum, bebeklerin travma deneyimlemek için gerekli nörolojik donanımına sahip olmadıkları inancından etkilenmektedir. Ancak bebeklerin çeşitli sebeplerden dolayı ruhsal sorunlar yaşayabileceği bilinmektedir. Bebeklerin aşırı ağlaması, beslenme veya uyku güçlükleri gibi düzenleyici davranış bozuklukları ve bağlanma sorunları bebek ruh sağlığı kliniklerine başvurunun temel nedenlerini oluşturmaktadır (Keren ve ark., 2001). Erken dönemdeki olumsuz deneyimler, bebeklerde ve küçük çocuklarda kaygıya, depresyona, travma sonrası strese ve diğer bozukluklara yol açabilir. Olumsuz erken deneyimler, yaşamın ilk 3 yılında, beyin gelişiminin şekillendiği dönemlerde ortaya çıkarsa özellikle zararlı olabilir ve yaşam boyu olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bebeklik dönemi beyin ve davranış gelişiminin özellikle hızlı olduğu; organizmanın gelişiminin mevcut çevreye açık olduğu ve bu çevreden etkilendiği hassas bir dönemdir. Bu nedenle, bebeklik dönemindeki travmatik yaşam olayları, uzun vadeli olumsuz sonuçlar doğuracak anormal adaptasyonlara yol açma ihtimalini artırır. Dolayısıyla mevcut araştırmada bebeklerin travmatik doğum deneyimine bağlı olarak geliştirdikleri düzenleyici davranış sorunlarının (kolik, uyku ve meme reddi) ele alınması literatüre önemli katkı sağlamıştır.

5.1.2.1. Bebeklerdeki Kolik Problemine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde bebeklerdeki kolik problemi ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla, annelerin doğuma bağlı TSSB, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri, beyin yarım küresi baskınlıkları ile demografik özelliklerinin (yaş, eğitim düzeyi, psikolojik destek alma, tıbbi hastalık, doğum sırası) kolığı yordayıp yordamadığı incelenmiştir. Ayrıca bebeklere ait demografik özellikler (doğum şekli, doğumun toplam süresi, doğumda solunum/oksijen problemi yaşama, doğumda komplikasyon/sağlık problemi yaşama,

prematüre doğma ve doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalma) de kolik probleminin yordayıcıları olarak ele alınmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, annelerin doğumda travma yaşayıp yaşamamasına göre bebeklerde görülen kolik problemi anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Doğumda kendisinin ya da bebeğinin ölebileceğini düşünen annelerin bebekleri, doğumda ölüm tehdidi yaşamayan annelerin bebeklerine göre daha fazla kolik problemi yaşamaktadır. Yine doğuma bağlı yüksek TSSB belirtisi gösteren annelerin bebeklerinin daha fazla kolik problemi yaşadığı, annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerinin bebeklerde görülen kolik problemini anlamlı olarak ve pozitif yönde yordadığı belirlenmiştir. Buna göre annelerin travmatik doğum deneyimlerinin ve doğuma bağlı TSSB belirtilerinin doğumdan sonra bebeklerde aşırı ağlama (kolik) tepkisine yol açtığı söylenebilir. Doğum sonrası dönemde infantil kolik ve annelerin psikolojik sorunları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların daha çok depresyon ve kaygı bozuklukları üzerine yoğunlaştığı, annelerin TSSB belirtilerinin yeterince incelenmediği tespit edilmiştir. Az sayıdaki çalışmalardan birinde annenin doğumdaki olumsuz deneyimleri gibi doğumla ilişkili faktörlerin bebeklerde aşırı ağlama, beslenme ve uyku problemleri gibi düzenleyici davranış sorunlarına yol açtığı ifade edilmiştir (Raiha ve ark., 2002). TSSB'li bireylerde yaygın olarak görülen duygusal dengesizlik, öfkeyi düzenlemede zorluk, duyguları uygun şekilde ifade etme, başkalarının duygularını yorumlama, dikkat, hafıza ve bilinçte bozulmalar (Hien ve ark., 2005) geri çekilmiş, kaçınan, müdahaleci, sinirli, düşmanca ve tepkisiz ebeveynlik davranışlarına yol açabilir. Araştırmalar, bu tür ebeveynlik davranışlarının küçük çocukların öz düzenlemelerinde büyük bozulmalarla ilişkili olduğunu göstermektedir (Leerkes ve ark., 2009; Stams ve ark., 2002). Nitekim travmatik doğum sonrası TSSB yaşayan annelerin bebeklerine gösterdikleri ebeveynlik davranışı, bebeklerde öz düzenleme sorunlarına yol açarak koliği artırabilir.

Doğum sonrası dönemde anne kaygısı ile infantil kolik arasındaki ilişki çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (Carey, 1968; Foster ve Neufeld, 2013; Kaymaz ve ark., 2015; Martini ve ark., 2017). Carey (1968), anne kaygısının bebeklerin kolik olma olasılığını artırdığını belirtmektedir. Annenin kaygısı, bebek davranışını ve bebeğin davranışına ilişkin algısını etkileyebilir, bebekte ek bir strese neden olabilir. Yüksek anne kaygısı, anne sütünde doğumdan 2-12 hafta sonra en yüksek konsantrasyonuna ulaşan kortizol düzeylerinin artmasıyla ilişkilidir (Hechler ve ark., 2018). Öte yandan

anne sütündeki kortizol düzeyinin artması bebeklerde ağlamanın şiddeti ve kaygılı davranışlarla ilişkilidir (Glynn ve ark., 2007). Savino ve ark. (2005) tarafından zor anne mizacı, yetersiz veya uygunsuz bebek-anne bağı ve anne kaygısı, infantil kolikçe yol açan mekanizmalar olarak öne sürülmüştür. Bebekler annenin kaygısını hisseder ve kolikle tepki verir, bu da annenin kaygısını daha da artırır ve kısır döngüye neden olur. Mevcut araştırmada annelerin doğuma bağı TSSB belirtileri bebeklerdeki kolik problemini tek başına anlamlı olarak yordamıştır, ancak annelerin kaygı düzeyi regresyon analizine dâhil edildiğinde, yalnızca annelerin kaygı düzeyi kolik problemini anlamlı olarak ve pozitif yönde etkilemeye devam etmiştir. Nitekim araştırma kapsamında yapılan aracılık analizinde, annelerin doğuma bağı TSSB belirtileri ile bebeklerdeki kolik problemi arasındaki ilişkide annelerin kaygı düzeyinin tam aracı etki gösterdiği belirlenmiştir. Dolayısıyla annelerin doğuma bağı TSSB belirtileri, annelerin kaygısına etki ederek bebeklerdeki kolik probleminin artmasına yol açmaktadır. Doğumda travma yaşayan ve yüksek TSSB geliştiren annelerin kaygı düzeyleri de yükselmekte, annelerin aşırı kaygısı da bebeklerde düzenleyici davranış sorunları arasında yer alan kolik gelişimine katkı sağlamaktadır. Bebeklerin düzenleyici davranış sorunları en iyi ilişkiel bağlamda anlaşılabilir. Ebeveyn-çocuk ilişkisindeki bozukluklar ve ebeveynin psikososyal olumsuzlukları bebekte duygusal, davranışsal, yeme ve uyku bozuklukları için önemli risk faktörleridir (Skovgaard ve ark., 2008). Ruh sağlığı sorunları yaşayan ebeveynler, bebeğe ihtiyaç duyulan düzenleyici desteği ve duygusal güvenliği sağlamak yerine, artan olumsuz duygulanımın kısır döngüsü içinde şiddetli, kaba muamele ve aşırı uyarılma ile yanıt verme eğilimindedir (Ziegler ve ark., 2008). Yeterli sosyal desteğe ve psikolojik sağlamlığa sahip ebeveynler ise telafi edici, uyumlu davranışlarla bebek üzerinde sinir sistemini düzenleyici etki ederek bebeği regüle edebilir ve bebeğin sorunlarını tamponlayabilirler (St James-Roberts ve ark., 1998). Nitekim mevcut çalışmada, tüm değişkenler bir arada analiz edildiğinde yalnızca annelerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin bebeklerdeki kolik problemini anlamlı olarak ve negatif yönde yordadığı belirlenmiştir. Buna göre annelerde psikolojik sağlamlığın yüksek olması, doğum sonrası dönemde bebeklerde görülen kolik probleminin azalmasına etki etmektedir. Hatta araştırmadaki aracılık analizi bulgularına göre, annelerin doğuma bağı TSSB düzeyleri ile bebeklerde görülen kolik problemi arasındaki ilişkide annelerin psikolojik sağlamlık düzeyi aracı etki göstermektedir. Travmatik doğum sonrası annelerde görülen TSSB, bebeklerdeki kolik problemini artırırken, annelerin

psikolojik sağamlık düzeyinin artması bu ilişkiyi zayıflatmaktadır. Annelerin psikolojik sağamlığının, travmatik doğumun olumsuz etkilerinden bebeklerini koruduğu soylenebilir. Kadınların olumlu duygu, iyimserlik, sosyal destek, etkili başa çıkma, özyeterlik inancı ve bir amaç veya anlam duygusu geliştirme gibi psikolojik sağamlık özelliklerine sahip olmaları, doğum sürecinde yaşanan olumsuz olaylar ve travmalara karşı hem kendilerini hem de bebeklerini koruyabilir. Literatürde doğum sürecinde psikolojik sağamlıkla ilgili çalışmaların az olduğu görölmüştür. Mautner ve ark. (2013) psikolojik sağamlığı düşük kadınların doğum sürecinde meydana gelen preeklampsiyi takiben önemli ölçüde daha fazla depresif semptom gösterdiğini ve ruhsal sağlıklarının daha kötü olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde Garcia-Leon ve ark. (2019) psikolojik sağamlığı düşük kadınlarla kıyaslandığında psikolojik sağamlığı yüksek kadınların gebelik ve lohusalık döneminde psikopatoloji, stres ve vücuttaki kortizol düzeylerinin daha düşük olduğunu belirlemiştir. Bu, yüksek stres seviyelerine maruz kalan psikolojik açıdan sağlam kişilerde uzun vadeli kortizol seviyesinin daha düşük olması ve HPA ekseninin daha az aktive olması anlamına gelebilir. Yine bir çalışmada, doğum deneyimini olumsuz algılayan ve dolayısıyla doğum memnuniyeti düşük olan kadınların psikolojik sağamlıklarının düşük, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin ise yüksek olduğu belirlenmiştir (Akik ve Batıgün, 2020). Doğum deneyimi doğumdan sonra annenin bebeği ile bağlanmasını ve bebeğine yönelik duygu ve düşüncelerini önemli düzeyde etkilemekte, olumsuz doğum deneyimi maternal bağlanmanın yetersiz kalmasına neden olmaktadır (Ponti ve ark., 2020).

Bebeklerin ağlama davranışının birincil işlevi, beslenme, kucaklanma, uyarılma veya pozisyon değişikliği gibi ihtiyaçları ve rahatsızlıkları iletmektir. Ancak bazı bebekler kucakta tutulmalarına ve akla gelebilecek tüm ihtiyaçları karşılanmış olmalarına rağmen şiddetle ağlamaya devam ederler. Burada karşımıza ağlamanın ikincil bir işlevi, yani stres giderme mekanizması çıkmaktadır (Solter ve Cebenoyan, 2016; Solter, 1995). Ağlamanın, bebeklerin fiziksel/duygusal stres ve travmadan kaynaklanan acı ve gerginlikten kurtulmasına olanak sağlaması oldukça muhtemeldir. Bebekler aşırı uyarılmaya karşı savunmasızdır çünkü sinir sistemi doğumda tam olarak olgunlaşmamıştır. Aşırı uyarılmanın ardından ağlamak, bebeğin gerginlikten kurtulmasına yardımcı olmasının yanı sıra, bebeğin kendisini daha fazla uyarılmadan koruduğu bir mekanizma da olabilir. Anneleri TSSB yaşayan ve aşırı uyarılma

belirtileri gösteren bebeklerin, annelerinin travmatik stres tepkilerinden etkileneceği, bunun sonucunda olgunlaşmamış sinir sistemlerinin aşırı ağlama yanıtı vereceği söylenebilir. Bebeklerin ayrıca sevgisiz veya tutarsız bakım olarak kendini gösteren ebeveynin hastalığından, stresinden, kaygısından, öfkesinden veya depresyonundan da etkilenmesi muhtemeldir. Tüm acil ihtiyaçlar karşılandıktan ve tıbbi sorunlar dışlandıktan sonra, aşırı ağlayan bebeklerin kucakta tutulması ve kapsanması, sinir sistemlerinin ebeveyni tarafından düzenlenmesi önemlidir. Ebeveynin bebeğin aşırı ağlama davranışı karşısında sakinliğini koruyarak empatik ve uyumlu tepkiler verebilmesi için psikolojik açıdan dayanıklı olması gerekir. Özetle, annelerin psikolojik sağlık düzeyleri doğum sürecinde ve doğum sonrası dönemde anne-bebek ruh sağlığı açısından son derece önemlidir. Anneler travmatik bir doğuma maruz kalsalar dahi, psikolojik sağlıkları yüksek olduğu takdirde, bebeklerinin bu travmadan olumsuz etkilenmesini engelleyebilirler. Psikolojik sağlık doğum sonrası dönemde annenin bebeğiyle güvenli bağlanmasını, bebeğinin sinyallerini doğru bir şekilde anlayıp uyumlu tepkiler vermesini, bebeğini regüle edebilmesini teşvik ederek, bebekte kolik gibi düzenleyici davranış sorunlarının gelişmesini önleyebilir.

5.1.2.2. Bebeklerdeki Uyku Problemine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde bebeklerdeki uyku problemi ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla, annelerin doğuma bağlı TSSB, kaygı ve psikolojik sağlık düzeyleri, beyin yarım küresi baskınlıkları ile demografik özelliklerinin (yaş, eğitim düzeyi, psikolojik destek alma, tıbbi hastalık, doğum sırası) uyku problemini yordayıp yordamadığı incelenmiştir. Ayrıca bebeklere ait demografik özellikler (doğum şekli, doğumun toplam süresi, doğumda solunum/oksijen problemi yaşama, doğumda komplikasyon/sağlık problemi yaşama, prematüre doğma ve doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalma) de uyku probleminin yordayıcıları olarak ele alınmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, annelerin doğumda travma yaşayıp yaşamamasına göre bebeklerde görülen uyku problemi anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Doğumda kendisinin ya da bebeğinin ölebileceğini düşünen annelerin bebekleri, doğumda ölüm tehdidi yaşamayan annelerin bebeklerine göre daha fazla uyku problemi yaşamaktadır. Yine doğuma bağlı yüksek TSSB belirtisi

gösteren annelerin bebeklerinin daha fazla uyku problemi yaşadığı, annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerinin bebeklerde görülen uyku problemini anlamlı olarak ve pozitif yönde yordadığı belirlenmiştir. Buna göre, annelerin travmatik doğum deneyimlerinin ve doğuma bağlı TSSB belirtilerinin doğumdan sonra bebeklerde uyku problemindeki artışı etkilediği söylenebilir. Bu bulgu, literatürdeki diğer çalışmalarla tutarlı görünmektedir. Çalışmalar, hamilelik ve doğum sonrası dönemdeki annelerin ruhsal bozukluklarının bebeklerdeki uyku bozukluklarıyla yakından ilişkili olduğunu göstermiştir (Halal ve ark., 2021; Tofol ve ark., 2019). Annelerin doğum sonrası depresyon ve kaygı problemlerinin, bebeğin uyku düzeniyle ilişkili olduğu, doğum sonrası depresyonu olan annelerin bebek sinyallerini anlama ve bunlara yanıt verme becerisinin zayıf olduğu ve bebeklerle etkileşimlerinde daha müdahaleci oldukları gösterilmiştir (Goodman, 2019; Lin ve ark., 2022; Oyetunji ve Chandra, 2020; Petzoldt ve ark., 2016). Daha da önemlisi, bu ilişkiler anne paritesinden (annenin doğum sayısı) bağımsız olarak gösterilmiştir. Garthus-Niegel ve ark. (2018b) doğum sonrası TSSB ile bebek uykusu arasında bir ilişki olduğunu, doğum sonrası 8. haftada annenin doğuma bağlı TSSB semptomlarının doğumdan sonraki 2 yıldaki çocuk uykusuyla prospektif olarak bağlantılı olduğunu öne sürmüştür. Bu durum, stres ve travmanın bebek uykusu üzerindeki nesiller arası aktarımının sonuçlarının doğum sonrası ilk yıldan sonra gelişebileceğini düşündürmektedir. Annenin doğum sonrası TSSB'sinin çocuğun kortizol düzeylerini değiştirdiği, annedeki bozulmuş işlevselliğin anne-bebek etkileşimini ve çocuğun kendini sakinleştirme becerilerini olumsuz etkilediği; bu faktörlerin, bebeğin yeterli derecede uyuyamaması ve bebekte uyku eksikliği ile sonuçlandığı ifade edilmiştir (Garthus-Niegel ve ark., 2018b). Benzer şekilde Enlow ve ark. (2011) da annenin doğum sonrası TSSB belirtilerinin bebeğin duygu düzenlemesi ve zor mizacı ile negatif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir. Pierrehumbert ve ark. (2003) annenin travma sonrası tepkileri ile bebeklerdeki uyku sorunları arasında güçlü ve doğrusal bir ilişki olduğunu ifade etmiştir. Bebeklerinin doğumuyla ilgili travmatik anıları olan ebeveynler, bebeklerinin iyiliğiyle diğer ebeveynlere göre çok daha fazla meşgul olabilirler, özellikle de uyku ve beslenme gibi biyolojik ritimler söz konusu olduğunda. Ayrıca bebeğin travmayı hatırlatıcı olarak hareket etmesi ve bunun da semptomların yeniden yaşanmasını tetikleyebilmesi muhtemeldir. Bu, doğuma bağlı TSSB semptomları olan annelerin, bebekleriyle etkileşimde bulunurken bebeğe yönelik saldırgan tavırlar sergilediğini ve bebekle ilişkide zevkin azaldığını gösteren bulgularla desteklenmektedir. Dahası, doğuma

bağlı TSSB tanısı alan anneler, çocuklarına yakın olma konusunda daha az istek göstermektedirler (Davies ve ark., 2008). Sadeh ve ark. (2016) uyku problemi olan bebeklerin ebeveynlerinin, kontrol gruplarına kıyasla, bebek ağlamasına karşı daha düşük bir toleransa sahip olduklarını bulmuştur; bu, onların bebeklerini uyutmaya yönelik müdahalelerine bağlı olabilir; sonuç olarak bebeklerde uyku güçlükleri gelişebilir. İlginçtir ki, çocuklarda uykusuzluğun %69'unun fiziksel bir nedeni yoktur; bu durum bunun ebeveyn davranışıyla bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir (Kahn ve ark., 1989). Doğum sonrası anne stresi, bebeğin öz düzenleme yeterliklerinin gelişimi için önemli olan ebeveyn-bebek ilişkisini tehlikeye atabilir (Papousek ve von Hofacker, 1995). Bebeklerde önemli ilişki bozuklukları; uyku, beslenme, sosyal etkileşim ve fiziksel gelişim sorunları dâhil olmak üzere birçok semptomla ilişkili olabilir. Gelişmekte olan çocukta yaşamın ilk 3 yılındaki psikolojik süreçlerden biri de ayrılma-bireyleşme sürecidir (Mahler ve ark., 1975). Bu süreç ayrılığın bilişsel olarak farkına varılmasını, ayrılık kaygısıyla duygusal olarak baş edilmesini ve özerk bir benliğin ortaya çıkmasını içerir. Bu gelişimsel görevler büyük ölçüde bağlanma ilişkisi aracılığıyla kolaylaştırılır. Bağlanma ilişkisi tutarlı, hassas, rahatlatıcı ve düzenleyici ebeveyn-bebek etkileşimleriyle kolaylaştırılan; güvenli, empatik, ikili düzenlemeye yol açan ve ayrı bir benlik ve psikolojik özerklik duygusuna doğru ilerleyen bir bağlılık süreciyle başlar. Bağlanma ilişkisinde sorunlar ortaya çıktığında bunlar bebeğin belirtileri gibi görünse de aslında ebeveynin sorunlarını yansıtır. Bebeğin ayrılma-bireyleşme sorunları ebeveyndeki keşfedilmemiş çatışma sorunlarını yansıtır ve yeniden harekete geçirir. Çok sayıda araştırma bebeğin bağlanma ilişkisinin kalıcılığını ve psikososyal önemini açıklığa kavuşturmuştur (Ainsworth ve ark., 1978). Bu bakımdan bebeğin her gece uykuya dalması bir ayrılık, uyanması ise bir kavuşmadır; gelişim aşamaları boyunca hem düzenli hem de doğal olarak gerçekleşir. Bağlanma ilişkisinin temel işlevlerinden biri sıkıntılı zamanlarda güvenlik ve rahatlık sağlamak olduğundan uyku, bağlanma sisteminin ilgili tetikleyicisi olarak hizmet eder. Yatağa gitmek bebek için kaygının ve belirsizliğin arttığı bir zamandır. Dolayısıyla bebeğin ebeveyni tarafından bağlanma ilişkisi içerisinde sakinleştirilmesi ve düzenlenmesini gerektirir. Tüm bunlar göz önüne alındığında, doğumda travma yaşayan ve doğum sonrası TSSB belirtileri gösteren annelerin bebekleri, annelerinin düzenleme ve yatıştırma kapasitelerinin azalması, sağlıklı bağlanma davranışları gösterememeleri gibi nedenlerle strese girebilir, vücutlarında kortizol seviyeleri yükselebilir ve sonuç olarak uyku problemleri yaşayabilir. Sonuç olarak bebeklik ve

çocukluk dönemindeki uyku sorunlarına odaklanmak önemlidir çünkü bunlar anne sağlığıyla (Cook ve ark., 2020) ve bebeğin gelişimsel sonuçlarıyla (Spruyt, 2019) olumsuz ilişkilidir.

Bebeklerdeki uyku problemini yordayan değişkenleri belirlemeye yönelik analiz bulgularına göre, annelerin psikolojik sağlamlık düzeyinin bebeklerdeki uyku problemini anlamlı olarak ve negatif yönde, kaygı düzeyinin ise anlamlı olarak ve pozitif yönde yordadığı tespit edilmiştir. Ancak hiyerarşik regresyon analizinin son adımında tüm değişkenler bir arada analize dahil edildiğinde, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyi yordayıcılık özelliğini kaybetmiştir. Bu aşamada, annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi, annelerin sol beyin yarım küresi baskınlığı ve bebeğin doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalması bebeklerdeki uyku problemini anlamlı olarak ve pozitif yönde; annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığı ise anlamlı olarak ve negatif yönde yordamıştır. Buna göre annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi arttıkça, sol beyin yarım küresi baskınlığı arttıkça ve bebeklerin doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalma durumu ortaya çıktıkça, bebeklerdeki uyku problemleri de artmaktadır. Mevcut araştırmada, bebeklerdeki uyku probleminin en çok annelerin doğum sonrası TSSB'sinden etkilendiği söylenebilir. Annelerin travmatik doğuma bağlı aşırı uyarılmış ve yeniden yaşama belirtileri, travmanın tetikleyicisi olarak bebekle etkileşime geçme durumlarında artıyor olabilir. Bebeğin uykuya geçmesi, anneye yoğun temas ve etkileşim gerektirdiğinden annenin stres düzeyini artırabilir. Yoğun stres yaşayan anne, uyku aşamasındaki bebeği sakinleştirip yatıştırmak yerine uyarılmış bir hale getirebilir. Dolayısıyla anne stresinden etkilenen bebek, uykuya geçmekte ve uykuyu sürdürmekte zorlanabilir. Olası bir diğer açıklama ise, travmatik doğum deneyimleyen anne, bebeğinin zarar göreceğine dair güçlü bir inancıya sahip olabilir ve doğum sonrası dönemde bebeğinin sağlığından duyduğu endişe ile uyku esnasında sık sık bebeğini kontrol etme ihtiyacı hissedebilir. Bebeğe yönelik bu aşırı koruyucu ve müdahaleci tutum, bebeğin uyku sorunlarına katkıda bulunabilir.

Hiyerarşik lojistik regresyon analizinde tüm değişkenler bir arada analize dahil edildiğinde, annelerin sağ ve sol beyin yarım küresi baskınlığı da bebeklerdeki uyku problemini anlamlı olarak yordamıştır. Buna göre, annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığı arttıkça bebeklerdeki uyku problemi azalmakta, sol beyin yarım küresi baskınlığı arttıkça uyku problemi artmaktadır. Literatürde annelerin beyin yarım

küresi baskınlıkları ile ilgili çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Annelerin beyin yarım küresi baskınlığı ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, annenin sağ yarımküresinin rahatlatıcı işlevlerde (regülasyon vb.) ve bağlanmada rol oynadığını göstermektedir (Horton, 1995; Schore, 2001; Shapiro ve ark., 1997). Sağ yarımküre, anne-bebek düzenleyici sistemi içinde karşılıklı etkileşimlerin gelişmesine katkıda bulunur ve bağlanmanın düzenleyici mekanizması olan biyolojik eşzamanlılık kapasitesine aracılık eder (Schore, 2001). Bu yarım kürenin etkinliği, diğer insanların duygusal durumlarının empatik algılanması için yardımcıdır (Schore, 2015). Hofer'in (1990) gelişimsel psikobiyojik çalışması, anne-bebek etkileşiminin çift yönlü beyin olaylarını vurgular. Bebeğin olgunlaşmamış ve gelişen iç homeostatik sistemlerinin, bakım verenin daha olgun ve farklılaşmış sinir sistemi tarafından nasıl koordine edildiğini ayrıntılı bir şekilde anlatmaktadır. Bu "simbiyotik" zevkli durumda, annenin ve bebeğin bireysel homeostatik sistemleri, hayati endokrin, otonomik ve merkezi sinir sistemlerinin karşılıklı düzenlenmesine izin veren bir üst organizasyonda birbirine bağlanır (Hofer, 1990; Schore, 2001). Başa çıkma kapasitelerine aracılık eden sistemler sağ serebral korteksin ana kontrolü altında olduğundan, bu yarım küre "organizmayı dış zorluklarla verimli bir şekilde başa çıkmaya hazırlayan benzersiz bir yanıt sistemi" olarak işlev görür. Sağ yarım küre hem limbik sisteme hem de otonom sinir sistemine derinden bağlıdır; bu nedenle insanın stresle etkili bir şekilde baş etmesini ve organizmanın hayatta kalmasını sağlayan hayati işlevlerde merkezi olarak yer alır (Spence ve ark., 1996; Wittling, 1997). Sağlıklı annelerde sağ beyin baskın olması, bebeğin duygu düzenlemesi ve güvenli bağlanması için son derece önemlidir. Bebeğiyle etkileşim kurarken annenin sağ beyin fonksiyonlarını kullanabilmesi böylece bebeğin sinyallerini doğru yorumlayabilmesi ve ihtiyaçlarına karşı duyarlı, empatik bir şekilde karşılık verebilmesini; bebeğiyle bağlantı kurarak uyumlanabilmesini, bebeğin çeşitli uyaranlar ve stres etkenleri nedeniyle düzensizleşen sinir sistemini yatıştırmasını sağlamaktadır. Bebeğin sinir sisteminin regülasyonu, annenin sinir sisteminin regülatif işlevleri yerine getirmesine bağlıdır. Annenin sağ beyninden bebeğin sağ beynine doğru bir düzenleme söz konusudur. Uyku problemi bebeklerde görülen düzenleyici davranış sorunları arasında yer almaktadır. Dolayısıyla sağ beyin baskınlığı yüksek olan annelerin bebeklerini daha iyi yatıştırabildiği ve regüle edebildiği, bu nedenle bebeklerin uyku problemi gibi düzenleyici davranış sorunlarını daha az yaşadığı söylenebilir. Bulgulardan elde edilen bir diğer sonuca göre annelerin sol beyin baskınlığı arttıkça bebeklerde uyku problemi

de artmaktadır. Bu bulgu literatürdeki diğer açıklamalarla tutarlı görünmektedir. Sol beyin baskınlığı yüksek anneler, bebekleriyle empati kurmakta, bebeklerinin sinyallerini doğru bir şekilde yorumlayıp ihtiyaçlarını eşzamanlılık kriterine uygun olarak karşılamakta zorlanabilirler. Böylece anne-bebek bağlanma ilişkisi zarar görebilir, çünkü bağlanma annenin sağ beyninden bebeğin sağ beynine kurulan bir bağlantıdır. Bebeğin sinir sistemi annenin sağ beyin işlevleri aracılığıyla yeterince düzenlenemediğinde, bebekte uyku problemi gibi düzenleyici davranış sorunları ortaya çıkabilir. Buradan yola çıkarak, annenin doğum sonrası dönemde sağ beyin işlevlerini etkili bir şekilde kullanabilmesi için öncelikle travmatik stresin olumsuz etkilerinden kurtulmasına destek olunabilir. Yine anneye, bebeğine etkili ebeveynlik yapabilmesi için bağlanma odaklı eğitimler verilebilir. Bebeğiyle güvenli bağlanma ilişkisi geliştirmek konusunda anneyi desteklemek, sağ beyin işlevlerini harekete geçirebilir.

Bebeklerde uyku problemini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan hiyerarşik lojistik regresyon analizi bulgularına göre, bebeklerin doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalmasının bebeklerdeki uyku problemini anlamlı olarak ve pozitif yönde yordadığı belirlenmiştir. Buna göre doğum sürecinde gelişen herhangi bir sebepten (sağlık sorunu, erken doğum vb.) ötürü doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalan bebeklerde uyku problemi ortaya çıkmaktadır. Bebekler için doğumda meydana gelen bazı olaylar acı verici niteliktedir ve travmaya yol açabilir. Yoğun bakıma ve kuvöze yerleştirme sıklıkla bebekler için korkutucu, aşırı uyarıcı ve acı verici bir terk edilme deneyimi olarak algılanır (Emerson, 1996). Dolayısıyla bir bebeğin doğumunda ortaya çıkan durumlara bağlı olarak doğumdan sonra kuvöze/yoğun bakıma alınması, bebekler için travmatik bir doğum deneyimidir. Travmaya maruz kalan bebeklerde duygu düzenleme mekanizmalarının zarar görmesi nedeniyle sürekli ağlama, yatıştırılmama, yeme, uyku ve boşaltım sorunları, aşırı uyarılma ve geçişler sırasında yoğun sıkıntı gibi travmatik stres tepkileri ortaya çıkabilir. Bebeklerin doğum travmasıyla ilişkili duygusal yükü ve travmatik stresi boşaltmaları ve nöroendokrin aktivasyonlarını azaltmaları ancak ebeveyni tarafından sağlanan empatik dinleme ve duygusal olarak uyumlu aynalama yoluyla olur. Bebekler çözülmemiş doğum travmalarını, doğumdan sonra ve yaşamları boyunca yeniden aktif hale gelebilecek bir deneyim olarak bedenlerinde taşırlar (Appleton, 2017). Çocuk psikanalisti Alice Miller'a göre, “Bizi duygusal olarak hasta eden, çektiğimiz travmalar

değil, travmayı ifade edemememizdir” (Miller, 1984, s. vii). Özetle bebeklerin travmatizasyona yol açan deneyimle ilişkili duygusal yükü tamamen boşaltmasını engelleyen doğumun etkisiyle ilgili bakımverenlerin empati ve anlayış eksikliğidir (Appleton, 2017).

5.1.2.3. Bebeklerdeki Meme Reddi Problemine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde bebeklerdeki meme reddi problemi ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla, annelerin doğuma bağlı TSSB, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri, beyin yarım küresi baskınlıkları ile demografik özelliklerinin (yaş, eğitim düzeyi, psikolojik destek alma, tıbbi hastalık, doğum sırası) meme reddi problemini yordayıp yordamadığı incelenmiştir. Ayrıca bebeklere ait demografik özellikler (doğum şekli, doğumun toplam süresi, doğumda solunum/oksijen problemi yaşama, doğumda komplikasyon/sağlık problemi yaşama, prematüre doğma ve doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalma) de meme reddi probleminin yordayıcıları olarak ele alınmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, annelerin doğumda travma yaşayıp yaşamamasına göre bebeklerde görülen meme reddi problemi anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Doğumda kendisinin ya da bebeğinin ölebileceğini düşünen annelerin bebekleri, doğumda ölüm tehdidi yaşamayan annelerin bebeklerine göre daha fazla meme reddi problemi yaşamaktadır. Yine doğuma bağlı yüksek TSSB belirtisi gösteren annelerin bebeklerinin daha fazla meme reddi problemi yaşadığı belirlenmiştir. Uzun ve karmaşık doğum, acil sezaryen doğum, doğumdan kaynaklanan psikososyal stres veya ağrı, bol miktarda süt salgılanması için gerekli olan laktogenezin (süt salgısının başlaması) gecikmesine neden olan risk faktörleridir (Dewey, 2001; Hurst, 2007). Bebeklerin emzirme sırasında huzursuzluklarıyla ve meme reddiyle ilişkilendirilen en yaygın faktör, kuvvetli süt akışının varlığıdır (Tomerak, 2010). Dolayısıyla annenin doğumda travmatize olması, kuvvetli süt akışını engelleyerek bebeklerin meme reddine yol açabilir. Travma sonrası stresin temel semptomlarından biri, orijinal travmayla ilişkili uyaranlardan veya tetikleyicilerden kaçınmadır (APA, 2013), bu da anneleri bebeklerinden uzaklaştırabilir çünkü bu bebekler kadınların katlandığı orijinal travmanın sürekli hatırlatıcılarıdır (Ayers ve ark., 2006; Beck, 2004b; Nicholls ve Ayers, 2007). Annenin travmatik doğuma bağlı stres nedeniyle bebeğine yönelik kaçınmacı davranışları, bebek için psikososyal strese

neden olarak meme reddinin ortaya çıkmasını artırıyor olabilir. Chen ve ark. (1998) doğumda yaşanan stres ve emzirme sonuçları üzerine yaptıkları çalışmada, uzun süren doğumlarda kadınların kanlarında stres hormonu seviyelerinin yükseldiğini, bu kadınların doğum sonrasında emzirme sıklığının ve süt hacminin düştüğünü bulmuştur. Benzer şekilde Grajeda ve Perez-Escamilla (2002) doğum sırasındaki stresin kortizol seviyelerini yükselterek emzirmenin gecikmesi ve sonlandırılması için önemli risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Bebeklerin de travmatize olan annelerine karşı daha düşük düzeyde duyarlılık, ilişki ve bağlılık gösterdiği bilinmektedir (Van Ee ve ark., 2012). Özetle, annelerin travmatik doğum deneyimi gerek fiziksel olarak emzirmenin desteklenmesi için gerekli olan hormonların salınımını olumsuz etkileyerek, gerekse annelerin psikolojik olarak travmatik stres nedeniyle sorunlar yaşamasına ve bebekleriyle ilişkilerinin bozulmasına yol açarak emzirme deneyimini ve bebeklerde meme reddini etkileyebilir.

