0-1 YAŞ DÖNEMİNDE ÇOCUĞUNA UYKU EĞİTİMİ VEREN ANNELERİN BAĞLANMA BİÇİMLERİNİN, KAPSAYICI İŞLEVLERİNİN VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İrem Gamze Arslan
181180111

YÜKSEK LİSANS TEZİ/
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Neslihan Zabcı

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Nisan, 2021

0-1 YAŞ DÖNEMİNDE ÇOCUĞUNA UYKU EĞİTİMİ VEREN ANNELERİN BAĞLANMA BİÇİMLERİNİN, KAPSAYICI İŞLEVLERİNİN VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İrem Gamze Arslan
181180111
Orcid: 0000-0001-6221-3480

YÜKSEK LİSANS TEZİ/
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Neslihan Zabcı

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Nisan, 2021



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Klinik Psikoloji yüksek lisans eğitimim boyunca süpervizyon ve tez sürecinde değerli bilgilerini ve deneyimlerini paylaşarak daima yol gösteren, tez yazma sürecinin zorlukları karşısında kaygıya kapıldığımda kapsayan ve tutan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Neslihan Zabcı'ya en içten teşekkürlerimi sunarım. Hem mesleki hem de kişisel olarak, hayatımda yeriniz her zaman özel olacak…

İstanbul Bilgi Üniversitesin'de psikoloji lisans eğitimim boyunca değerli bilgilerini ve deneyimlerini paylaşarak yol gösteren çok kıymetli hocamlarım; Banu Hummel Finesinger'a, Dr. Öğr. Üyesi Ryan Macey Wise'a, Dr. Öğr. Üyesi Ümit Akırmak'a, Doç Dr. Ayten Zara'ya, Dr. Öğr. Üyesi Alev Çavdar Siders'e, Prof. Dr. Hale Bolak Bortav'a, Dr. Öğr. Üyesi Elif Göçek'e, Doç. Dr. Levent Küey'e ve Prof. Dr. Diane Sunar'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Maltepe Üniversitesin'de klinik psikoloji yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgilerini ve deneyimlerini paylaşarak yol gösteren çok kıymetli hocamlarım; Dr. Öğr Üyesi Kuntay Arcan'a, Dr. Öğr. Üyesi İpek Pur'a ve Dr. Öğr Üyesi Ferzan Curun'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu araştırmayı gerçekleştirebilmem için kıymetli annelere ulaşmamı sağlayan başta Pedagog Tansu Oskay, Uzm. Psk. Oya Çanak ve araştırmaya destek vermek isteyen meslektaşlarıma ve anne-bebek blog yazarlarına teşekkür ederim. Bu araştırmaya katılan ve uzun soruları bıkmadan cevaplayan annelere de teşekkürü borç bilirim.

Tez yazma serüvene birlikte başladığımız dönem arkadaşlarım Psk. Ceren Katip, Psk. Münire Kardaş, Psk. İlksen Şavkın ve Psk. Buket İşcen'e destekleri ve paylaşımları için çok teşekkür ederim. İyi ki tanışmışız diyorum…

Tez yazma sürecim boyunca desteğini esirgemeyen, olumlu geribildirimlerde bulunan meslektaş ve arkadaşlarım; Psk. Selin Çulcuoğlu, Psk. Arda Çağlayan ve Uzm. Klnk. Psk. Burcu Oğuzdoğan'a içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

Akademik süreçler beni çok bunaltığında derdimi bıkmadan dinleyip daha sonra benimle saatlerce kitaplar ve çizgi romanlar üzerine konuşup rahatlatmaya çalışan sevgili dostlarım; Büşra, Şamil, Su ve Can'a çok ama çok teşekkür ederim.

Başarısız olma korkum beni yutmaya başladığında bana ışık olan ve başaracağıma dair sonsuz inancıyla bana destek olan sevgilim Arda, en derin teşekkürlerim sana…

Yoğun çalışma temposuna rağmen her daim en büyük destekçim olan ve bana yola devam etme cesareti veren canım ağabeyim Dr. Öğr. Üyesi İsmail Gökhan Cintamür'e sonsuz teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunarım. İyi ki geçmişte arkadaşların ile akademik buluşmalar yaptığında beni de yanına almışsın…

Beni bu günlere getiren ve üzerimde çok büyük emekleri olan sevgili annem Semra Arslan ve babam Şevket Arslan'a bana daima inandıkları ve güvendikleri için sonsuz teşekkürler. Desteğinizi hissetmek o kadar güzel ki…

Ve son olarak özel bir teşekkür, iki sene önce hayatıma giren ikiz yeğenlerim Beren ve Birce için…siz olmasaydınız bu çalışmayı hayata geçirmeye ve çocuklar ile çalışmaya ceserat edemezdim. İkinizi de çok seviyorum.

İrem Gamze Arslan

Nisan, 2021

ÖZ

0-1 YAŞ DÖNEMİNDE ÇOCUĞUNA UYKU EĞİTİMİ VEREN ANNELERİN BAĞLANMA BİÇİMLERİNİN, KAPSAYICI İŞLEVLERİNİN VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İrem Gamze Arslan
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Ögr. Üyesi Neslihan Zabcı
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2020

Mevcut araştırma, 0-1 yaş döneminde bebeğine desteksiz uyku eğitimi veren annelerin ruhsal süreçlerini; bağlanma biçimleri, kapsayıcı işlevler ve mizaç özellikleri üzerinden değerlendirmiştir. Bu amaç doğrultusunda bebeğine desteksiz uyku eğitimi veren 37 ve hiçbir uyku eğitimi vermeyen 52 anne karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov Simirnov testi ile incelenmiş ve verilerin normal dağılım varsayımını karşılamadığı görülmüştür. Bu sebeple veri analizinde non-parametrik testlerden yararlanılmıştır. Veri toplama araçları olarak Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YIYE-II), Ebeveyn-Çocuk Kapsayıcı İşlev Ölçeği (KİO) ve Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS- A) kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda bebeğine desteksiz uyku eğitimi veren annelerin vermeyen annelere göre YIYİE-II ölçeğinin alt boyutu olan kaygılı bağlanmadan aldıkları puanların daha yüksek olduğu, KİO ölçeğinin toplam puanından aldıkları puanın daha yüksek olduğu ve TEMPS-A ölçeğinin irritabl ve hipertimik alt boyutlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bulgular psikanalitik literatür ışığında tartışılmış, ileride yapılabilecek araştırmalar için öneriler sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: uyku eğitimi, desteksiz uyku eğitimi, bağlanma, kapsayıcı işlev, mizaç, annenin ruhsal özellikleri.