Bebeklerdeki meme reddini yordayan değişkenlerin belirlenmesine yönelik yapılan regresyon analizi bulgularına göre, tüm değişkenler bir arada analize alındığında, bebeklerdeki meme reddi problemini annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığı ve bebeğin doğum sırası negatif yönde anlamlı olarak; bebeğin doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalması ise pozitif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Çalışmanın ilginç bulgularından biri, annelerin sağ beyin yarım küresi baskınlığının bebeklerdeki meme reddi problemini azaltmasıdır. Buna göre annelerin sağ beyin baskınlığı arttıkça bebeklerin meme reddi yaşama durumu ortadan kalkmaktadır. Hatta doğuma bağlı TSSB düzeyi yüksek annelerin bebeklerinde daha fazla meme reddi problemi yaşanmasına rağmen, tüm değişkenler bir arada analiz edildiğinde, annelerin TSSB düzeyi meme reddini anlamlı olarak yordamamıştır. Görünüşe göre annelerin sağ beyin baskınlığı emzirme/emme davranışı üzerinde önemli düzeyde etkilidir. Başa çıkma kapasitelerine aracılık eden sistemler sağ serebral korteksin ana kontrolü altında olduğundan, bu yarım küre “organizmayı zorluklarla verimli bir şekilde başa çıkmaya hazırlayan benzersiz bir yanıt sistemi” olarak işlev görür. Böylece sağ yarımküre bireyin stres tepkisine aracılık eder (Wittling, 1997). Yani sağ beyin yalnızca sosyal-duygusal bilgilerin işlenmesinde, bağlanma işlevlerinin kolaylaştırılmasında ve bedensel ve duygusal durumların düzenlenmesinde değil (Schore, 1998, 2015) aynı zamanda hayatta kalmayı destekleyen ve organizmanın stresle aktif ve pasif bir şekilde başa çıkmasını sağlayan hayati fonksiyonların kontrolünde de rol oynar (Wittling ve

Schweiger, 1993). Dolayısıyla sağ beyin baskınlığı yüksek annelerin doğum sürecindeki stresle etkili bir şekilde başa çıkabildikleri, bebekleriyle emzirme deneyimlerinde sağ beyin fonksiyonlarını kullanabildikleri, böylece bebeklerde meme reddi probleminin azaldığı söylenebilir. Nitekim Manhire ve ark. (2007) annelerin emzirme deneyimlerini inceledikleri çalışmalarında, sezaryen doğumların emzirme üzerinde olumsuz bir fiziksel etkiye sahip olduğunu ancak annelerin emzirmeyi çok isteyerek direnmelerinin ve bebeklerine bağlılığının emzirmeyi sürdürmelerine yardımcı olduğunu ortaya koymuştur. Annelerin emzirme konusunda zorluklarla mücadele edebilmesi ve bebeklerini emzirmeye devam edebilmeleri, baskın olan sağ beyin etkisiyle gerçekleşebilir. Çünkü annelerin sağ beyininin bağlanma ve rahatlatıcı işlevlerde (bebeğin regüle edilmesi/sinir sisteminin düzenlenmesi) rol oynadığı bilinmektedir (Horton, 1995; Schore, 1997, 2015; Shapiro ve ark., 1997; Siegel, 1999). Anne ve bebeğin sağ beyin sistemi karşılıklı olarak duygulanımsal senkronizasyonla etkileşime girdiğinde bir rezonans bağlamı yaratır; bu bağlamın beyin organizasyonunda ve merkezi sinir sistemi düzenleme süreçlerinde temel bir rol oynadığı düşünülmektedir (Salansky ve ark., 1998). Anne-bebek bağı, bir annenin bebeğine karşı şefkati, duyguları ve tutumlarıyla ilgilidir (Ainsworth, 1969). Bağlanma, tutma, sarılma, sallama, şarkı söyleme, besleme, bakma ve öpme gibi besleyici davranışları içerir. İyi ve kaliteli bir anne-bebek bağı için hayati önem taşıyan yüz yüze etkileşim, göz teması, ten teması, koklama ve gülümseme gibi diğer önemli faktörler de vardır (Feldman ve ark., 2011; Perry, 2002). Dolayısıyla sağ beyin baskınlığı yüksek anneler, bu tür bağlanma davranışları aracılığıyla bebeklerinin sağ beyni ile etkileşime girerek merkezi sinir sistemlerini düzenleyebilir, böylece bebeklerde düzenleyici davranış sorunları arasında yer alan meme reddi daha az görülebilir. Hem yeme reddinin gelişimine hem de devam etmesine katkıda bulunan önemli faktörlerden biri, genel olarak veya özellikle beslenme sırasında sorunlu anne-bebek etkileşim kalıplarıdır (Chatoor ve ark., 1987; Sanders ve ark., 1993). Anne-bebek etkileşimi, meme reddi üzerinde de benzer mekanizmalar yoluyla etki ediyor olabilir; meme reddi, çocuklarda görülen yeme reddinin erken bir formu olabilir. Beslenme sorunlarının başlangıcı, 6 ay ile 4 yaş arasında görülse de 6 aydan önce başlayan beslenme sorunları literatürde meme reddi olarak adlandırılmaktadır (Altun, 2023). Bu bilgiler göz önüne alındığında, sağ beyin yarımküresi baskın annelerin bebeğin ihtiyaçlarına duyarlı, sezgilerini kullanarak bebeğe empatik yanıt verme

becerisine sahip, bebekle ilişkiye girme kapasitesi yüksek, bebekle bağlantı kurma ve uyumlanma konusunda başarılı olduğu düşünülebilir.

Bebeklerde meme reddini yordayan değişkenlerden bir diğeri, bebeğin doğum sırasındır. Buna göre, bebeğin doğum sırası arttıkça meme reddi azalmaktadır. Yani ilk defa çocuk sahibi olan annelerin bebekleri, daha önce çocuk doğurmuş annelerin bebeklerine kıyasla daha fazla meme reddi problemi göstermektedir. Görünüşe göre, annelerin bebek sahibi olma, bebeğin bakımı ve emzirilmesi konusunda tecrübe sahibi olması, bebeklerdeki meme reddi problemini etkilemektedir. Nitekim, Güneş ve Yalçın (2023) bebeklerde meme reddinin maternal ve perinatal risk faktörlerini belirlemek üzere yaptıkları bir çalışmada, anne ve babanın yaşının genç olması, bebeğin ilk çocuk olması ve annenin hamilelik sırasında aktif veya pasif sigaraya maruz kalmasının önemli risk faktörleri olduğunu belirlemiştir. Benzer şekilde Demirci ve Bogen (2017) de annesinin ilk çocuğu olan bebeklerde daha yüksek oranlarda meme reddi olduğunu göstermiştir. Bu durumun annelerin deneyimsizliğinden kaynaklandığı düşünülebilir. Annenin emzirme konusunda sahip olduğu sınırlı bilgi ve deneyim başka sorunlara yol açacaktır; bu nedenle anne bebeğini doğru pozisyona nasıl koyacağını ve memeye iyi bir şekilde nasıl tutturacağını bilmiyorsa, annede meme ucu yarası, meme tıkanıklığı, tıkalı süt kanalı, mastit gibi sorunlar ortaya çıkabilir; böylece biberonla beslenmeye erken başlanabilir ve emzirmenin başlatılması/devam ettirilmesi engellenebilir. Annenin meme ve emzirme konusunda yaşadığı bu sorunlar, bebekleri de olumsuz etkileyerek meme reddine yol açıyor olabilir.

Bebeklerde meme reddine yol açan risk faktörlerini belirlemek amacıyla yapılan analiz bulgularına göre, bebeğin doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalmasının meme reddini pozitif olarak yordadığı belirlenmiştir. Bebekler doğumda bir sağlık problemi ya da komplikasyon yaşayabilir, prematüre olarak dünyaya gelebilir ve bunların sonucunda doğumdan sonra kuvöze/yoğun bakıma alınabilir. Bu faktörler, bebeğin doğumunu travmatik olarak deneyimlemesine yol açar. Doğum sürecinde bebeklerin hayatta kalıp kalamayacaklarını bilemedikleri zamanlar vardır. Yoğun baskı altında duygusal ve fiziksel olarak ezilebilirler, göbek kordonu yoluyla stres hormonları veya ilaçlara maruz kalabilirler veya kasılmalar sırasında kordonun sıkışması nedeniyle oksijensiz kalabilirler. Bu yaşantılar sonucunda bebekler öfke, panik, üzüntü, yönelim bozukluğu gibi güçlü duyguları ifade edebilirler (Appleton, 2017; Chamberlain, 1999;

Emerson, 2020). Bebeğin doğumda travmatize olması, doğum sonrası dönemde travmatik stres tepkileri oluşturur. Bebekler travma yaşadıklarında vücutları stres hormonlarıyla dolar, hiper- veya hipo-uyarılma yaşarlar (Appleton, 2017). Bebeklerde fiziksel veya psikolojik bir stres faktörüne verilen yanıt, parasempatik sinir sisteminin inhibisyonu ve sempatik sinir sisteminin aktivasyonudur (Ritz ve ark., 2020). Bebeklerin travmatik stres tepkileri arasında gösterilen beslenme sorunları, meme reddi olarak karşımıza çıkabilir. Literatürde travmaya maruz kalan bebeklerin, yeme/beslenme sorunları, uyku bozuklukları, yetişkinlere normal tepki vermeme, duygudurum bozuklukları ve yaşlıları ve yetişkinlerle etkileşim sorunları gibi travma semptomlarıyla uyumlu sorunlu davranışlar gösterdikleri ifade edilmiştir (Layzer ve ark., 1986; Paley ve Alpert, 2003).

5.1.3. Aracı Değişken Analizine İlişkin Bulguların Tartışılması

Mevcut çalışmada annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik ve uyku problemi arasındaki ilişkide annelerin kaygı ve psikolojik sağlık düzeyinin birlikte aracı rolü Paralel Çoklu Aracı Değişken Analizi ile incelenmiştir. Aynı ilişkide annelerin sağ ve sol beyin yarım küresi baskınlığının düzenleyici rolü ise Basit Düzenleyici Değişken Analizi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerdeki kolik problemi arasındaki ilişkide annelerin kaygı ve psikolojik sağlık düzeylerinin aracı rolü anlamlı bulunmuştur. Hatta annelerin TSSB'si bebeklerdeki kolik problemini anlamlı olarak yordarken, kaygı ve psikolojik sağlık değişkenleri aracı değişken olarak analize dâhil edildiğinde, TSSB'nin kolik üzerindeki anlamlı etkisi ortadan kalkmıştır. Bu bulgudan yola çıkarak, annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerinin annelerde kaygıyı artırma ve psikolojik sağlamlığı azaltma yoluyla bebeklerdeki kolik problemini etkilediği söylenebilir. Koliğin etiyojisiyle ilgili literatür bu bulguları desteklemektedir. Literatürde annenin kaygısının bebeğin ağlamasının artmasına neden olduğu (Brazelton, 1962; Carey, 1968; Kaymaz ve ark., 2015; Wessel ve ark., 1954) ve ebeveynlerin deneyimsizliğinin veya yüksek kaygı düzeylerinin, bebeklerinin ihtiyaçlarına cevap verme konusunda zorlanmalarına yol açtığı (Miller ve Barr, 1991) belirtilmiştir. Bebekler, karşılanmayan ihtiyaçlarının veya sıkıntılarının sinyalini vermek için ağlayarak tepki verebilirler ve bu da bir kısır döngüye neden olabilir. Ağlayan bir bebek sıklıkla ebeveynlerde strese ve kaygıya neden olur. Yüksek anne kaygısı, anne sütünde kortizol düzeylerinin artmasıyla ilişkilidir (Hechler ve ark.,

2018). Öte yandan anne sütündeki kortizol düzeyinin artması bebeklerde ağlamanın şiddeti ve kaygılı davranışlarla bağlantılıdır (Glynn ve ark., 2007). Burada verilen bilgiler, kaygılı annelerin bebeklerinin kolik olmasına neden olduğu anlamına gelmez. Çıkarılabilecek en uygun sonuç, annenin kaygısının gerçekten de bebek davranışını ve bebeğin davranışına ilişkin algısını önemli düzeyde etkilediği, bebek üzerinde ek bir strese yol açtığıdır.

Annelerin psikolojik sağlık düzeylerinin, annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerdeki kolik problemi arasındaki ilişkide aracı etkisinin olması, literatür bulgularıyla desteklenmektedir. Doğum memnuniyeti yüksek olan kadınların psikolojik sağlıklarının da yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Akik ve Batıgün, 2020; Urbanova ve ark., 2021). Yapılan bir çalışmada, doğum deneyimini olumsuz yaşayan ve dolayısıyla doğum memnuniyeti düşük olan kadınların psikolojik sağlıklarının düşük, depresyon-anksiyete-stres düzeylerinin ise yüksek olduğu belirlenmiştir (Akik ve Batıgün, 2020). Benzer şekilde Karakayalı-Ay ve ark. (2023) annelerde doğum memnuniyeti arttıkça psikolojik sağlamlığın ve anne-bebek bağlanmasının arttığını belirlemiştir. Birçok çalışma annenin psikolojik sağlığının ve dayanıklılığının anne-bebek arasındaki ilişkiyi ve etkileşimi etkilediğini göstermiştir (Akik ve Batıgün, 2020; Bieleninik ve ark., 2021; Moehler ve ark., 2006). Stres ise psikolojik sağlamlığı olumsuz etkileyen faktörlerden biridir (Doğan, 2015). Doğum deneyimiyle bağlantılı travma sonrası stres semptomlarının varlığı, annenin bebeğine ilişkin temsillerini olumsuz bir şekilde etkiler. Müdahale, kaçınma ve aşırı uyarılma semptomları gösteren anneler, bebeklerine karşı daha az sıcaklık ve duygusal yakınlık hissederler (Davies ve ark., 2008). Ek olarak, zor veya travmatik bir doğum deneyimi, bebekle duygusal bağ kurmada zorluğa yol açarak (Dekel ve ark., 2019; Forcada-Guex ve ark., 2011) ve anne ile bebeği arasındaki erken dönem etkileşimleri olumsuz yönde etkileyerek olumlu bir maternal doğum sonrası bağlanmanın gelişimini engeller (Dekel ve ark., 2019). Bu değerlendirmeler göz önüne alındığında, travmatik bir olay olarak yaşanan doğum deneyiminin annenin kaygısını artırarak ve psikolojik sağlamlığını düşürerek, doğum sonrası anne-bebek bağlanmasını, annenin yeni doğan bebeğine bakma yeteneğini önemli ölçüde etkileyebileceği makul görünmektedir. Annenin bebeğiyle ilişkisinin bozulması, bebeğinin sinyallerini doğru bir şekilde algılama ve etkili yanıt verme yeteneğini olumsuz etkileyebilir. Sonuç olarak, bebek gerek kendisinin doğrudan travmaya maruz kalması gerekse annesinin TSSB

belirtilerini ilişkisel travma bakış açısıyla deneyimlemesi nedeniyle ortaya çıkan travmatik stres tepkilerine karşılık bulamayacaktır. Kolik (aşırı ağlama), bebeklerin fiziksel/duygusal stres ve travmadan kaynaklanan acı ve gerginlikten kurtulmasına olanak sağlar. Bebekler, ağlama dönemleri sırasında, duygularını sakince kabul edebilen, dikkatli ve empati sahibi ebeveynleri tarafından kapsandığı zaman sinir sistemleri düzenlenebilir (Solter, 1995). Buna karşın, ebeveynler kendi travmatik stresleri ve psikolojik sorunlarıyla meşgul haldeyken bebeklerine gerekli kapsamayı ve duygusal düzenlemeyi sağlayamazlar.

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen düzenleyici değişken analizi sonuçlarına göre, annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerinin bebeklerdeki kolik problemi ile ilişkisinde, annelerin sağ ve sol beyin yarım küresi baskınlıklarının düzenleyici etkisi bulunmadığı tespit edilmiştir. Araştırma bulgularına göre, bebeklerin travmatik stresten etkilenen aşırı ağlama (kolik) davranışını düzenlemede annelerin beyin baskınlığının anlamlı düzeyde etki etmediği söylenebilir. Bu bulgu literatür tarafından desteklenmemektedir. Literatüre göre, sağ yarımküre, anne-bebek düzenleyici (regülatif) sistemi içinde karşılıklı etkileşimlerin gelişmesine katkıda bulunur ve bağlanmanın düzenleyici mekanizması olan biyolojik eşzamanlılık kapasitesine aracılık eder (Schore, 2001). Annenin düzenleyici kapasitelerine maruz kalmanın bir sonucu olarak, bebeğin stresörlerle başa çıkmak için tutarlı tepkiler oluşturmaya başlamasına olanak tanır. Sağ limbik sistem, karmaşık bağlanma işlevleri ve stresle başa çıkma stratejilerinde merkezi olarak yer alır. Bir anne ve bebeği arasındaki, özellikle olumlu, duyarlı bakım (örneğin, güvenli bağlanma) içeren etkileşimler, bebeklerin duygusal düzenlemeyi öğrendiği bir mekanizma olarak önerilmiştir (Schore, 2001). Yapılan bir fMRI çalışması, annenin singulat ve sağ orbitofrontal korteksinin bir bebeğin hem acısına hem de ağlamasına yanıt verdiğini ortaya koymaktadır (Lorberbaum ve ark., 2000). Bu bilgiler göz önüne alındığında, sağ beyin baskınlığı yüksek annelerin, TSSB ve kolik arasındaki ilişkinin gücünü zayıflatması, sol beyin baskınlığı yüksek annelerin ise bu ilişkiyi güçlendirmesi beklenebilir. Ancak araştırma hipotezleri yapılan analizler sonucunda doğrulanmamıştır. Bu durumun bir nedeni, annenin travmatik doğum nedeniyle sinir sisteminin düzensiz hale gelmesi (hipouyarılma ya da hiperuyarılma) nedeniyle bebeğin stres düzenlemesini olumsuz etkilemesi olabilir. Eğer anne bebeği rahatlatmak için ruhsal olarak uygun durumda, bebeğin duygusal sistemini düzenlemesi daha olası olabilir, böylece bebeğin stresini

yatıştırarak duygusal dengeyi sağlayabilir. Bu, anne-bebek arasında sağlıklı bir bağlanma ve duygusal iletişim kurulmasına yardımcı olabilir. Ancak, annenin kendisi travmatize olmuş ve duygusal olarak ulaşılamaz bir durumda ise, bu durumda bebeğin stres seviyesi artabilir. Anneye olan duygusal erişim eksikliği, bebeğin sinir sisteminin aşırı uyarılmasına ve kontrolsüz bir şekilde kalmasına yol açabilir. Bu da bebeğin güven duygusunun zedelenmesine ve ilerleyen dönemde duygusal gelişim sorunlarına neden olabilir. Bebeğin uyarılma durumunu düzenleyici bir rol üstlenebilmesi için annenin kendi uyarılma durumunu etkin bir şekilde düzenleyebilmesi gerekir. Çünkü anne ve bebek, duygusal düzenleme süreçlerinde sürekli bir etkileşim içindedir (Schore, 2001, 2015). Bu bağlamda, annenin duygusal düzenleme yeteneği, bebeğin duygusal durumunu doğrudan etkileyebilir. Annenin travmanın etkisiyle düzensiz hale gelen sinir sistemi bebeğin stres düzenlemesini olumsuz etkileyebilir. Özellikle, annenin sağ beyin baskınlığı yüksek olsa dahi, travmatik stresin etkisiyle bozulmuş bir sinir sistemi, bebeğin kolik gibi problemlerini yatıştırmakta yeterli olamayabilir. Travma, özellikle sağ beyin işlevlerini önemli ölçüde bozabilir ve bu da beynin duygusal işleme, sosyal etkileşim, empati ve beden farkındalığı gibi kritik alanlarında olumsuz etkiler yaratabilir. Travma, beyin kimyasını ve nöral bağlantıları etkileyerek, bu işlevlerin etkili bir şekilde kullanılmasını engelleyebilir. Travmatize olmuş bir anne, duygusal deneyimleri doğru bir şekilde işlemlemede, başkalarının duygusal durumlarını anlamakta zorluk çekebilir ve bu durum hem kendi iç dünyasında hem de başkalarıyla olan (özellikle bebeğiyle) ilişkilerinde bozulmalara yol açabilir. Bu nedenle, gelecekteki araştırmalarda, sağlıklı ve klinik örneklemeler üzerinde annelerin sağ beyin baskınlığının, bebeklerdeki kolik problemi üzerindeki etkisinin daha derinlemesine incelenmesi önemlidir. Bu tür çalışmalar, anne-bebek etkileşimlerinin dinamiklerini anlamak ve kolik gibi erken dönem stres tepkilerini daha etkili bir şekilde ele almak adına literatürdeki boşlukları doldurabilir. Ayrıca, bu araştırmalar, annelerin duygu düzenleme becerilerinin, bebeklerin erken dönemdeki stres tepkilerini nasıl şekillendirdiğini anlamamıza yardımcı olabilir, böylece kolige yönelik etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulguya göre, annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerdeki uyku problemi arasındaki ilişkide annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin aracı etkisinin anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Buna göre, annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri, kaygı ve psikolojik sağlamlık dışındaki

farklı mekanizmalar yoluyla bebeklerdeki uyku problemini etkiliyor olabilir. Literatüre göre annede artan stres, kaygı veya depresyon (Papousek ve von Hofacker, 1998; Wurmser ve ark., 2006), annenin doğumdaki olumsuz deneyimleri gibi doğumla ilişkili faktörler (Raiha ve ark., 2002), bebeklerdeki düzenleyici davranış sorunlarını (ağlama, beslenme ve uyku sorunları) etkileyen faktörlerdendir. Benzer şekilde, Lin ve ark. (2022) annelerin doğum sonrası depresyon, anksiyete ve uyku bozukluklarının bebeğin uyku sorunlarıyla ilişkili olduğunu bulmuştur. Mevcut çalışmada anne kaygısı bebeklerdeki uyku problemini anlamlı olarak yordamaktadır ancak annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri analize dâhil edildiğinde kaygının anlamlı etkisi ortadan kalkmıştır. Ayrıca kaygı, annelerdeki TSSB ve bebeklerdeki uyku problemi arasındaki ilişkiye aracılık etmemiştir. Bu durumun bir açıklaması, bebeğin, travmatik doğum deneyimleyen ve TSSB belirtileri gösteren anne için travma tetikleyicisi olarak algılanması, annenin acı verici travmatik olayı hatırlamamak için bebeğinden kaçınması, kaçınma davranışı sonucu kaygı düzeyinin düşmesi olabilir. Annenin kaygı düzeyi düşerken, bebek annesiyle etkileşiminin azalması ve bağlanma ilişkisinin zarar görmesi nedeniyle daha fazla kaygılanabilir. Uykunun, travmayı sürekli hatırlatan bebekle bir tür fiziksel temas ve duygusal bağ gerektirdiği göz önüne alındığında, doğumda travma yaşamış ve bebeğinden tetiklenen annenin, bebeğine güvenli ve sakin bir uyku ortamı sağlaması mümkün olmayabilir. Böylece bebeğin uyku problemi yaşama olasılığı artmaktadır. Ayrıca literatürde bebeklerdeki uyku problemleri annelerdeki depresyonla daha fazla ilişkilendirilmiştir (Armitage ve ark., 2009; Diego ve ark. 2005; O'Connor ve ark., 2007). Depresyon yaşayan anneler, bebekte yeterli uyku-uyanıklık düzenlemesini başlatmak için uygun uyku zamanı rutinlerini gerçekleştirmekte zorlanabilir, yatma zamanı sırasında bebeğine daha az tepki verebilir ve/veya daha fazla içine kapanık davranışlar sergileyebilir (Park ve ark., 2013). Dolayısıyla, annelerde doğuma bağlı TSSB ile eşlik eden depresif belirtiler bebeklerdeki uyku problemi üzerinde etkili olabilir. Gelecekteki araştırmalarda, annelerin TSSB'ye eşlik eden depresif bozuklukları ile bebeklerindeki uyku problemi gibi düzenleyici davranış sorunları arasındaki ilişkiler incelenebilir.

Mevcut çalışmada, annelerin psikolojik sağlamlık düzeyi, doğuma bağlı TSSB ve bebeklerdeki uyku problemi arasındaki ilişkide aracı etki göstermemiştir. Stresin, psikolojik sağlamlığı olumsuz etkilediği (Doğan, 2015) bilgisi göz önüne alınarak, doğumdan kaynaklanan travmatik stresin annelerin psikolojik sağlamlığını

zayıflatması yoluyla bebekleriyle ilişkilerine ve etkileşimlerine zarar vereceği düşünülmüştür. Anne-bebek ilişkisinde yaşanan bu olumsuzlukların bebeklerde strese neden olarak uyku problemini artıracak beklenmiştir. Ancak yapılan analizler sonucunda bu hipotezin desteklenmediği görülmüştür. Çalışmada annelerin psikolojik sağlamlığı bebeklerdeki uyku problemi üzerinde negatif yönde anlamlı etkiler gösterse de doğuma bağlı TSSB belirtileri ile değerlendirildiğinde psikolojik sağlamlığın anlamlı etkisi ortadan kalkmaktadır. Bu durumda, bebeklerdeki uyku probleminde annelerin psikolojik sağlamlık düzeyinin etkililiğini ortadan kaldıran başka maternal faktörlerin etkili olduğu söylenebilir. Özellikle travmatik doğum deneyimine bağlı TSSB söz konusu olduğunda, depresyon gibi komorbid durumlar değerlendirilmelidir. Nitekim, doğum deneyiminin travmatik bir olay olarak görülmesinin, doğum sonrası depresyon geliştirme olasılığının daha yüksek olmasıyla da ilişkili olduğu bulunmuştur (Tani ve Castagna, 2017); bu durum, bir kadının annelik rolünü sağlıklı bir şekilde yerine getirme yeteneğini önemli ölçüde etkiler (Vismara ve ark., 2016) ve hem annenin hem de çocuğun sağlığı ve refahı için olumsuz sonuçlar doğurur (Smorti ve ark., 2019). Özetle, doğum sonrası dönemde annenin psikolojik sağlamlık düzeyi hem bebek hem anne için koruyucu ve önleyici bir faktör olsa da komorbid ruh sağlığı problemleri bu olumlu etkileri engelleyebilir.

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen düzenleyici değişken analizi sonuçlarına göre, annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerinin bebeklerdeki uyku problemi ile ilişkisinde, annelerin sağ beyin baskınlıklarının düzenleyici etkisi bulunmazken, sol beyin baskınlıklarının düzenleyici etkisi anlamlı bulunmuştur. Buna göre, TSSB'nin uyku problemi üzerindeki etkisinin düşük sol beyin baskınlığında, yüksek sol beyin baskınlığına kıyasla daha güçlü olduğu görülmüştür. Annelerde sol beyin baskınlığı arttıkça, TSSB ile uyku problemi arasındaki ilişkinin gücü azalmaktadır. Literatürde daha çok annelerin sağ beyin fonksiyonlarının bebeklerdeki düzenleyici davranış sorunları üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. Çalışmalar bir bebeğin ağlamasına verilen tepkinin, temel bir bağlanma davranışı olan annenin sağ beyinin aktivasyonu ile birlikte olduğunu (Lorberbaum ve ark., 2002); sağ yarımkürenin, anne-bebek düzenleyici sistemi içinde karşılıklı etkileşimlerin gelişmesine katkıda bulunduğunu (Schore, 2001) ve sosyal-duygusal bilgilerin işlenmesinde, bağlanma işlevlerinin kolaylaştırılmasında ve bedensel ve duygusal durumların düzenlenmesinde etkili olduğunu (Schore, 2015) ortaya koymaktadır. Mevcut

bulgulara annelerin sol beyin baskınlığının, annelerdeki TSSB ve bebeklerdeki uyku problemi arasındaki ilişkiyi zayıflatması, annelerin travma yaşamaları sonucunda sinir sistemlerinin düzensiz hale gelmesi ve sağ beyin fonksiyonlarını etkili bir şekilde kullanamamaları nedeniyle olabilir. Sol beyin baskınlığı, genellikle analitik düşünme ve mantıklı problem çözme ile ilişkilendirilirken, sağ beyin duygusal düzenleme, empati ve sosyal etkileşimlerde kritik bir rol oynar. Travma, sağ beynin işlevlerini bozarak annelerin duygusal düzenleme becerilerini olumsuz etkileyebilir. Bu durum hem annenin kendi stres tepkilerini hem de bebeğin sinir sistemini düzenlemesini etkileyebilir. Annenin sağ beyin işlevlerindeki bozulma, bebeğin uyku problemleriyle doğrudan bağlantılı olabilecek duygusal düzenlemeyi zorlaştırabilir.

TSSB'deki duygusal bozuklukların kökenlerinin, sağ prefrontal korteksin amigdala fonksiyonlarını modüle edememesinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir (Hariri ve ark., 2000). Yetişkinler üzerinde yapılan nörolojik çalışmalar, sağ frontal lob fonksiyon bozukluğunun TSSB semptomatolojisinde (Freeman ve Kimbrell, 2001) ve dissosiyatif geri dönüşlerde (Berthier ve ark., 2001) rol oynadığını doğrulamaktadır. Mevcut nöropsikiyatrik araştırmalar, sağ yarımkürenin paralimbik alanlarının travmatik anıların depolanmasında öncelikli olarak rol oynadığını göstermektedir (Schiffer ve ark., 1995). Travmatik olaylar epizodik hafızada ve sağ limbik sistemde işlevsiz bir şekilde sonsuza kadar depolanabilir ve travmatik deneyimin canlı görüntülerini, korkutucu düşüncelerini, hislerini, bedensel duyumlarını, seslerini ve kokularını açığa çıkarabilir. Dolayısıyla, psikolojik açıdan sağlıklı annelerin sağ beyin fonksiyonlarını etkili bir şekilde kullanarak bebekleriyle ilişkilerinde düzenleyici (regülasyon sağlayan) olarak etki edebilmeleri mümkünken, travma nedeniyle sağ beyin fonksiyonları zarar görmüş annelerin beklenen etkileri gösterememeleri söz konusu olabilir. Bu durumda annelerin mantıksal analiz yapmaya, doğrusal ve somut düşünmeye, sıralı ve planlı hareket etmeye olanak tanıyan sol beyin baskınlıkları travmatik stresin etkilerini hafifletmeye yardımcı olabilir. Anneler, sol beyin işlevlerini kullanarak travmadan kaynaklanan aşırı uyarılmış sinir sistemlerini bilişsel müdahalelerle kısmen düzenliyor olabilirler. Sol beyin, mantıklı düşünme ve analitik süreçleri yönetme kapasitesine sahip olduğundan, anneler bu işlevleri kullanarak doğumla ilgili travmatik anılarını daha mantıklı hale getirebilir ve olaylara daha gerçekçi bir bakış açısı sağlayarak TSSB belirtilerini yönetme çabasında olabilirler. Bu süreç, annenin duygusal tepkilerini düzenlemesine yardımcı olmasının yanı sıra,

bebeğin duygusal düzenlemesi üzerinde de dolaylı bir etki yaratabilir. Hatta sol beyin baskınlığı yüksek annelerin bebeklerine uyku eğitimi vermeye ve uyku problemini bu şekilde çözmeye yatkınlığı olabilir. Bilinen zararlı etkilerine rağmen (Bartick ve ark., 2017; Middlemiss ve ark., 2012), uyku eğitimi alan bebeklerin daha az uyku sorunu göstermesi muhtemeldir. Bebeklerin kendi kendini sakinleştirmeyi öğrenmesi için, bebeğin ağlamasını içeren davranışsal uyku eğitimi müdahalelerinin bebeklerde gece uyanmalarını önlemede veya ortadan kaldırmada başarı gösterdiği belirtilmektedir (Ramos ve Youngclarke, 2006). Uygulamada, genellikle bebeğin ağlamasına izin verme, kendini sakinleştirmeyi öğreneceğine inanarak bebekten rahatlatmayı/yatıştırmayı esirgeme şeklinde olur (Hiscock ve Fisher 2015). Annelerin sol beyin baskınlıkları arttıkça, problemleri duygusal olarak değil mantıksal olarak değerlendirme olasılıkları artabilir. Böylece, bebeklerinin yaşadığı uyku probleminin annelerin ebeveyn özyeterliliğini olumsuz etkilemesi ihtimali azalabilir. Bebeklerine bakım verme ve ebeveynlik yapma konusunda kendilerini yeterli algılayan annelerin, bebeklerinin yaşadığı sorunların çözümünde daha aktif rol alacağı ve sorunlara etkili çözümler geliştirebileceği söylenebilir. Tüm bu gözlemlerden yola çıkarak, gelecekteki araştırmalarda hem sağlıklı hem de klinik örneklerle yapılan çalışmalarla annelerin beyin yarımküresi baskınlıklarının, bebeklerin uyku problemi gibi düzenleyici davranış sorunları üzerindeki etkilerinin daha derinlemesine incelenmesi gerekmektedir. Bu tür araştırmalar, annelerin beyin yarımküresi baskınlıklarının anne-bebek etkileşimleri üzerindeki rolünü daha iyi anlamamıza ve bebeklerdeki uyku gibi düzenleyici davranış sorunlarının daha etkili bir şekilde ele alınmasına katkı sağlayabilir. Gelecekte yapılacak araştırmalarda, TSSB belirtisi gösteren ve göstermeyen annelerin sağ beyin baskınlıklarının, anne-bebek bağlanması ve bebek düzenleyici davranış sorunları kapsamında incelenmesi faydalı olacaktır.

5.1.4. Annelere Uygulanan EMDR Grup Terapisinin (GTEP) Etkililiğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde EMDR grup terapisinin (GTEP) etkililiğini belirlemek amacıyla, CityDTÖ'den elde edilen toplam puanlara göre seçilen deney ve kontrol gruplarının karşılaştırılması yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda yüksek TSSB belirtisi gösteren annelere uygulanan EMDR grup terapisinin annelerin doğuma bağlı TSSB ve kaygı düzeylerini azaltmada, psikolojik sağlamlık düzeylerini artırmada önemli bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki annelerin EMDR grup terapisi

uygulanmadan önceki puanları ile uygulandıktan sonraki puanları anlamlı olarak farklılaşmıştır. Buna karşın kontrol grubundaki herhangi bir müdahale almayan annelerin TSSB, kaygı ve psikolojik sağlamlık puanlarında öntest-sontest ölçümlerinde anlamlı farklılık gözlenmemiştir. EMDR grup terapisi uygulanan deney grubu ile herhangi bir müdahale yapılmayan kontrol grubunun son test puanları karşılaştırıldığında, deney grubundaki annelerin doğuma bağlı TSSB ve kaygı düzeylerinin, kontrol grubundaki annelere göre önemli ölçüde daha düşük olduğu, psikolojik sağlamlık düzeylerinin ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Doğuma bağlı TSSB'nin tedavisinde EMDR terapisinin etkililiğine yönelik literatür bulguları incelendiğinde, araştırmanın bulgularıyla tutarlı sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Sandström ve ark. (2008), çalışmalarına katılan travmatik doğum yaşayan kadınların tümünde TSSB'nin azaldığını, 1-3 yıl sonra dahi EMDR'nin kadınlar üzerindeki olumlu etkilerinin devam ettiğini belirlemiştir. Benzer şekilde, Wetherell (2022) de doğum travması semptomlarını azaltmak için EMDR terapisinin etkililiğini sınamış ve kadınların perinatal TSSB puanlarında %76'lık bir azalma olduğunu bulmuştur. Yine Chiorino ve ark. (2020) tarafından yapılan kontrollü bir çalışmada, doğum sonrası TSSB semptomları için doğumhanede uygulanan tek seans EMDR ile olağan tedavi yöntemi karşılaştırılmıştır. Çalışmada, çoğu kadının bir seans EMDR tedavisinden sonra travma semptomlarında önemli iyileşme gösterdiğini bulunmuştur. EMDR'nin doğum sonrası TSSB ve travmatik doğumun olumsuz etkilerini tedavi etmede etkililiğini inceleyen diğer çalışmalar arasında, Pasalic ve Hasanovic (2018) tarafından gerçekleştirilen vaka çalışması, Stramrood ve ark.'nın (2012) doğum travması yaşayan hamile ve hamile olmayan kadınlarda EMDR tedavisinin etkisini araştıran çalışması, Baas ve ark.'nın (2017) önceki doğumdan sonra TSSB geliştiren hamile kadınlarda ve doğum korkusu olan hamile kadınlarda EMDR terapisinin etkililiğini test ettiği randomize kontrollü çalışması, Kopmeiners ve ark. (2023) tarafından gerçekleştirilen travmatik doğum deneyimi yaşayan kadınlarda psikolojik şikayetlerin azaltılmasında doğumdan sonra erken dönemde uygulanan EMDR'nin etkisinin incelendiği çalışma, Hendrix ve ark.'nın (2021) travmatik doğum deneyimi yaşayan kadınlarda doğum sonrası erken dönemde EMDR terapi müdahalesinin etkililiğini belirleyen randomize kontrollü çalışması ve Kranenburg ve ark. (2022) tarafından gerçekleştirilen doğum sonrası TSSB yaşayan kadınlar için EMDR tedavi programının uygulandığı çalışma yer almaktadır.

Doğum travmasına yönelik kanıta dayalı psikolojik müdahaleler arasında EMDR ve Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi yer almaktadır (Furuta ve ark., 2018). Birleşik Krallık'ın Ulusal Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü (NICE) yönergelerinin EMDR'yi travmatik doğum için tercih edilen müdahalelerden biri olarak önermesine rağmen (NICE, 2014) bu örnekleme EMDR'nin etkinliğini test eden az sayıda araştırma vardır. Ayrıca ulaşılabilen literatüre göre ulusal ve uluslararası çalışmalarda, EMDR grup terapisinin (GTEP) travmatik doğuma bağlı TSSB'nin tedavisinde etkililiği hiç incelenmemiştir. Dolayısıyla mevcut çalışmanın bulguları literatüre önemli katkı sağlamıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre, EMDR grup terapisi kadınlarda travmatik doğuma bağlı TSSB ve kaygı belirtilerinin büyük oranda iyileştirilmesini sağlamaktadır. Kadınların kaygı düzeylerindeki bu azalma travma semptomatolojisindeki azalmaya bağlı olarak iyileşen ruh halini yansıtıyor olabilir. Ek olarak, EMDR terapisinin kaygı bozukluklarının ve sorunlarının tedavisinde de etkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır (Kalra ve ark., 2023; Sarichloo ve ark., 2020; Yıldırım ve Bahayi, 2023; Yunitri ve ark., 2020; Wallis ve de Vries, 2020). Ayrıca EMDR grup terapisi kadınların psikolojik sağlık düzeylerini artırarak stresle baş etme becerilerini geliştirmektedir. Bulgular EMDR grup terapisinin travmatik doğum yaşayan kadınların tedavisinde iyi bir terapi seçeneği olabileceğini göstermiştir. Çalışma kapsamında gerçekleştirilen 3 aylık izleme testi sonuçlarına göre, EMDR grup terapisinin olumlu etkilerinin devam ettiği, etkisinin uzun vadeli olduğu görülmüştür. Önceki bazı çalışmalar, BDT ve psikodinamik terapinin doğum travmasının tedavisinde iyi ancak kısa vadeli sonuçlar verdiğini göstermektedir (Cooper ve ark., 2003). EMDR terapisi uzun vadede doğumdan sonra stres belirtilerinin azalmasına neden olur (Sandstörn ve ark., 2008). Önceki araştırmalar, geçmiş travmatik doğum deneyiminin, patolojik doğum korkusu geliştirmede bir risk faktörünü temsil edebileceğini göstermiştir (Garthus-Niegel ve ark., 2013; Hofberg ve Ward, 2003). Bu nedenle EMDR, bu durumu önlemek için de geçerli ve etkili bir müdahale olabilir (Baas ve ark., 2017). Literatürde TSSB'nin hem anne hem de bebek üzerindeki kısa ve uzun vadeli olumsuz etkileri dikkate alındığında, önleme çalışmalarının büyük önem taşıdığı düşünülmektedir. Bebeğin doğumuyla ilgili yaşanan travmatik olayların işlenmesinin, uzun vadede kadınların ve bebeklerin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi beklenmektedir. Ayrıca travmatik belirtiler kadının sadece psikolojik sağlığını değil aynı zamanda doğum sonrası dönemde pekişecek olan anne-bebek bağına da etkileyebileceğinden tedavi hızının da dikkate alınması gerekir

(Ayers ve ark., 2006; Okawara ve Paulsen, 2018). Bu nedenle, travma sonrası semptomlarından daha hızlı kurtulan kadınlar, bebeklerine uyum sağlamaya ve emzirmeye başlamaya daha yatkın olacak ve bu da çocukların gelişimi üzerinde önemli sonuçlar doğuracaktır (Chiorino ve ark., 2020; Garthus Niegel ve ark., 2018c).

Çalışmadan elde edilen diğer bir bulguya göre, annelere uygulanan EMDR grup terapisinden sonra, sağ beyin baskınlığı toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artarken, sol beyin yarım küresi toplam puanlarında anlamlı bir artış gözlenmemiştir. Bu durum, TSSB semptomlarının temel olarak, inhibitör kontrol açısından baskın olduğu bilinen sağ beyindeki bir bozukluğu yansıttığından (Shin ve ark., 1999; Schuff ve ark., 1997; van der Kolk ve McFarlane, 1996) kaynaklanabilir. TSSB'de sağ hemisferik ve orbitofrontal fonksiyon bozukluğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Galletly ve ark., 2001; Koenen ve ark., 2001; Shin ve ark., 1999). Sağ orbitofrontal sistem, stresli belirsizlik durumlarında esnek bir tepki gösterme ve duygusal tepkileri kontrol etme konusunda uzmanlaşmıştır. TSSB'deki duygusal bozuklukların kökenlerinin, sağ prefrontal korteksin amigdala fonksiyonlarını (Hariri ve ark., 2000; Schore, 2001;) özellikle de 'görünmeyen korkuyu' (Morris ve ark., 1999) işlediği bilinen sağ amigdala aktivitesini (Adamec, 1997) düzenleyememesinden kaynaklandığı ileri sürülmüştür. Sağ yarımküre, daha sonra olgunlaşan sol yarımküreden daha fazla otonomik, limbik ve uyarılma sistemleriyle derinden bağlı olduğundan, sosyal duygusal ve bedensel bilgilerin işlenmesinde baskındır (Devinsky, 2000; Schore, 2000; 2015). Tüm bu bilgiler göz önüne alındığında, travmatik doğum deneyimine bağlı TSSB'nin annelerin sağ beyin fonksiyonlarını bozarak sağlıklı işlev göstermesini engellemiş olabilir. EMDR grup terapisi aracılığıyla annelerin sağ beyininde depolanan travmatik doğumla alakalı rahatsız edici anılar ve durumlar işlemlendiği için, terapiden sonra anneler sağ beyin işlevlerini daha sağlıklı bir şekilde kullanıyor olabilirler. Dolayısıyla EMDR grup terapisinden sonra annelerin sağ beyin baskınlığı toplam puanları artış göstermiştir.

Mevcut çalışma, annelere uygulanan EMDR grup terapisinin bebeklerdeki kolik, uyku ve meme reddi problemleri üzerinde etkili olup olmadığını test etmiştir. Yapılan analizler sonucunda, annelere uygulanan EMDR grup terapisinden sonra bebeklerdeki kolik ve uyku problemlerinde değişim olmadığı ancak meme reddi probleminde azalma olduğu tespit edilmiştir. Bebeklerde görülen meme reddi problemi oranı terapiden önce %84.6 iken, terapiden sonra %23.1 olmuştur. Çoğu annenin, sağlık

profesyonellerinden uygun rehberlik alırlarsa, takviyeye başvurmadan geçici emzirme sorunlarının üstesinden gelebileceği bilinmektedir (Li ve ark., 2008). Emzirme sorunlarında annelere sunulan destek genellikle emzirme danışmanlığı olmaktadır. Bu çalışmada, annelerin travmatik streslerine ve psikolojik sorunlarına müdahale etmenin, emzirme sorunlarının çözümüne destek olabilecek bir yöntem olduğu gösterilmiştir. Annelere uygulanan EMDR grup terapisinin, bebeklerde görülen meme reddi problemindeki iyileştirici etkisinin emzirmenin beslenme dışı fonksiyonlarıyla bağlantılı olduğu düşünülmüştür. Anne sütünün bebeklerin büyümesi ve gelişimi üzerindeki olumlu etkisi yaygın olarak kabul edilmektedir ancak emzirme sadece beslenme sağlamaktan daha fazlasıdır; memeden emme eylemi hem çocuk hem de anne üzerinde bir etkiye sahiptir. Emzirme, kalp ve metabolizma hızlarının ve emzirme sırasında ağrıyı algılama yeteneğinin azalmasıyla ilgilidir, bebekleri sakinleştirir ve analjezi sağlar (Blass, 1996; Carbajal ve ark., 2003). Bu sakinleştirici ve analjezik etkinin en önemli nedenlerinden biri, emzirme sırasındaki ten tene temasın bebeklerin kan şekeri seviyelerini, vücut sıcaklığını ve solunum hızlarını dengelemesi, nörodavranışsal öz düzenlemeye yardımcı olması, ayrıca stres hormonu salınımı ve kan basıncını azaltmasıdır (Anderson, 1989; Christensson ve ark., 1992; Ferber ve Makhoul, 2004; Mooncey ve ark., 1997). Son olarak, emzirme anne ile çocuk arasında yakın sosyal etkileşimi içerir, bu da anti-stres hormonu oksitosinin salınımıyla sonuçlanabilir (Schore, 2001). Emzirme sırasında meydana gelen bu fizyolojik ve duygusal durumların, anne ve bebeğin sağ beyin işlevleri aracılığıyla olduğu bilinmektedir. EMDR grup terapisinden sonra annelerin sağ beyinlerindeki travmadan kaynaklanan düzensizlik iyileştiği için, bu anneler bebekleriyle emzirme deneyimlerini sağlıklı bir şekilde sürdürebilir. Daha az stresli olan anneler bebeklerine daha fazla sağlıklı ve uyumlu tepki verebilirler (Feldman ve ark., 2004; Rosenblum ve Andrews, 1994). EMDR grup terapisi ile bebeklerin meme reddine yol açan psikososyal faktörler arasında yer alan annenin stresi ve kaygısı iyileştirildiği için, bebeklerin meme reddi probleminin azaldığı söylenebilir.

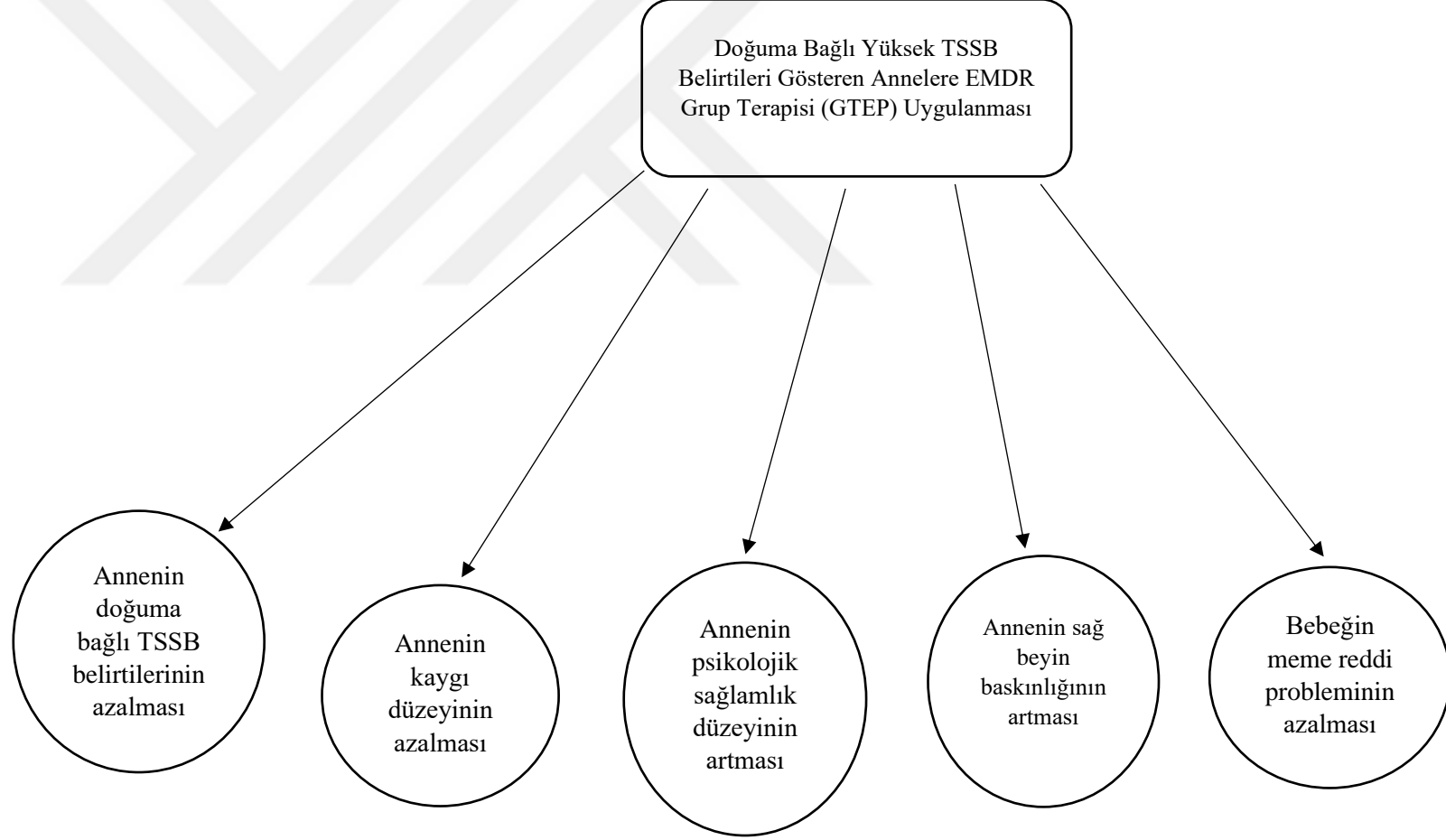
Annelere uygulanan EMDR grup terapisi sonrasında bebeklerde meme reddi azalırken, kolik ve uyku problemlerinde anlamlı etkiler görülmemiştir. Çalışma bulgularına göre, terapiden sonra bebeklere ait infant kolik toplam puanında azalma görülse de bu iyileşme istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çalışmada bebeklerin kolik ve uyku problemlerine neden olan faktörlerle ilgili bilgi alınmamıştır. Eğer bebeklerin

bu sorunları yaşamalarına neden olan fizyolojik durumlar varsa öncelikle bunların ele alınması gerekecektir. Nitekim bebeklerde uyku problemini etkileyen faktörler arasında bebeğin biyolojik durumu ve mizacı, bebekte uyku apnesi, ebeveynin fiziksel hastalığı, kültürel bağlam, aile ortamı ve dinamikleri, çevresel koşullar (taşınma, sosyoekonomik durum, güvenlik sorunları vb.), ebeveynin kişiliği ve becerileri, ebeveynin ruh sağlığı sorunları, ebeveyn-bebek bağlanma ilişkisi, uyku zamanı ebeveyn bebek etkileşimleri yer almaktadır (Benoit ve ark., 1992; Sadeh ve Anders, 1993; Sadeh ve ark., 1992; Scott ve Richards, 1990;). Benzer şekilde kolik etiyojisi de çeşitlilik göstermekte, annenin psikopatolojisi ve bebeğiyle etkileşimi dışında, besin alerjisi ve intoleransı, aşırı duyarlılık, beslenme, sigara dumanına maruz kalma, gastrointestinal hormonlar, mide ve bağırsak sorunları gibi faktörlerin de kolikte etkili olduğu belirtilmektedir (Akçam, 2004; Canivet ve ark., 2008; Hill ve ark., 2005; Lothe ve ark., 1990; Poole, 1991). Dolayısıyla mevcut çalışmada incelenen bebeklerin kolik ve uyku problemini etkileyen faktörler çeşitlilik gösterebilir. Bu faktörler belirlenmeden ve uygun müdahaleler yapılmadan bebeklerin kolik ve uyku sorunları çözülemeyebilir. Ayrıca annelerin bebekleriyle sağlıklı iletişim kurma, bağlanma, bebeklerini regüle edebilme, etkili ebeveynlik becerileri, bebeklerine bakım verme gibi konularda bilgi eksiklikleri olabilir ve eğitim desteğine ihtiyaç duyabilirler. EMDR grup terapisi ile annelerin doğum sonrası ruh sağlığı sorunları hedeflenmiştir. Böylece, annelerin bebekleriyle bağlanma ilişkilerinin ve etkileşimlerinin olumlu yönde değişeceği varsayılmıştır. Sonuç olarak bebeklerin, anneleriyle ilişkilerinde yaşadıkları sorunların etkilediği düzenleyici davranış problemlerinde (kolik, uyku ve meme reddi) iyileşmeler beklenmiştir. Ancak bu iyileşmeler için daha fazla zaman gerekebilir. Güvenli bağlanmanın anne ile bebek arasındaki tutarlılığı ve sürekliliği olan duygusal bir bağ olduğu (Thompson ve Lewis, 2002) düşünüldüğünde, travma nedeniyle bozulan anne-bebek ilişkisinin onarılması için bebeğin annesiyle ilişkisinde tutarlı bir şekilde desteklenmesi, ihtiyaçlarının karşılanması ve sinir sisteminin düzenlenmesi gerekecektir. Terapi uygulamasından sonra yapılan son test ve izleme ölçümleri dört aylık bir süreci kapsamaktadır. Bu süre, bebeklerde görülebilecek değişimler için yeterli olmayabilir. İleride yapılacak çalışmalarda izleme ölçümlerinin tekrarlı bir şekilde yapılması ve bebeklerin daha uzun süre takip edilmesi faydalı olacaktır.

Mevcut çalışma kapsamında gerçekleştirilen EMDR grup terapisi (GTEP) uygulamasının bazı avantajları vardır. Öncelikle, katılımcılar yaşadıkları travmatik doğum deneyiminde yalnız olmadıklarını, diğer bireylerin de benzer sorunları ve mücadeleleri paylaştığını görmüşlerdir. Sorunun evrenselliğini farketmek, travmatik doğumdan muzdarip annelerin kendilerindeki bir eksiklikten dolayı bu problemi yaşadıkları ve diğerlerinden farklı oldukları inancına meydan okumaktadır. Travmatik bir doğum deneyimi yaşayan ve sonrasında TSSB semptomları geliştiren anneler, doğum süreciyle ilgili bazı anları hatırlamakta zorluk çekebilirler; bu döneme ait eksik anılara sahip olabilir. Dahası, çocuklarıyla bekledikleri şekilde bağ kurmakta zorluk çekmiş olabilirler. Bu eksik anlar ve bağlanmadaki zorluklar kadınlarda suçluluk ve utanç duygularını tetikleyebilir, çünkü doğum hikâyeleri genellikle doğum ve ebeveynlik anlatılarında önemli bir noktadır. Bir annenin bebeğinden tetiklenmesi ve bebeğine yeteri kadar yakınlık hissedememesi birçok yönden toplumun annelik algısına ve anneliği yüceltme biçimine aykırı görünmektedir. Travmatik bir doğumdan sonra bebeğiyle ilgili olumsuz duygu ve düşüncelere sahip kadınlar, kültürün ve toplumsal beklentilerin de etkisiyle utanç ve suçluluk hissedebilir. Dolayısıyla, doğumdan sonra ruh sağlığı sorunları ve TSSB ile mücadele eden; bebeğiyle bağ kurmakta zorlanan bir anne için, grup terapisi ortamında kadınlar tarafından dile getirilen, annelik duygusunun antitezi olarak kabul edilebilecek duyguların ve düşüncelerin koşulsuz kabulüyle karşılaşılması iyileştirici olacaktır. Katılımcılar ayrıca grup terapisinin güvenli ortamında başkalarından öğrenme ve başkalarına öğretme fırsatına sahip olarak, paylaşılan travma deneyiminden kolektif iyileşmenin gücünü deneyimlemişlerdir. EMDR grup terapisi her katılımcıya bireysel “gizlilik”, travmadan kurtulan olarak “görünürlük” ve travmanın ayrıntılarından “mahremiyet” sağlamıştır. Son olarak mevcut çalışma, travmatik doğum ve doğuma bağlı TSSB belirtilerinin yaygınlığı göz önüne alındığında, EMDR G-TEP'in zaman, maliyet ve kaynaklar açısından etkili ve kullanışlı bir tedavi modeli olduğunu göstermiştir. Çalışmadaki deney ve kontrol gruplu ön test ve son test ölçümlü yarı deneysel tasarım, araştırmadaki yanlılığı azaltmıştır. Böylece EMDR grup terapisinin travmatik doğuma bağlı TSSB belirtilerini iyileştirmedeki etkisi, travmatik doğum deneyimi yaşayan kadınlara genellenebilir. Bu çalışma görüldüğü kadarıyla travmatik doğum yaşayan ve yüksek TSSB belirtileri gösteren kadınlarında EMDR grup terapisinin (GTEP) etkililiğini sınavan ilk çalışmadır. Gelecekteki araştırmalarda randomize kontrollü deneysel çalışmalarla bu etkinin yeniden test edilmesi faydalı olacaktır. Ayrıca doğum

travmasının EMDR ve diğerk psikoterapilerle tedavisinin sonuçlarının karşılaştırılması da önemlidir. EMDR grup terapisinin travmatik bir doğum deneyiminden sonra TSSB'yi önlemede veya iyileştirmede etkili olduğu daha fazla çalışmayla kanıtlanırsa, bu, kadınların doğumdan sonra travmatik deneyimler açısından standart olarak taranması ve onların doğumdan sonra erken bir aşamada tedaviye yönlendirilmesi için güçlü bir argüman sağlayacaktır. Mevcut çalışmada, 0-12 aylık bebeği olan annelere ulaşılmıştır. Dolayısıyla, anneler terapi uygulamasına doğumundan 1 ila 12 ay sonra katılmıştır. İleride travmatik doğum deneyiminden hemen sonra, erken dönemde bireysel ve/veya grup EMDR uygulamalarının yapılması önemlidir.

Mevcut çalışmanın bulgularından yola çıkarak travmatik doğumun anneler ve bebekleri üzerindeki etkileri ve EMDR grup terapisinin (GTEP) etkililiği ile ilgili oluşturulan şemalar Şekil 5.1 ve Şekil 5.2'de verilmiştir.



Şekil 5.2. İkinci Çalışmanın Bulguları Doğrultusunda EMDR Grup Terapisinin (GTEP) Etkililiğine Yönelik Oluşturulan Şema

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yapılan tez çalışmasında travmatik doğumun anneler ve bebekleri üzerindeki etkileri incelenmiş, EMDR grup terapisinin etkililiği sınanmıştır. Birinci çalışmada travmatik doğumun anneler ve bebekleri üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Buna ek olarak annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerdeki düzenleme problemleri (kolik, uyku ve meme reddi problemleri) arasındaki ilişkide annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin aracı, beyin yarım küresi baskınlıklarının düzenleyici rolü incelenmiştir. Birinci çalışma kapsamında 8 hipotez sınanmıştır. Birinci çalışma kapsamında sınanan hipotezlere ilişkin sonuçlar Tablo 6.1’de verilmiştir.

Tablo 6.1. Birinci Çalışmada Yer Alan Hipotezlere İlişkin Sonuçlar

Hipotez 1.1. Doğumu travmatik olarak deneyimleyen anneler ile travmatik olarak deneyimlemeyen annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Doğumu travmatik olarak deneyimleyen annelerin TSSB düzeyleri anlamlı olarak daha yüksektir.	Kabul edildi
Hipotez 1.2. Annelerin yaşı, eğitim düzeyi, tıbbi hastalığı, psikolojik destek alıp almama durumu, doğum şekli, doğum sırası, doğumun toplam süresi ve bebeğin doğumla ilgili yaşadığı sorunlara göre doğuma bağlı TSSB düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.	
a. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri yaşa göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Yaşı daha küçük annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi daha yüksektir.	Reddedildi
b. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri eğitim düzeyine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Eğitim düzeyi daha düşük olan annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi daha yüksektir.	Kabul edildi

c. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri tıbbi hastalık durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Tıbbi hastalığı olan annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi daha yüksektir.	Kabul edildi
d. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Psikolojik destek alan annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi daha yüksektir.	Kabul edildi
e. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri doğum şekline göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Sezaryenle doğum yapan annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi daha yüksektir.	Kabul edildi
f. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri doğum sırasına göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. İlk çocuğunu doğuran annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi daha yüksektir.	Reddedildi
g. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri doğum süresine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Doğumu daha uzun süren annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi daha yüksektir.	Kabul edildi
h. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri bebeğin prematüre doğmasına göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Bebeği prematüre doğan annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi daha yüksektir.	Reddedildi
i. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri bebeğin doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalmasına göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Bebeği doğumdan sonra kuvözde/yoğun bakımda kalan annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi daha yüksektir.	Reddedildi
j. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri bebeğin doğumda solunum/oksijen problemi yaşamasına göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Bebeği doğumda solunum/oksijen problemi yaşayan annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi daha yüksektir.	Kabul edildi

k. Annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyleri bebeğin doğumda herhangi bir komplikasyon, sağlık sorunu ya da tıbbi müdahale yaşamasına göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Bebeği doğumda herhangi bir komplikasyon, sağlık sorunu ya da tıbbi müdahale yaşayan annelerin doğuma bağlı TSSB düzeyi daha yüksektir.

Kabul edildi

Hipotez 1.3. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile annelerin kaygı düzeyleri, psikolojik sağlamlık düzeyleri, beyin yarım küresi baskınlıkları ve bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki vardır.

Kabul edildi

Hipotez 1.4. Annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri, beyin yarım küresi baskınlıkları ile demografik değişkenler annelerin doğuma bağlı TSSB belirtilerini anlamlı olarak yordamaktadır.

Kabul edildi

Hipotez 1.5. Annelerin doğumda travma yaşama ve doğumdan sonra yüksek TSSB belirtileri gösterme durumlarına göre bebeklerin kolik düzeyleri ile uyku ve meme reddi problemi yaşama durumları arasında anlamlı farklılık vardır. Doğumda travma yaşayan ve doğumdan sonra yüksek TSSB belirtileri gösteren annelerin bebekleri daha fazla kolik, uyku ve meme reddi problemi yaşamaktadır.

Kabul edildi

Hipotez 1.6. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri, beyin yarım küresi baskınlıkları ile demografik değişkenler bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemlerini anlamlı olarak yordamaktadır.

Kabul edildi

Hipotez 1.7. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri arasındaki ilişkilerde, annelerin kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin aracı rolü vardır.

**Kısmen
kabul edildi**

Hipotez 1.8. Annelerin doğuma bağlı TSSB belirtileri ile bebeklerde görülen kolik, uyku ve meme reddi problemleri

**Kısmen
kabul edildi**

arasındaki ilişkilerde, annelerin beyin yarım küresi baskınlıklarının düzenleyici rolü vardır.

İkinci çalışmada doğuma bağlı yüksek TSSB belirtileri gösteren annelerden oluşan deney grubuna, 4 seans EMDR grup terapisi (GTEP) uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Annelere uygulanan EMDR grup terapisinin, annelerin doğuma bağlı TSSB, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyleri ile beyin yarım küresi baskınlıkları üzerindeki etkileri test edilmiştir. Deneysel çalışmada ayrıca annelere uygulanan EMDR grup terapisinin bebeklerdeki kolik, uyku ve meme reddi problemleri üzerinde etkili olup olmadığı değerlendirilmiştir. İkinci çalışmada 7 hipoteze yer verilmiştir, çalışma kapsamında sınanan hipotezlere ilişkin sonuçlar Tablo 6.2’de verilmiştir.

Tablo 6.2. İkinci Çalışmada Yer Alan Hipotezlere İlişkin Sonuçlar

Hipotez 2.1.a. Deney grubundaki katılımcıların doğuma bağlı TSSB’ye ve kaygı düzeyine ilişkin son-test puanları ön test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür.	Kabul edildi
Hipotez 2.1.b. Deney grubundaki katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyine ve sağ beyin baskınlığına ilişkin son test puanları ön test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek iken sol beyin baskınlığı ön test puanları ile son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark yoktur.	Kabul edildi
Hipotez 2.2. Kontrol grubundaki katılımcıların doğuma bağlı TSSB’ye, kaygı ve psikolojik sağlamlık düzeyine, sağ ve sol beyin baskınlığına ilişkin son-test puanları ile ön-test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark yoktur.	Kabul edildi
Hipotez 2.3.a. Deney grubundaki katılımcıların doğuma bağlı TSSB’ye ve kaygı düzeyine ilişkin son-test puanları, kontrol grubundaki katılımcıların son-test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür.	Kabul edildi
Hipotez 2.3.b. Deney grubundaki katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyine ve sağ beyin baskınlığına ilişkin son-test	Kabul edildi

puanları, kontrol grubundaki katılımcıların son-test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek iken, iki gruptaki katılımcıların sol beyin baskınlığına ilişkin son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark yoktur.

Hipotez 2.4. Deney grubundaki annelerin bebeklerinin kolik, uyku ve meme reddi problemine ilişkin son test puanları ön test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür.

Kısmen kabul edildi

Hipotez 2.5. Kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin kolik, uyku ve meme reddi problemine ilişkin son-test puanları ile ön-test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark yoktur.

Kabul edildi

Hipotez 2.6. Deney grubundaki annelerin bebeklerinin kolik, uyku ve meme reddi problemine ilişkin son test puanları, kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin son-test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür.

Reddedildi

Hipotez 2.7. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların tüm değişkenlerden aldıkları son test puanları ile izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark yoktur.

Kabul edildi

6.2. Öneriler

Bu başlık altında araştırmadan elde edilen bulgular çerçevesinde psikoloji, kadın hastalıkları ve doğum ile ebelik alanındaki uygulayıcılara ve araştırmacılara yönelik önerilere yer verilmiştir. Bu bağlamda öncelikle uygulamaya yönelik öneriler daha sonra ise gelecekte yapılacak olan araştırmalara yönelik öneriler sıralanmıştır.

6.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

Travmatik doğum, kadınlar, bebekler ve aileler üzerindeki kısa ve/veya uzun vadeli olumsuz etkileri nedeniyle küresel bir halk sağlığı sorunudur. Doğum travmasının etkileri hem kişisel hem de toplumsal düzeyde maliyetli olabilir ve annenin doğum deneyiminin ötesinde bir dalga etkisi yaratabilir. Travmatik bir doğum deneyiminden sonra annelerde TSSB, kaygı ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunları ortaya çıkabilir. Tedavi edilmediğinde, doğumla ilişkili TSSB, doğum sonrası dönemde annenin işlevselliğini önemli ölçüde bozabilir. Doğumla ilişkili TSSB yaşayan kadınlar, genellikle bebekleriyle yakınlık ve bağlanma sorunları gösterirler, bu da bebeğin

sosyal ve duygusal gelişim sorunlarına yönelik riski artırabilir. Bu yönüyle travmatik doğum, nesiller arası aktarıma yol açabilir. Dolayısıyla, travmatik doğumla ilgili koruyucu-önleyici ve iyileştirici çalışmaların yapılması son derece önemlidir. Aşağıda bu çalışmalarla ilgili önerilere yer verilecektir.

A. Koruyucu-Önleyici Çalışmalar

Travmatik doğuma bağlı TSSB'yi önlemenin en iyi yolu, doğumu travmatik hale getiren doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası risk faktörlerini belirleyerek önleyici çalışmalar yapmaktır. Önleyici çalışmalar aşağıdakileri içerebilir:

1. *Sağlık Personelleriyle Etkili İletişimi ve Sosyal Desteği Geliştirmek:* Doğum sürecinde kadınların kendilerini değerli ve saygı duyulmuş hissetmeleri, etkili bir iletişimle dinlenmeleri ve onurlarının korunması önemlidir. Bu tür koruyucu faktörler, kadınların doğumlarını travmatik olarak algılamalarını engellemeye yardımcı olabilir. Doğum sürecinde kişilerarası etkileşimlerin önemli rolü göz önüne alındığında, sağlık personelinin travmatik doğumları önlemede aktif bir rol üstlenmesi gerekmektedir. Kadınların doğum deneyimlerinde travma yaşamamalarını sağlamak adına, sosyal destek, iletişim, kontrol, karar alma süreçlerine dahil olma, görülme ve değer görme, insanca muamele ve ciddiye alınma gibi ihtiyaçların karşılanması, doğum deneyimini önemli ölçüde iyileştirebilir.
2. *Doğumda Tıbbi Müdahaleleri Azaltmak:* Doğum sırasında gerçekleştirilen tıbbi müdahaleler, doğal fizyolojik sürece müdahale eden yaygın prosedürleri kapsar. Bu prosedürler arasında doğumun yatar pozisyonda yapılması, elektronik fetal izleme, doğum yapan kadının doğum sürecinde yemek ve içmekten yasaklanması, tekrarlayan vajinal muayeneler, Pitocin (suni sancı) kullanımı, epidural anestezi ve kateterizasyon yer alır. Yüksek düzeyde tıbbi müdahale gibi doğuma bağlı travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) belirleyicilerini bilmek, sağlık çalışanlarının yüksek risk taşıyan kadınlara karşı dikkatli olmalarını sağlamak açısından oldukça önemlidir. Bu sebeple, doğum yapan kadınlara yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmeli ve kadınların rahatlamaları sağlanmalıdır. Doğum sürecindeki gereksiz tıbbi müdahalelerin azaltılması, travmatik doğumları önlemek için kritik bir adımdır. Küçük gibi görünse de gereksiz her müdahale doğumun ilerlemesini

engelleyebilir ve aletli doğum veya acil sezaryene yol açabilir. Düşük riskli kadınlar arasında obstetrik müdahalelerdeki sürekli artış endişe vericidir, çünkü başlangıçta hayat kurtarıcı olan bu müdahaleler, artık rutin haline gelmiştir. Doğum sırasındaki rutin müdahaleler, doğum yapan kadının hassas psiko-fizyolojik durumuna zarar verebilir (Dahan, 2023; Dahlen ve ark., 2012; Jansen ve ark., 2013; Whitburn ve ark., 2014).

3. *Travmatik Doğum ve TSSB Bakımından Risk Altındaki Kadınların Belirlenmesi:* Travmatik doğum yaşama ihtimali yüksek olan kadınlar, geçmişte birden fazla düşük, başarısız tüp bebek denemeleri, çocuk istismarı, aile içi şiddet gibi travmatik deneyimler yaşamış ve mevcut ruh sağlığı sorunları bulunan bireyler olabilir. Ayrıca, bu kadınlar gebelikleri sırasında aşırı doğum korkusu yaşayabilirler. Antenatal dönemde psikolojik sorunlar açısından riskli kadınların tespiti ve gebelik kayıtlarına bu risklerin eklenmesi yararlı olabilir. Gebelik sürecindeki takipler, doğuma bağlı TSSB geliştirme riski taşıyan kadınları erken aşamada tanıma imkânı sunabilir. Bu sayede ebeler, risk altındaki kadınları gerekli destek hizmetlerine yönlendirebilirler. Doğuma kabul sırasında, sağlık personelinin kadınların doğumla ilgili korkularını anlamak amacıyla ayrıntılı bir öykü alması önemlidir. Bir kadın birden fazla doğum yapmışsa, önceki doğumlarının travmatik olup olmadığı da değerlendirilmelidir, çünkü bu kadının mevcut doğum sırasında yeniden travma yaşama riski daha yüksek olabilir.
4. *Doğal Doğumu Teşvik Etmek:* Birçok kadının doğumunu travmatik olarak algılamasının ve doğum sonrası ruh sağlığı sorunları yaşamasının nedenlerini anlamak için, öncelikle doğal doğum sürecini daha iyi kavrayabilmemiz gerekiyor. Ancak, günümüzde bu sürecin nörolojik ve psikolojik açıdan özgün özelliklerine dair yapılan araştırmalar oldukça sınırlıdır. Belki de sorulması gereken daha önemli bir soru, fizyolojik doğum sırasında bir kadının nasıl daha iyi desteklenebileceğidir. Bu soruya verilebilecek basit bir cevap, doğum yapan kadının hassas psiko-fiziksel durumunu kabul etmek ve bu durumu gereksiz yere bozmamaktır. Doğal doğumu teşvik etmek amacıyla, doğum sürecinde yer alan tüm paydaşların katılımını sağlayacak politikaların oluşturulup uygulanması gerekmektedir. Çünkü doğal doğum sürecini göz ardı edip, doğumun erken bir aşamada tıbbi müdahaleyle başlatılması, kadının sezaryenle doğum yapma riskini artırmaktadır. Kadınların aktif doğum eylemine geçene

kadar hastaneye kabulünün ertelenmesi, gereksiz tıbbi müdahaleleri ve ilaçlı doğum oranlarını düşürebilir, doğal doğum oranlarını artırabilir ve neticede kadınların doğum deneyimlerini daha olumlu hale getirebilir. Ayrıca, sezaryen doğum oranlarının yüksek olması, yenidoğanların ilk günlerini yoğun bakım ünitelerinde geçirme olasılığını artırır. Bu nedenle, sezaryen oranlarını azaltmak için doğal doğumu teşvik eden politikaların geliştirilmesi oldukça önemlidir (Dahan, 2023; Rota ve ark., 2018).