ABSTRACT

INVESTİGATİON OF ATTACHMENT STYLES, CONTAİNİNG FUNCTİON AND TEMPEREMENTS OF MOTHERS WHO PROVİDE SLEEP TRAİNİNG TO THEİR CHİLDREN AT THE AGE OF 0-1

İrem Gamze Arslan
Masters Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme
Advisor: Asst. Prof. Dr. Neslihan Zabcı
Maltepe University Graduate School, 2020

The current research examined the mental process of mothers who provide sleep training to their children at the age of 0-1 in terms of attachment styles, inclusive functions, and temperament traits. For this purpose, 37 mothers who provided unsupported sleep training to their babies and 52 mothers who did not provide any sleep training were compared. Obtained data was examined with the Kologorov Simirnov test and it was found that the data did not meet the normal distribution assumption. Therefore non-parametric tests were used in data analysis. As the data collection tool, the Close Relationship Experience Scale, Parent-Child Containing Foundation Scale, and Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Temperament Evaluation Scale were used. As a result of the study, it was found that mothers who provided unsupported sleep training to their babies had higher scores from the anxious attachment sub-dimension of the YIYIE-II scale, higher scores from the total score of the KIO scale, and higher scores from irritable, hyperthymic, and cyclothymic sub-dimensions of the TEMPS-A scale found to be high. Moreover, the findings obtained from the study were discussed in the light of the psychoanalytic literature, and suggestions for future research were presented.

Keywords: sleep training, unsupported sleep training, attachment, containing function, temperament, mother's mental characteristics.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ vi
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER viii
TABLOLAR LİSTESİ x
EKLER LİSTESİ xi
KISALTMALAR xii
ÖZGEÇMİŞ xiii
BÖLÜM 1 GİRİŞ 1
1.1. Uykunun Tanımı, Tarihi ve Nörofizyolojisi 2
1.2. Bebeklerde ve Çocuklarda Uyku 10
1.3. Bebeklerde ve Çocuklarda Görülen Uyku Bozuklukları 13
1.4. Bebeklerde Uyku Eğitimi 19
1.5. Uyku Eğitiminin Tarihi 20
1.6. Uyku Eğitimi Uzmanları ve Uyku Eğitimi Türleri 23
1.6.1. Uyku Eğitimi Türleri 24
1.6.2. Uyku Eğitimine Psikanalitik Yaklaşım 34
1.6.3. Uyku Eğitimi ile İlgili Daha Önce Yapılan Araştırmalar 36
1.7. Annenin Ruhsal Süreçleri 39
1.8. Problem 58
1.9. Araştırmanın Amacı 62
1.10. Araştırmanın Önemi 63
1.11. Varsayımlar 63
1.12. Sınırlılıklar 64
1.13. Tanımlar 64
BÖLÜM 2. YÖNTEM 66
2.1. Araştırma Modeli 66
2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 66
2.7. Veriler ve Toplanması 69
2.7.1.Bilgilendirilmiş Onam Formu 71
2.7.2. Kişisel Bilgi Formu 71
2.7.3. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE-II) 71
2.7.4. Ebeveyn Çocuk Kapsayıcı İşlevler Ölçeği (KİÖ) 71
2.7.5. Memphis Pisa Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS-A) 72
2.8. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 73
BÖLÜM 3 BULGULAR VE YORUMLAR 74
3.1. Bulgular 74
3.1.1. Kullanılan Ölçeklere Ait Tanımlayıcı Analiz Bulguları 74

3.1.2. Bağlanma Biçimleri ile İlgili Hipotezlerin Test Edilmesine Dair Bulgular..... 75
3.1.3. Kapsayıcı İşlev ile İlgili Hipotezin Test Edilmesine Dair Bulgular 76
3.1.4. Mizaç ile İlgili Hipotezlerin Test Edilmesine Dair Bulgular 78
3.2. Yorumlar 81
3.2.1. Çocuğuna 0-1 yaş döneminde uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin bağlanma biçimlerine ait bulguların yorumlanması 82
3.2.2. Çocuğuna 0-1 yaş döneminde uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin kapsayıcı işlev düzeylerine ait bulguların yorumlanması 83
3.2.3. Çocuğuna 0-1 yaş döneminde uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin mizaç özelliklerine ait bulguların yorumlanması 84
BÖLÜM 4 SONUÇ 87
4.1. Özet 87
4.2. Yargı 88
4.3. Öneriler 89
EKLER 90
EK-1 90
EK-2 91
EK-3 92
EK-4 93
EK-5 94
KAYNAKÇA 95