5. *Doğum Ortamını Düzenlemek:* Doğum süreci, nörolojik ve hormonal mekanizmaların etkisiyle, doğum yapan kadınlarda çevrelerine karşı daha yüksek bir duyarlılık yaratmaktadır. Kadınların doğum ortamını nasıl deneyimledikleri, ortamın kendisi ve ortamda bulunan unsurlar, kadının ruhsal ve fiziksel sağlığını doğrudan etkileyebilir. Örneğin, oksitosin gibi hormonlar doğumun doğal seyrini ve annenin psikolojik durumunu düzenlemek açısından kritik bir rol oynamaktadır. Çevresel faktörler, hormon salgılanmasını etkileyebildiğinden, bu hormonal dengenin bozulması sadece doğum sürecini değil, aynı zamanda annenin psikolojik sağlığını da olumsuz yönde etkileyebilir. Doğum ortamı, sadece fiziksel alanı değil, aynı zamanda anneye etkileşimde bulunan kişileri de içerir. Doğum sürecindeki güven duygusu, çevredeki profesyonellerin tutumlarına ve davranışlarına bağlı olarak şekillenir. Doğum sırasında başkalarının yüz ifadeleri veya bebeğin boyutuyla ilgili yorumlar, kadının doğal doğum yapma yeteneği hakkındaki güvenini zedeleyebilir ve bu da travma yaratabilir. Fizyolojik doğum boyunca kadının psiko-fiziksel durumu, fiziksel, çevresel ve psikolojik rahatsızlıklara (hepsi iç içe geçmiş ve birbirini etkileyen) karşı oldukça duyarlıdır. Bu nedenle, doğumun doğal akışını destekleyen hormonların serbest bırakılabilmesi için sadece fiziksel koşullar değil, aynı zamanda çevresel ve psikolojik faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin, bir kadının doğum sırasında sürekli fetal izlemeye alınması, yetersiz kasılmaların oluşmasına neden olabilir ve bu da suni sancı (Pitocin) uygulamasını gerektirebilir. Pitocin, ağrıyı hafifletmek amacıyla epidural anestezi gerektirebilecek daha şiddetli kasılmalar başlatabilir. Epidural anestezi, uzun doğum süreleri ve etkisiz ıkınmalarla ilişkilidir. Etkisiz ıkınma, zorunlu olarak epizyotomi, forseps veya vakumla doğum gibi müdahaleleri gerektirebilir. Eğer bu müdahaleler başarılı olmazsa, acil sezaryen doğumu yapılabilir. Bu nedenle, kadın doğum uzmanlarının tıbbi

müdahalelere karar vermeden önce, olası riskleri ve gereklilikleri dikkatle değerlendirmeleri, hastalarını bu konuda bilgilendirmeleri ve yalnızca gerektiğinde tıbbi müdahale uygulamaları, doğal doğum süreçlerini teşvik etmeleri önemlidir (Dekel ve ark., 2019; Hall ve ark., 2018; Jansen ve ark., 2013; Paterno ve ark., 2016; Rota ve ark., 2018; Whitburn ve ark., 2014).

6. *İlk Kez Doğum Yapacak Kadınlara Eğitim Vermek:* Daha önce doğum deneyimi yaşamamış kadınlar, doğum sırasında karşılaştıkları beklenmedik veya stresli durumlara karşı daha savunmasız olabilirler, çünkü bu tür durumlarla başa çıkma stratejilerini henüz geliştirmemiş olabilirler. Hamile kadınlara, doğum öncesinde doğum planı ve hazırlığına yönelik eğitimler verilmesi, doğum sonrası olumlu psikolojik sonuçların elde edilmesini destekleyebilir.
7. *Doğum Sürecinde Ebelerin Aktif Rol Almasını Sağlamak:* Doğum yapan kadının ihtiyaçlarına göre uyarlanmış ebelik hizmetlerinin iyileştirilmesi, doğum bakımında yapılacak değişikliklerle sağlanabilir. Ebelik bakım modellerinin sürekliliği ve hamilelik, doğum ve doğum sonrası süreçte yüksek kaliteli, profesyonel bir kadın-ebe ilişkisi, doğuma bağlı TSSB için risk faktörlerini azaltabilir. Ebelik liderliğinde sağlanan psikolojik bilgilendirme, kadınlara bebeklerinin doğumunu takip eden gün ve haftalarda sunulabilir. Bu yaklaşım, annenin doğumla ilgili deneyimlerini paylaşmasına, olumsuz yaşantılarını ifade etmesine ve yaşadığı travma ile ilgili duygusal boşlukları doldurmasına fırsat tanıyabilir. Ebelerin, kadınlarla doğum deneyimleri hakkında, sıkıntılı olmasalar bile, konuşmaları önemlidir.
8. *Doğum Sürecinde Yer Alan Sağlık Personellerinin Eğitimi ve Bilinçlendirilmesi:* Ebeler, doğum eğitimcileri, doulalar, doğum hemşireleri ve kadın doğum uzmanları gibi sağlık profesyonellerinin, kadınların doğum sonrası TSSB gibi ruhsal sorunlarla başa çıkmalarına etkili bir şekilde yardımcı olabilmesi için bu bozukluk hakkında bilinçlendirilmeleri gerekmektedir. Kadın sağlığı ve doğum uzmanları, doğum travmasının belirtilerini ve semptomlarını gözlemleyerek, annenin yardım almasını sağlamak için kritik bir role sahiptir. Travmatik doğumun önlenmesi hem sağlık profesyonelleri hem de toplumda bu konuda bir farkındalık yaratılmasını gerektirir. Doğum süreci hakkında eğitimler, doğum korkusunu önlemek için kadınlara yönelik psiko-eğitim programları, ebeler ve sağlık profesyonellerinin doğumda

kültürel duyarlılık ve empati ile yaklaşması travma olasılığını önemli ölçüde azaltabilir. Türkiye’de özellikle doğum travması konusunda farkındalık eksikliklerinin giderilmesi, kadınların daha bilinçli ve destekleyici bir doğum süreci geçirmelerini sağlayacaktır.

B. Tedavi Yaklaşımları

Doğuma bağlı TSSB’nin tedavisi konusunda doğum sonrası dönemde hangi tür psikolojik tedavilerin rutin olarak uygulanması gerektiğine dair standartlar henüz netleşmemiştir. Travmatik doğum ve doğum sonrası TSSB ile ilgili yapılan araştırmaların artmasına rağmen, perinatal destek hizmetlerinde, özellikle kadınların doğum sonrası ruh sağlığı ihtiyaçlarına yönelik yardım ve müdahale konusunda ciddi boşluklar bulunmaktadır. TSSB’nin doğru bir şekilde teşhis edilmesi ve tedavi edilmesi, sadece anne için değil, aynı zamanda onun ailesi, partneri ve bebeği ile olan ilişkisi için de son derece önemlidir. Bu nedenle, travmatik doğuma bağlı TSSB gibi ruh sağlığı sorunlarının tedavisine yönelik aşağıda bazı öneriler sunulmaktadır:

1. *Doğumdan Sonra Altın Saat Uygulamasını Yaygınlaştırmak:* Doğumdan sonraki ilk saat, insan hayatındaki en kritik dönemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu dönemde, emzirmenin hemen başlatılması, anne ile bebeğin ten tene teması ve kordonun geç klemlenmesi gibi “Altın Saat” uygulamalarının yaygınlaştırılması, doğum sonrası TSSB riskini azaltabilir. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), anne ve bebek arasındaki teması artırmak ve emzirme davranışlarını desteklemek amacıyla doğum sonrası ilk saatteki müdahalelerin sınırlandırılmasına yönelik kılavuzlar önermektedir (AAP, 2012).
2. *Doğuma Bağlı TSSB’nin Rutin Tarama Sistemine Dâhil Edilmesi:* Travmatik doğum deneyimi yaşayan kadınların uygun hizmetlere erişebilmesi için sistematik bir tarama prosedürü gereklidir. Türkiye’deki doğum sonrası tarama sistemi, genel olarak doğum sonrası depresyon yaşayan kadınları tespit etmeye odaklanmaktadır. Ancak, travmatik doğum sonrası TSSB yaşayan kadınlar, yanlış bir şekilde doğum sonrası depresyon tanısı alabilirler. Bu durum, depresyon ve TSSB’nin tedavi yöntemlerinin farklı olması nedeniyle doğum sonrası müdahalelerin etkinliğini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, doğum sonrası dönemde travma semptomlarını değerlendirmek için doğuma özgü bir ölçeğin kullanılması yararlı olacaktır. Örneğin, City Doğum Travması Ölçeği

(Bayrı Bingöl ve ark., 2021), çeşitli dillerde geçerliliği onaylanmış olup, rutin klinik uygulamalarda kullanılmaya daha uygun bir seçenek olabilir. Ayrıca, pediatri uzmanları, sağlıklı bebek muayeneleri ve rutin kontroller sırasında annelere, doğum deneyimlerini ve doğum sonrası nasıl hissettiklerini sorarak TSSB ile mücadele eden kadınları tespit edebilir ve uygun ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirebilir. Pediatri uzmanları, bu konuda önemli bir rol üstlenerek, doğum sonrası ruh sağlığı desteği sağlama noktasında ideal bir konumda bulunmaktadır.

3. *Travmaya Erken Müdahale Etmek:* Travmatik doğum deneyiminden sonra erken müdahale son derece önemlidir. Diğer travma türlerinden farklı olarak, doğum süreci genellikle kadınların doğumdan sonra hastanede birkaç gün kaldığı bir dönemdir. Bu durum, kadınlara tam TSSB belirtileri gelişmeden önce tanı koyma ve tedavi etme açısından önemli bir fırsat sunar. Doğum sonrası 48-96 saat içinde ve hastanede kalış süresince yapılan kısa terapilerin (1-4 seans), olumlu ve kalıcı etkileri olabilir. Erken müdahale tedavileri, travmanın yaşandığı gün, hafta ve ilk üç ay boyunca uygulanabilir. Erken psikolojik müdahaleler, işlenmemiş travmatik anıların birikmesini engelleyebilir, çünkü tekrarlayan travmalara maruz kalma, alta yatan ve henüz fark edilmeyen bozuklukları daha da hassaslaştırabilir. Travmatik doğum deneyimlemiş kadınlara doğum sonrası erken dönemde müdahale etmeden önce kadınların fiziksel ve duygusal olarak güvende hissetmelerini sağlamak, doğum sonrası psikolojik ilk yardım müdahalelerini uygulamak önemli olacaktır. Özetle, doğum sonrası dönemde, mümkün olan en kısa sürede travmatik strese müdahale etmek, travma tepkilerini azaltabilir ve doğuma bağlı TSSB belirtilerinin gelişmesini önleyebilir. İlk adım, travmatik doğum deneyimi yaşayan ve klinik olarak anlamlı akut stres belirtileri gösteren yüksek riskli kadınların tespit edilmesidir. Bu kadınlara yönelik erken terapiler, mevcut kaynakları en çok ihtiyaç duyanlara yönlendirerek tıbbi maliyetleri azaltabilir.
4. *Kanıtı Dayalı Psikoterapi Hizmetlerine Erişim Sağlamak:* Travma anısının yeniden işlenmesi yoluyla TSSB semptomlarını hızlı ve etkili bir şekilde iyileştirmeyi amaçlayan EMDR terapisi, doğum sonrası TSSB yaşayan annelere uygulanabilir. Etkisiz bir tedavi, travmatik deneyimlerin yeniden yaşanmasına yol açarak kişiyi yeniden travmatize edebilir ve uygun tedaviye

başvurmayı engelleyebilir. NICE, TSSB tedavisiyle ilgili kılavuzunda, travmatik bir olaydan bir ay sonra başvuran herkese travma odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi veya Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) terapisi uygulanmasını önermektedir (NICE, 2014). Bu bağlamda, travmatik bir doğum deneyiminden sonra TSSB semptomları gösteren annelerin, bilimsel olarak etkililiği kanıtlanmış EMDR gibi psikoterapi yöntemlerine erişimlerinin sağlanması büyük önem taşır.

5. *Doğum Sonrası Dönemde Anne-Bebek İlişkisini Geliştirmek:* Doğum sonrası dönemde, travmatik doğum deneyimi yaşayan annelerin, bebekleriyle sağlıklı bir bağ kurmalarına yardımcı olmak hem annenin iyileşmesine hem de doğum travmasının “nesiller arası aktarım” döngüsünün kırılmasına katkı sağlayabilir. Anne-bebek ilişkisinde travmanın etkilerinin azaltılması için özel olarak tasarlanmış ebeveynlik atölyeleri veya psiko-eğitim grupları, travmatik doğum deneyimlerinin anne-bebek ilişkisi üzerindeki olumsuz etkilerini önemli ölçüde azaltabilir. Bu atölyelerde, annelere bebekle sağlıklı bir ilişki kurmanın yolları, bağlanma süreçlerinin önemi ve duygusal zorluklarla başa çıkma stratejileri öğretilebilir. Böylece, annenin psikolojik iyileşmesi desteklenerek, bebeğiyle daha güçlü ve sağlıklı bir bağ kurması sağlanabilir.
6. *Annelerin Travmatik Doğum ve TSSB Hakkında Bilinçlendirilmesi:* Annelere, travmatik doğum ve sonrasında gelişebilecek TSSB konusunda gerekli bilgi ve destek sağlanmalıdır. Yeni annelikle birlikte yaşanan bunalmışlık nedeniyle, kadınlar doğuma bağlı TSSB belirtilerini fark etmeyebilirler. Ayrıca, travmatik bir doğum sonrası kadınlar sıklıkla profesyonel yardım almakta isteksiz olabilir, yardıma nasıl ulaşacakları konusunda belirsizlik yaşayabilir ve damgalanma korkusuyla ruhsal sağlık durumlarını paylaşmaktan çekinebilirler. Bu nedenle, doğuma bağlı TSSB semptomları hakkında farkındalığı artırmak ve kadınların yardım arama sürecine girmelerini teşvik etmek amacıyla, onlara yönelik düzenli psikoeğitim ve bilgilendirme çalışmaları yapılması önemlidir.
7. *Doğum Sonrası Destek Gruplarını Teşvik Etmek:* Travmatik doğum deneyimi yaşamış diğer annelerle bir araya gelmek, duygusal destek sağlamak ve deneyimlerin paylaşılması, annenin iyileşme sürecinde yalnız hissetmesini engelleyebilir. Bu tür destek grupları, benzer deneyimleri yaşayan kadınların bir araya gelerek birbirlerini anlamalarına ve rahatlamalarına olanak

tanıyabilir. Destek gruplarının sağlık sistemi içinde yer alması için, doğum sonrası ruh sağlığı hizmetleri ve psikolojik destekle ilgili bir protokol geliştirilebilir. Hastaneler, doğum merkezleri ve sağlık ocaklarında, doğum yapan kadınlara yönelik doğum sonrası destek gruplarına dair bilgilendirme yapılabilir. Ayrıca, sosyal hizmetler aracılığıyla, düşük gelirli veya sosyal desteği olmayan kadınların bu tür gruplara katılımı teşvik edilebilir.

8. *Doğum Sürecinde Ruh Sağlığı Uzmanlarının Aktif Rol Almasını Sağlamak:* Doğum süreci hem anne hem de bebek için fiziksel ve duygusal açıdan yoğun bir deneyimdir. Bu süreçte doğum psikologları ya da ruh sağlığı uzmanlarının aktif rol alması, anne ve bebeğin hem doğumda travma deneyimlemesini önlemek hem de doğum sonrası ruh sağlığını desteklemek açısından kritik öneme sahiptir.
9. *Ülkemizde Travmatik Doğum ile İlgili Politika, Hizmet ve Eğitim Faaliyetlerinin Planlanması:* Mevcut çalışmaya göre, kadınların büyük bir kısmı doğum sırasında travma yaşadıklarını ifade etmiş ve bazıları doğum sonrası yüksek TSSB belirtileri göstermiştir. Travmatik doğumun yaygınlığına rağmen, Türkiye’de travmatik doğum deneyimlerinin taranması, tedavi edilmesi ya da önlenmesi için ulusal düzeyde herhangi bir politika veya kılavuz bulunmamaktadır. Anne, bebek ve ailenin refahını artırmak için, etkili ve kanıta dayalı doğum sonrası bakım hizmetlerinin temel unsurlarını belirlemek, bu alanda politikalar geliştirmek ve mesleki eğitimler sağlamak son derece önemlidir. Ayrıca, bu çalışmaların sürdürülebilirliğini sağlamak adına, travmatik doğum konusunda bilimsel araştırmaların teşvik edilmesi ve üniversiteler bünyesinde araştırma-geliştirme laboratuvarlarının kurulması faydalı olacaktır. Travmatik doğumun, kadına ve ailesine yönelik kişisel maliyetlerinin yanı sıra, ebeveynlerin ve çocukların sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanması nedeniyle sağlık sistemi üzerinde de ekonomik etkileri olabilir.

6.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Bu araştırmanın bulguları çerçevesinde yapılacak olan yeni araştırmalara ilişkin öneriler şu şekilde sıralanabilir:

1. Mevcut çalışmada, 0-12 aylık bebeği olan annelere odaklanılmıştır. Bu nedenle, doğum sonrası en fazla 12 ay süresince yaşanan doğuma bağlı TSSB belirtileri ele alınmıştır. Ancak, tedavi edilmeyen TSSB'nin kronikleşme potansiyeli göz önüne alındığında, örnekleme 12 aydan daha uzun bir süre takip etmek ve sonuçları en az 5 yıllık bir zaman dilimi içinde değerlendirmek daha kapsamlı veriler sağlayacaktır.
2. Bu çalışmada, kadınların TSSB belirtileri öz bildirim ölçekleri aracılığıyla değerlendirilmiştir. Gelecekteki araştırmalarda, TSSB'nin klinik tanı değerlendirmelerini de içeren bir yöntem benimsenmesi faydalı olabilir. Ülkemizde travmatik doğum konusunda yapılan bilimsel çalışmaların yetersizliği nedeniyle, yeterli örneklem büyüklüğüne sahip randomize kontrollü deneysel çalışmaların tekrar edilmesi gerekmektedir.
3. Doğum sonrası erken dönemde bireysel ve grup EMDR terapilerinin etkililiğini test eden çalışmaların yapılması önemlidir. Bu tür araştırmalar, doğum sonrası TSSB'nin tedavisinde potansiyel etkili bir yöntem olarak EMDR terapisi hakkında daha fazla bilgi sağlayacaktır.
4. Doğuma bağlı TSSB tedavisinde travma odaklı olmayan ancak umut vadeden yaklaşımlar arasında mindfulness, metakognitif terapi ve pozitif psikoterapi yer almaktadır. Bu yöntemlerin test edilmesi, mevcut tedavi seçeneklerini genişletir ve doğum sonrası TSSB tedavisi için daha fazla seçenek sunar.
5. Travmatik doğumda ebelerin liderliğindeki bakımın, koruyucu bir faktör olarak incelenmesi oldukça önemlidir. Ebelik bakımının doğum sürecinde nasıl bir rol oynadığı ve bu yaklaşımın doğum sonrası TSSB'nin önlenmesindeki potansiyeli üzerine yapılacak araştırmalar, doğum deneyimlerinin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır.
6. Yeni bilimsel araştırmalarda, doğum sonrası TSSB'nin etiyolojik bir modelinin geliştirilmesi önemlidir. Bu model, doğum sonrası TSSB'nin diğer doğum sonrası psikopatolojilerden (örneğin depresyon ve kaygı) ayırt edilmesine yardımcı olacaktır. Bu sayede, doğum sonrası travmanın doğru bir şekilde tanımlanması ve tedavi edilmesi için literatüre katkı sağlanabilir.
7. Bu çalışmada, kadınların travmatik doğum deneyimleri ölçekler kullanılarak nicel yöntemlerle değerlendirilmiştir. Ancak travmatik doğum algısında öznel deneyimlerin önemi sıklıkla vurgulanmaktadır. Kadınların kişisel ve duygusal doğum deneyimlerini içeren nitel çalışmaların yapılması gereklidir. Bu tür

çalışmalar, travmatik doğuma yol açan faktörleri daha detaylı bir şekilde anlamamıza yardımcı olacaktır.

8. Mevcut çalışmada yalnızca travmatik doğum deneyimi yaşayan annelere odaklanılmıştır. Ancak, travmatik doğumdan etkilenen yalnızca anneler değildir. Partnerlerinin travmatik doğumuna tanıklık eden eşler de travma yaşayabilir. Ayrıca, pratisyen hekimler, ebeler, kadın doğum uzmanları, anestezi uzmanları gibi sağlık çalışanları da defalarca travmatik doğumlara tanık olarak ikincil travma yaşayabilirler. Gelecekteki araştırmalar, doğumda ikincil travma maruziyeti üzerine odaklanabilir.
9. Gelecekte yapılabilecek bir diğer müdahale çalışması, annelerin doğum travmasının sonuçlarıyla mücadele ettiği dönemde anne-bebek ilişkisini güçlendirmeye odaklanabilir. Bu dönemde, bağlanma odaklı ebeveynlik eğitimi gibi müdahalelerin, travma sonrası anne-bebek ilişkisi üzerindeki etkilerinin test edilmesi faydalı olabilir. Bu tür müdahaleler, annede travmanın etkilerini azaltarak, annenin bebeğiyle sağlıklı bir bağ kurmasına yardımcı olabilir.
10. Literatürde, travmatik doğum sonrası büyüme ile ilgili çalışmaların yetersiz olduğu gözlemlenmiştir. Her kadın, travmatik doğum deneyiminden sonra TSSB geliştirmediği gibi, bazen travma sonrası büyüme ve güçlenme de yaşayabilmektedir. Bu süreci etkileyen faktörlerin belirlenmesi, doğum sonrası dönemde annelerin ruhsal sağlığını korumak adına önemli olacaktır.
11. Doğum sonrası TSSB'yi daha iyi anlamak adına atılacak önemli bir adım, TSSB ve akut stres semptomlarının gebeliğe özgü öngörücü bir modelinin geliştirilmesi ve bu modelin geçerliliğinin gelecekteki araştırmalarda test edilmesidir. Böylece, doğuma bağlı TSSB geliştirme riski taşıyan kadınların erken teşhisi mümkün olabilir.
12. Farklı kültürel bağlamlarda doğumun algılanışı, doğum süreciyle ilgili sosyal normlar ve toplumsal beklentiler, bir kadının doğum deneyimini travmatik ya da olumlu olarak algılamasında önemli bir rol oynayabilir. Bu nedenle, travmatik doğumun kültürel perspektifini anlamak, doğum sürecinin iyileştirilmesi ve kadınların ruhsal sağlıklarının korunması açısından önemlidir. Travmatik doğum ve doğum sonrası ruh sağlığı üzerinde kültürel etkileşimleri inceleyen kültürlerarası çalışmalar, farklı toplumsal ve kültürel bağlamlarda kadınların doğum deneyimlerini anlamak için çok önemlidir.

Gelecekte yapılabilecek bu tür çalışmalar, travmatik doğumun evrensel ve kültüre özgü yönlerini anlamaya yardımcı olabilir.



KAYNAKÇA

- Abdollahpour, S., Khosravi, A. ve Bolbolhaghi, N. (2016). The effect of the magical hour on post-traumatic stress disorder (PTSD) in traumatic childbirth: A clinical trial. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34(4), 403–412. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1206744>
- Abedian, Z., Soltani, N., Mokhber, N. ve Esmaeily, H. (2013). Comparing post-traumatic stress disorder (PTSD) in primiparous and multiparous women with preeclampsia. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 1(1), 13–18.
- Acartürk, C., Konuk, E., Çetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Cuijpers, P. ve Aker, T. (2015). EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: Results of a pilot randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27414. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27414>
- Adamec, R. E. (1997). Transmitter systems involved in neural plasticity underlying increased anxiety and defense—Implications for understanding anxiety following traumatic stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 21, 755–765. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(97\)00029-3](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(97)00029-3)
- Adams, S. S., Eberhard-Gran, M. ve Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labor: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(10), 1238–1246. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03383.x>
- Adewuya, A. O., Ologun, Y. A. ve Ibigbami, O. S. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: Prevalence and risk factors. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(3), 284–288. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00895.x>
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant–mother relationship. *Child Development*, 40, 969–1025. <https://doi.org/10.2307/1127008>
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. ve Wall, S. (1978). *Patterns of attachment* (pp. 144–153). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Akar, A. (2018). Psikolojik sağlamlık programının ergenlerin psikolojik sağlamlık düzeyine etkisi. *Journal of Social Science Research*, 1(1), 45–50.
- Akçam, M. (2004). İnfantil kolik. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 11(1), 29–33.
- Akik, B. K. ve Batıgün, A. D. (2020). The Mother Infant Contact Barriers Scale (MICBS): Development and examining its psychometric properties. *Current Approaches in Psychiatry*, 12(Suppl 1), 235–254.
<https://doi.org/10.18863/pgy.789071>
- Aksu, A. (2019). Vefikuluçay Yılmaz, D. Anne sütünü ulaştırmada en sağlıklı yolu (emzirme) etkileyen faktörler ve hemşirenin rolü. *International Journal of Emerging Trends in Health Sciences*, 3(1), 34–41.
<https://doi.org/10.18863/pgy.789071>
- Aktaş, S. (2018). Multigravidas' perceptions of traumatic childbirth: Its relation to some factors, the effect of previous type of birth and experience. *Medicine Science*, 7(1), 203–209. <https://doi.org/10.5455/medscience.2017.06.8728>
- Aktürk, S. O. ve Yılmaz, T. (2023). Gebelik, doğum ve ebeveynlik süreçlerinde psikolojik dayanıklılık. *Geveher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 8(2), 260–269. <https://doi.org/10.5433/gjhms.2023.02.260>
- Al Mumtazah, N. Z., Husen, S. N. ve Fitriana, F. (2024). The relationship between early pregnancy and postpartum anxiety: A systematic review. *Journal of Maternal and Child Health*, 9(1), 111–119. <https://doi.org/10.36959/636/611>
- Alcorn, K., O'Donovan, A., Patrick, J., Creedy, D. ve Devilly, G. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 40(11), 1849–1859.
<https://doi.org/10.1017/S0033291709992224>
- Alessi, J. J. ve Hearn, K. (1984). Group treatment of children in shelters for battered women. In K. A. Alessi (Ed.), *Battered women and their families* (pp. 49–61). Springer.
- Ali, E., Letourneau, N., Benzies, K., Ntanda, H., Dewey, D., Campbell, T. ve Giesbrecht, G. (2020). Maternal prenatal anxiety and children's externalizing and internalizing behavioral problems: The moderating roles of maternal-child

- attachment security and child sex. *Canadian Journal of Nursing Research*, 52(2), 88–99. <https://doi.org/10.1177/0844562120902846>
- Allen, A. J., Leonard, H. ve Swedo, S. E. (1995). Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(6), 976–986. <https://doi.org/10.1097/00004583-199506000-00011>
- Allen, J. G. (2013). Treating attachment trauma with plain old therapy. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(4), 367–374. <https://doi.org/10.1080/15299732.2013.785349>
- Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2–3), 107–131. <https://doi.org/10.1080/02646839808404530>
- Allen, V. M., Baskett, T. F., O’Connell, C. M., McKeen, D. ve Allen, A. C. (2009). Maternal and perinatal outcomes with increasing duration of the second stage of labor. *Obstetrics & Gynecology*, 113(6), 1248–1258. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181a1ff0f>
- Al-Nasiry, S., Ambrosino, E., Schlaepfer, M., Morré, S. A., Wieten, L., Voncken, J. W., ... ve Kramer, B. W. (2020). The interplay between reproductive tract microbiota and immunological system in human reproduction. *Frontiers in Immunology*, 11, 378. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.00378>
- Altınsoy, F. (2020). *Travmatik deneyimi olan bireyler için bir travma sonrası büyüme modeli* (Yayımlanmamış doktora tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Altun, Y. (2023). *Anne çocuk ilişkisi: Erken dönem yeme reddinin yordayıcıları* (Yayımlanmamış doktora tezi). Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827–e841. Retrieved from <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/129/3/e827.full.pdf>

- American College of Nurse-Midwives. (2014). *ACNM clarity in collaboration concepts*. Retrieved May 8, 2016, from <http://birthtools.org/Framework-For-QualityImprovement>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). *Cesarean delivery on maternal request*. ACOG Committee Opinion, 13(1), 72-76.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). *Vaginal birth: Complications and outcomes*. American College of Obstetricians and Gynecologists. <https://www.acog.org>
- American Pregnancy Association. (2019). *Difficult or prolonged labor and the risk of physical trauma for babies*. American Pregnancy Association. <https://americanpregnancy.org>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (APA). (2014). The road to resilience. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F. ve Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(11), 1261–1272. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01421.x>
- Anderson, G. C. (1989). Risk in mother-infant separation postbirth. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 21(3), 196–199.
- Annibale, D. J. ve Bissinger, R. L. (2010). The golden hour. *Advances in Neonatal Care*, 10(5), 221–223. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3181f5b281>
- Appleton, M. (2017). The influence of birth trauma on the physical and emotional well-being of the baby. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 31(3), 137–150.
- Armitage, R., Flynn, H., Hoffmann, R., Vazquez, D., Lopez, J. ve Marcus, S. (2009). Early developmental changes in sleep in infants: The impact of maternal depression. *Sleep*, 32(5), 693–696. <https://doi.org/10.1093/sleep/32.5.693>

- Asaad, F. (2021). *The investigation of attachment styles, resilience and posttraumatic stress disorder in Syrian refugees in Turkey* (Unpublished master's thesis). Bahçeşehir University, Graduate School of Educational Sciences.
- Astrid, N. M., Högberg, U. ve Lundman, B. (2005). The negative birth experience of prolonged labour: A case-referent study. *Journal of Clinical Nursing*, 14(5), 579–586. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01079.x>
- Atasoy, A. S. (2002). *Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işlemenin (EMDR'ın) üniversite öğrencilerinin aleksitimik özellikleri üzerine etkisi* (Yayımlanmamış doktora tezi). Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Avcı, D. E. ve Yağbasan, R. (2008). Beyin yarı kürelerinin baskın olarak kullanılmasına yönelik öğretim stratejileri. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28(2), 1–18.
- Avcı, N. (2022). *Telafer'den Türkiye'ye göç eden Türkmenlerin TSSB belirtilerinin psikolojik dayanıklılık ve sosyokültürel uyum ile ilişkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Aydın, R., Aktaş, S. ve Binici, D. K. (2022). Vajinal doğum yapan annelerin doğuma ilişkin travma algısı ile maternal bağlanma düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi: Bir kesitsel çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 158–169.
- Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment for postnatal post-traumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 552–567. <https://doi.org/10.1097/01.grf.0000130783.00469.7c>
- Ayers, S. (2007). Thoughts and emotions during traumatic birth: A qualitative study. *Birth*, 34(3), 253–263. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00150.x>
- Ayers, S. ve Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 28, 111–118. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2001.00111.x>

- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S. ve Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002266>
- Ayers, S., Eagle, A. ve Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 389–398. <https://doi.org/10.1080/13548500600663512>
- Ayers, S., Harris, R., Sawyer, A., Parfitt, Y. ve Ford, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 200–204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.007>
- Ayers, S., Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Nieuwenhuijze, M., Bogaerts, A., Hartmann, K., ... ve Lalor, J. (2024). Traumatic birth and childbirth-related post-traumatic stress disorder: International expert consensus recommendations for practice, policy, and research. *Women and Birth*, 37(2), 362–367. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.09.007>
- Ayers, S., Jessop, D., Pike, A., Parfitt, Y. ve Ford, E. (2014). The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 155, 295–298. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.028>
- Ayers, S., Radoš, S. N. ve Balouch, S. (2015). Narratives of traumatic birth: Quality and changes over time. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(3), 234. <https://doi.org/10.1037/tra0000039>
- Ayers, S., Wright, D. B. ve Thornton, A. (2018). Development of a measure of postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 409. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00409>
- Baas, M. A. M., Stramrood, C. A. I., Dijkman, L. M., de Jongh, A., & Van Pampus, M. G. (2017). The OptiMUM-study: EMDR therapy in pregnant women with posttraumatic stress disorder after previous childbirth and pregnant women with fear of childbirth: Design of a multicentre randomized controlled trial.

European Journal of Psychotraumatology, 8(1), 1293315.

<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1293315>

Baddeley, A. (2012). Working memory: Theories, models, and controversies. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 1-29.

<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.112010.141231>

Badzakova-Trajkov, G., Corballis, M. C. ve Häberling, I. S. (2016).

Complementarity or independence of hemispheric specializations? A brief review. *Neuropsychologia*, 93, 386-393.

<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2016.01.004>

Bağçeci, B., Kanadlı, S. ve Ünişen, A. (2009). Farklı beyin yarım küreleri baskın öğrencilerin İngilizce akademik başarılarındaki farklılıkların incelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (3), 22-34.

Bal, F. (2024). *Beyin temelli psikoterapi ve göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (eye movement desensitization and reprocessing-EMDR) yönteminin depresyon ve anksiyete üzerindeki etkinliğinin incelenmesi* (Yayımlanmamış doktora tezi). Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Bandelow, B. ve Wedekind, D. (2006). Angst—Neurobiologie. *Neurobiologie psychischer Störungen*, 483-521.

Baptie, G. (2021). *Birth trauma: A mixed-methods investigation* (Doctoral dissertation). University of Plymouth, School of Psychology, Plymouth, United Kingdom.

Barlow, J., Sled, M. ve Midgley, N. (2021). Enhancing parental reflective functioning through early dyadic interventions: A systematic review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 42(1), 21-34.

<https://doi.org/10.1002/imhj.21829>

Barr, R. G., Trent, R. B. ve Cross, J. (2006). Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: Convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse & Neglect*, 30(1), 7-16.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.06.011>

- Barrett, J. ve Fleming, A. S. (2011). Annual research review: All mothers are not created equal: Neural and psychobiological perspectives on mothering and the importance of individual differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4), 368-397. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02435.x>
- Bartick, M., Tomori, C. ve Ball, H. L. (2018). Babies in boxes and the missing links on safe sleep: Human evolution and cultural revolution. *Maternal & Child Nutrition*, 14(2), e12544. <https://doi.org/10.1111/mcn.12544>
- Barut, S. (2021). *Travmatik doğum algısı olan nulliparlarda motivasyonel görüşmelerin doğum* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Batchelor, E. S., Dean, R. S., Gray, J. W. ve Wenck, L. S. (1991). Classification rates and relative risk factors for perinatal events predicting emotional/behavioral disorders in children. *Journal of Pre- and Peri-natal Psychology*, 5(4), 327–341.
- Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V. ve Adelaja, B. (2014). *The costs of perinatal mental health problems*. London School of Economics and Political Science.
- Bay, F. ve Saymer, F. D. (2021). Perception of traumatic childbirth of women and its relationship with postpartum depression. *Women and Health*, 5, 479-489.
- Bayık, A. ve Taşdemir, F. (2011). Bebek Uyku Sorunları Tanılama Formu ve Uyku/Aktivite Günlüğü Formlarının Geçerlilik ve Güvenilirliği. In 3. *Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongre Kitabı* (pp. 182). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Basım Evi.
- Baykara, A. (2024). *Deprem yaşamış bireylerde EMDR flash tekniği uygulamasının travmatik stres, depresyon, kaygı belirtileri üzerine etkisi ve duygusal işlemlenin rolü: Randomize kontrollü pilot çalışma* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Bilgi Üniversitesi, Lisansüstü Programlar Enstitüsü, İstanbul.
- Bayrı Bingöl, F., Bal, M. D., Dişsiz, M., Sormagec, M. T.ve Yildiz, P. D. (2021). Validity and reliability of the Turkish version of the City Birth Trauma Scale

(CityBiTS). *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 41(7), 1023-1031.

<https://doi.org/10.1080/01443615.2020.1834694>

Baysal, E. F. (2024). *EMDR terapinin psikosomatik semptomlar ve erken dönem uyum bozucu şemalar üzerinde etkisinin incelenmesi: 5 olgu* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. ve Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893.

Beck, C. T. (2004a). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath. *Nursing Research*, 53(4), 216-224. <https://doi.org/10.1097/00006199-200407000-00005>

Beck, C. T. (2004b). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28-35. <https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005>

Beck, C. T. (2015). Middle range theory of traumatic childbirth: The ever-widening ripple effect. *Global Qualitative Nursing Research*, 2, 2333393615575313. <https://doi.org/10.1177/2333393615575313>

Beck, C. T. ve Gable, R. K. (2012). A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), 747-760. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01408.x>

Beck, C. T. ve Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: A tale of two pathways. *Nursing Research*, 57(4), 228-236. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000313260.52714.c8>

Beck, C. T., Driscoll, J. W. ve Watson, S. (2013). Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. In *Traumatic Childbirth* (pp. 151-168). Routledge.

Beck, C. T., Gable, R. K., Sakala, C. ve Declercq, E. R. (2011). Posttraumatic stress disorder in new mothers: Results from a two-stage U.S. national survey. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 38(3), 216-227. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00461.x>

- Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., ... ve Feldstein, S. (2010). The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother–infant interaction. *Attachment & Human Development*, 12(1-2), 3-141. <https://doi.org/10.1080/14616730903525361>
- Belge, J. (2019). *Bir grup yetişkinde depresif semptomlar, anksiyete semptomları ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkinin belirlenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Bellieni, C. V. ve Buonocore, G. (2012). Is fetal pain a real evidence? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25(8), 1203–1208. <https://doi.org/10.3109/14767058.2011.632040>
- Benoit, D., Zeanah, C. H., Boucher, C. ve Minde, K. K. (1992). Sleep disorders in early childhood: Association with insecure maternal attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(1), 86-93. <https://doi.org/10.1097/00004583-199201000-00014>
- Bergman, J. ve Bergman, N. (2013). Whose choice? Advocating birthing practices according to baby’s biological needs. *The Journal of Perinatal Education*, 22(1), 8–13. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.1.8>
- Bergman, N. (2014). The neuroscience of birth- and the case for zero separation. *Curationis*, 37(2), 2. <https://doi.org/10.4102/curationis.v37i2.1440>
- Berthier, M. L., Posada, A. ve Puentes, C. (2001). Dissociative flashbacks after right frontal injury in a Vietnam veteran with combat-related posttraumatic stress disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 13(1), 101-105. <https://doi.org/10.1176/jnp.13.1.101>
- Bieleninik, Ł., Lutkiewicz, K., Cieślak, M., Preis-Orlikowska, J. ve Bidzan, M. (2021). Associations of maternal-infant bonding with maternal mental health, infant’s characteristics, and socio-demographical variables in the early postpartum period: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8517. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168517>

- Bilgin, A., Baumann, N., Jaekel, J., Breeman, L. D., Bartmann, P., Bäuml, J. G., ... ve Wolke, D. (2018). Early crying, sleeping, and feeding problems and trajectories of attention problems from childhood to adulthood. *Child Development*. <https://doi.org/10.1111/cdev.13155>
- Bingöl, F. B., FıŖkın, G., Sarı, A. ve Kocaman, B. (2023). Postpartum maternal psychological resilience's effect on traumatic stress. *Journal of Health Sciences and Management*, 3(1), 16-22.
- Blankenship, S. A., Raghuraman, N., Delhi, A., Woolfolk, C. L., Wang, Y., Macones, G. A. ve Cahill, A. G. (2020). Association of abnormal first stage of labor duration and maternal and neonatal morbidity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(3), 445-e1.
- Blass, E. M. (1996). Mothers and their infants: Peptide-mediated physiological, behavioral, and affective changes during suckling. *Regulatory Peptides*, 66, 109-112.
- Bloch, G. (1985). *Body & self: Elements of human biology, behavior, and health*. William Kaufmann, Inc.
- Bogat, G. A., DeJonghe, E., Levendosky, A. A., Davidson, W. S. ve Von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 109-125.
- Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creedy, D. K. ve Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, 30(2), 255-261.
- Bozicevic, L., Ponti, L., Smorti, M., Pravettoni, G., Peccatori, F. A., Cassani, C., ... ve ark. (2022). Psychological well-being, prenatal attachment, and quality of early mother-infant interaction: A pilot study with a sample of mothers with or without cancer history. *Frontiers in Psychology*, 13, 913482. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.913482>
- Brazelton, T. B. (1962). Crying in infancy. *Pediatrics*, 29, 579.
- Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., ... ve Charney, D. S. (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood

physical and sexual abuse—a preliminary report. *Biological Psychiatry*, 41(1), 23-32.

Briere, J. N. ve Scott, C. (2016). *Principles of trauma therapy: A guide for DSM-V diagnosis and treatment* (B.D. Genç, Trans.). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Bosson-Heenan, J., Guyer, A. E. ve Horwitz, S. M. (2006). Are infant-toddler social-emotional and behavioral problems transient? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(7), 849-858.
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000220849.48650.59>

Britton, J. R. (2011). Infant temperament and maternal anxiety and depressed mood in the early postpartum period. *Women & Health*, 51(1), 55-71.

Broca, P. (1863). Localisation des fonctions cérébrales. *Bulletins de la Société d'Anthropologie de Paris*, 4, 200.

Buckley, S. J. (2015, January). Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care. *Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families*.

Buss, C., Davis, E. P., Muftuler, L. T. ve Head, K. (2012). Maternal cortisol over the course of pregnancy and subsequent child amygdala and hippocampus volumes and affective problems. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(20), E1312–E1319.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1201294109>

Buyrukoğlu, R. C. (2023). *Comparison of traumatic birth perception levels in primiparous mothers who had vaginal births in mother-baby friendly and non-friendly hospitals*. (Unpublished master's thesis). Ege University, Institute of Health Sciences, İzmir.

Byars, K. C., Yolton, K., Rausch, J., Lanphear, B. ve Beebe, D. W. (2012). Prevalence, patterns, and persistence of sleep problems in the first 3 years of life. *Pediatrics*, 129(2), e276-e284.

- Can, E. K. ve Apay, S. E. (2020). Birth mode: Does it affect postpartum comfort and birth satisfaction levels? *Journal of Health Services Vocational School*, 8(3), 547-565.
- Canivet, C. A., Ostergren, P. O., Jakobsson, I. L., Dejin-Karlsson, E. ve Hagander, B. M. (2008). Infantile colic, maternal smoking and infant feeding at 5 weeks of age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(3), 284-291. <https://doi.org/10.1177/1403494807086877>
- Carbajal, R., Veerapen, S., Couderc, S., Jugie, M. ve Ville, Y. (2003). Analgesic effect of breastfeeding in term neonates: Randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 326, 13-17. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7383.13>
- Carey, W. B. (1968). Maternal anxiety and infantile colic: Is there a relationship? *Clinical Pediatrics*, 7(10), 590-595. <https://doi.org/10.1177/000992286800701001>
- Carlhall, S., Nelson, M., Svenvik, M., Axelsson, D. ve Blomberg, M. (2022). Maternal childbirth experience and time in labor: A population-based cohort study. *Scientific Reports*, 12(1), 11930. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-15758-2>
- Carpay, N. C., Kakaroukas, A., Embleton, D. N. ve van Elburg, R. M. (2021). Barriers and facilitators to breastfeeding in moderate and late preterm infants: A systematic review. *Breastfeeding Medicine*, 16, 370-384. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0239>
- Carter, J., Bick, D., Gallacher, D. ve Chang, Y. S. (2022). Mode of birth and development of maternal postnatal post-traumatic stress disorder: A mixed-methods systematic review and meta-analysis. *Birth*, 49(4), 616-627. <https://doi.org/10.1111/birt.12626>
- Carvalhoes, M. A. D. B. L., Parada, C. M. G. D. L. ve Costa, M. P. D. (2007). Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 62-69. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000100009>
- Cattaneo, M. C., Chiorino, V., Roveraro, S., Salerno, R. ve Fernandez, I. (2019). The EMDR recent birth trauma protocol. In *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy Scripted Protocols and Summary Sheets:*

Treating Trauma in Somatic and Medical Related Conditions (pp. 377-425). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-21097-9_21

Chamberlain, D. B. (1988). *Babies remember birth; and other extraordinary scientific discoveries about the mind and personality of your newborn*. Jeremy P. Tarcher.

Chamberlain, D. B. (1989). Babies remember pain. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 3(4), 297.

Chamberlain, D. B. (1992). Is there intelligence before birth? *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 6(3), 217-237.

Chamberlain, D. B. (1999). Babies remember birth: A synopsis. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 14(1/2), 5-17.

Chan, S. J., Ein-Dor, T., Mayopoulos, P. A., Mesa, M. M., Sunda, R. M., McCarthy, B. F., Kaimal, A. J. ve Dekel, S. (2020). Risk factors for developing posttraumatic stress disorder following childbirth. *Psychiatry Research*, 290, 113090. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113090>

Chatoor, I. (2009). *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children*. Zero to Three.

Chatoor, I., Egan, J., Getson, P., Menvielle, E. ve O'Donnell, R. (1987). Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 535-540. <https://doi.org/10.1097/00004583-198707000-00002>

Chaudhary, D. G. ve Gawali, B. W. (2020). A study: Analysis of brain dominance and achievements. *International Journal of Creative Research Thoughts*, 8(12), 91-108.

Chemtob, C. M., Nomura, Y., Rajendran, K., Yehuda, R., Schwartz, D. ve Abramovitz, R. (2010). Impact of maternal posttraumatic stress disorder and depression following exposure to the September 11 attacks on preschool children's behavior. *Child Development*, 81(4), 1129-1141. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01466.x>

Chen, D. C., Nommsen-Rivers, L., Dewey, K. G. ve Lönnerdal, B. (1998). Stress during labor and delivery and early lactation performance. *The American*

Journal of Clinical Nutrition, 68(2), 335-344.

<https://doi.org/10.1093/ajcn/68.2.335>

Chidiebere, O. D., Uchenna, E., Ikenna, N. K., Ogechukwu, A. F., Ifeyinwa, O. B., Ejike, O., ve Asinobi, I. N. (2015). Early cessation of breastfeeding: A neglected nutritional challenge among infants. *International Journal of Clinical Nutrition*, 3(1), 12-16.

Chiorino, V., Cattaneo, M. C., Macchi, E. A., Salerno, R., Roveraro, S., Bertolucci, G. G., ve ark. (2020). The EMDR recent birth trauma protocol: A pilot randomized clinical trial after traumatic childbirth. *Traumatology*, 35(7), 795–810. <https://doi.org/10.1037/trm0000272>

Christensson, K., Siles, C., Moreno, L., Belaustequi, A., De La Fuente, P., Lagercrantz, H., Puyol, P. ve Winberg, J. (1992). Temperature, metabolic adaptation, and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica*, 81, 488-493. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1992.tb13209.x>

Christman, S. D., Propper, R. E. ve Brown, T. J. (2006). Increased interhemispheric interaction is associated with earlier offset of childhood amnesia. *Neuropsychology*, 20, 336–345. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.20.3.336>

Chu, B., Marwaha, K., Sanvictores, T., Awosika, A. O. ve Ayers, D. (2024). Physiology, stress reaction. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.statpearls.com/ArticleLibrary/viewarticle/34173>

Cicchetti, D. ve Tucker, D. (1994). Development and self-regulatory structures of the mind. *Development and Psychopathology*, 6(4), 533-549. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004682>

Cirgin Ellett, M. L., Murphy, D., Stroud, L., Shelton, R. A., Sullivan, A., Ellett, S. G. ve Ellet, L. D. (2003). Development and psychometric testing of the infant colic scale. *Gastroenterology Nursing*, 26, 96–103.

Cirino, N. H. ve Knapp, J. M. (2019). Perinatal posttraumatic stress disorder: A review of risk factors, diagnosis, and treatment. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 74(6), 369-376. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000706>

Clifford, T. J., Campbell, M. K., Speechley, K. N. ve Gorodzinsky, F. (2002). Sequelae of infant colic: Evidence of transient infant distress and absence of lasting

- effects on maternal mental health. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 1183–1188. <https://doi.org/10.1001/archpedi.156.11.1183>
- Cloninger, C. R. (1988). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states: A reply to commentaries. *Psychiatric Developments*, 2, 83-120.
- Coates, S. ve Gaensbauer, T. J. (2009). Event trauma in early childhood: Symptoms, assessment, intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 611–626. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2009.03.005>
- Conde, A. A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A. ve Pais, Á. (2008). Perception of the childbirth experience: Continuity and changes over the postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2), 139-154. <https://doi.org/10.1080/02646830801944116>
- Connor, K. M. ve Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.
- Cook, C. A. L., Flick, L. H., Homan, S. M., Campbell, C., & McSweeney, M. (2004). Posttraumatic stress disorder in pregnancy: Prevalence, risk factors, and treatment. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 710–717. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000119222.40241.fb>
- Cook, F., Conway, L., Gartland, D., Giallo, R., Keys, E. ve Brown, S. A. (2020). Profiles and predictors of infant sleep problems across the first year. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 41(2), 104–116. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000813>
- Cook, F., Giallo, R., Hiscock, H., Mensah, F., Sanchez, K. ve Reilly, S. (2019). Infant regulation and child mental health concerns: A longitudinal study. *Pediatrics*, 143, e20180977.
- Cook, N., Ayers, S. ve Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 18–31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>
- Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A. ve Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum

- depression: 1. Impact on maternal mood. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 412–419.
- Corballis, M. C. (2014). Left brain, right brain: Facts and fantasies. *PLoS Biology*, 12(1), e1001767. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1001767>
- Corballis, M. C. (2020). Bilaterally symmetrical: To be or not to be? *Symmetry*, 12(3), 326.
- Corballis, M. C. ve Häberling, I. S. (2017). The many sides of hemispheric asymmetry: A selective review and outlook. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 23(9–10), 710–718.
- Cornish, A. M., McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Barnett, B., Kowalenko, N. ve Tennant, C. (2006). Maternal depression and the experience of parenting in the second postnatal year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(02), 121–132.
- Cotigă, A. C. ve Stulz-Koller, A. (2021). Early traumatic events & implications for the development of emotional connection: Two case studies using trauma play therapy with children. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 35(1), 58–76.
- Cottrell, E. C. ve Seckl, J. (2009). Prenatal stress, glucocorticoids and the programming of adult disease. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 3, 707.
- Cowley, R. A. (1977). Trauma center: A new concept for the delivery of critical care. *The Journal of the Medical Society of New Jersey*, 74(11), 979–987.
- Crenshaw, J. T. (2014). Healthy birth practice: Keep mother and baby together—it's best for mother, baby, and breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 211–217.
- Creswell, C., Apetroaia, A., Murray, L. ve Cooper, P. (2013). Cognitive, affective, and behavioral characteristics of mothers with anxiety disorders in the context of child anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 26–37.
- Cunen, N. B., McNeill, J. ve Murray, K. (2014). A systematic review of midwife-led interventions to address post-partum post-traumatic stress. *Midwifery*, 30(2), 170–184. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.003>

- Cunningham, S. D., Herrera, C., Udo, I. E., Kozhimannil, K. B., Barrette, E., Magriples, U. ve Ickovics, J. R. (2017). Maternal medical complexity: Impact on prenatal health care spending among women at low risk for cesarean section. *Women's Health Issues*, 27(5), 551–558.
- Czarnocka, J. ve Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *The British Journal of Clinical Psychology*, 39(Pt 1), 35–51. <https://doi.org/10.1348/014466500163095>
- Çaka, S. Y., Topal, S. ve Altınkaynak, S. (2017). Anne sütü ile beslenmede karşılaşılan sorunlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Nursing-Special Topics*, 3(2), 120–128.
- Çalık, K. Y. ve Çetin, F. Ç. (2018). *Normal Doğum ve Sonrası Dönem*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Çelik, G. (2018). *Doğum şekline göre annelerde postpartum posttravmatik stres bozukluğu belirtileri görülme durumu ve etkileyen faktörler* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Çerçer, Z. ve Nazik, E. (2023). Emzirme sorunları ve hemşirenin rolleri. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 6(2), 353–365.
- Çetinkaya, B. (2007). *Aromaterapi masajının bebeklerde koliğin giderilmesi üzerine etkisinin incelenmesi* (Yayımlanmış doktora tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Çetinkaya, B. ve Başbakkal, Z. (2007). A validity and reliability study investigating the Turkish version of the Infant Colic Scale. *Gastroenterology Nursing*, 30(2), 84–90.
- Dahan, O. (2023). The riddle of the extreme ends of the birth experience: Birthing consciousness and its fragility. *Current Psychology*, 42(1), 262-272.
- Dahlen, H. G., Tracy, S., Tracy, M., Bisits, A., Brown, C. ve Thornton, C. (2012). Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. *BMJ open*, 2(5), e001723.

- Davies, J., Slade, P., Wright, I. ve Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 29(6), 537–554. <https://doi.org/10.1002/imhj.20197>
- Davis, E. P. ve Narayan, A. J. (2020). Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants. *Development and Psychopathology*, 32(5), 1625–1639.
- Davis, M. (1992). The role of the amygdala in fear and anxiety. *Annual Review of Neuroscience*, 15(1), 353–375.
- De Jongh, A. ve Hafkemeijer, L. C. S. (2024). Trauma-focused treatment of a client with Complex PTSD and comorbid pathology using EMDR therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 80(4), 824–835.
- De Weerth, C. ve Buitelaar, J. K. (2007). Childbirth complications affect young infants' behavior. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(6), 379–388. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0626-9>
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Dishy, G. A. ve Mayopoulos, P. A. (2020). Beyond postpartum depression: posttraumatic stress-depressive response following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 23, 557–564. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00954-9>
- Dekel, S., Papadakis, J. E., Quagliarini, B., Jagodnik, K. M. ve Nandru, R. (2023). A systematic review of interventions for prevention and treatment of post-traumatic stress disorder following childbirth. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2023.03.22.23287261>
- Dekel, S., Stuebe, C. ve Dishy, G. (2017). Childbirth-induced posttraumatic stress syndrome: A systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in Psychology*, 8, 560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- Dekel, S., Thiel, F., Dishy, G. ve ark. (2019). Is childbirth-induced PTSD associated with low maternal attachment? *Archives of Women's Mental Health*, 22(2), 119–122. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00879-2>
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I. S., Agarwal, S. ve Pitman, R. K. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of women's mental health*, 22(6), 817-824.

- Delicate, A., Ayers, S., Easter, A. ve McMullen, S. (2018). The impact of childbirth-related posttraumatic stress on a couple's relationship: A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 102–115. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1376579>
- Demirci, J. R. ve Bogen, D. L. (2017). An ecological momentary assessment of primiparous women's breastfeeding behavior and problems from birth to 8 weeks. *Journal of Human Lactation*, 33(2), 285-295. <https://doi.org/10.1177/0890334416687481>
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C. ve ark. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*, 32(2), 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patela, H. ve Sparud-Lundin, C. (2018). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.08.001>
- Devecigil, N. ve Wade, J. (2024). Colic as trauma release? A comparative exploration of play therapy in children with and without a history of colic. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 38(1), 45-57.
- Devinsky, O. (2000). Right cerebral hemisphere dominance for a sense of corporeal and emotional self. *Epilepsy and Behavior*, 1(1), 60–73. <https://doi.org/10.1006/ebeh.2000.0099>
- Dewey, K. G. (2001). Nutrition, growth, and complementary feeding of the breastfed infant. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 87-104. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70263-6](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70263-6)
- Diego, M. A., Field, T. ve Hernandez-Reif, M. (2005). Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on neonatal behavior. *Infant Behavior and Development*, 28(2), 155–164. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2005.03.001>
- Dikmen-Yıldız, P., Ayers, S. ve Phillips, L. (2017a). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 634-645. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.044>

- Dikmen-Yıldız, P., Ayers, S. ve Phillips, L. (2017b). Depression, anxiety, PTSD and comorbidity in perinatal women in Turkey: A longitudinal population-based study. *Midwifery*, 55, 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.08.005>
- Dikmen-Yıldız, P., Ayers, S. ve Phillips, L. (2017c). Factors associated with post-traumatic stress symptoms (PTSS) 4–6 weeks and 6 months after birth: A longitudinal population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 221, 238-245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.010>
- Dikmen-Yıldız, P., Ayers, S. ve Phillips, L. (2018). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 229, 377-385. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.058>
- Doğan, T. (2015). Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93-102. <https://doi.org/10.18188/jhw.61257>
- Donnici, C., Long, X., Dewey, D., Letourneau, N., Landman, B., Huo, Y. ve Lebel, C. (2021). Prenatal and postnatal maternal anxiety and amygdala structure and function in young children. *Scientific Reports*, 11(1), 4019. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-83347-w>
- Doster, A., Wallwiener, S., Müller, M., Matthies, L. M., Plewniok, K., Feller, S., ... ve Reck, C. (2018). Reliability and validity of the German version of the Maternal–Fetal Attachment Scale. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297, 1157-1167. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4912-7>
- Döner, Ş. İ. ve Uçtu, A. K. (2024). Travmatik doğum algısına neden olan faktörlerin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 203-215.
- Dubber, S., Reck, C., Müller, M. ve Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: The role of perinatal depression, anxiety, and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 187-195. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0445-4>
- Dudek, J., Colasante, T., Zuffiano, A. ve Haley, D. W. (2020). Changes in cortical sensitivity to infant facial cues from pregnancy to motherhood predict mother-infant bonding. *Child Development*, 91(1), 198-271. <https://doi.org/10.1111/cdev.13182>

- Dunkel-Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review of Psychology*, 62, 531-558.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130747>
- Eckerdal, P., Georgakis, M. K., Kollia, N., Wikström, A. K., Högberg, U. ve Skalkidou, A. (2018). Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: A longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(3), 301-311.
<https://doi.org/10.1111/aogs.13275>
- Edworthy, Z., Chasey, R. ve Williams, H. (2008). The role of schema and appraisals in the development of post-traumatic stress symptoms following birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2), 123-138.
<https://doi.org/10.1080/02646830801950977>
- Ehlers, A. ve Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L. ve Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 495-525.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208>
- Elmir, R. ve Schmied, V. (2016). A meta-ethnographic synthesis of fathers' experiences of complicated births that are potentially traumatic. *Midwifery*, 32, 66-74. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.007>
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L. ve Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142-2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05341.x>
- Elvander, C., Cnattingius, S. ve Kjerulff, K. H. (2013). Birth experience in women with low, intermediate, or high levels of fear: Findings from the first baby study. *Birth*, 40, 289-296. <https://doi.org/10.1111/birt.12065>
- Emerson, W. R. (1987). Primal therapy with infants. *Aesthema*, 7, 61-67.

- Emerson, W. R. (1989). Psychotherapy with infants and children. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 3(3), 190–217.
- Emerson, W. R. (1996). The vulnerable prenat. *Pre and Perinatal Psychology Journal*, 10, 125-142.
- Emerson, W. R. (1998). Birth trauma: The psychological effects of obstetrical interventions. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 13(1), 11–44.
- Emerson, W. R. (2001). Treating caesarean birth trauma during infancy and childhood. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 15(3), 177–192.
- Emerson, W. R. (2002). Somatotropic therapy. *Journal of Heart Centered Therapies*, 5, 65-90.
- Emerson, W. R. (2020). Birth trauma: The psychological effects of obstetrical interventions. In *Handbook of prenatal and perinatal psychology: Integrating research and practice* (pp. 559-575). Cham: Springer International Publishing.
- Emerson, W. R. (2021). Stress, trauma, and shock: The failures and successes of cathartic regression therapy. In *Handbook of prenatal and perinatal psychology: Integrating research and practice* (pp. 519-541).
- Enlow, M. B., Bosquet, M., Kitts, R. L., Blood, E., Bizarro, A., Hofmeister, M. ve Wright, R. J. (2011). Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. *Infant Behavior & Development*, 34(3), 487-503. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.07.007>
- Enlow, M. B., Egeland, B., Carlson, E., Blood, E. ve Wright, R. J. (2014). Mother-infant attachment and the intergenerational transmission of posttraumatic stress disorder. *Development and Psychopathology*, 26(1), 41-65.
- Erdfelder, E., Faul, F. ve Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28, 1-11.
- Erickson, N., Julian, M. ve Muzik, M. (2019). Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother–infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk. *International Review of Psychiatry*, 31(3), 245-263.

- Ertan, D., Hingray, C., Burlacu, E., Sterlé, A. ve El-Hage, W. (2021). Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry*, 21, 1-9.
- Ertekin Pinar, S., Duran Aksoy, O., Daglar, G., Yurtsal, Z. B. ve Cesur, B. (2017). Effect of stress management training on depression, stress and coping strategies in pregnant women: A randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1-8.
- Ettenberger, M., Bieleninik, Ł., Epstein, S. ve Elefant, C. (2021). Defining attachment and bonding: Overlaps, differences, and implications for music therapy clinical practice and research in the neonatal intensive care unit (NICU). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1733. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041733>
- Every-Palmer, S., Flewett, T., Dean, S., Hansby, O., Freeland, A., Weatherall, M. ve Bell, E. (2024). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy compared to usual treatment for posttraumatic stress disorder in adults with psychosis in forensic settings: Randomized controlled trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication.
- Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, M. M., Tucker, E. ve Young, A. H. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of Affective Disorders*, 200, 148-155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.082>
- Fawcett, E. J., Fairbrother, N., Cox, M. L., White, I. R. ve Fawcett, J. M. (2019). The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A multivariate Bayesian meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 80(4), 1181. <https://doi.org/10.4088/JCP.18r12527>
- Fearon, R. P. ve Mansell, W. (2001). Cognitive perspectives on unresolved loss: Insights from the study of PTSD. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(3: Special issue), 380-396.
- Feeley, N., Zelkowitz, P., Cormier, C., Charbonneau, L., Lacroix, A. ve Papageorgiou, A. (2011). Posttraumatic stress among mothers of very low birthweight infants at 6 months after discharge from the neonatal intensive care unit. *Applied Nursing Research*, 24(2), 114-117.

- Feenstra, M. M., Jorgine Kirkeby, M., Thygesen, M., Danbjorg, D. B. ve Kronborg, H. (2018). Early breastfeeding problems: A mixed-method study of mothers' experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare, 16*, 167-174.
- Feldman, R., Eidelman, A. I. ve Rotenberg, N. (2004). Parenting stress, infant emotion regulation, maternal sensitivity, and the cognitive development of triplets: A model for parent and child influences in a unique ecology. *Child Development, 75*, 1774-1791.
- Feldman, R., Gordon, I. ve Zagoory-Sharon, O. (2011). Maternal and paternal plasma, salivary, and urinary oxytocin and parent-infant synchrony: Considering stress and affiliation components of human bonding. *Developmental Science, 14*(4), 752–761. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2010.01021.x>
- Feldman, R., Granat, A. D. I., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J. ve 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.
- Feldman, R., Monakhov, M., Pratt, M. ve Ebstein, R. P. (2016). Oxytocin pathway genes: Evolutionary ancient system impacting on human affiliation, sociality, and psychopathology. *Biological Psychiatry, 79*(3), 174–184. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.03.018>
- Fenaroli, V., Saita, E., Molgora, S. ve Accordini, M. (2016). Italian women's childbirth: A prospective longitudinal study of delivery predictors and subjective experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 34*, 235–246. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1167864>
- Fenech, G. ve Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past: A metasynthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery, 30*(2), 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.004>
- Ferber, S. G. ve Makhoul, I. R. (2004). The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: A randomised, controlled trial. *Pediatrics, 113*, 858-865.

- Field, T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior and Development*, 51, 24-32.
- Firooz, M., Eidy, F., Abbasi, Z. ve Hosseini, S. J. (2021). Parental factors affecting the incidence of infantile colic: A systematic review. *Journal of Pediatrics Review*, 9(2), 105-114.
- Flacking, R., Thomson, G. ve Axelin, A. (2016). Pathways to emotional closeness in neonatal units – A cross-national qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 170. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0955-3>
- Fleming, A. S., O'Day, D. H. ve Kraemer, G. W. (1999). Neurobiology of mother–infant interactions: Experience and central nervous system plasticity across development and generations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23, 673–685.
- Florica, C. M., Luminita, S. M. ve Roxana, N. V. (2021). The importance of breastfeeding on the development of the mother-child relationship from an emotional point of view. *Technium Soc. Sci. J.*, 23, 467.
- Flöel, A., Buyx, A., Breitenstein, C., Lohmann, H. ve Knecht, S. (2005). Hemispheric lateralization of spatial attention in right-and left-hemispheric language dominance. *Behavioural Brain Research*, 158(2), 269-275.
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F. ve Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress, and consequences on the mother–infant relationship. *Early Human Development*, 87(1), 21-26.
- Ford, E. ve Ayers, S. (2009). Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood, and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 260-268. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.07.009>
- Ford, E. ve Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with trauma history and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health*, 26, 1553–1570.
- Ford, E., Ayers, S. ve Bradley, R. (2010). Exploration of a cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 353-359.

- Foreland, A. M., Engesland, H., Kristoffersen, L. ve Fegran, L. (2022). Postpartum experiences of early skin-to-skin contact and the traditional separation approach after a very preterm birth: A qualitative study among mothers. *Global Qualitative Nursing Research*, 9, 233339362210971.
- Foster, J. A. ve Neufeld, K. A. M. (2013). Gut–brain axis: How the microbiome influences anxiety and depression. *Trends in Neurosciences*, 36(5), 305-312.
- Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in infant mental health: The first year of life*. Basic Books.
- Francis, D., Diorio, J., Liu, D. ve Meaney, M. J. (1999). Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science*, 286, 1155–1158.
- Freeman, T. W. ve Kimbrell, T. (2001). A “cure” for chronic combat-related posttraumatic stress disorder secondary to a right frontal lobe infarct: A case report. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 13(1), 106-109.
- Frigerio, A. ve Nazzari, S. (2021). Antenatal maternal anxiety, maternal sensitivity, and toddlers' behavioral problems: An investigation of possible pathways. *Early Human Development*, 157, 105364.
- Furuta, M., Horsch, A., Ng, E. S. W., Bick, D., Spain, D. ve Sin, J. (2018). Effectiveness of trauma-focused psychological therapies for treating posttraumatic stress disorder symptoms in women following childbirth: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 169. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00169>
- Furuta, M., Sandall, J., Cooper, D. ve Bick, D. (2016). Predictors of birth-related post-traumatic stress symptoms: Secondary analysis of a cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 19(6), 987–999. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0621-7>
- Gaensbauer, T. J. (2002). Representations of trauma in infancy: Clinical and theoretical perspectives. *Infant Mental Health Journal*, 23(3), 318-334.
- Galbally, M., Watson, S. J., van IJzendoorn, M. H., Tharner, A., Luijk, M. ve Lewis, A. J. (2022). Maternal trauma but not perinatal depression predicts infant-

parent attachment. *Archives of Women's Mental Health*, 1-11.
<https://doi.org/10.1007/s00737-022-01156-9>

- Galland, B. C., Taylor, B. J., Elder, D. E. ve Herbison, P. (2012). Normal sleep patterns in infants and children: A systematic review of observational studies. *Sleep Medicine Reviews*, 16(3), 213-222.
- Galletly, C., Clark, C. R., McFarlane, A. C. ve Weber, D. L. (2001). Working memory in posttraumatic stress disorder – An event-related potential study. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 295–309.
- Garcia-Leon, M. Á., Caparrós-González, R. A., Romero-González, B., González-Perez, R. ve Peralta-Ramírez, I. (2019). Resilience as a protective factor in pregnancy and puerperium: Its relationship with the psychological state, and with hair cortisol concentrations. *Midwifery*, 75, 138-145.
- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T. ve Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: A population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 47(1), 161-170.
- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Ayers, S., Junge-Hoffmeister, J., Weidner, K. ve Eberhard-Gran, M. (2018b). The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: A longitudinal population-based study. *Birth*, 45(2), 193-201.
- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Bickle Graz, M., Martini, J., von Soest, T., Weidner, K. ve Eberhard-Gran, M. (2018c). The prospective relationship between postpartum PTSD and child sleep: A 2-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 241, 71–79. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.067>
- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Handtke, E., von Soest, T., Ayers, S., Weidner, K. ve ark. (2018a). The impact of postpartum posttraumatic stress and depression symptoms on couples' relationship satisfaction: A population-based prospective study. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 1728. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01728>
- Garthus-Niegel, S., Knoph, C., von Soest, T., Nielsen, C. S. ve Eberhard-Gran, M. (2014). The role of labor pain and overall birth experience in the development

of posttraumatic stress symptoms: A longitudinal cohort study. *Birth*, 41(1), 108-115.

Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E. ve Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0347-5>

Gartner, M. B., Marín, W. D. ve Martínez, D. A. L. (2024). Effect of the desensitization and reprocessing of information through eye movements technique on neuropathic and migraine chronic pain in older adults: A systematic review. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 12(2).

Gavidia-Payne, S., Denny, B., Davis, K., Francis, A. ve Jackson, M. (2015). Parental resilience: A neglected construct in resilience research. *Clinical Psychologist*, 19(3), 111–121. <https://doi.org/10.1111/cp.12053>

Gençtürk, M. (2019). *Sınav kaygısı yaşayan lise öğrencilerinde EMDR terapinin etkisinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Georg, A. K., Schröder-Pfeifer, P., Cierpka, M. ve Taubner, S. (2021). Maternal parenting stress in the face of early regulatory disorders in infancy: A machine learning approach to identify what matters most. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 663285. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.663285>

Gerhardt, S. (2012). How affection shapes a young child's brain: Neurotransmitters, attachment, and resilience. In *The Routledge International Companion to Emotional and Behavioural Difficulties* (pp. 96-103). Routledge.

Ghanbari-Homayi, S., Fardiazar, Z. ve Mirghafourvand, M. (2019). Predictors of traumatic birth experience among a group of Iranian primipara women: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2291-1>

Gholampour, F., Riem, M. M. ve van den Heuvel, M. I. (2020). Maternal brain in the process of maternal-infant bonding: Review of the literature. *Social Neuroscience*, 15(4), 380-384. <https://doi.org/10.1080/17470919.2020.1793639>

- Ghorbani, M., Dolatian, M., Shams, J., Alavi-Majd, H. ve Tavakolian, S. (2014). Factors associated with posttraumatic stress disorder and its coping styles in parents of preterm and full-term infants. *Global Journal of Health Science*, 6(3), 65-73. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n3p65>
- Girgeç, S. K., Kardeş, V. Ç., Saraçlı, Ö., Atasoy, N. ve Atik, L. (2021). Travma sonrası stres bozukluğu ve özgül fobi tedavisinde göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR): Olgu sunumları. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 5(3), 492-496.
- Gizir, C. A. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 113-128.
- Glazer, K. B. ve Howell, E. A. (2021). A way forward in the maternal mortality crisis: Addressing maternal health disparities and mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 24(5), 823-830. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01145-6>
- Glynn, L. M., Davis, E. P., Schetter, C. D., Chicz-DeMet, A., Hobel, C. J. ve Sandman, C. A. (2007). Postnatal maternal cortisol levels predict temperament in healthy breastfed infants. *Early Human Development*, 83(10), 675-681. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2007.01.008>
- Goldfinger, C., Green, S. M., Furtado, M. ve McCabe, R. E. (2020). Characterizing the nature of worry in a sample of perinatal women with generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(2), 136-145. <https://doi.org/10.1002/cpp.2413>
- Goodman, J. H. (2019). Perinatal depression and infant mental health. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(3), 217-224. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.02.003>
- Gori, A., Topino, E., Craparo, G., Lauro Grotto, R. ve Caretti, V. (2021). An empirical model for understanding the threat responses at the time of COVID-19. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9, 1-16. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2021.9.2397>
- Gotts, S. J., Jo, H. J., Wallace, G., Saad, Z. S., Cox, R. ve Martin, A. (2013). Two distinct forms of functional lateralization in the human brain. *Proceedings of*

the National Academy of Sciences of the United States of America, 110(9), 3435–3444. <https://doi.org/10.1073/pnas.1213188110>

Grajeda, R. ve Perez-Escamilla, R. (2002). Stress during labor and delivery is associated with delayed onset of lactation among urban Guatemalan women. *The Journal of Nutrition*, 132(10), 3055-3060. <https://doi.org/10.1093/jn/132.10.3055>

Grant, K. A., McMahon, C., Reilly, N. ve Austin, M. P. (2010). Maternal sensitivity moderates the impact of prenatal anxiety disorder on infant responses to the still-face procedure. *Infant Behavior and Development*, 33, 453–462. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.05.001>

Greenfield, M., Jomeen, J. ve Glover, L. (2016). What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *British Journal of Midwifery*, 24(4), 254-267. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.4.254>

Grekin, R. ve O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389-401. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>

Griethuijsen, R. A. L. F., Eijck, M. W., Haste, H., Brok, P. J., Skinner, N. C., Mansour, N. ve ark. (2014). Global patterns in students' views of science and interest in science. *Research in Science Education*, 45(4), 581–603. <https://doi.org/10.1007/s11165-014-9438-6>

Güneş, Z. (2018). Uyku sağlığının korunmasında uyku hijyenin rolü ve stratejileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(2), 188-198.

Güneş, B. ve Yalçın, S. S. (2023). Breast refusal and maternal and perinatal risk factors in the newborn period from a single center in Şanlıurfa: Reasons for breast refusal. *The Journal of Pediatric Academy*, 4(3), 102-106.

Güngör, Ş., Kırık, S., Özkars, M. Y. ve Korulmaz, A. (2019). Effect of maternal depression and environmental factors on infantile colic. *Journal of Clinical Practice and Research*, 41(1), 80-85.

Gürbüz, S. (2021). *Sosyal bilimlerde aracı, düzenleyici ve durumsal etki analizleri* (2nd ed.). Seçkin Yayıncılık.