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Araştırma Grubunun (Örneğinin) Demografik Özellikleri İtibariyle Dağılımı68
Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Tanımlayıcı Analiz Bulguları 74
Tablo 3. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin YİYE Ölçeğinin Kaçıngan Bağlanma Alt Boyutuna İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları 75
Tablo 4. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin YİYE Ölçeğinin Kaygılı Bağlanma Alt Boyutuna İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları..... 75
Tablo 5. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin KİÖ Ölçeğinin Kapsanamayan İlişki Boyutuna Dair Mann-Whitney U Testi Sonuçları 76
Tablo 6. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin KİÖ Ölçeğinin Katı-Kuralcı İlişki Boyutuna Dair Mann-Whitney U Testi Sonuçları..... 77
Tablo 7. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin KİÖ Ölçeğinin Toplamına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları 77
Tablo 8. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin KİÖ Ölçeğinin Endişe-Ayrılığa Hassasiyet, Eş ile İlişki ve Doyum Odaklılık Boyutlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları 78
Tablo 9. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin TEMPS-A Ölçeğinin Depresif Mizaç Boyutuna İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları 79
Tablo 10. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin TEMPS-A Ölçeğinin Siklotimik Mizaç Boyutuna İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları 79
Tablo 11. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin TEMPS-A Ölçeğinin Hipertimik Mizaç Boyutuna İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları..... 80
Tablo 12. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin TEMPS-A Ölçeğinin İrritabl Mizaç Boyutuna İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları 80
Tablo 13. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin TEMPS-A Ölçeğinin Anksiyöz Mizaç Boyutuna İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları..... 81

EKLER LİSTESİ

EK1- Katılımcı Onam Formu

EK2- Kişisel Bilgi Formu

EK3- Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YIYE-II)

EK4- Ebeveyn Çocuk Kapsayıcı İşlev Ölçeği (KİÖ)

EK5- Memphis Pisa Paris San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS-A)

KISALTMALAR

YİYE II **:** Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II

KİÖ **:** Ebeveyn-Çocuk Kapsayıcı İşlev Ölçeği

TEMPS-A **:** Memphis Pisa Paris San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi

ÖZGEÇMİŞ

İrem Gamze Arslan

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Yüksek Lisans: 2019-2021 Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Programı

Lisans: 2012-2017 İstanbul Bilgi Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü (Onur Öğrencisi)

Lise: 2009-2012 Özel Devran Lisesi

Çalışma Bilgileri

İş/İstihdam: 2019-2020 Moodist Psikiyatri ve Nöroloji Hastanesi (Staj)

BÖLÜM 1 GİRİŞ

Uyku, tüm canlılar için yaşamsal bir öneme sahiptir. Uyku sırasında vücut kendisini biyolojik dengeye getirir, fiziksel ve psikolojik olarak yenilenir (Stores, 2001). Bu sebeple iyi uyunan bir uyku tüm canlı varlıklar için büyük bir öneme sahiptir. Sağlıksız bir uykunun organizma üzerinde olumsuz etkileri vardır. Bilişsel süreçlerde bozulma, fiziksel ve psikolojik iyi oluş halinde azalma, metabolizma aktivitelerinin ve bağışıklık sisteminde bozulma bu olumsuz etkilerden bazılarıdır (Ertuğtul ve Rezaki, 2004; Şahin ve Aşçıoğlu, 2013; Keskin ve Tamam, 2018;).

Gelişmekte olan bir bebek için uyku çok önemlidir. Vücutları ve zihinleri her geçen gün gelişmekte olduğundan, uykuya daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar (Davis, Parker ve Montgomery, 2004; Zandona vd., 2020). Bu sebeple bebeklerin doğumdan itibaren birkaç aylık süre içerisinde daha fazla uyudukları görülmektedir. Bebeklerin uyku döngüleri kısadır. Bir bebek 24 saatte yaklaşık olarak 16 saat uyumaktadır (Fitzgerald, 2010).

Bebeklik döneminde uykunun 24 saat içinde dağılımı değişiklik göstermektedir. Yeni doğan döneminde olan bir bebek 24 saat içinde 3 veya 4 saat kısa uykular uyuyarak toplamda 16-17 saat uyuduğu bilinmektedir. Bir yaşından itibaren ise uykunun büyük bir kısmı gece uykusuna dönmektedir. Böylece her 24 saatte uyunan uykunun süresi giderek azalmaktadır (Burnham, Goodlin-Jones, Gaylor ve Anders, 2002). 24 saatte uyunan uyku süresinin düşmesi ile bebeğin uykusu başka bir noktaya evrilir. Bebeğin uykusunun gündüz ve gece olarak bir araya toplanmasına "uykunun bütünleştirilmesi" (consolidation of sleep) adı verilmektedir ve bu durum bebeklik döneminde önemli bir gelişimsel görev olarak değerlendirilmektedir. Yaşın artması bunun bir etkeni olmakla birlikte, gece uyanmaları da yaşın artması ile azalmaktadır (Peltola vd., 2018).

Uykunun bütünleştirilmesinin yanı sıra yaşla gelişen bir olgu da kendi kendini yatıştırma (self-soothing) davranışıdır. Bebekler 4 ay civarı gece uyandıktan sonra kendi kendilerine yardım almadan uykuya dönebilmektedirler. Bu davranışa kendi kendini

yatıştırma denilmektedir. Bazı bebekler bu davranışı başarılı bir şekilde yapabilirken bazı bebekler ise yapamamaktadır (Anders ve Keener, 1985; Anders vd.,1992; Burnham,vd., 2002; Kenner, Zeanah ve Anders, 1988). Bu noktada bebeğin uyku rutini ebeveynler, özellikle anne için sorun meydana getirmektedir. Bebek gece sık sık uyandığında bebek ile ilgilenmesi gereken anne için zorlayıcı bir hal almaktadır. Bebeğin gece sık sık ağlayarak uyanması hem ebeveynler hem de bazı uzmanlarca sorun olarak görülmektedir (Sadeh ve Sivan,2009). Bu sorunun ortadan kaldırılması için ebeveynlere çeşitli yöntemler önerilmektedir (Afriyanti, 2018; Ferber, 1985; Welford, 2003). Davranışsal yöntemlere dayanan uyku eğitimleri önerilen yöntemler arasında yer almaktadır.