- Gürbüz, S. ve Bayık, M. E. (2018). Aracılık modellerinin analizinde modern yaklaşım: Baron ve Kenny yöntemi artık terk edilmeli mi? 6. Örgütsel Davranış Kongresi Bildiriler Kitabı (pp. 2-3). Isparta.
- Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2016). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri, felsefe-yöntem-analiz*. Seçkin Yayıncılık.
- Haagen, J. F., Moerbeek, M., Olde, E., Van Der Hart, O. ve Kleber, R. J. (2015). PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *Journal of Affective Disorders*, 185, 135-143. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.031>
- Hafkemeijer, L., de Jongh, A., van der Palen, J. ve Starrenburg, A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in patients with a personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1838777. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1838777>
- Halal, C. S., Bassani, D. G., Santos, I. S., Tovo-Rodrigues, L., Del-Ponte, B., Silveira, M. F. ve ark. (2021). Maternal perinatal depression and infant sleep problems at 1 year of age: Subjective and actigraphy data from a population-based birth cohort study. *Journal of Sleep Research*, 30(2), e13047. <https://doi.org/10.1111/jsr.13047>
- Halimoğlu, B. ve Yeşilçiçek Çalık, K. (2020). Sezaryen doğum oranlarında “kıymetli bebek” etkisi. *Çukurova Medical Journal*, 45(4), 1543–1549. <https://doi.org/10.17826/cukmedj.647710>
- Hall, P. J., Foster, J. W., Yount, K. M. ve Jennings, B. M. (2018). Keeping it together and falling apart: Women's dynamic experience of birth. *Midwifery*, 58, 130-136.
- Halperin, O., Sarid, O. ve Cwikel, J. (2015). The influence of childbirth experiences on women's postpartum traumatic stress symptoms: A comparison between Israeli Jewish and Arab women. *Midwifery*, 31(6), 625–632. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.011>
- Handelzalts, J., Levy, S., Molmen-Lichter, M. ve ark. (2021). The association of attachment style, postpartum PTSD, and depression with bonding: A longitudinal path analysis model, from childbirth to six months. *Journal of*

Affective Disorders, 280(Pt A), 17–25.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.107>

Hariri, A. R., Bookheimer, S. Y. ve Mazziotta, J. C. (2000). Modulating emotional responses: Effects of a neocortical network on the limbic system. *Neuroreport*, 11(1), 43-48. <https://doi.org/10.1097/00001756-200001240-00008>

Harrington, A. (2021). *Medicine, mind, and the double brain: A study in nineteenth-century thought*. Princeton University Press.

Harris, R. ve Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum ‘hotspots’. *Psychology & Health*, 27(10), 1166-1177.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2011.629602>

Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2nd ed.). The Guilford Press.

Hechler, C., Beijers, R., Riksen-Walraven, J. M. ve de Weerth, C. (2018). Are cortisol concentrations in human breast milk associated with infant crying? *Developmental Psychobiology*, 60(6), 639-650.
<https://doi.org/10.1002/dev.21772>

Hemmi, M. H., Wolke, D. ve Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping, and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: A meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 96(7), 622-629. <https://doi.org/10.1136/adc.2010.198758>

Hendrix, Y. M., van Dongen, K. S., de Jongh, A. ve van Pampus, M. G. (2021). Postpartum Early EMDR therapy intervention (PERCEIVE) study for women after a traumatic birth experience: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 22, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05367-2>

Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., Lukasse, M. ve Bidens Study Group. (2017). Factors related to a negative birth experience: A mixed-methods study. *Midwifery*, 51, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>

Henry, J. P. (1993). Psychological and physiological responses to stress: The right hemisphere and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis, an inquiry into problems of human bonding. *Integrative Physiological & Behavioral Science*, 28, 369-387. <https://doi.org/10.1007/BF02691625>

- Herman, J. L. (2019). *Travma ve iyileşme*. Literatür Yayınları.
- Hernandez-Martinez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Manzanares, M. D. ve Martínez-Galiano, J. M. (2019). Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 249, 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.031>
- Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Rubio-Álvarez, A. ve Martínez-Galiano, J. M. (2020). Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1–5 years following birth. *Women and Birth*, 33(2), e129-e135. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.04.008>
- Herrmann, N. (1996). *The Whole Brain Business Book*. McGraw-Hill.
- Herrmann, N. (1998). The theory behind the HBDI and whole brain technology. *The Herrmann International Website*. Available: http://www.hbdi.com/uploads/100024_articles/100543.pdf
- Hesse, E. ve Main, M. (1999). Second-generation effects of unresolved trauma in nonmaltreating parents: Dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4), 481-540. <https://doi.org/10.1080/07351699909534048>
- Hien, D., Cohen, L. ve Campbell, A. (2005). Is traumatic stress a vulnerability factor for women with substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, 25(6), 745-758. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.05.006>
- Hill, D. J., Roy, N., Heine, R. G. ve ark. (2005). Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfed infants: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 116(5), 709–715. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0801>
- Hiscock, H. ve Fisher, J. (2015). Sleeping like a baby? Infant sleep: Impact on caregivers and current controversies. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(4), 361–364. <https://doi.org/10.1111/jpc.12773>
- Hoedjes, M., Berks, D., Vogel, I., Franx, A., Visser, W., Duvekot, J. J., ... ve Raat, H. (2011). Symptoms of post-traumatic stress after preeclampsia. *Journal of*

Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 32(3), 126-134.

<https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.588238>

Hofberg, K. ve Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79(935), 505–510. <https://doi.org/10.1136/pmj.79.935.505>

Hofer, M. A. (1990). Early symbiotic processes: Hard evidence from a soft place. In R. S. Glick & S. Bone (Eds.), *The role of affect in motivation, development, and adaptation, Vol. 1: Pleasure beyond the pleasure principle* (pp. 55–80). Yale University Press.

Hoff, C. E., Movva, N., Rosen Vollmar, A. K. ve Pérez-Escamilla, R. (2019). Impact of maternal anxiety on breastfeeding outcomes: A systematic review. *Advances in Nutrition*, 10(5), 816–826. <https://doi.org/10.1093/advances/nmy132>

Hofmeyr, G. J., Vogel, J. P., Cuthbert, A. ve Singata, M. (2017). Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. No.: CD006067.

Høgdall, C. K., Vestermark, V., Birch, M., Plenov, G. ve Toftager-Larsen, K. (1991). The significance of pregnancy, delivery, and postpartum factors for the development of infantile colic. *Journal of Perinatal Medicine*, 19(4), 251–257. <https://doi.org/10.1177/140349489101900205>

Hoogsteder, L. M., Ten Thije, L., Schippers, E. E. ve Stams, G. J. J. (2022). A meta-analysis of the effectiveness of EMDR and TF-CBT in reducing trauma symptoms and externalizing behavior problems in adolescents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 66(6-7), 735-757.

Hopkins, J. (1992). Infant-parent psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 18(1), 5-17.

Horesh, D., Garthus-Niegel, S. ve Horsch, A. (2021). Childbirth-related PTSD: Is it a unique post-traumatic disorder? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39, 221–224. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1930739>

Horsch, A. ve Stuijtzand, S. (2019). Intergenerational transfer of perinatal trauma-related consequences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(3), 221-223.

- Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Chandra, P., Hartmann, K., Vaisbuch, E. ve Lalor, J. (2024). Childbirth-related posttraumatic stress disorder: Definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.
- Horta, B. L., Bahl, R., Martinés, J. C., Victora, C. G. ve World Health Organization. (2007). Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic review and meta-analyses.
- Horton, P. C. (1995). The comforting substrate and the right brain. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 59, 480–486.
- Hosseini -Tabaghdehi, M., Keramat, A., Kolahdozan, S., Shahhosseini, Z., Moosazadeh, M. ve Motaghi, Z. (2020). Positive childbirth experience: A qualitative study. *Nursing open*, 7(4), 1233-1238.
- Howard, L. M. ve Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 19(3), 313-327.
- Hugdahl, K. (1995). Classical conditioning and implicit learning: The right hemisphere hypothesis. In R. J. Davidson & K. Hugdahl (Eds.), *Brain asymmetry* (pp. 235–267). MIT Press.
- Huizink, A. C., Lammasaari, D., Nolvi, S., Korja, R., Karlsson, L., Karlsson, H. ve Kataja, E. L. (2024). Antecedents of maternal pregnancy-related anxiety trajectories: The FinnBrain birth cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Hunziker, U. A. ve Barr, R. G. (1986). Increased carrying reduces infant crying: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 77(5), 641-648.
- Hurst, N. M. (2007). Recognizing and treating delayed or failed lactogenesis II. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(6), 588-594.
- Hür, S. ve Demirci, N. (2017). Sezaryen ya da normal spontan doğum yapan primiparlarda doğum deneyiminin doğum sonu yaşam kalitesine etkisi. *Ege Klinikleri Tıp Dergisi*, 55(1), 14-19.
- Iacovou, M., Ralston, R. A., Muir, J., Walker, K. Z. ve Truby, H. (2012). Dietary management of infantile colic: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 16(6), 1319-1331.

- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. (2020). *6B40 Post-traumatic stress disorder*. Version 09/2020. Retrieved from <http://www.who.int>
- Iles, J., Slade, P. ve Spiby, H. (2011). Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: The role of partner support and attachment. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 520-530. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.12.006>
- Irwin, J. L., Davis, E. P., Hobel, C. J., Coussons-Read, M. ve Dunkel Schetter, C. (2020). Maternal prenatal anxiety trajectories and infant developmental outcomes in one-year-old offspring. *Infant Behavior and Development*, 60, 101468. <https://doi.org/10.1016/j.infbehav.2020.101468>
- ISTSS Guidelines Committee. (2018). *Posttraumatic stress disorder prevention and treatment guidelines methodology and recommendations*. Oakbrook Terrace, IL: Author. Retrieved from <http://www.istss.org/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines.aspx>
- Işık, M. ve Bal, M. D. (2022). Doğum sonrası dönemde eş desteğinin travma sonrası stres belirti düzeyine etkisi. *Journal of Health Sciences and Management*, 2(2), 27-32.
- İşbir, G. G. ve İnci, F. (2014). Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 29-40.
- İşbir, G. G., İnci, F., Bektas, M., Dikmen Yıldız, P. ve Ayers, S. (2016). Risk factors associated with post-traumatic stress symptoms following childbirth in Turkey. *Midwifery*, 41, 96-103. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.016>
- Janov, A. (1983). *Imprints: The lifelong effects of the birth experience*. Coward-McCann.
- Jansen, L., Gibson, M., Bowles, B. C. ve Leach, J. (2013). First do no harm: interventions during childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, 22(2), 83-92.
- Jenni, O. G., Fuhrer, H. Z., Iglowstein, I., Molinari, L. ve Largo, R. H. (2005). A longitudinal study of bed sharing and sleep problems among Swiss children in the first 10 years of life. *Pediatrics*, 115(Supplement_1), 233-240.

- Jimenez, G., Becker, Y., Varela, C., García, P., Nuño, M. A., Pérez, M. C., ... ve Givaudan, M. (2020). Multicenter randomized controlled trial on the provision of the EMDR-PRECI to female minors victims of sexual and/or physical violence and related PTSD diagnosis. *American Journal of Applied Psychology*, 9(2), 42-51.
- Johnston, C. ve Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167-175.
- Jomeen, J., Martin, C., Jones, C., Marshall, C., Ayers, S., Burt, K. ve ark. (2021). Tokophobia and fear of birth: A workshop consensus statement on current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 2-15.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1843908>
- Jordan, V. ve Minikel, M. (2019). Postpartum anxiety: More common than you think. *Journal of Family Practice*, 68(3), 165-174.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1352>
- Joseph, S. ve Murphy, D. (2014). Trauma: A unifying concept for social work. *British Journal of Social Work*, 44(5), 1094-1109.
- Kabakian-Khasholian, T., Bashour, H., El-Nemer, A., Kharouf, M., Sheikha, S., El Lakany, N., ... ve Portela, A. (2017). Women's satisfaction and perception of control in childbirth in three Arab countries. *Reproductive Health Matters*, 25(sup1), 16-26.
- Kahn, A., Mozin, M. J., Rebuffat, E., Sottiaux, M. ve Muller, M. F. (1989). Milk intolerance in children with persistent sleeplessness: A prospective double-blind crossover evaluation. *Pediatrics*, 84, 595-603.
<https://doi.org/10.1542/peds.84.4.595>
- Kalmbach, D. A., O'Brien, L. M., Pitts, D. S., Sagong, C., Arnett, L. K., Harb, N. C., Cheng, P. ve Drake, C. L. (2021). Mother-to-infant bonding is associated with maternal insomnia, snoring, cognitive arousal, and infant sleep problems and colic. *Behavioral Sleep Medicine*, 20(4), 1-17.
<https://doi.org/10.1080/15402002.2021.1926249>

- Kalra, N., Rathore, A., Tyagi, R., Khatri, A., Khandelwal, D. ve Yangdol, P. (2023). Management of anxiety using eye movement desensitization and reprocessing therapy in children undergoing extraction: A randomized controlled pilot study. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*, 23(6), 347.
- Kandel, E. ve Mednick, S. A. (1991). Perinatal complications predict violent offending. *Criminology*, 29(3), 519-529.
- Karabulut, D. ve Karaaziz, M. (2024). Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve EMDR Terapisi Üzerine Sistematik Derleme. *PEARSON Journal*, 8(28), 1362-1375.
- Karakayalı Ay, Ç., Özşahin, Z. ve Karataş Okyay, E. (2023). The moderating effect of birth satisfaction on the correlation between mother-infant bonding and psychological resilience.
- Karaman, Ö. E. ve Yıldız, H. (2018). Doğum eylemi travay sürecinde hareket serbestliği: Nasıl? Ne sağlar? Kadın doğum hemşiresinin rolü nedir? *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(1).
- Karasar, N. (2014). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Nobel Yayıncılık.
- Karnwal, R. ve Sharmila, K. (2024). Perspective view of stress, anxiety, and depression among pregnant women: A review. *Journal of Ecophysiology and Occupational Health*, 24(1), 1-13.
- Kartopu, S. (2013). Kaygının kader algıları ile ilişkisi: Kahramanmaraş örneği. *Gümüşhane Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2(3), 238-260.
- Kavakçı, Ö., Kaptanoğlu, E., Kuğu, N. ve Doğan, O. (2010). EMDR fibromiyalji tedavisinde yeni bir seçenek olabilir mi? Olgu sunumu ve gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 143-151.
- Kavakçı, Ö., Semiz, M., Kaptanoğlu, E. ve Özer, Z. (2012). Fibromiyaljide EMDR'nin etkinliğinin araştırılması: Yedi olguyu içeren bir klinik çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1).
- Kavi, E. ve Karakale, B. (2018). Psychological resilience related to labor psychology. *HAK-İŞ International Journal of Labour and Society*, 7(17), 55-77.

- Kayın-Arııcı, G. (2022). *Doğum müdahalelerinin karşılanmış doğum beklentisi ve memnuniyetine etkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Kaymaz, N., Yıldırım, Ş., Topaloğlu, N., Gencer, M., Binnetoğlu, F. K., Tekin, M. ve ark. (2015). Prenatal maternal risk factors for infantile colic. *Journal of Maternal and Child Health*, 27(10).
- Kealy, M. A., Small, R. E. ve Liamputtong, P. (2010). Recovery after Caesarean birth: A qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 47. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-47>
- Kendig, S., Keats, J. P., Hoffman, C. ve ark. (2017). Consensus bundle on maternal mental health: Perinatal depression and anxiety. *Obstetrics and Gynecology*, 129(3), 422-430. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001902>
- Kennare, R. (2003). Why is the caesarean rate rising? *Midwifery Digest* 13(4): 503–508.
- Kent, A., Hughes, P., Ormerod, L., Jones, G. ve Thilaganathan, B. (2002). Uterine artery resistance and anxiety in the second trimester of pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 19(2), 177-179.
- Keren, M., Feldman, R. ve Tyano, S. (2001). Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(1), 27-35.
- Kersting, A., Dorsch, M., Wesselmann, U., Lüdorff, K., Witthaut, J., Ohrmann, P., ... ve Arolt, V. (2004). Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(5), 473-476.
- Khajehei, M., Hajizadeh, N. ve Behroozpour, E. (2020). Fathers in the birthing room: Theoretical expectations and real-life experiences. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(6), 737–740. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13145>
- Khwepeya, M., Lee, G. T., Chen, S. R. ve Kuo, S. Y. (2018). Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 18, 391. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1991-3>

- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M. ve Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537-547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: Assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 38(1), 52-54. <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>
- Kim, S., Fonagy, P., Allen, J. ve Strathearn, L. (2014). Mothers' unresolved trauma blunts amygdala response to infant distress. *Social Neuroscience*, 9(4), 352-363. <https://doi.org/10.1080/17470919.2014.922602>
- Kitzinger, S. (1990). *The crying baby*. Penguin.
- Knezevic, E., Nenic, K., Milanovic, V. ve Knezevic, N. N. (2023). The role of cortisol in chronic stress, neurodegenerative diseases, and psychological disorders. *Cells*, 12(23), 2726. <https://doi.org/10.3390/cells12232726>
- Koç-Başaran, Y. (2017). Sosyal bilimlerde örnekleme kuramı. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 47, 480-495.
- Koenen, K. C., Driver, K. L., Oscar-Berman, M. ve ark. (2001). Measures of prefrontal system dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Brain and Cognition*, 45, 64-78. <https://doi.org/10.1006/brcg.2000.1230>
- Kohl, J. ve Dulac, C. (2018). Neural control of parental behaviors. *Current Opinion in Neurobiology*, 49, 116-122. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2018.02.003>
- Kokanalı, D., Ayhan, S., Devran, A., Kokanalı, M. K. ve Taşçı, Y. (2018). Sezaryen doğumun postpartum depresyona ve maternal bağlanmaya etkisi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(2), 148-152. <https://doi.org/10.16899/gopctd.366181>
- Kopmeiners, E. H., Hollander, M. H., van Voorst, N. ve Stramrood, C. A. (2023). Effect of early postpartum EMDR on reducing psychological complaints in women with a traumatic childbirth experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 44(1), 2229010. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2023.2229010>
- Korn, D. L. ve Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of

- complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58(12), 1465-1487. <https://doi.org/10.1002/jclp.10074>
- Korom, M. ve Dozier, M. (2021). The importance of responsive parenting for vulnerable infants. In *Advances in Child Development and Behavior* (Vol. 61, pp. 43-71). JAI. <https://doi.org/10.1016/bs.acdb.2021.06.002>
- Kök, İ. (2014). Listening comprehension achievement and brain dominance. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 122, 329-334. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.1371>
- Kranenburg, L. W., Bijma, H. H., Eggink, A. J., Knijff, E. M. ve Lambregtse-van den Berg, M. P. (2022). Implementing an eye movement and desensitization reprocessing treatment-program for women with posttraumatic stress disorder after childbirth. *Frontiers in Psychology*, 12, 797901. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.797901>
- Kranenburg, L. W., Lambregtse-van den Berg, M. ve Stramrood, C. (2023). Traumatic childbirth experience and childbirth-related post-traumatic stress disorder (PTSD): A contemporary overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2775. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042775>
- Kruijff, I. D., Choenni, V., Groeneweg, J. ve ark. (2019). Gastrointestinal symptoms in infants of mothers with a psychiatric history and the role of depression and bonding. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 69(6), 662–667. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002490>
- Kundakovic, M. ve Jaric, I. (2017). The epigenetic link between prenatal adverse environments and neurodevelopmental disorders. *Genes*, 8(2), 104. <https://doi.org/10.3390/genes8020104>
- Küçük, M. (2024). Striking rise of cesarean section rates in Türkiye: There is a need for a whole new perspective. *The Pan African Medical Journal*, 48, 6. <https://doi.org/10.11604/pamj.2024.48.6.2683>
- Lane, R. D., Kivley, L. S., Du Bois, M. A., Shamasundara, P. ve Schwartz, G. E. (1995). Levels of emotional awareness and the degree of right hemispheric

- dominance in the perception of facial emotion. *Neuropsychologia*, 33, 525–538. [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(94\)00163-3](https://doi.org/10.1016/0028-3932(94)00163-3)
- Lang, A. J. ve Gartstein, M. A. (2018). Intergenerational transmission of traumatization: Theoretical framework and implications for prevention. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(2), 162–175. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1329773>
- Laursen, M., Hedegaard, M. ve Johansen, C. (2008). Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(3), 354–360. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01583.x>
- Laursen, M., Johansen, C. ve Hedegaard, M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*, 116(10), 1350-1355. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02250.x>
- Layzer, J. I., Goodson, B. D. ve Delange, C. (1986). Children in shelters. *Response to the Victimization of Women & Children*, 9(2), 2–5.
- Le Bas, G. A., Youssef, G. J., Macdonald, J. A., Mattick, R., Teague, S. J., Honan, I., ... ve Hutchinson, D. M. (2021). Maternal bonding, negative affect, and infant social-emotional development: A prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 281, 926-934. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.033>
- Le Bas, G. A., Youssef, G. J., Macdonald, J. A., Rossen, L., Teague, S. J., Kothe, E. J., McIntosh, J. E., Olsson, C. A. ve Hutchinson, D. M. (2020). The role of antenatal and postnatal maternal bonding in infant development: A systematic review and meta-analysis. *Social Development*, 29(1), 3–20. <https://doi.org/10.1111/sode.12392>
- Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L. ve Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 5–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.065>
- Lee, C. W. ve Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy*

and *Experimental Psychiatry*, 44(2), 231-239.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.09.003>

Leerkes, E. M. ve Crockenberg, S. C. (2006). Antecedents of mothers' emotional and cognitive responses to infant distress: The role of family, mother, and infant characteristics. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 27(4), 405-428.
<https://doi.org/10.1002/imhj.20097>

Leerkes, E. M., Blankson, A. N. ve O'Brien, M. (2009). Differential effects of maternal sensitivity on infant distress and nondistress on social-emotional functioning. *Child Development*, 80(3), 762-775.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01296.x>

Lefkowitz, D. S., Baxt, C. ve Evans, J. R. (2010). Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(3), 230-237.

Lehning, M., Shapiro, E., Schreiber, M. ve Hofmann, A. (2017). Evaluating the EMDR Group Traumatic Episode Protocol with refugees: A field study. *Journal of EMDR Practice & Research*, 11(3).

Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Karlsdottir, S. I., Ekström-Bergström, A., Nilsson, C., Stramrood, C. ve Thomson, G. (2023). Developing a woman-centered, inclusive definition of positive childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*, 50(2), 362-383.

Lekka, D., Orlandou, K., Pezirkianidis, C., Roubi, A., Tsaraklis, A., Togas, C., ... ve Stalikas, A. (2022). Health professionals in a COVID-19 reference hospital: Post-traumatic stress disorder (PTSD) levels and their associations with psychological resilience and quality of life. *Cureus*, 14(2), e22473.
<https://doi.org/10.7759/cureus.22473>

Lenzi, D., Trentini, C., Pantano, P., Macaluso, E., Iacoboni, M., Lenzi, G. L. ve Ammaniti, M. (2009). Neural basis of maternal communication and emotional expression processing during infant preverbal stage. *Cerebral Cortex*, 19(5), 1124-1133.

- Li, R., Fein, S. B., Chen, J. ve Grummer-Strawn, L. M. (2008). Why mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*, 122(Suppl 2), S69–S76.
- Lieberman, A. F. ve Knorr, K. (2007). The impact of trauma: A developmental framework for infancy and early childhood. *Pediatric Annals*, 36(4), 209-215.
- Lieberman, A. F., Chu, A., Van Horn, P. ve Harris, W. W. (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development and Psychopathology*, 23(2), 397-410.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P. ve Ozer, C. (2005). Preschooler witnesses of marital violence: Predictors and mediators of child behavior problems. *Development and Psychopathology*, 17, 385–396.
- Lin, X., Zhai, R., Mo, J., Sun, J., Chen, P. ve Huang, Y. (2022). How do maternal emotion and sleep conditions affect infant sleep: A prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 237.
- Lindberg, L., Bohlin, G., Hagekull, B. ve Thunsnom, M. (1994). Infant and family characteristics related to early food refusal. *Infant Mental Health Journal*, 15, 262-277.
- Lindberg, L., Bohlin, G., Hagekull, B., & Palmérus, K. (1996). Interactions between mothers and infants showing food refusal. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 17(4), 334-347.
- Liu, Y., Zhang, L., Guo, N. ve Jiang, H. (2021). Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: Prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry*, 1, 487. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03291-9>
- Lollies, F., Schnatschmidt, M., Schlarb, A. A. ve Genuneit, J. (2022). Child sleep problems affect mothers and fathers differently: How infant and young child sleep affects paternal and maternal sleep quality, emotion regulation, and sleep-related cognitions. *Nature and Science of Sleep*, 137-152.
- Loman, M. M. ve Gunnar, M. R. (2010). Early experience and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(6), 867-876.

- Loomans, E., Stelt, O. V. D., Eijdsden, M. V. ve ark. (2011). Antenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five. *Early Human Development*, 87(8), 565-570.
- Lopatkova, I. V., Serykh, A. B., Miroshkin, D. V., ShcherbakovJanovJanoa, O. I., Kochetkov, I. G., Deberdeeva, N. A. ve Diatlova, E. V. (2018). The interrelation of post-trauma stress disorders with reactive and personal anxiety. *Electronic Journal of General Medicine*, 15(6).
- Lopez, U., Meyer, M., Loures, V., Iselin-Chaves, I., Epiney, M., Kern, C. ve Haller, G. (2017). Post-traumatic stress disorder in parturients delivered by cesarean section and the implication of anesthesia: A prospective cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 118.
- Lorberbaum, J. P., Newman, J. D., Dubno, J. R., Horwitz, A. R., Nahas, Z., Teneback, C., Johnson, M. R., Lydiard, R. B., Ballenger, J. C. ve George, M. S. (2000). Feasibility of using fMRI to study mothers: Responding to infant cries. [Online]. Available: <http://www.musc.edu/psychiatry/fnrd/babycry.htm>
- Lorberbaum, J. P., Newman, J. D., Horwitz, A. R. ve ark. (2002). A potential role for thalamocingulate circuitry in human maternal behavior. *Biological Psychiatry*, 51, 431–445.
- Lothe, L., Ivasson, S. A., Ekman, R. ve Lindberg, T. (1990). Motilin and infantile colic: A prospective study. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 79, 410-416.
- Lubben, N., Ensink, E., Coetzee, G. A. ve Labrie, V. (2021). The enigma and implications of brain hemispheric asymmetry in neurodegenerative diseases. *Brain Communications*, 3(3), fcab211.
- Lucassen, P. L. B. J., Assendelft, W. J. J., van Eijk, J. T., Gubbels, J. W., Douwes, A. C. ve van Geldrop, W. J. (2001). Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Archives of Disease in Childhood*, 84, 398–403.
- Lumsdaine, M. ve Lumsdaine, E. (1995). Thinking preferences of engineering students: Implications for curriculum restructuring. *Journal of Engineering Education*, 84(2), 193-204.

- Luthar, S. S., Cicchetti, D. ve Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Lutkiewicz, K., Bieleninik, Ł., Cieślak, M. ve Bidzan, M. (2020). Maternal–infant bonding and its relationships with maternal depressive symptoms, stress, and anxiety in the early postpartum period in a Polish sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5427.
- Lux, U., Müller, M., Reck, C., Liel, C. ve Walper, S. (2023). Linking maternal psychopathology to children's excessive crying and sleeping problems in a large representative German sample—the mediating role of social isolation and bonding difficulties. *Infancy*, 28(2), 435-453.
<https://doi.org/10.1111/infa.12431>
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E. ve Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64, 67–96.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1999.tb00147.x>
- Lyons-Ruth, K., Todd Manly, J., Von Klitzing, K., Tamminen, T., Emde, R., Fitzgerald, H., ... ve Watanabe, H. (2017). The worldwide burden of infant mental and emotional disorder: Report of the task force of the world association for infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 38(6), 695-705.
<https://doi.org/10.1002/imhj.21623>
- Mahler, M. S., Pine, F. ve Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. Basic Books.
- Manhire, K. M., Hagan, A. E. ve Floyd, S. A. (2007). A descriptive account of New Zealand mothers' responses to open-ended questions on their breastfeeding experiences. *Midwifery*, 23(4), 372-381.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.08.010>
- Marques, G. M., Nascimento, D. Z., Trevisol, D. J. ve Iser, B. P. (2020). Instruments measuring pregnant women's expectations of labor and childbirth: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 246, 90-98.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.022>

- Martínez-Vazquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Delgado-Rodríguez, M. ve Martínez-Galiano, J. M. (2021). Long-term high risk of postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) and associated factors. *Journal of Clinical Medicine*, 10(3), 488. <https://doi.org/10.3390/jcm10030488>
- Martini, J., Asselmann, E., Weidner, K., Knappe, S., Rosendahl, J. ve Garthus-Niegel, S. (2022). Prospective associations of lifetime post-traumatic stress disorder and birth-related traumatization with maternal and infant outcomes. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 842410. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.842410>
- Martini, J., Petzoldt, J., Knappe, S., Garthus-Niegel, S., Asselmann, E. ve Wittchen, H. U. (2017). Infant, maternal, and familial predictors and correlates of regulatory problems in early infancy: The differential role of infant temperament and maternal anxiety and depression. *Early Human Development*, 115, 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.09.002>
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P. ve Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 139-147. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00022-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00022-5)
- Mautner, E., Stern, C., Deutsch, M., Nagele, E., Greimel, E., Lang, U. ve Cervar-Zivkovic, M. (2013). The impact of resilience on psychological outcomes in women after preeclampsia: An observational cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 1-6. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-141>
- Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Welton, N. J., Stockton, S., ... ve Pilling, S. (2020). Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: A network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(4), 542-555. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000512>
- Maxson, P. J., Edwards, S. E., Valentiner, E. M. ve Miranda, M. L. (2016). A multidimensional approach to characterizing psychosocial health during pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, 20, 1103-1113. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-1989-1>
- Mazoyer, B., Mellet, E., Perchey, G., Zago, L., Crivello, F., Jobard, G., ... ve Tzourio-Mazoyer, N. (2016). BIL&GIN: A neuroimaging, cognitive, behavioral, and

- genetic database for the study of human brain lateralization. *NeuroImage*, 124, 1225-1231. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2015.09.051>
- McElwain, N. L. ve Booth-LaForce, C. (2006). Maternal sensitivity to infant distress and nondistress as predictors of infant-mother attachment security. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 247. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.247>
- McKeever, V. M. ve Huff, M. E. (2003). A diathesis-stress model of posttraumatic stress disorder: Ecological, biological, and residual stress pathways. *Review of General Psychology*, 7(3), 237-250. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.7.3.237>
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C. ve Don, N. (2001). Postnatal depression, anxiety, and unsettled infant behaviour. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(5), 581-588. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00884.x>
- Mealer, M., Jones, J. ve Meek, P. (2017). Factors affecting resilience and development of posttraumatic stress disorder in critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 26(3), 184-192. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017798>
- Mehler, K., Hucklenbruch-Rother, E., Trautmann-Villalba, P., Becker, I., Roth, B. ve Kribs, A. (2020). Delivery room skin-to-skin contact for preterm infants—a randomized clinical trial. *Acta Paediatrica*, 109(3), 518-526. <https://doi.org/10.1111/apa.14975>
- Mehler, K., Mainusch, A., Hucklenbruch-Rother, E., Hahn, M., Hünseler, C. ve Kribs, A. (2014). Increased rate of parental postpartum depression and traumatization in moderate and late preterm infants is independent of the infant's motor repertoire. *Early Human Development*, 90(12), 797-801. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.10.005>
- Meltzer-Brody, S., Larsen, J. T., Petersen, L., Guintivano, J., Florio, A. D., Miller, W. C., ... ve Munk-Olsen, T. (2018). Adverse life events increase risk for postpartum psychiatric episodes: A population-based epidemiologic study. *Depression and Anxiety*, 35(2), 160-167. <https://doi.org/10.1002/da.22743>
- Middlemiss, W., Granger, D. ve Nathans, L. (2012). Asynchrony of mother–infant hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity following extinction of infant

- crying responses induced during the transition to sleep. *Early Human Development*, 88(4), 227–232. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.08.010>
- Miller, A. R. ve Barr, R. G. (1991). Infantile colic: Is it a gut issue? *Pediatric Clinics of North America*, 38(6), 1407-1423. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(16\)37084-3](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(16)37084-3)
- Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P. ve ark. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 88. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-88>
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C. ve Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 273-278. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0149-5>
- Moleman, N., van der Hart, O. ve van der Kolk, B. A. (1992). The partus stress reaction: A neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 271-272.
- Mooney, S., Giannakoulopoulos, X., Glover, V., Acolet, D. ve Modi, N. (1997). The effect of mother-infant skin-to-skin contact on plasma cortisol and β -endorphin concentrations in preterm newborns. *Infant Behavior and Development*, 20, 553-557.
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C. ve Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
- Morris, J. S., Ohman, A. ve Dolan, R. J. (1999). A subcortical pathway to the right amygdala mediating 'unseen' fear. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 96, 1680–1685.
- Morton, S. U. ve Brodsky, D. (2016). Fetal physiology and the transition to extrauterine life. *Clinics in Perinatology*, 43(3), 395-407.
- Motegi, T., Watanabe, Y., Fukui, N., Ogawa, M., Hashijiri, K., Tsuboya, R. ve ark. (2020). Depression, anxiety, and primiparity are negatively associated with

- mother-infant bonding in Japanese mothers. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 3117–3122. <https://doi.org/10.2147/NDT.S287036>
- Moyzakitis, W. (2004). Exploring women's descriptions of distress and/or trauma in childbirth from a feminist perspective. *Evidence-Based Midwifery*, 2(1), 8-15.
- Mucuk, Ö. (2020). *Doğuma ilişkin travma algısı ölçeğinin geliştirilmesi* (Yayımlanmış doktora tezi). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Mucuk, Ö. ve Özkan, H. (2021). Travmatik doğum eylemi ve ebelik bakımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 30(4), 218-225.
- Mucuk, Ö. ve Özkan, H. (2022). Perception of traumatic childbirth of women and factors affecting. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 6(2), 608-616.
- Mullan, J. (2017). Birth trauma resolution. *MIDIRS Midwifery Digest*, 27, 345-348.
- Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E. ve Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 45-52.
- Mustafa, M., Hamid, N. S. H. A., Abdullah, N. R. H., Samad, R. ve Pebrianti, D. (2015, November). Brain dominance using brainwave signal. In *2015 IEEE International Conference on Control System, Computing and Engineering (ICCSCE)* (pp. 298-302). IEEE.
- Nahae, J., Yazdani, Z., Mirmohammadali, M. ve Ebrahimzadeh, S. (2020). Pre- and during-labor predictors of low birth satisfaction among Iranian women: A prospective analytical study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 408. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03105-5>
- National Institute for Clinical Excellence. (2014). *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance* (Clinical Guideline CG192). Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *NICE Guideline CG116 – Post-traumatic stress disorder*. National Institute for Health and Care Excellence.

- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Guide to the Processes of Technology Appraisal. Process and Methods [PMG19]*. Available at: <https://www.nice.org.uk/process/pmg19>
- Nayyeri, F., Raji, F., Hagnazarian, E. ve ark. (2015). Frequency of “nursing strike” among 6-month-old infants, at East Tehran Health Center and contributing factors. *Journal of Family and Reproductive Health*, 9, 137-140.
- Neczypor, J. L. ve Holley, S. L. (2017). Providing evidence-based care during the golden hour. *Nursing for Women's Health*, 21(6), 462-472.
- Newman, J. ve Wilmott, B. (1990). Breast rejection: A little-appreciated cause of lactation failure. *Canadian Family Physician*, 36, 449.
- Newman, R. (2005). APA's resilience initiative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(3), 227.
- Nicholls, K. ve Ayers, S. (2007). Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 491-509.
- Nieminen, K., Stephansson, O. ve Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section: A cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(7), 807-813. <https://doi.org/10.1080/00016340902998436>
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., ... ve Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 1-15.
- Nisa, F., Damayanti, N., Suhariadi, F., Anggasari, Y., Dewi, F. E., Arini, D. ve Rahman, F. S. (2021). Breastfeeding based on Breastfeeding Self-efficacy and Social Support in Wonokromo Surabaya. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(28), 1026-1031.
- O'Connor, T. G., Caprariello, P., Blackmore, E. R., Gregory, A. M., Glover, V., Fleming, P., ve Team, A. S. (2007). Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Human Development*, 83, 451-458.
- O'Dea, G. A., Youssef, G. J., Hagg, L. J., Francis, L. M., Spry, E. A., Rossen, L., ... ve Macdonald, J. A. (2023). Associations between maternal psychological distress

and mother-infant bonding: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 26(4), 441-452. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01340-3>

Odent, M. (2004). *The caesarean*. Free Associations Books.

O'Donovan, A., Alcorn, K. L., Patrick, J. C., Creed, D. K., Dawe, S. ve Devilly, G. J. (2014). Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*, 30(8), 935-941. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.011>

Oflaz, M. (2011). The effect of right and left brain dominance in language learning. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 15, 1507-1513. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.03.333>

Okawara, M. ve Paulsen, S. L. (2018). Intervening in the intergenerational transmission of trauma by targeting maternal emotional dysregulation with EMDR therapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(3), 142-157. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.3.142>

Olde, E., Kleber, R., Hart, O. ve Pop, V. (2006). Childbirth and posttraumatic stress responses: A validation study of the Dutch impact of event scale – Revised. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 259-267. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.4.259>

O'Neill, C. ve Butterfield, A. (2024). Successful application of cranio-sacral therapy in a case of colic in an 8-week-old baby. *Journal of Transformative Touch*, 3(1), 4-6. <https://doi.org/10.1145/3677499>

Oyetunji, A. ve Chandra, P. (2020). Postpartum stress and infant outcome: A review of current literature. *Psychiatry Research*, 284, 112769. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112769>

Özcan, F. Y. ve Ceylan, B. (2023). Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik sağlık düzeylerinin ve travma sonrası stres belirtilerinin incelenmesi. *Current Research and Reviews in Psychology and Psychiatry*, 3(2), 28-41. <https://doi.org/10.20547/crrpp.2023.28-41>

Özcan, N. K., Boyacıoğlu, N. E., Enginkaya, S., Bilgin, H. ve Tomruk, N. B. (2016). The relationship between attachment styles and childhood trauma: A transgenerational perspective—a controlled study of patients with psychiatric

disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2357–2366.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13274>

Özden, Y. (2003). *Öğrenme ve öğretme*. Pegema Yayıncılık.

Özkars, B. N. (2017). *Prematüre doğum yapmış annelerin travma, depresyon, maternal bağlanma ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi* (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Paley, J. ve Alpert, J. (2003). Memory of infant trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 20(2), 329-339. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.20.2.329>

Papousek, M. ve von Hofacker, N. (1995). Persistent crying and parenting: Search for a butterfly in a dynamic system. *Early Development and Parenting*, 4(4), 209-224. <https://doi.org/10.1002/edp.2430040405>

Papousek, M. ve von Hofacker, N. (1998). Persistent crying in early infancy: A non-trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship. *Child: Care, Health & Development*, 24(5), 357-370. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.1998.00046.x>

Pardon, Y. N., Waxman, H. C. ve Huang, S. Y. L. (1999). Classroom and instructional learning environment differences between resilient and non-resilient elementary school students. *Journal of Education for Students Placed at Risk*, 3(2), 63-81. https://doi.org/10.1207/s15327671espr0302_2

Park, E., Meltzer-Brody, S. ve Stickgold, R. (2013). Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity. *Archives of Women's Mental Health*, 16, 539-547. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0351-6>

Parker, A. ve Dagnall, N. (2007). Effects of bilateral eye movements on gist-based false recognition in the DRM paradigm. *Brain and Cognition*, 63(3), 221-225. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2006.11.003>

Parker, A., Relph, S. ve Dagnall, N. (2008). Effects of bilateral eye movements on the retrieval of item, associative, and contextual information. *Neuropsychology*, 22(1), 136-142. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.22.1.136>

- Parsons, C. E., Stark, E. A., Young, K. S., Stein, A. ve Kringelbach, M. L. (2013). Understanding the human parental brain: A critical role of the orbitofrontal cortex. *Social Neuroscience*, 8(6), 525–543. <https://doi.org/10.1080/17470919.2013.842610>
- Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., ... ve Wise, M. S. (2016). Pediatric sleep duration consensus statement: A step forward. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(12), 1705-1706. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6272>
- Pasalic, M. ve Hasanovic, M. (2018). Treating childbirth trauma with EMDR - A case report. *Psychiatria Danubina*, 30(suppl. 5), 265-270.
- Paterno, M. T., McElroy, K. ve Regan, M. (2016). Electronic fetal monitoring and cesarean birth: a scoping review. *Birth*, 43(4), 277-284.
- Pat-Horenczyk, R., Cohen, S., Ziv, Y., Achituv, M., Asulin-Peretz, L., Blanchard, T. R., ... ve Brom, D. (2015). Emotion regulation in mothers and young children faced with trauma. *Infant Mental Health Journal*, 36(3), 337-348. <https://doi.org/10.1002/imhj.21516>
- Peeler, S., Stedmon, J., Chung, M. C. ve Skirton, H. (2018). Women's experiences of living with postnatal PTSD. *Midwifery*, 56, 70-78. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.010>
- Peirano, P., Algarín, C. ve Uauy, R. (2003). Sleep-wake states and their regulatory mechanisms throughout early human development. *The Journal of Pediatrics*, 143(4), 70-79. [https://doi.org/10.1067/S0022-3476\(03\)00404-9](https://doi.org/10.1067/S0022-3476(03)00404-9)
- Perry, B. D. (2002). *Bonding and attachment in maltreated children: Consequences of emotional neglect in childhood*. Child Trauma Academy Press.
- Petzoldt, J., Wittchen, H. U., Einsle, F. ve Martini, J. (2016). Maternal anxiety versus depressive disorders: Specific relations to infants' crying, feeding and sleeping problems. *Child: Care, Health and Development*, 42(2), 231-245. <https://doi.org/10.1111/cch.12256>
- Petzoldt, J., Wittchen, H. U., Wittich, J., Einsle, F., Höfler, M. ve Martini, J. (2014). Maternal anxiety disorders predict excessive infant crying: A prospective

longitudinal study. *Archives of Disease in Childhood*, 99(9), 800-806.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-305627>

Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M. ve Ansermet, F. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: Implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 88(5), F400-F404.
<https://doi.org/10.1136/fn.88.5.F400>

Platt, M. W. (2011). Fetal awareness and fetal pain: The emperor's new clothes. *Archives of Disease in Childhood—Fetal and Neonatal Edition*, 96(4), f236–f237. <https://doi.org/10.1136/adc.2010.195966>

Polachek, I. S., Harari, L. H., Baum, M. ve Strous, R. D. (2012). Postpartum post-traumatic stress disorder symptoms: The uninvited birth companion. *Israeli Medical Association Journal*, 14(6), 347–353.

Polachek, I. S., Harari, L. H., Baum, M. ve Strous, R. D. (2014). Postpartum anxiety in a cohort of women from the general population: Risk factors and association with depression during the last week of pregnancy, postpartum depression, and postpartum PTSD. *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51, 128–134.

Polite, C., Junge, C., Soest, T. V. ve ark. (2019). Impact of maternal perinatal anxiety on social-emotional development of 2-year-olds: A prospective study of Norwegian mothers and their offspring. *Maternal and Child Health Journal*, 23, 386–396.

Ponti, L., Smorti, M., Ghinassi, S., Mannella, P. ve Simoncini, T. (2020). Can a traumatic childbirth experience affect maternal psychopathology and postnatal attachment bond? *Current Psychology*, 41, 1237–1242.
<https://doi.org/10.1007/s12144-020-00650-2>

Poole, S. R. (1991). The infant with acute, unexplained, excessive crying. *Pediatrics*, 88(3), 450–455.

Porter, C. L. ve Hsu, H. C. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 54–62.

- Power, C., Williams, C. ve Brown, A. (2019). Does childbirth experience affect infant behaviour? Exploring the perceptions of maternity care providers. *Midwifery*, 78, 131–139.
- Preacher, K. J. ve Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36, 717–731.
- Provenzi, L., Grumi, S., Altieri, L., Bensi, G., Bertazzoli, E., Biasucci, G., ... ve MOM-COPE Study Group. (2023). Prenatal maternal stress during the COVID-19 pandemic and infant regulatory capacity at 3 months: A longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 35(1), 35–43.
- Rados, S. N., Matijaš, M., Anđelinović, M., Čartolovni, A. ve Ayers, S. (2020). The role of posttraumatic stress and depression symptoms in mother-infant bonding. *Journal of Affective Disorders*, 268, 134–140.
- Rados, S. N., Tadinac, M. ve Herman, R. (2018). Anxiety during pregnancy and postpartum: Course, predictors, and comorbidity with postpartum depression. *Acta Clinica Croatica*, 57(1), 39–49.
- Raiha, H., Lehtonen, L., Huhtala, V., Saleva, K. ve Korvenranta, H. (2002). Excessively crying infant in the family: Mother-infant, father-infant, and mother-infant interaction. *Child: Care, Health and Development*, 28, 419–429.
- Ramey, S. L., Schafer, P., DeClerque, J. L., Lanzi, R. G., Hobel, C., Shalowitz, M., ... ve Community Child Health Network. (2015). The preconception stress and resiliency pathways model: A multi-level framework on maternal, paternal, and child health disparities derived by community-based participatory research. *Maternal and Child Health Journal*, 19, 707–719.
- Ramos, K. D. ve Youngclarke, D. M. (2006). Parenting advice books about child sleep: Cosleeping and crying it out. *Sleep*, 29(12), 1616–1623.
- Rathschlag, M. ve Memmert, D. (2014). Reducing anxiety and enhancing physical performance by using an advanced version of EMDR: A pilot study. *Brain and Behavior*, 4(3), 348–355.

- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Sohn, C. ve ark. (2008). Prevalence, onset, and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 459–468.
- Reuter, A., Silfverdal, S. A., Lindblom, K. ve Hjern, A. (2020). A systematic review of prevention and treatment of infant behavioural sleep problems. *Acta Paediatrica*, 109(9), 1717–1732.
- Reynolds, R. D., Pilcher, J., Ring, A., Johnson, R. ve McKinley, P. (2009). The Golden Hour: Care of the LBW infant during the first hour of life: One unit's experience. *Neonatal Network*, 28(4), 211–258.
- Risi, A., Pickard, J. A. ve Bird, A. L. (2021). The implications of parent mental health and wellbeing for parent-child attachment: A systematic review. *PLOS ONE*, 16(12), e0260891.
- Ritz, T., Schulz, S. M., Rosenfield, D., Wright, R. J. ve Bosquet Enlow, M. (2020). Cardiac sympathetic activation and parasympathetic withdrawal during psychosocial stress exposure in 6-month-old infants. *Psychophysiology*, 57(12), e13673.
- Riva-Crugnola, C., Ierardi, E., Prino, L. E., Brustia, P., Cena, L. ve Rollè, L. (2020). Early styles of interaction in mother-twin infant dyads and maternal mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 23(5), 665–671.
- Roberts, A. K. P. (2018). The effects of the EMDR group traumatic episode protocol with cancer survivors. *Journal of EMDR Practice & Research*, 12(3).
- Robinson, L., Smith, M. M. ve Segal, J. (2023). Emotional and psychological trauma. *HelpGuide*. Retrieved from <https://www.helpguide.org/articles/ptsd-trauma/coping-with-emotional-and-psychological-trauma.htm>
- Roedding, J. (1991). Birth trauma and suicide: A study of the relationship between near-death experiences at birth and later suicidal behavior. *Pre-and Perinatal Psychology Journal*, 6(2), 145–167.
- Rogers, L. J. (2021). Brain lateralization and cognitive capacity. *Animals*, 11(7), 1996.
- Rosen, J. B. ve Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105(3), 325–350. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.105.3.325>

- Rosenblatt, J. S. (1994). Psychobiology of maternal behavior: Contribution to the clinical understanding of maternal behavior among humans. *Acta Paediatrica*, 83, 3-8. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1994.tb13542.x>
- Rosenblum, L. A. ve Andrews, M. W. (1994). Influences of environmental demand on maternal behavior and infant development. *Acta Paediatrica Supplement*, 397, 57-63.
- Rota, A., Antolini, L., Colciago, E., Nespoli, A., Borrelli, S. E. ve Fumagalli, S. (2018). Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women and Birth*, 31(4), 313-318.
- Sadeh, A. (2004). A brief screening questionnaire for infant sleep problems: Validation and findings for an internet sample. *Pediatrics*, 113(6), e570-e577. <https://doi.org/10.1542/peds.113.6.e570>
- Sadeh, A. ve Anders, T. F. (1993). Infant sleep problems: Origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health Journal*, 14(1), 17-34. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199323\)14:1<17::AID-IMHJ2280140104>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199323)14:1<17::AID-IMHJ2280140104>3.0.CO;2-W)
- Sadeh, A., Flint-Ofir, E., Tirosh, T. ve Tikotzky, L. (2007). Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 74–82. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.1.74>
- Sadeh, A., Juda-Hanael, M., Livne-Karp, E., Kahn, M., Tikotzky, L., Anders, T. F. ve Sivan, Y. (2016). Low parental tolerance for infant crying: An underlying factor in infant sleep problems? *Journal of Sleep Research*, 25(5), 501-507. <https://doi.org/10.1111/jsr.12359>
- Sadeh, A., Lavie, P. ve Scher, A. (1992). Temperament and night waking in early childhood, revisited. *Sleep Research*, 21, 93.
- Sadeh, A., Mindell, J., Luedtke, K. ve Wiegand, B. (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: A web-based study. *Sleep Research*, 22, 60–73.
- Sadeh, A., Raviv, A. ve Gruber, R. (2000). Sleep patterns and sleep disruptions in school-age children. *Developmental Psychology*, 36(3), 291–301. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.3.291>

- Sadeh, A., Tikotzky, L. ve Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews, 14*(2), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.03.005>
- Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, (2010). *Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi*. Damla Matbaacılık.
- Salansky, N., Fedotchev, A. ve Bondar, A. (1998). Responses of the nervous system to low frequency stimulation and EEG rhythms: Clinical implications. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 22*(3), 395-409. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(97\)00058](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(97)00058)
- Salvucci, S., Walter, E., Conley, V., Fink, S. ve Saba, M. (1997). Measurement error studies at the National Center for Education Statistics. *Educational Statistics, 22*(3), 211-258.
- Sanders, M. R., Patel, R. K., Le Grice, B. ve Shepherd, R. W. (1993). Children with persistent feeding difficulties: An observational analysis of the feeding interactions of problem and non-problem eaters. *Health Psychology, 12*(1), 64-71. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.12.1.64>
- Sandman, C. A., Davis, E. P., Buss, C. ve Glynn, L. M. (2012). Exposure to prenatal psychobiological stress exerts programming influences on the mother and her fetus. *Neuroendocrinology, 95*(1), 8-21. <https://doi.org/10.1159/000327171>
- Sandoz, V., Lacroix, A., Stuijzand, S., Bickle Graz, M. ve Horsch, A. (2022). Maternal mental health symptom profiles and infant sleep: A cross-sectional survey. *Diagnostics, 12*(7), 1625. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12071625>
- Sandström, M., Wiberg, B., Wikman, M., Willman, A. K. ve Högberg, U. (2008). A pilot study of eye movement desensitization and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery, 24*(1), 62-73. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.010>
- Sarichloo, M. E., Taremian, F., Dolatshahee, B. ve Javadi, S. A. H. S. (2020). Effectiveness of exposure/response prevention plus eye movement desensitization and reprocessing in reducing anxiety and obsessive-compulsive symptoms associated with stressful life experiences: A randomized controlled

- trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(3).
<https://doi.org/10.5812/ijpbs.104548>
- Savino, F., Migliori, C., Cresi, F. ve Bergallo, M. (2005). A prospective 10-year study on children who had severe infantile colic. *Acta Paediatrica*, 94(449), 129–132. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2005.tb01843.x>
- Sayiner, F. D., Özerdoğan, N., Giray, S., Özdemir, E. ve Savcı, A. (2009). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi*, 17(3), 104-112.
- Scheeringa, M. S. ve Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 799-815.
<https://doi.org/10.1023/A:1012981100549>
- Schiffer, F., Teicher, M. H. ve Papanicolaou, A. C. (1995). Evoked potential evidence for right brain activity during the recall of traumatic memories. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 7(2), 169-175.
<https://doi.org/10.1176/jnp.7.2.169>
- Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(1), 59-87.
<https://doi.org/10.1017/S0954579400007018>
- Schore, A. N. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology*, 9, 595–631. <https://doi.org/10.1017/S0954579497000273>
- Schore, A. N. (1998). *The relevance of recent research on the infant brain to pediatrics*. Unpublished invited address, Annual Meeting of the American Academy of Pediatrics, Scientific Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Section Program, “Translating Neuroscience: Early Brain Development and Pediatric Practice,” San Francisco, CA, October, 1998.
- Schore, A. N. (1999). *Psychoanalysis and the development of the right brain*. Unpublished address, The First North American International Psychoanalytic Association Regional Research Conference, “Neuroscience, development & psychoanalysis,” New York, December, 1999.

- Schore, A. N. (2000). The self-organization of the right brain and the neurobiology of emotional development. In *Emotion, Development, and Self-Organization: Dynamic Systems Approaches to Emotional Development* (pp. 155-185). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511489794.009>
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-O)
- Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 9-30.
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.00991.x>
- Schore, A. N. (2015). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Routledge.
- Schore, A. N. (2022). Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation and some implications for psychotherapy. In *Dissociation and the Dissociative Disorders* (pp. 177-208). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780367327841-10>
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J. ve Van, I. M. H. (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 54–63.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.54>
- Schuff, N., Marmar, C. R., Weiss, D. S. ve ark. (1997). Reduced hippocampal volume and N-acetyl aspartate in posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 516–520. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb48243.x>
- Scott, G. ve Richards, M. P. M. (1990). Night waking in infants: Effects of providing advice and support for parents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(4), 551-567. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1990.tb00867.x>

- Shaban, Z., Dolatian, M., Shams, J., Alavi-Majd, H., Mahmoodi, Z. ve Sajjadi, H. (2013). Post-traumatic stress disorder (PTSD) following childbirth: Prevalence and contributing factors. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15, 177. [https://doi.org/10.5812/ircmj.15\(4\)177](https://doi.org/10.5812/ircmj.15(4)177)
- Shapiro, D., Jamner, L. D. ve Spence, S. A. R. A. H. (1997). Cerebral laterality, repressive coping, autonomic arousal, and human bonding. *Acta Physiologica Scandinavica, Supplementum*, 640, 60-64. <https://doi.org/10.1111/j.1748-1716.1997.tb05347.x>
- Shapiro, E. (2013). The EMDR Group Traumatic Episode Protocol. In *EMDR Group Therapy: Emerging Principles and Protocols to Treat Trauma and Beyond* (pp. 123-145). Springer.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 199–223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Shapiro, F. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1-2), 35-67. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(98\)00035-3](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00035-3)
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Shapiro, F. (2002). EMDR 12 years after its introduction: Past and future research. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 1-22. <https://doi.org/10.1002/jclp.10082>
- Shaw, D., Guise, J. M., Shah, N., Danielsson, K. G., Joseph, K. S., Barbara, L., Wong, F., Woodd, S. ve Main, E. K. (2016). Drivers of maternity care in high-income countries: Can health systems support woman-centered care? *Lancet*, 388(10057), 2282–2295. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31333-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31333-2)
- Sheen, K., Spiby, H. ve Slade, P. (2015). Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 578-587. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.002>

- Shin, L. M., McNally, R. J., Kosslyn, S. M. ve ark. (1999). Regional cerebral blood flow during script-driven imagery in childhood sexual abuse-related PTSD: A PET investigation. *American Journal of Psychiatry*, 156, 575–584. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.4.575>
- Shri, R. (2010). Anxiety: Causes and management. *The Journal of Behavioral Science*, 5(1), 100-118.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, “mindsight,” and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 67–94. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<67::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<67::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-G)
- Sigurdardottir, V. L., Gamble, J., Gudmundsdottir, B., Kristjansdottir, H., Sveinsdottir, H., & Gottfredsdottir, H. (2017). The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women and Birth*, 30(6), 450-459. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.004>
- Simpson, M. ve Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*, 29(3), 203-207. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.09.004>
- Simpson, M., Schmied, V., Dickson, C. ve Dahlen, H. G. (2018). Postnatal post-traumatic stress: An integrative review. *Women and Birth*, 31(5), 367-379. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.004>
- Sinai, D. ve Tikotzky, L. (2012). Infant sleep, parental sleep, and parenting stress in families of mothers on maternity leave and in families of working mothers. *Infant Behavior & Development*, 35(2), 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2012.01.003>
- Skari, H., Skreden, M., Malt, U. F., Dalholt, M., Ostensen, A. B., Egeland, T. ve ark. (2002). Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression, and anxiety after childbirth: A prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics &*

Gynaecology, 109(10), 1154–1163. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.00468.x>

Skovgaard, A. M. (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. *Dan Med Bull*, 57(10), B4193.

Skovgaard, A. M., Olsen, E. M., Christiansen, E., Houmann, T., Landorph, S. L., Jørgensen, T. ve CCC 2000* Study Group. (2008). Predictors (0–10 months) of psychopathology at age 1½ years: A general population study in The Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 553-562. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x>

Skuse, D. H., Gill, D., Reilly, S., Wolke, D. ve Lynch, M. A. (1995). Failure to thrive and the risk of child abuse: A prospective population survey. *J Med Screen*, 2(3), 145–149. <https://doi.org/10.1136/jms.2.3.145>

Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E. M., Christopher, P. J. ve Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194-200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>

Smorti, M., Ponti, L. ve Tani, F. (2019). Maternal depressive symptomatology during pregnancy is a risk factor affecting newborn's health: A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(4), 444–452. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1528062>

Smorti, M., Ponti, L., Ghinassi, S. ve Rapisardi, G. (2020). The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Human Development*, 142, 104956. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.104956>

Soet, J. E., Brack, G. A. ve Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36–46. <https://doi.org/10.1046/j.1525-36X.2003.00215.x>

Solomon, J. ve George, C. (2011). Disorganization of maternal caregiving across two generations: The origins of caregiving helplessness. In M. L. Karlen & P. M. R. Solomon (Eds.), *Disorganized attachment and caregiving* (pp. 25–51).

- Solomon, R. M. ve Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315–325. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.315>
- Solter, A. (1995). Why do babies cry? *Pre and Perinatal Psychology Journal*, 10, 21–21.
- Solter, A. J. ve Cebenoyan, A. (Eds.). (2016). *Bilinçli bebek* (3. baskı). Doğan Yayınları.
- Söderquist, J., Wijma, K. ve Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: The role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(1), 31–39. <https://doi.org/10.3109/01674820209016594>
- Söderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G. ve Wijma, K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(5), 672–680. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02059.x>
- Sönmez, C. İ. ve Sivaslıoğlu, A. A. (2019). Gebe kadınların doğum şekli tercihi ve bunları etkileyen faktörler. *Konuralp Medical Journal*, 11(3), 369–376. <https://doi.org/10.18521/ktd.561279>
- Spence, S., Shapiro, D. ve Zaidel, E. (1996). The role of the right hemisphere in the physiological and cognitive components of emotional processing. *Psychophysiology*, 33(2), 112–122. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1996.tb02249.x>
- Sperry, R. (1982). Some effects of disconnecting the cerebral hemispheres. *Science*, 217(4566), 1223–1226. <https://doi.org/10.1126/science.7082064>
- Spruyt, K. (2019). A review of developmental consequences of poor sleep in childhood. *Sleep Medicine*, 60, 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.04.004>
- Srkalović Imširagić, A. S., Begić, D., Šimičević, L. ve Bajić, Ž. (2017). Prediction of posttraumatic stress disorder symptomatology after childbirth: A Croatian longitudinal study. *Women and Birth*, 30(1), e17–e23. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.004>

- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7(4), 349–367. <https://doi.org/10.1080/14616730500365928>
- St. James-Roberts, I., Conroy, S. ve Wilsher, K. (1998). Links between maternal care and persistent infant crying. *Child: Care, Health and Development*, 24, 353–376. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.1998.00066.x>
- Stams, G. J. M., Juffer, F. ve van IJzendoorn, M. H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, 38(5), 806–821. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.5.806>
- Stanbury, T. M. M., Drummond, P. D., Laugharne, J., Kullack, C. ve Lee, C. W. (2020). Comparative efficiency of EMDR and prolonged exposure in treating posttraumatic stress disorder: A randomized trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, 14(1), 2–12. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.14.1.2>
- Stevenson-Hinde, J., Curley, J., Chicot, R. ve Jóhannsson, C. (2007). Anxiety within families: Interrelations, consistency and change. *Family Process*, 46, 543–556. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00209.x>
- Stevenson-Hinde, J., Shouldice, A. ve Chicot, R. (2011). Maternal anxiety, behavioral inhibition, and attachment. *Attachment & Human Development*, 13(3), 199–215. <https://doi.org/10.1080/14616734.2011.571349>
- Stevenson-Hinde, J., Chicot, R., Shouldice, A. ve Hinde, C. A. (2016). Maternal anxiety, maternal sensitivity, and attachment. In *Maternal Sensitivity* (pp. 176–194).
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 61–75. <https://doi.org/10.1002/jclp.1153>
- Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Adams, S. S., Vangen, S. ve Eberhard-Gran, M. (2015). Fear of childbirth and elective caesarean section: A population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0544-4>

- Stramrood, C. A., van der Velde, J., Doornbos, B., Paarlberg, M. K., Weijmar Schultz, W. C. M. ve van Pampus, M. G. (2012). The Patient Observer: Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for the Treatment of Post-traumatic Stress following Childbirth. *Birth*, 39(1), 70–76. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00540.x>
- Stramrood, C. ve Slade, P. (2017). A woman afraid of becoming pregnant again: Posttraumatic stress disorder following childbirth. In P. Slade, L. Gay, & S. Moore (Eds.), *Bio-psycho-social Obstetrics and Gynecology: A Competency-Oriented Approach* (pp. 33-49).
- Sullivan, R. M. ve Gratton, A. (1999). Lateralized effects of medial prefrontal cortex lesions on neuroendocrine and autonomic stress responses in rats. *Journal of Neuroscience*, 19, 2834–2840. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.19-07-02834.1999>
- Switzer, G. E., Dew, M. A., Thompson, K., Goycoolea, J. M., Derricott, T. ve Mullins, S. D. (1999). Posttraumatic stress disorder and service utilization among urban mental health center clients. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 25–39. <https://doi.org/10.1023/A:1021843222357>
- Sydsjo, G., Angerbjorn, L., Palmquist, S., Bladh, M., Sydsjo, A. ve Josefsson, A. (2013). Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(2), 210–214. <https://doi.org/10.1111/aogs.12034>
- Şahin, B. ve Bayrı Bingöl, F. (2021). Postpartum maternal traumatic stress and the relationship with attachment. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(3), 227–236. <https://doi.org/10.16919/pshd.970828>
- Şahin, E. M. ve Kılıçarslan, S. (2010). Depression, anxiety level of effecting factors of third trimester pregnant women. *Medical Journal of Trakya University*, 27(1), 51–58. <https://doi.org/10.5505/trakveteriner.2010.50085>
- Şata, M. (2020). Nicel araştırma yaklaşımları. In E. Oğuz (Ed.), *Eğitimde araştırma yöntemleri* (1. baskı, pp. 77–90). Eğiten Kitap Yayınları.

- Tani, F. ve Castagna, V. (2017). Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(6), 689-692.
- Tedeschi, R. G. ve Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence of North Carolina Charlotte circumstances. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Terry, K. (2021). Pre- and perinatal baby therapy: Baby body language. In K. Evertz, L. Janus, & R. Linder (Eds.), *Handbook of prenatal and perinatal psychology* (pp. 449–458). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41716-1_28
- Teti, D. M. ve Crosby, B. (2012). Maternal depressive symptoms, dysfunctional cognitions, and infant night waking: The role of maternal nighttime behavior. *Child Development*, 83(3), 939-953.
- Thiel, F. ve Dekel, S. (2020). Peritraumatic dissociation in childbirth-evoked posttraumatic stress and postpartum mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 23(2), 189-197.
- Thomas, D. G., Whitaker, E., Crow, C. D., Little, V., Love, L., Lykins, M. S. ve Lettermann, M. (1997). Event-related potential variability as a measure of information storage in infant development. *Developmental Neuropsychology*, 13, 205-232.
- Thompson, R. A. ve Lewis, M. (Eds.). (2002). *Attachment theory and research*. In Child and Adolescent Psychiatry, 3rd Ed. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins.
- Thomson, G. ve Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: The link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 268-273.
- Thomson, G. ve Downe, S. (2010). Changing the future to change the past: Women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 102-112.

- Thomson, G., Beck, C. ve Ayers, S. (2017). The ripple effects of a traumatic birth: Risk, impact and implications for practice. In *Psychosocial Resilience and Risk in the Perinatal Period* (pp. 154-169). Routledge.
- Toffol, E., Rantalainen, V., Lahti-Pulkkinen, M., Girchenko, P., Lahti, J., Tuovinen, S., ... ve Hämäläinen, E. (2018). Infant regulatory behavior problems during the first month of life and neurobehavioral outcomes in early childhood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 847-859.
- Toffol, E., Lahti-Pulkkinen, M., Lahti, J., Lipsanen, J., Heinonen, K., Pesonen, A. K., ... ve Kajantie, E. (2019). Maternal depressive symptoms during and after pregnancy are associated with poorer sleep quantity and quality and sleep disorders in 3.5-year-old offspring. *Sleep Medicine*, 56, 201-210.
- Toga, A. W. ve Thompson, P. M. (2003). Mapping brain asymmetry. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(1), 37-48.
- Togur, A. S. ve Yavuzer, İ. H. (2023). 0-2 yaş aralığındaki bebeklerin uyku düzenini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Journal of Child*, 23(2), 129-136.
- Tomerak, R. (2010). Infants' fussiness on the breast: A window to salvage breastfeeding before breast rejection. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 85(5-6), 317-335.
- Topaktaş, G. ve Beylik, U. (2024). Türkiye sezaryen oranı durum analizi ve politika önerileri. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 21(2), 102-113.
- Topçu, İ. ve Dişsiz, M. (2018). Doğum eyleminde kullanılan manipülatif ve beden temelli tamamlayıcı-alternatif yöntemler. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(2), 33-37.
- Travis, W. J. ve Combs-Orme, T. (2007). Resilient parenting: Overcoming poor parental bonding. *Social Work Research*, 31(3), 135-149.
- Trevarthen, C. (1993). The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. In U. Neisser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge* (pp. 121-173). Cambridge University Press.
- Tsouvelas, G., Chondrokouki, M., Nikolaidis, G. ve Shapiro, E. (2019). A vicarious trauma preventive approach. The Group Traumatic Episode Protocol EMDR

and workplace affect in professionals who work with child abuse and neglect. *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health*, 2(3), 130-138.

Türkmen, H., Yalnız-Dilcen, H. ve Akın, B. (2020). The effect of labor comfort on traumatic childbirth perception, posttraumatic stress disorder, and breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 15(12), 779-788. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0138>

Türkmen, H., Yalnız-Dilcen, H. ve Aslantekin Özçoban, F. (2021). Traumatic childbirth perception during pregnancy and the postpartum period and its postnatal mental health outcomes: A prospective longitudinal study. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 39(4), 422-434. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1792429>

Türkmen, S., Tjernström, M., Dahmoun, M. ve Bolin, M. (2018). Post-partum duration of satisfaction with childbirth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44(12), 2166-2173.

Türkoğlu, S. (2018). *Casino personelinde stres ve kaygı düzeyleri* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lefkoşa.

U.S. Department of Veterans Affairs/Department of Defense. (2023). VA/DoD clinical practice guidelines: Management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>

Uddin, N., Ayers, S., Khine, R. ve Webb, R. (2022). The perceived impact of birth trauma witnessed by maternity health professionals: A systematic review. *Midwifery*, 114, 103460.

Ulusoy, M., Şahin, N. H. ve Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163.

United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2023). Breastfeeding. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/>

Uotila, J., Taurio, K., Salmelin, R. ve Kirkinen, P. (2005). Traumatic experience with vacuum extraction - Influence of personal preparation, physiology, and

- treatment during labor. *Journal of Perinatal Medicine*, 33(5), 373–378. <https://doi.org/10.1515/JPM.2005.068>
- Urbanova, E., Škodová, Z. ve Bašková, M. (2021). The association between birth satisfaction and the risk of postpartum depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10458. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910458>
- van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological trauma*. American Psychiatric Press.
- van der Kolk, B. A. ve Saporta, J. (1991). The biological response to psychic trauma: Mechanisms and treatment of intrusion and numbing. *Anxiety Research*, 4(3), 199-212. <https://doi.org/10.1080/08917779108248786>
- van der Kolk, B. A. ve Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525. <https://doi.org/10.1007/BF02102878>
- van der Kolk, B. A. ve McFarlane, A. C. (Eds.). (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Guilford Press.
- van der Kolk, B. A. (2023). *Beden kayıt tutar: Travmanın iyileşmesinde beyin, zihin ve beden*. Nobel Yaşam.
- van Ee, E. V., Kleber, R. J. ve Mooren, T. T. M. (2012). War trauma lingers on: Associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction, and child development. *Infant Mental Health Journal*, 33(5), 459-468. <https://doi.org/10.1002/imhj.21324>
- van Heumen, M. A., Hollander, M. H., van Pampus, M. G., van Dillen, J. ve Stramrood, C. A. (2018). Psychosocial predictors of postpartum posttraumatic stress disorder in women with a traumatic childbirth experience. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 348. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00348>
- van Sieleghem, S., Danckaerts, M., Rieken, R., Okkerse, J. M., de Jonge, E., Bramer, W. M., ve Lambregtse-van den Berg, M. P. (2022). Childbirth-related PTSD and its association with infant outcome: A systematic review. *Early Human Development*, 174, 105667. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2022.105667>
- Verdult, R. (2009). Caesarean birth: Psychological aspects in babies. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21(1/2), 29-41.

- Verny, T. (1992). Obstetrical procedures: A critical examination of their effect on pregnant women and their unborn and newborn children. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 7(2), 101-112.
- Verny, T. ve Kelly, J. (1981). *The secret life of the unborn child*. Dell.
- Verny, T. ve Weintraub, P. (2002). *Tomorrow's baby: The art and science of parenting from conception through infancy*. Simon and Schuster.
- Vismara, L., Rollè, L., Agostini, F., Sechi, C., Fenaroli, V., Molgora, S., Neri, E., Prino, L. E., Odorisio, F., Trovato, A., Polizzi, C., Brustia, P., Lucarelli, L., Monti, F., Saita, E. ve Tambelli, R. (2016). Perinatal parenting stress, anxiety, and depression outcomes in first-time mothers and fathers: A 3- to 6-months postpartum follow-up study. *Frontiers in Psychology*, 7, 938. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00938>
- Viswasam, K., Berle, D. ve Starcevic, V. (2020). Trajectories and predictors of anxiety symptoms during pregnancy in an Australian sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(11), 1173-1181. <https://doi.org/10.1177/0004867420963743>
- Vizzari, G., Morniroli, D., D'Auria, A., Travella, P., Bezze, E., Sannino, P., ... ve Gianni, M. L. (2023). Feeding difficulties in late preterm infants and their impact on maternal mental health and the mother–infant relationship: A literature review. *Nutrients*, 15(9), 2180. <https://doi.org/10.3390/nu15092180>
- Voit, F. A., Kajantie, E., Lemola, S., Räikkönen, K., Wolke, D. ve Schnitzlein, D. D. (2022). Maternal mental health and adverse birth outcomes. *PLOS ONE*, 17(8), e0272210. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272210>
- Vucina, T. (2021). EMDR treatment of phobia of thirteen-year-old girl—Case study. *Psychiatria Danubina*, 33(suppl 1), 46-48.
- Vujanovic, A. A., Zvolensky, M. J. ve Bernstein, A. (2008). Incremental associations between facets of anxiety sensitivity and posttraumatic stress and panic symptoms among trauma-exposed adults. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(2), 76–89. <https://doi.org/10.1080/16506070801967661>
- Wade, S. ve Kilgour, T. (2001). Infantile colic. *BMJ*, 323, 437–440. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7307.437>

- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. ve Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17–27. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x>
- Wallis, O. C. ve de Vries, J. (2020). EMDR treatment for anxiety in MS patients: A pilot study. *Multiple Sclerosis Journal–Experimental, Translational and Clinical*, 6(4), 2055217320974388. <https://doi.org/10.1177/2055217320974388>
- Wanders, F., Serra, M. ve De Jongh, A. D. (2008). EMDR versus CBT for children with self-esteem and behavioral problems: A randomized controlled trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 180–189. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.180>
- Wang, M. F., Wang, X. R. ve Li, X. M. (2018). A study on relationships between posttraumatic stress prevalence and psychological resilience (article in Chinese). *Ready to submit your research*.
- Wang, S. (1997). Traumatic stress and attachment. *Acta Physiologica Scandinavica, Supplement*, 640, 164–169.
- Ward, T. M., Rankin, S. ve Lee, K. A. (2007). Caring for children with sleep problems. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(4), 283-296. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2007.02.010>
- Webb, R. ve Ayers, S. (2015). Cognitive biases in processing infant emotion by women with depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder in pregnancy or after birth: A systematic review. *Cognition and Emotion*, 29(7), 1–17. <https://doi.org/10.1080/02699931.2014.977849>
- Weinberg, I. (2000). The prisoners of despair: Right hemisphere deficiency and suicide. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(8), 799-815. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(00\)00044-4](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(00)00044-4)
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C. ve Robinson, K. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 43-49. <https://doi.org/10.1007/s00737-002-0197-0>
- Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. G. ve ark. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics*, 14, 421-434.