Ebeveynlerin büyük bir çoğunluğu bebeklerinin yaşadığı uyku problemlerini çözmek için uyku eğitimine başvurmaktadır. Uyku eğitimi, "0-5 yaş arasında bebek ve çocuklara verilen, amacı uykuyu düzenlemek ve uyku kalitesini artırmak olan bir eğitim" olarak tanımlanabilir (Ferber,1985; Ford, 2016; Galland ve Mithcell 2010; Honaker, Schwichtenberg, Kreps ve Mindell, 2018; Hogg ve Blau, 2014; Holt, 1894; Karp, 2004; King, 1913; Sadeh, 2005; Pantley, 2019; West, 2019). Uyku eğitimi geniş bir çatı kavramdır ve bu kavramın altında birçok yöntem bulunmaktadır. Psikanalitik literatür göz önünde bulundurulduğunda uyku eğitimi yöntemlerini desteksiz ve destekli olarak sınıflandırmak mümkündür.

Yapılan bu araştırmada çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren annelerin ve hiçbir uyku eğitimi vermeyen annelerin bağlanma biçimleri, kapsayıcı işlev düzeyleri ve mizaç özellikleri bakımından aralarında fark olup olmadığı incelenmiştir. Bu bölümde bahsedilen kavramlar tanıtılmış ve bazı ebeveynlerin özellikle bazı annelerin neden desteksiz uyku eğitimi verme davranışında bulundukları psikanalitik kuram ışığında açıklamaya çalışılmıştır. Daha sonra yerli ve yabancı literatürde uyku eğitimleri ile ilgili araştırmalar aktarılmıştır. Son olarak sırasıyla araştırmanın amacına ve hipotezlerine yer verilmiştir.

1.1. Uykunun Tanımı, Tarihi ve Nörofizyolojisi

Uyku, kişinin içeriden ve dışarıdan gelen uyaranlar ile bilinçli döneme geldiği, bilinçsizlik dönemini de içerisinde barındıran birden fazla sistemin dâhil olduğu karmaşık fizyolojik bir süreç (Mindell vd., 1999; Örsal, Eren ve Duru, 2019) ve yaşamın

vazgeçilmez bir işlevidir (Breil, Rosenblum ve Le Nestour, 2010). Uyku, zihinsel ve fizyolojik aktifliğin geçici ve kısmi olarak durması olarak da tanımlanabilmektedir (Abdülkadiroğlu, Bayramoğlu ve İlhan, 1997). Uyku dış uyaranlara karşı tepkisiz olmak veya bilinçlilik halinin periyodik olarak ortadan kalkması olarak tanımlansa bile, fizyolojik olarak diğer eylemsizlik hallerinden (koma, kendinden geçme gibi) farklıdır (Stores, 2001). Uykunun çeşitli tanımlamaları yapılsa da tam olarak açıklanamadığı da akılda tutulmalıdır (Daşdemir, 2012).

Bilinçli halden bilinçsiz hale döngüsel olarak geçiş olarak da tanımlanabilen uyku halinde önceden nöral aktivitede azalma olduğu düşünülmektedir. Fakat yapılan araştırmalarda bu durumun tam tersi olduğu, nöral aktivitede azalma olmayıp, sadece farklı bir hale büründüğü bulunmuştur (Abdülkadiroğlu vd., 1997). Başka bir ifade ile uyku pasif bir fizyolojik süreç değil aktif bir fizyolojik süreçtir (Kutlu, 2018; Öztürk, 2016). Uyku, kişilerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez bir yaşam aktivitesi olup, fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır (Kutlu, 2018). Sırt üstü uzanmış bir postür (vücudun duruş şekli) ve kapalı gözler birçok kültürde uyku ile bağdaştırılan davranışlardır (Samuel, 2010).

Uyku, insanlığın eski çağlarından beri dikkat çekici bir insan davranışı olarak görülmüş ve keşfedilmek istenen bir alan olmuştur (Gökçay ve Arda, 2013). Birçok din adamı, filozof, doktor, şair, antropolog ve sosyal bilimcilerin dikkatini çekmiştir. Aristoteles, Platon, Hipokrat ve Freud gibi saygın düşünürler, uyku ve rüyanın fizyolojik ve psikolojik boyutları üzerine açıklama yapmıştır (Kutlu, 2018; Karaer, 2018; Sevim, 2015).

Eski Mısır'dan günümüze ulaşan papirüslerde uyku ve uyku bozuklukları ve rüya yorumları ile ilgili metinlere rastlanmıştır. "Edwin-Smith" ve "Ebers" papirüslerinde insomnia için bitkisel tedavilerden bahsedildiği görülürken, "Chester Bealty" papirüsünde rüya yorumlarına yer verilmektedir (Gökçay ve Arda, 2013).

Antik Yunan'da daha çok iyi olma hali ve uyku arasındaki ilişkiye dikkat çekildiği görülmektedir. Alkmaiōn'a göre uyku sırasında kan vücut yüzeyinden geniş damarlara doğru çekilmektedir. Bu durum uykuyu başlatırken, kanın tekrar yüzeye gelmesi uyanıklık durumunu başlatır. Aristoteles'e göre uyku ve beslenme arasında bir bağ vardır

(Gökçay ve Arda, 2013). Hipokrat uykuyu, Alkmaiōn'a benzer şekilde açıklar. İç organların sıcak tutulması için kan beyinden çekilir ve iç organlarda yoğunlaşır. Yoğunlaşma hali uykuyu ortaya çıkarır (Kutlu, 2018).

Antik Yunan'da tıbbi açıklamalara ek olarak uykunun bir de mitsel açıklaması bulunmaktadır. Gece Tanrıçası Nyx'in ikiz çocukları Uyku Tanrısı Hypnos ve Ölüm Tanrısı Thanatos, Homer ve Hesiod'un yazdıkları epik şiirlerde ortaya çıkmaktadır. İki şair de Hypnos'u ölüm ile bağdaştırmışlardır (Askitopoulou, 2015; Allsopp, 2016). Hypnos'un, Morpheus, Phobetor ve Phantasos adında üç oğlu vardır ve Morpheus kanatları yardımıyla babası Hypnos'u taşıyarak insanların uykuya dalmasına ve rüya görmesine vesile olurdu (Gürses, 2009). "Uyku Filozofisi" kitabının yazarı olan Robert MacNish (1834)'e göre uyku, uyanıklık ve ölüm arasındaki bir geçiş dönemidir (akt. Gürses, 2019). Uyku, kısmi hareketsizlik ve bilinçsizlik halini barındırdığı için çoğu zaman ölümle bağdaştırılırken, uyanma ise yeni hayata başlama ile bağdaştırılmaktadır (Askitopoulou, 2015).

Geleneksel Çin Tıbbının açıklamasına göre uyku vücuttaki ying ve yang dengesinin sağlanması için gereklidir. Ying azaldığı zaman, yang çoğalır ve insan uyanıklık haline geçer. Ying çoğaldığı zaman, yang azalır ve insan uyku haline geçmektedir (Gökçay ve Arda, 2013).

Sigmund Freud (1917) ise uykuyu rahim içi yaşamın somatik olarak tekrar edilmesi şeklinde tanımlamaktadır. Uyku sırasında alınan pozisyon, uyaran eksikliği ve sıcaklık gibi durumlar, bu benzetmeyi yapmasında etkilidir. Freud, insanların çoğunun uyurken cenin pozisyonunu aldığını da belirtmektedir. Uyku sırasında kişi çevresinden neredeyse tamamı ile kendi ruhsallığına çekilir.

Uyku araştırmalarında Alman psikiyatrist Hans Berger tarafından 1929'da bulunan elektroansefalografi (EEG) önemli bir yere sahiptir. Berger, ilk defa kendi oğlunda saçlı deriden kortikal biyoelektrik aktiviteye bakmış ve bunu izleyen zaman diliminde uyuyan insanlar üzerinde deneylere başlamıştır. 1937 yılında Loomis ve arkadaşları tarafından uyku sırasında EEG kayıtları ile ilgili araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmalar sonucunda uykunun 5 dönemi olduğu tespit edilmiş, fakat günümüzde REM dönemi olarak adlandırılan hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku dönemi isimlendirilememiştir (Çakan-

Çelik, 2018; Gökçay ve Arda, 2013; Pıçak, İsmailoğlulları, Mazıcıoğlu, Üstünbaş ve Aksu, 2010). Kleitman ve öğrencisi Aserinsky ile aynı araştırma grubunda çalışan William C. Dement denekleri REM ve NREM uyku dönemlerinde uyandırarak, onlara sorular sormuş ve böylece rüyaların %80'nin günümüzde REM dönemi dediğimiz dönemde meydana geldiğini bulmuştur (Gökçay ve Arda,2013; Kutlu, 2018). REM uykusu 1957 yılında Dement ve Kleitman tarafından tanımlanmış ve bu tanım sayesinde bugün uykunun döngüsel olarak birbirini izleyen dönemlerden oluştuğu keşfedilmiştir (Çakan-Çelik, 2018; Gökçay ve Arda, 2013). REM uykusunun keşfiyle uykunun aktif bir süreç olduğu öğrenilmiş ve 5 evreden meydana gelen uykunun ortalama 90 dakika sürdüğü, 8 saatlik bir gece uykusunda birbirini izleyen bu döngünün 5 kez tekrarlandığı bulunmuştur (Gökçay ve Arda, 2013).

Uyku eş zamanlı olarak meydana gelen bir dizi fizyolojik olay sonrasında oluşmaktadır. Uykunun meydana gelmesinde ve sonlanmasında kortikal ve subkortikal birçok beyin bölgesi aktif olarak yer almaktadır (Ertuğrul ve Rezaki, 2004; Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Uyku ve uyanıklık döngüsü beyin sapı, omurilik ve serebral kortekste yer alan retiküler aktivasyon sistemi (RAS) ile bulbar synchronizing region (BSR) tarafından düzenlenmektedir (Lafçı, 2009).

Borbely'in ikili süreç modeli, insanlarda uyku ve uyanıklık döngüsünü açıklamak için kullanılmaktadır. Bu modele göre döngüsel etkenler ve homeostatik etkilerin yardımıyla uyku ve uyanıklık döngüsü ortaya çıkmaktadır. Gün içinde uykuya olan eğilimin daha az veya daha fazla olmasına bu döngüsel etkenler neden olmaktadır. Bu döngünün oluşmasında gece-gündüz değişiminin de payı vardır. Gece-gündüz döngüsü hipotalamusta çift taraflı olarak konumlanan suprakiasmatik çekirdekler yardımıyla kontrol edilmektedir. Homoestatik uyku isteği, uyanık olarak geçirilen zaman ile doğru orantılıdır. Uyanıklık hali artıkça içsel (endojen) uyku verici olarak bilinen adenozin ve çeşitli sitokinlerin ve hormonların özellikle bazal önbeyinde kabul edilen değerin üstünde birikerek homestatik uyku isteğini artırdığı bilinmektedir (Ertuğrul ve Rezaki, 2004).

Ön hipotalamustan gelen döngüsel girdiler ve içsel kimyasal uyarılar yoluyla gelen homoestatik bilgi sayesinde hipotalamusta bulunan ventrolateral preoptik çekirdek (VLPO) uyku halini başlatmaktadır. Uyanıklılık halini ise lateral hipotalamustan gelen oreksinerjik, beyin sapından gelen kolinerjik, noradrenerjik, serotonerjik, posterior

hipotalamustan gelen histaminerjik uyarılar sağlamaktadır ve bunların azalması sonucunda uyku hali ortaya çıkmaktadır. Beyin sapında bulunan mezopontin çekirdekler uyku sırasında oluşan REM, NREM döngülerini kontrol etmektedir (Ertuğrul ve Rezaki, 2004). Mezensefalon ve pons arasında yer alan RAS içinde konumlanan rafe çekirdeği tarafından seratonin, uykunun başlamasında rol alan en önemli nörotransmitterdir (Lafçı, 2009). REM uykusu sırasında seratonin ve nöroepinefrin sekresyonu en aza düşmektedir. Bu dönemde tek başına asetilkolin hakimdir ve tüm nöroregülatörlerin sekresyonu NREM uykusu sırasında düşük seviyededir (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Uykuya geçiş sırasında kortizol seviyesi ve vücut ısısı azalmaktayken, melatonin salınımı artmaktadır (Çakan-Çelik, 2018).