- Westerneng, M., de Cock, P., Spelten, E., Honig, A. ve Hutton, E. (2015). Factorial invariance of pregnancy-specific anxiety dimensions across nulliparous and parous pregnant women. *Journal of Health Psychology, 20*(2), 164-172. <https://doi.org/10.1177/1359105313500684>
- Wetherell, S. (2022). Investigating the impact of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in reducing birth trauma symptoms. *APP, 9*(2), 67-75.
- Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M. A. ve Small, R. (2014). Women's experiences of labour pain and the role of the mind: an exploratory study. *Midwifery, 30*(9), 1029-1035.
- White, T., Matthey, S., Boyd, K. ve Barnett, B. (2006). Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: Prevalence, course and co-occurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 24*, 107-120.
- Wijma, K., Soderquist, J. ve Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross-sectional study. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 587-597.
- Wikman, A., Axfors, C., Iliadis, S. I., Cox, J., Fransson, E. ve Skalkidou, A. (2020). Characteristics of women with different perinatal depression trajectories. *Journal of Neuroscience Research, 98*(7), 1268-1282.
- Williamson, A. A., Mindell, J. A., Hiscock, H. ve Quach, J. (2019). Child sleep behaviors and sleep problems from infancy to school-age. *Sleep Medicine, 63*, 5-8.
- Willyard, C. (2018). Could baby's first bacteria take root before birth? *Nature, 553*, 264-266. <https://doi.org/10.1038/d41586-018-00664-8>
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology, 21*(2), 152-169.
- Winnicott, D. (1956). Primary maternal preoccupation. In *Collected Papers: Through Pediatrics to Psychoanalysis* (pp. 300-305). Basic Books.
- Winsper, C., Bilgin, A. ve Wolke, D. (2020). Associations between infant and toddler regulatory problems, childhood co-developing internalising and externalising trajectories, and adolescent depression, psychotic and borderline personality disorder symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61*(2), 182-194.

- Wittling, W. (1997). The right hemisphere and the human stress response. *Acta Physiologica Scandinavica, Supplement, 640*, 55-59.
- Wittling, W. ve Schweiger, E. (1993). Alterations of neuroendocrine brain asymmetry: A neural risk factor affecting physical health. *Neuropsychobiology, 28*(1-2), 25-29.
- Wolke, D., Bilgin, A. ve Samara, M. (2017). Systematic review and meta-analysis: Fussing and crying durations and prevalence of colic in infants. *The Journal of Pediatrics, 185*, 55-61.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S. ve Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*(3), 364-374.
- World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2009). *Baby-friendly hospital initiative: Revised, updated and expanded for integrated care*. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593/1/9789241594967_eng.pdf
- World Health Organization (WHO). (2013). *Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf
- World Health Organization (WHO). (2014). *Delayed clamping of the umbilical cord to reduce infant anaemia*. World Health Organization. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/whr-14-19/en/
- World Health Organization (WHO). (2015). *WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549917>
- World Health Organization (WHO). (2018). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics: 6B40 Post traumatic stress disorder*. World Health Organization. <https://www.who.int/classifications/icd/en/>

- World Health Organization (WHO). (2021). *Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access*. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-ratescontinue-to-rise-amid-growinginequalities-in-access>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Breastfeeding* [Internet]. Accessed: April 26, 2022. Available from: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
- Wurmser, H., Rieger, M., Domogalla, C., Kahnt, A., Buchwald, J., Kowatsch, M., ... ve von Voss, H. (2006). Association between life stress during pregnancy and infant crying in the first six months postpartum: A prospective longitudinal study. *Early Human Development*, 82(5), 341-349.
- Yalçın, S. S. (2018). Dünyada ve Türkiye’de Bebek Dostu Girişimi. In *Emzirme Danışmanlığı Eğitimci Kitabı* (1st ed., pp. 19-30). Sağlık Bakanlığı.
- Yalçın, S. S., Örün, E., Mutlu, B., Madendağ, Y., Sinici, I., Dursun, A., ... ve Yurdakök, K. (2010). Why are they having infant colic? A nested case-control study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 24(6), 584-596.
- Yalnız, H., Canan, F., Genç, R. E., Kuloğlu, M. A. ve Geçici, Ö. (2016). Development of a scale of traumatic childbirth perception. *Turkish Medical Journal*, 8(3), 81-88. <https://doi.org/10.37990/medr.1090471>
- Yaman, A. (2018). Erken doğum yapan ve miadında doğum yapan annelerde, travma sonrası stres bozukluğu semptomları ve maternal bağlanma arasındaki ilişkide olayların merkeziyetinin aracı rolü (Yüksek lisans tezi). Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yaşar, A. B. (2021). *EMDR terapisi ile beyinde değişim: Ruhsal travma terapisinde iyileşmek*. Psikonet Publishing Co.
- Yehuda, R., Halligan, S. L. ve Bierer, L. M. (2001). Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *Journal of Psychiatric Research*, 35(5), 261-270.
- Yıldırım, N. G. ve Bahayi, K. (2023). Examination of the effect of EMDR therapy in adolescents with specific phobia and test anxiety. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16, 171-189.

- Yılmaz, B., Sel, İ. ve Hotun Şahin, N. (2021). Kadınların kişilik özelliklerinin travmatik doğum algısına etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(4), 423-432.
- Yin, Q., Chen, A., Song, X., Deng, G. ve Dong, W. (2021). Risk perception and PTSD symptoms of medical staff combating against COVID-19: A PLS structural equation model. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 607612. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.607612>
- Young, C., Roberts, R. ve Ward, L. (2018). Application of resilience theories in the transition to parenthood: A scoping review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 139-160. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1540860>
- Young, C. ve Ayers, S. (2021). Risk and resilience in pregnancy and birth. In M. Ungar (Ed.), *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change* (pp. 57-78). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-66547-2_5
- Yunitri, N., Kao, C. C., Chu, H., Voss, J., Chiu, H. L., Liu, D., ... ve Chou, K. R. (2020). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing toward anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 102-113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.01.015>
- Yunitri, N., Chu, H., Kang, X. L., Wiratama, B. S., Lee, T. Y., Chang, L. F., ... ve Chou, K. R. (2023). Comparative effectiveness of psychotherapies in adults with posttraumatic stress disorder: A network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*, 53(13), 6376-6388. <https://doi.org/10.1017/S0033291722000919>
- Yurtsever, A., Konuk, E., Akyüz, T., Zat, Z., Tükel, F., Çetinkaya, M., ... ve Shapiro, E. (2018). An eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) group intervention for Syrian refugees with post-traumatic stress symptoms: Results of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9, 493. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00493>
- Zat, Z. (2018). *Akademik temelli travmatik yaşantıları olan üniversite öğrencilerinde öz düzenlemeli öğrenmeyi artırmaya yönelik EMDR odaklı müdahale programı'nın öz düzenleme ve travma belirtileri üzerinde etkililiğinin*

incelenmesi (Yayınlanmamış doktora tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.

Zeifman, D. M. ve St James-Roberts, I. (2017). Parenting the crying infant. *Current Opinion in Psychology*, 15, 149-154. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.002>

Ziegler, M., Wollwerth, R. ve Papousek, M. (2008). Excessive crying in infancy. In M. Papousek, M. Schieche, & H. Wurmser (Eds.), *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life* (pp. 85-117). Zero To Three Press. (Original work published 2004)

Zwart, P., Vellema-Goud, M. G. A. ve Brand, P. L. P. (2007). Characteristics of infants admitted to hospital for persistent colic, and comparison with healthy infants. *Acta Paediatrica*, 96(3), 401-405. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00108.x>

EKLER

EK-1: ETİK KURUL KARARI

KARAR(ISSUE NUMBER): 2022/



T.C.
ANKARA SOSYAL BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI
VE
BİLİMSEL YAYIN ETİK KURULU
(SOCIAL SCIENCES UNIVERSITY OF ANKARA
INSTITUTIONAL ETHICS COMMITTEE OF SOCIAL SCIENCES AND
HUMANITIES RESEARCH AND PUBLICATION)

ETİK ONAY BELGESİ
(CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL)

Araştırma Yöntemi (Research Method)	Anket Çalışması-Diğer: Deneysel Çalışma: Grup Terapisi Uygulaması
Araştırmanın Adı (Study Title)	Doğuma Bağlı Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Anneler ile Bebekleri Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi: EMDR Grup Terapisinin Etkililiği
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı (Principal Researcher Name Surname)	BÜŞRA ŞEKERLİ
Karar (Committee Decision)	UYGUNDUR-APPROVED Yardımcı Araştırmacı: 1-Doçent Dr. Murat BOYSAN

e-imzalıdır
Prof. Dr. M. Hakan TÜRKÇAPAR
Başkan (Chair)

e-imzalıdır
Prof. Dr. Aslı AKAY
Üye(Member)

e-imzalıdır
Prof. Dr. İsmail ÇAKIR
Üye(Member)

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mustafa ÇEVİK
Üye(Member)

e-imzalıdır
Prof. Dr. Sutay YAVUZ
Üye(Member)

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ejder OKUMUŞ
Üye(Member)

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehmet Emin BİLGE
Üye(Member)

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5451&eD=BSV3UATKBZ&eS=50722>

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2: ANKET VE ARAŞTIRMA İZİN TALEBİ



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-90739940-799-216851924
Konu : Büşra ŞEKERLİ (Doktora Tez Çalışması)

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

İlgi : 01.12.2022 tarih ve 38363 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı doktora öğrencisi Büşra ŞEKERLİ'nin *"Doğuma Bağlı Travma Sonrası Stres Boxukluğu Belirtilerinin Anneler ile Bebekleri Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi: EMDR Grup Terapisinin Etkililiği"* konulu doktora tez çalışması talebine ilişkin hastane cevabi yazıları yazımız ekinde gönderilmektedir.

Söz konusu çalışmanın Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla ilgili kurumda yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Fatih TEKİN
İl Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hizm. Başkan Yrd.

Ek: Üst Yazı ve Ekleri.pdf



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-93471371-799-208622034
Konu : Büşra ŞEKERLİ (Doktora Tez Çalışması)

03.02.2023

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
Eğitim ve Tescil Birimine)

İlgi : 02.12.2022 tarihli ve E-90739940-799-2752 sayılı yazımız.

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı doktora öğrencisi Büşra ŞEKERLİ'nin "Doğuma Bağlı Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Anneler ile Bebekleri Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi: EMDR Grup Terapisinin Etkililiği" konulu doktora tez çalışmasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim .

Prof. Dr. Rahmi KILIÇ
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 63647FB0-748A-4D1C-9998-11DC65D8A8CD

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Hacettepe Mh. Ulucanlar Cd. No:89 06230 Altındağ / ANKARA 06230

Telefon No:

e-Posta: [Internet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/](https://www.saglik.gov.tr/)

Keş Adresi:

Bilgi için: Talip TÜR
Veri Hazırlama Ve Kontrol İŞt.

Telefon No: 03125953081





T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Pursaklar Devlet Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI PURSAKLAR DEVLET
HASTANESİ - PURSAKLAR DH PERSONEL BİRİMİ
09/12/2022 16:14 - E-69668506 - 979 - 909



00180036173

Sayı : E-69668506-929
Konu : Büşra ŞEKERLİ (Doktora Tez
Çalışması) Hk.

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Ankara Eğitim ve Tescil Birimi)

İlgi : 02/12/2022 tarihli ve 90739940-799-E-90739940-799-2752 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden; İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı doktora öğrencisi Büşra ŞEKERLİ'nin **"Doğuma Bağlı Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Anneler ile Bebekleri Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi: EMDR Grup Terapisinin Etkililiği"** konulu doktora tez çalışması talebi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Doğan AKDOĞAN
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 2e97d61e-a546-4369-8dca-0b1706835764 — Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys-osmangazi-mahallesi-atilar-sokak-no:45> Bilgi için: BÜŞRA YÜKSEL

Telefon: Faks No: 5808404

e-Posta: Busra.Sorgunlu@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
www.ankarameslekdh.saglik.gov.tr

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 312) 509 71 77



EK-3: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Lütfen aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve içtenlikle yanıtlayınız. Cevaplarınız ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacak olup, yalnızca bilimsel araştırma kapsamında değerlendirilecektir.

1. Cinsiyetinizi belirtiniz.
Kadın ()
Erkek ()
2. Yaşınızı belirtiniz.....
3. Eğitim durumunuzu belirtiniz.
İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü ()
4. Ailenizin ekonomik durumunu belirtiniz.
Düşük () Orta () Yüksek ()
5. Şu anda herhangi bir herhangi bir psikolojik destek alıyor musunuz?
Evet () Hayır ()
6. Cevabınız “evet” ise nasıl bir psikolojik destek aldığınızı belirtiniz.
İlaç tedavisi () Psikoterapi () Diğer ()
7. Epilepsi tanınız var mı?
Evet () Hayır ()
8. Herhangi bir tıbbi rahatsızlığınız var mı? Açıklayınız.
9. Kaç çocuğunuz var?

Aşağıdaki soruları araştırmamıza dahil olan 0-12 aylık bebeğinizi düşünerek cevaplandırınız.

10. Bebeğiniz kaçınıcı çocuğunuz?
11. Bebeğinizin birincil bakıcısı siz misiniz? Değilseniz gün içinde bebeğinizin bakımını kim üstleniyor?
12. Bebeğinizin doğum şeklini belirtiniz.
Vajinal doğum () Sezaryen Doğum ()
13. Bebeğiniz doğumda herhangi bir solunum ya da oksijen problemi yaşadı mı?
Açıklayınız.
14. Bebeğiniz prematüre doğdu mu?
Evet () Hayır ()
15. Bebeğiniz doğduktan sonra kuvözde/yoğun bakımda kaldı mı? Açıklayınız.
16. Bebeğinizin doğumunda herhangi bir komplikasyon, sağlık sorunu ya da tıbbi müdahale gerçekleşti mi? Açıklayınız.
17. Bebeğinizin doğumu toplamda kaç saat sürdü? (vajinal doğum ise amniyon sıvısı geldikten sonraki süreyi, sezaryen doğum ise anestezi aldıktan sonraki süreyi hesaplayınız)
18. Bebeğiniz meme reddi yaşadı/yaşıyor mu?
19. Bebeğiniz meme reddini hangi aylarda yaşadı/yaşıyor?
20. Bebeğiniz meme reddi ne kadar sürdü?

EK-4: CITY DOĞUM TRAVMASI ÖLÇEĞİ (CityDTÖ)



CITY DOĞUM TRAVMASI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, son bebeğinizin doğumundaki deneyiminizi sormaktadır. Doğum kasılmaları ve doğum sırasında (veya hemen sonrasında) olabilecek travmatik olayları ve doğumdan sonra bazı kadınlar tarafından bildirilen belirtileri yaşayıp yaşamadığınızı sorgulamaktadır. Lütfen deneyiminize en yakın yanıtları işaretleyiniz.

Bebeğinizin doğum tarihi?

Doğum kasılmaları sırasında, doğumda ve doğumdan hemen sonra:		
1.Sizin veya bebeğinizin ciddi bir şekilde yaralanabileceğini düşündünüz mü?	Evet	Hayır
2.Sizin veya bebeğinizin ölebileceğini düşündünüz mü?	Evet	Hayır

Lütfen aşağıdaki belirtileri son 1 hafta içerisinde ne sıklıkta yaşadığınızı belirtiniz.

Doğumla ilgili belirtiler*	HİÇ	1 KEZ	2-4 KEZ	5 YA DA DAHA FAZLA
3.Doğumla (veya doğumun bazı bölümleri) ile ilgili kontrol edemediğiniz istenmeyen tekrarlayıcı anılar yaşamak				
4.Doğumla ilgili (veya doğuma ilişkin) kötü rüyalar veya kabuslar görmek				
5. Doğumla ilgili anılarının tekrar tekrar gözünün önüne gelmesi ve/veya doğumu yeniden yaşıyor gibi hissetmek				
6.Doğumu hatırladığında rahatsızlık hissetmek				
7. Doğumu hatırladığında gergin ya da endişeli hissetmek				
8.Doğum hakkında düşünmekten kaçınmaya çalışmak				

9. Doğumu hatırlatan şeylerden (insanlar, yer, tv programları) kaçınmaya çalışmak				
10. Doğumla ilgili ayrıntıları hatırlayamamak				
11. Doğum sırasında olanlarla ilgili kendimi ya da başkalarını suçlamak				
12. Doğumla ilgili güçlü olumsuz duygular hissetmek (korku, öfke, utanma)				

* Bu sorular doğumla ilgili olsa da, birçok kadının doğumdan hemen önce veya sonra bu gibi belirtileri olabilir. Gebelik, doğum ve bebekle ilgili bu durumlar söz konusu ise, o zaman lütfen bu olaylar için cevap veriniz.

Doğumdan sonra başlayan veya daha kötüleşen belirtiler	HİÇ	1 KEZ	2-4 KEZ	5 YA DA DAHA FAZLA
13. Kendim hakkında olumsuz düşünmek veya kötü bir şeylerin olacağını düşünmek				
14. Benim için önemli olan aktivitelere ilgimi kaybetmek				
15. Diğer insanlardan uzaklaştığımı hissetmek				
16. Olumlu duygular hissedememek (mutlu, heyecanlı gibi)				
17. Sinirli ya da saldırgan hissetmek				
18. Kontrolsüz davranma ya da kendine zarar verme isteği hissetmek				
19. Gergin ve kaygılı hissetmek				
20. Diken üstünde olmak ya da kolayca irkilmek				
21. Düşüncenizi ya da dikkatinizi belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekmek				
22. Bebeğin uyku düzeninden kaynaklanmayan sebepler nedeniyle iyi uyuyamamak				
23. Gerçeklerden kopmuş ya da rüyadaymış gibi hissetmek				
24. Her şeyi çarpıtılmış ya da gerçek değilmiş gibi hissetmek				

Bu belirtilerden herhangi biri varsa:

25.Bu belirtiler ne zaman başladı?	
Doğumdan önce	
Doğumdan sonraki ilk 6 ayda	
Doğumdan sonra 6 aydan fazla	
Hiç belirti yok (Benim için geçerli değil)	

26.Bu belirtiler ne kadar zamandır devam ediyor?	
1 aydan daha az	
1-3 ay arası	
3 ay veya daha fazla	
Hiç belirti yok (Benim için geçerli değil)	

27.Bu belirtiler sizde çok sıkıntıya sebep oluyor mu?	Evet	Hayır	Bazen
28.Bu belirtiler genelde yaptığınız şeyleri yapmanıza engel oluyor mu (sosyalleşme, günlük işler gibi)?	Evet	Hayır	Bazen
29.Bu belirtilerden herhangi biri alkol alma, ilaç kullanımı ya da fiziksel hastalıklarınızdan dolayı olabilir mi?	Evet	Hayır	Bazen

EK-5: BECK ANKSİYETE ENVANTERİ (BAE)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir., Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

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

EK-6: KISA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ (KPSÖ)

Lütfen aşağıdaki ifadelerden her birini okuyunuz ve size en uygun ifadeyi işaretleyiniz.

	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
1.Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	1	2	3	4	5
2.Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim*.	1	2	3	4	5
3.Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.	1	2	3	4	5
4.Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur*	1	2	3	4	5
5.Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.	1	2	3	4	5
6.Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır*	1	2	3	4	5

EK-7: HERMANN BEYİN BASKINLIK ARACI-KISA FORMU

SEÇENEKLERİN ANLAMLARI:

A: kesinlikle katılmıyorum

B: katılmıyorum

C: kararsızım

D: katılıyorum

E: kesinlikle katılıyorum

İFADELER	A	B	C	D	E
1-Ayrıntılardan çok bütüne bakarım.					
2-Başkalarını dinler ve fikirlerini paylaşıyorum.					
3-Yeni bir alet aldığımda önce kullanma kılavuzunu dikkatle okurum.					
4-Ayrıntıları severim.					
5-Tercihin bana bırakılmasını severim.					
6-Hissetme, dokunma, koklama ve tatma gibi duyuşal girdilere değer veririm.					
7-Hiçbir basamağını atlamadan laboratuvar deneylerini kullanırım					
8-Ders kitaplarını severek okurum.					
9-“... ise ne olur” türünden, alternatif sorular sormayı severim					
10-Grup tartışma ve çalışmalarına katılmayı severim.					
11-Programlı öğretim ve öğrenme tekniklerini kullanırım.					
12-Kütüphanede araştırma yapmayı severim.					
13-Gelecekteki olası şeyler üzerinde düşünmeyi severim.					
14-Manevi değerlerle ilgili hususları kayda değer bulurum.					
15-Öğrendiklerimi pratik hayata aktarırım.					

16-Değişik konularda fikir üretmeyi severim.					
17-Rakam ve mantıktan ziyade sezgilerime güvenirim.					
18-İnsanlarla tanışmayı severim.					
19-Yapacağım işler hakkında, önce ayrıntılı plan yaparım.					
20-Bir yere girdiğimde insanlardan çok nesnelere dikkatimi çeker.					
21-Eğlence olsun diye eşyaları veya herhangi bir şeyi yapılış amacı dışında kullanmayı severim					
22-Yeni aldığım bir kitabı okumaya başlamadan önce önsözünü mutlaka okurum.					
23-Derslerde tuttuğum notlar detaylı ve geniş kapsamlıdır.					
24-Gelecekle ilgili tahminde bulunmak yerine bugünün gerçekleri ile ilgilenmeyi yeğlerim.					

EK-8: İNFANT KOLİK ÖLÇEĞİ (İKÖ)

Kolik, sağlıklı bir bebeğin, herhangi bir neden olmaksızın, sık ve şiddetli bir şekilde ağlamasıdır. Bu ağlamaların birkaç nedeni olabilir. Bebeğinizde kolik oluşmasına yol açan en olası nedenin bulunmasına yardımcı olduğunuz takdirde doktorlar ve hemşireler size bebeğinizin ağlamasını önlemek amacıyla daha etkin bir şekilde yardım edebilirler. Aşağıda verilen her ifadeyi dikkatle okuyun ve ifadeye ne kadar katıldığımız ve katılmadığımızı belirten sayıyı daire içine alarak işaretleyin. Lütfen cevaplarınızda olabildiğince dürüst olmaya çalışın. Hiçbir ifade için kesin doğru veya yanlış cevap yoktur.

İNEK SÜTÜ/SOYA PROTEİNİ ALERJİSİ/ İNTOLERANSI	1	2	3	4	5	6
1. Annenin yedikleri bebeğin kolik olmasını etkiler						
2. Annenin yedikleri bebekte kolik şiddetini etkiler						

İMMATÜR SİNDİRİM SİSTEMİ	1	2	3	4	5	6
3. Bebeğim genellikle kusmaz						
4. Bebeğimin öğün aralarında da kustuğu olur						

İMMATÜR SİNDİRİM SİSTEMİ	1	2	3	4	5	6
5. Bebeğim çok sinirli.						
6. Bebeğim hareketli bir gün yaşadığında kolik oluyor						
7. Bebeğimin uyuması için sallanması gerekmiyor.						
8. Kolik bebeğimin yorgunluğu ile ilişkili değil.						
9. Bebeğim kendi başına uyuyabiliyor.						
10. Bebeğim uyanırken sürekli hareket halinde.						
11. Bebeğim her gün farklı saatlerde uyuyor.						

ZOR BEBEK	1	2	3	4	5	6
12. Bebeğim çoğunlukla huysuz.						
13. Bebeğim kolay ağlamıyor.						
14. Bebeğim çoğunlukla mutlu.						
15. Ben mamasını hazırlarken bebeğim sakince bekler.						

EBEVEYN-BEBEK ETKİLEŞİMİ+SORUNLU BEBEK	1	2	3	4	5	6
16. Bebeğim huzursuzlanmaya başladığında yaptığım hiçbir şey işe yaramaz.						
17. Kolik başladığında, bebeğimi sakinleştirebiliyorum.						
18. Kolik başladığında, yaptığım hiçbir şeyin faydası olmuyor.						
19. Bebeğim ağlamaya başladığında ne istediğini bilirim.						



EK-9: BEBEK/ÇOCUK UYKU SORUNU TANILAMA FORMU
(BUKF)

1. Çocuğunuzun/bebeğinizin adı:

2. Çocuğunuzun/bebeğinizin doğum tarihini açıkça belirtiniz lütfen.

.....gün.....ay.....yıl.

3. Çocuğunuz cinsiyeti nedir?

1.Kız 2. Erkek

4. Çocuğunuz /bebeğinizin beslenme durumu nedir?

1. Anne sütü 2. Hazır mama 3. Anne sütü + mama 4. Anne sütü + ek gıda 5. Diğer.....

5. Çocuğunuz /bebeğiniz emzik kullanıyor mu?

1. Evet 2. Hayır

6. Diğer kardeşlerine göre çocuğunuzun doğum sırası nedir? İşaretleyiniz.

En büyük...

Ortanca....

En küçük....

İkiz/üçüz....

Tek....

7. Çocuğunuzun/bebeğinizin doğum şekli nedir?

1. Normal doğum.... 2. Sezaryan..... 3. Diğer.....

8.Çocuğunuzun uyutmada ailede en çok kim sorumludur?

1. Anne 2. Baba 3. Anne ve Baba birlikte 4. Diğer.....

Aşağıdaki soruları cevaplariken lütfen son 2 haftayı düşünerek cevaplandırınız?

9. Çocuğunuz çoğu kez nerede uyur? (Tek bir seçenek seçiniz)

Kendi odasında....

Ebeveyn yatağında.....

Kardeşleri ile birlikte ya da diğer akrabalarının odasında....

Evin bir başka odasında....

Diğer,lütfen belirtiniz.....

10.Çocuğunuz çoğu zaman nerede yatar?

Çocuk karyolası.....
Kendi yatağında.....
Ebeveyn yatağında.....
Sepet beşik.....
Çocuk arabası.....
Bebek oturağı/koltuğı.....
Salıncakta....
Diğler,lütfen belirtiniz.....

11. Çocuğunuz çoğı zaman hangi pozisyonda uyur? (Sizin için uygun olan birini yazınız)

Karnı üzerine /yüzü koyun....
Yan dönük....
Sırtüstü.....

12. Uykudan önceki saatte, çoğı zaman, çocuğunuza çoğunlukla ne yaparsınız/yapılır?

(Uygun olanlardan en fazla 3 tanesini işaretleyiniz.)

Banyo....
Masaj.....
Kitap okunur/okur...
Sallanır.....
Televizyon izleme.....
Yemek yer /atıştırır...
Biberon alır, iğer ya da emzirilir/meme emer....
Etrafta koşturur...
Dişlerini fırçalar.....
Oynar.....
Kucaklama.....
Dua okur...
Şarkılar söyler.....
Müzik dinler....
Diğler,.....lütfen belirtiniz

13. Çocuğunuz çoğu zaman uykuya nasıl dalar? (uygun olanları işaretleyniz)

Biberon emerken....

Anne bebeği emzirilirken...

Sallanırken.....

Kucakta....

Televizyon izlerken....

Salıncakta ya da çocuk arabası/puset.....

Odasında yalnız başına kendi karyolasında....

Odada ebeveyn yatağında yalnız.....

Odada ailesi ile kendi karyolasında.....

Odada ailesi ile ailesinin yatağında.....

Evin oturma odası gibi diğer odasında....

Diğer,.....lütfeñ belirtiniz.

14. Haftanın 7 gününde çocuğunuz ne sıklıkla tam olarak aynı saatlerde yatar?

Hiç.....

Haftada 1-2 gece....

Haftada 3-4 gece.....

Haftada 5-6 gece.....

Her gece.....

15. Çocuğunuzun rutin uyku saati genellikle kaçta başlar?

.....

16. Gece çocuğunuzu genellikle ne zaman yatağına yatırırđınız? (ışık söñdürme zamanınızkaç?)

.....

17. Genellikle uyku saati çocuğunuzda ne derecede güçlük oluşturmaktadır? (örn; yaygara koparmak, ağlama, protesto etmek gibi..)

Çok kolay...

Biraz kolay....

Ne kolay ne de zor.....

Biraz zor....

Çok zor ya da güç.....

18. Genellikle gece çocuğunuzun uykuya dalması ne kadar sürede olur?

Örn; çocuğunuzu 20:15 de yatağa yatırdığınızda çocuğunuz 20:30 uykuya dalıyorsa bu durumda çocuğunuz uykuya dalması için 15 dk sonra geçmiş olur.

Evet 5 dk az....

5-10 dk.....

16-30 dk....

31-60 dk.....

1 saatten fazla.....

19. Eğer çocuğunuzda uykuya dalma problemi varsa, çocuğunuz ne sıklıkla uykuya dalmada güçlük çeker?

Her gece....

Haftada 5-6 gece.....

Haftada 3-4 gece.....

Her gece 1-2 kez...

Ayda 1-3 gece.....

Ayda birden az.....

Hiç....

20. Çocuğunuz gece boyunca kaç kez uyanır?

1 gecede.....kez

21. Çocuğunuz geceleri uyanıyorsa ne sıklıkla uyanır?

Her gece....

Haftada 5-6 gece.....

Haftada 3-4 gece....

Haftada 1-2 gece....

Ayda 1-3 gece.....

Ayda 1 kez den az....

Hiç.....

22. Çocuğunuz gece uyanırsa ne yaparsınız? (size uyan seçenekleri belirtiniz)

Çocuğu kucağıma alırım uyuyuncaya kadar sallarım.

Çocuğu uyanırken kucaklarım ve kolumda sırt üstü yatırırım.

Çocuğu yatağından ya da beşiğınden çıkarmadan elle hafifçe vurarak/pışpışlayarak okşarım.

Uykuya dalsın diye bibironla beslerim.

Uykuya dalsın diye emziririm

Emzik veririm.

Uykuya dalsın diye altını değıştiririm.

Çocuğu yatağından ya da beşiğınden çıkarmadan konuşarak rahatlatırım fakat kucağıma almam.

Çocuğu kendi yatağına geçiririm

Çocuk bırakırım ağlasın, kendi kendine uyasun.

Çocuğu birkaç dk. Beklerim uyuyup uyumadığına bakarım.

Çocuğum uyumaya dalmaya hazır oluncaya kadar onunla oynarım.

Çocuğumla birlikte uykuya dalıncaya kadar tv/video izlerim.

Çocuğa şarkı söylerim.

Diğer

23. Genellikle bir gecede çocuğunuz ne kadar süre uyanık kalır.

.....saat.....dk

Örneğın; Çocuğunuz gecede 2 kez uyanmışsa, her defasında 15 dk. uyanık kalmışsa, çocuğunuzun toplam uyanık kaldığı süre 30 dk. Olacaktır.

24. Genellikle gece boyunca uyanmaksızın uyuduğı en uzun zaman süresi ne kadardır?

.....saat.....dk.

25. Gece boyunca çocuğunuzun uykuda geçirdiğı toplam süre ne kadardır.

Örn. ;Akşam 7 sabah 8 arası

.....saat.....dk

26. Genellikle günde çocuğunuz kaç kez gündüz uykusu/ şekerleme yapar?(gündüz 8 ve akşam 7 arası)

Gecede.....kez

27. Gün boyu çocuğunuz ne kadar süreyi uykuda geçirir? (gündüz 8 ve akşam 7 arası)

.....saat.....dk

28. Sizce çocuğunuz gece genellikle ne derece iyi uyur?

Çok iyi

İyi

Orta derece iyi

Orta derece kötü

Kötü

Çok kötü

29. Annesi olarak çocuğunuzun uykusunun ne derece bir sorun olduğunu düşünöyorsunuz?

Çok ciddi bir sorun

Küçük bir sorun

Hiç sorun değil

EK-10: GTEP ÇALIŞMA KÂĞIDI

EMDR G-TEP ÇALIŞMA KAĞIDI

EMDR G-TEP WORKSHEET Elin Shapiro 2022©

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

İsim..... Tarih.....

BASAMAK 3 OLUMLU ANI
(Geçmiş Kaynak)

Başlık.....

BASAMAK 5 PoDlara MESAFELENME
(Odaklanmış İşleme)

PoD 3

[0-10]

BASAMAK 4 POZİTİF DÜŞÜNCELER
(Gelecek Kaynağı)

Baş edebilirim Güçlü yönlerim var
 Elimden geleni yapabilirim Nasıl tepki vereceğimi seçebilirim
 Şimdi güvendeyim(yeterince) İnançım var
 Yalnız değilim Bundan bir şeyler öğrendim

Diğer.....

BASAMAK 2 ZOR ZAMANLARIN BAŞLANGICI
(Travma Başlangıcı)

[0-10] Başlık.....

O GÜNÜN TARİHİ

BASAMAK 6 GENELBAKIŞ (Episod Seviyesi)

Genel SUD..... [0-10]

Genel Pozitif Düşünce.....

BASAMAK 1 STRES YÖNETİMİ (Şimdiki Kaynak)

(0-10) Öncesi (0-10) Sonrası

Güvenli/Sakin/Özel Yer.....

BUGÜNÜN TARİHİ

TRAVMA EPİSODU PoD TARAMASI

ÖZGEÇMİŞ

Büşra ŞEKERLİ

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans:

Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü, 2023, İstanbul

Gazi Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü, 2016, Ankara

Lisans:

Gazi Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü, 2010, Ankara

Mesleki Eğitimler:

Şema Terapi Eğitimi (2024)-Prof. Dr. Esra Yancar Demir

Profesyonel Düzey Deneyimsel Oyun Terapisti ve Akran Süpervizörü (2024)-Prof. Dr. Byron Norton

Deneyimsel Oyun Terapisi 2. Düzey Eğitimi- Prof. Dr. Byron Norton

Deneyimsel Oyun Terapisi 1. Düzey Eğitimi- Uzm. Psk. Nilüfer Devecigil

EMDR Terapisi 2. Düzey Eğitimi- Davranış Bilimleri Enstitüsü

EMDR Terapisi 1. Düzey Eğitimi- Davranış Bilimleri Enstitüsü

Grup EMDR (GTEP) Eğitimi- Klinik Psikolog Asena Yurtsever

Çocuk ve Ergenlerle EMDR Eğitimi- Prof. Dr. Ümran Korkmazlar

Çocuk ve Ergenlerle Grup EMDR (GTEP) Eğitimi- Ana Gomez

EMDR Kum Tepsisi Protokolü Yoğun Uzmanlık Programı- Uzm. Psk. Derya Altınay

Çocuk ve Ergenlerde Bağlanma Travmaları ve EMDR Eğitimi- Uzm. Psk. Derya Altınay

Somatik Deneyimleme Giriş Eğitimi- Ariel Giarretto

Ego Durumları ve EMDR Eğitimi-Robin Shapiro

Obsesif Kompulsif Bozukluk ve EMDR Eğitimi-Uzm. Psk. Zeynep ÖZMEYDAN

Bilişsel Davranışçı Terapi Yaklaşımıyla Klinik Görüşme Teknikleri ve Uygulamalı

Beceri Eğitimi-Prof. Dr. Perin YOLAÇ

ODTÜ SEM Aile ve Evlilik Terapisi Eğitimi 1 ve 2. Düzey-Prof. Dr. Hürol Fıfıloğlu

7-19 yaş Aile Eğitimi Uygulayıcı Eğitimi-MEB

B. MESLEKİ DENEYİM

Keçiören Bağlum İlkokulu/Ankara- Psikolojik Danışman (2020-halen)

MEB Ortaöğretim Genel Müdürlüğü Öğrenci İşleri ve Sosyal Etkinlikler Daire Başkanlığı / Ankara- Psikolojik Danışman (2019-2020)

Keçiören Osman Hamdi Bey Ortaokulu / Ankara- Psikolojik Danışman (2012-2020)

Kahramankazan Kayı İlköğretim Okulu/Ankara-Psikolojik Danışman (2010-2012)

C. AKADEMİK YAYINLAR

Şekerli, B. (2024). Bilişsel Psikoloji Perspektifinden Din ve Maneviyat. *Türk Din Psikolojisi Dergisi*, (9), 41-62.

Şekerli, B. ve Bilge, Y. (2020). Çocuk ve ergenlerde travma sonrası büyüme: sistematik bir derleme çalışması. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Alanında Akademik Çalışmalar II (cilt 4)*.

Şekerli, B. (2016). *Ortaokul 8. sınıf öğrencilerinin kariyer karar verme güçlükleri ile kariyer gelişimleri ve benlik saygıları arasındaki ilişkilerin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.