Uyku, tüm canlıların rutin davranışları arasında bulunmaktadır ve en temel vazgeçilmez yaşam aktivitelerden biridir (Lafçı, 2009; Keskin ve Tamam, 2018) Bireyin sağlıklı bir şekilde işleyebilmesi için düzenli iyi bir uyku gereklidir (Keskin ve Tamam, 2018). Uyku olmadan organizma hayatını sürdürememektedir. Hayvanlar üzerinde yapılan deneylerde, 10 gün boyunca sürekli uyanık tutulan farelerin vücut işleyişlerinin (vücut ısısını ayarlama gibi) kötüye gittiği ve öldüğü gözlenmiştir (Stores, 2001). Uyku ve uyanıklık döngüsünün bozulmasının merkezi sinir sisteminin işlevleri üzerinde olumsuz etkileri vardır. Uzun süreli uyku yoksunluğu; vücut ısısının düzenlenmesinde, beslenme, metabolizma aktivitelerinde, bağışıklık sisteminde ve diğer düzenleyici sistemlerde bozulmalara yol açmaktadır (Ertuğtul ve Rezaki, 2004; Şahin ve Aşçıoğlu, 2013).

Uyku, tüm canlılarda dinlenme ve biyolojik dengeyi sağlamakla yükümlüdür. Uyku, fiziksel ve psikolojik olarak yenilenmeyi, iyileşmeyi, vücut enerjisinin korunmasını, hafızanın bütünleştirilmesini, duyguların boşaltılmasını, beyin gelişimini ve bağışıklık sisteminin onarılması/devam ettirilmesi, sinir sisteminin gelişmesi ve onarılması dâhil diğer biyolojik fonksiyonların yerine getirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Stores, 2001). Abraham Maslow, uykuyu ihtiyaçlar hiyerarşisinde, insanın hayata kalmasını sağlayan temel ihtiyaç olarak görmektedir (akt. Kutlu, 2018). Bu açıdan bakıldığında uyku, fizyolojik temel bir olgudur ve hayatta kalabilmek için uykuya ihtiyaç vardır.

Uyku organizmanın koruyucu bir işlevi olarak görülmekte, dokuların korunmasında ve onarılmasında rol aldığı bilinmektedir (Daşdemir, 2012). Uyku sırasında vücut, yeni bir güne hazırlanmaktadır. Dolayısıyla uykuyu aktif bir yenilenme dönemi olarak görmek mümkündür (Karadağ, 2007). Uyku, öğrenme ve hafıza bütünleştirme/pekiştirme gibi temel sinirsel süreçlerde rol oynamaktadır (Walker ve Stickgold, 2006). Uyku sırasında sinir sistemi başta olmak üzere birçok biyolojik yapı onarılmaktadır (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Kısacası uyku, dinlenme ve biyolojik dengeyi sağlamak için gereklidir.

Bir insan ortalama olarak gününün 8 saatini, bir yılının 2920 saatini, diğer bir ifadeyle yılının 121,7 gününü uykuda geçirmektedir. Kısacası insan ömrünün 1/3'ünü uykuda geçirmektedir (Keskin ve Tamam, 2018; Stores, 2001). Yaşın, uykunun fizyolojisinde ve yapısal özellikleri üzerinde önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir (Keskin ve Tamam, 2018).

Sirkadiyen teriminin kökeni Latinceden gelmektedir. Latince "circa" (yaklaşık) ve "dies" (gün) kelimelerinin birleşiminden oluşan "circadien" (sirkadiyen) kelimesi "bir gün" anlamında kullanılmaktadır. Organizmanın bir gün içindeki fizyolojik ve biyolojik süreçlerindeki değişimleri ifade etmek için "sirkadiyen ritim" terimi kullanılmaktadır. İnsandaki en temel sirkadiyen ritim, uyku ve uyanıklık döngüsüdür (Akıncı ve Orhan, 2016).

Sirkadiyen ritim, ön hipotalamusta çift taraflı bulunan suprakiyazmatik nukleus (SKN) tarafından düzenlenmektedir. Vücut ısısının ayarlanması, uyku ve uyanıklık siklusu, büyüme hormonu, kortizol ve melatonin hormonlarının sekresyonu suprakiyazmik nules tarafından kontrol edilmektedir. Sirkadiyen ritmin oluşmasında en önemli unsur gün ışığıdır. Retinal fotoreseptörler yardımıyla ışık suprakiyazmik nukleus'u etkiler ve bunun sonucunda melatonin sekresyonu veya inhibisyonu ortaya çıkar. Işığın olduğu durumda melatonin salınımı azalırken, ışığın olmadığı durumlarda melatonin salınımı artmaktadır (Akıncı ve Orhan, 2016; Algın, Akdağ ve Erdinç, 2016).

Uykunun homojen bir yapıda olmadığı bilinmektedir. Uyku, elektrofizyolojik, davranışsal ve nöronsal aktivite ile değerlendirildiğinde ikiye ayrılmış ve birbirini tekrar eden döngülerden oluştuğu görülmektedir. Uyku, tüm memeli canlılarda REM (Rapid

Eye Movements- Hızlı Göz Haraketleri) ve NREM (Non-Rapid Eye Movements) adında tekrar eden iki evreden oluşmaktadır (Algın vd., 2016; Ertuğrul ve Rezaki, 2004).

Uykunun döngüleri/evreleri uyku laboratuvarlarında polisomonograf ile değerlendirilmektedir. Hans Berger tarafından 1929'da bulunan elektroansefalogram (EEG), beyindeki elektriksel aktiviteyi ölçmektedir. Nathaniel Kleitman ve Eugene Aserinsky'nin 1953'te geliştirdiği elektrookülogram (EOG), göz hareketlerini ölçerken, elektromiyogram (EMG) ise kasların istirahat anında kasılıp-gevşeme durumunu ölçektedir (Ertuğrul ve Rezaki, 2004; Keskin ve Tamam, 2018; Lafçı, 2009; Stores, 2001).

REM ve NREM uykusu gece boyunca döngü halinde birbirini izlemektedir. REM ve NREM arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Başka bir ifadeyle REM biterken NREM başlamaktadır. NREM biterken ise REM başlamaktadır (Algın vd., 2016). REM ve NREM uyku döngülerinin kontrolü beyin sapında bulunan mezopontin çekirdekleri tarafından yapılmaktadır (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013).

Bu tekrar eden uyku evreleri, EEG ile ölçülen beyindeki elektrik aktivitesi, göz hareketleri ve kas tonusundaki değişimler ile ortaya konulmaktadır. Çoğunlukla NREM uykunun ilk 1/3'lük kısmında görülürken, uykunun son 1/3'lük kısmında REM uykusunun daha fazla görüldüğü ortaya konmuştur (Keskin ve Tamam, 2018).

REM uykusu aynı zamanda aktif uyku veya desenkronize uyku olarak bilinmektedir ve toplam uykunun %20-30'unu oluşturmaktadır (Keskin ve Tamam, 2018). REM uykusunun kontrolünün beyin sapının orta noktalarından yapıldığı bilinmektedir (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). REM uykusu sırasında; beyinsapı, talamus, amigdala, hipotalamus, anterior singulat ve bazal ganglionlarda kan artışı görülmektedir (Ertuğrul ve Rezaki, 2004). REM uykusu, uyanıklık hali ile karşılaştırıldığında; REM uykusu döneminde limbik ve paralimbik alanlarda etkinlik artışı gözlenirken, dorsolateral prefrontal korteksin etkinliğinde düşüş olduğu gözlenmiştir (Ertuğrul ve Rezaki, 2004).

Yetişkinlerde çoğunlukla uyanıklıktan uykuya geçişte NREM uykusunun 1. 2. ve 3. döneminin ardından yaklaşık 90 dakika sonrasında ilk REM uykusu başlar. İlk REM uykusu çoğunlukla kısadır ve 5-10 dakika sürmektedir. Uykunun başlamasından ilk REM

uykusunun sonuna kadar olan süre, bir uyku siklusu olarak tanımlanmaktadır. 90-120 dakika arasında süren bu bir siklus, gece boyunca 4-6 kere tekrar etmektedir (Algın vd., 2016). İlk REM uykusu yaklaşık 10 dakika sürerken diğer REM uykuları yaklaşık 15-40 dakika sürmektedir (Kutlu, 2018).

REM uykusu sırasında EEG'de gözlemlenen sinirsel aktivite, uyanıklık haline benzemektedir (Ertuğrul ve Rezaki, 2004). Hızlı göz hareketleri, solunum ve göz kasları dışındaki diğer kas gruplarında gözlenen atoni ve kortikal aktivitenin var olduğunun göstergesi olan hızlı ve düşük voltajlı EEG aktivitesi, REM uykusunun karakteristiğini oluşturmaktadır (Ertuğrul ve Rezaki, 2004; Keskin ve Tamam, 2018). Göz kaslarında hızlı ve aralıklı kasılmalar (Karadağ, 2007) ve göz bebeklerinin midriyatrik (Keskin ve Tamam, 2018) olduğu görülmektedir. Vücuttaki çizgili kaslarda aralıklı olarak meydana gelen hızlı kasılmalar, kalp ve solunum hızında artış ve kan basıncında değişiklikler gözlenmektedir (Karadağ, 2007; Keskin ve Tamam, 2018). Beyin metabolizmasının arttığı EEG'de gözlemlenen düşük amplitüdlü ve karışık beyin dalgalarından görülebilmektedir (Keskin ve Tamam, 2018). REM uykusunun önemli bir özelliği de rüyaların bu uyku evresinde görülmesidir (Karadağ, 2007; Keskin ve Tamam, 2018). REM uykusu döneminde kişi uyanırsa rüyalarını hatırlar (Karadağ, 2007) ve REM uykusu sırasında insanların uyandırılması daha kolaydır (Pıçak vd., 2010) REM uykusunun beyin dokularını yenilediği düşünülmektedir (Algın vd., 2016).

Uykunun diğer bir evresi olan NREM uykusu ise aynı zamanda pasif veya derin uyku olarak adlandırılmakta ve uykunun geriye kalan %70-80'lik kısmını oluşturmaktadır (Keskin ve Tamam, 2018). Yetişkinler uykuya ilk olarak NREM uykusu ile başlanmaktadır (Keskin ve Tamam, 2018). Yeni doğanlarda ise durum daha farklıdır (Mindell, 2004; Pıçak vd., 2010).

NREM uyku kendi içinde 4 evreye ayrılmaktadır. Birinci ve ikinci evre yüzeysel uykuyu, üçüncü ve dördüncü evre ise derin uykuyu oluşturmaktadır (Karadağ, 2007; Keskin ve Tamam, 2018). Birinci evreden dördüncü evreye doğru geçildikçe uykunun derinleştiği görülmektedir. Kişinin üçüncü evre itibari ile uyandırılması da güçleşmektedir (Pıçak vd., 2010). NREM evreleri yaşa göre değişiklik göstermektedir. Çocuklar yetişkinlere oranla üçüncü evre NREM uykusunu daha fazla uyumaktadır. Çocuklarda büyüme hormonu üçüncü evre NREM uykusu sırasında salgılanırken,

büyüklerde fiziksel dinlenme, hücrelerin yenilenmesi ve onarılmasının bu evrede olduğu ileri sürülmektedir (Algın vd., 2016).

Birinci evre NREM tüm gece uykusunun %1-5'ini oluşturmakta ve EEG'de düşük genlikli yüksek frekanslı aktivite görülmektedir. İkinci evre NREM tüm gece uykusunun %40-50'sini oluşturmakta ve bu dönemde EEG'de uyku iğicikleri belirmektedir. Üçüncü evre NREM tüm gece uykusunun %3-8'ini oluşturmakta ve EEG'de düşük frekanslı yüksek genlikli frekanslar gözlenmektedir. Dördüncü NREM tüm gece uykusunun %10-15'ini oluşturmaktadır (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013; Algın vd., 2016).

NREM uykusu sırasında beyin metabolizmasının REM uykusu ve uyanıklık haline göre düşük olduğu pozitron emisyon tomografisi (PET) ile ortaya konmuştur (Ertuğrul ve Rezaki, 2004). Asal önbeyin alanı, talamus, hipotalamus, dorsal rafe nukleusu ve traktus solitarius NREM uykusunun kontrolünü sağlamaktadır (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). NREM uykusu; göz hareketlerinin olmadığı, kas tonusunun azaldığı, kalp atışı hızının ve solunum hızının yavaşladığı bir tablo ile karakterizedir. EEG'de NREM uykusu sırasında, yüksek amplitüdlü yavaş dalgalar ve iğcikler gözlenmektedir (Karadağ, 2007; Keskin ve Tamam, 2018). NREM döneminde, uyanıklık haline göre; pons, talamus, hipotalamus, kaudat çekirdek, lateral ve medial prefrontal alanlarda, prefrontal ve paryetal multimodal asosiyasyon kortekslerinde glukoz ve oksijen kullanımının bölgesel olarak düştüğü görülmüş ve bu düşmenin NREM döneminin başlaması ve derinleşme durumuyla paralel olduğu bulunmuştur (Ertuğrul ve Rezaki, 2004). NREM uykusu döneminde vücut dokularının yenilendiği düşünülmektedir (Algın vd., 2016).

1.2. Bebeklerde ve Çocuklarda Uyku

Uyku, beyin aktivitesinin yoğun olduğu ve kortikal aktivitenin arttığı önemli bir nörolojik ve fizyolojik aktivitedir. Uyku intrauterin yaşamda başlamaktadır, 27. haftadan önce anne karnındaki bebekte uyku görülmezken (De Leersnyder, 2007), 28. haftadan itibaren fetüste uyku ve uyanıklık siklusunun oluştuğu bilinmektedir (Dönmez, 2015).

Uyku süresi bireyin yaşına göre farklılık göstermektedir. Normal işleyişe sahip bir bireyin günde ortalama 8 saat uyuması beklenirken bu durum bebeklerde farklıdır.

Bebeklerin vücudu gelişmekte olduğundan bebekler uykuya daha fazla ihtiyaç duymaktadır (Davis, Parker ve Montgomery, 2004). Özellikle bebeklerin doğumdan sonraki ilk birkaç aylık süre zarfında uykuda daha fazla zaman geçirdiği görülmektedir. Uyku bebeklerin fiziksel ve ruhsal gelişimleri için son derece önemlidir (Zandona vd., 2020). Bebeklerin, kısa uyku döngüleri olup 24 saatte yaklaşık 16 saat uyumaktadırlar (Fitzgerald, 2010). Özellikle yeni doğan döneminde uyku parçalı, kısa süren uyku periyodları ve gece birkaç defa uyanma ile karakterize bir yapıdadır (Peltola, Nieminen, Paavonen, Heikkila ve Paunio, 2018).

Bebeklik döneminde uykunun 24 saat içinde dağılımı değişiklik göstermektedir. Yeni doğan bir bebek 24 saat içinde 3 veya 4 saat kısa uykular uyuyarak toplamda 16-17 saat uyumaktadır. Bir yaşından itibaren ise uykunun büyük bir kısmı gece uykusuna dönmekte ve buna bağlı olarak her 24 saatteki uyku süresi giderek azalmaktadır (Burnham vd., 2002). Uykunun gündüz ve gece bir araya toplanması (consolidation of sleep) bebeklik döneminde önemli bir gelişimsel görev olarak değerlendirilmekte ve yaşın artmasıyla gece uyanmalarında düşüş yaşandığı görülmektedir (Peltola vd., 2018).

Amerikan Uyku Tıbbı Akademisine göre yaşları 4 ay ve 12 ay arasında değişen bebeklerin önerilen, uyku süresi (kısa uyku dahil) 24 saatte 12-16 saat iken, 1 ve 2 yaş çocuklar için önerilen uyku süresi (kısa uyku dahil) 24 saatte 11-14 saattir. 3-5 yaş çocuklar için önerilen uyku süresi (kısa uyku dahil) 24 saatte 10-13 saattir. 6-12 yaş aralığındaki çocuklar için ise önerilen uyku süresi (kısa uyku dahil) 24 saatte 9-12 saattir (akt. Paruthi vd., 2016). Önerilen uyku süreleri çocuğun zihinsel, fiziksel ve akademik başarısı için gerekli optimal uyku sürelerini içermektedir. Dolayısıyla uyku ihtiyacı çocuktan çocuğa değişmektedir. Genetik ve sosyo-kültürel etkenler ile gün içinde yapılan fiziksel aktivitelerin, büyüme ve gelişim dönemlerinde ihtiyaç duyulan uyku süresi üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (Matricciani, Blunden, Rigney, Williams ve Olds, 2012).

Bebeklerin bir yaşına kadar uyudukları uyku, yetişkin bireylerdeki gibi tanımlanmamaktadır. Bebeklerin uykuları aktif uyku ve sakin uyku olarak adlandırılmaktadır. Aktif uyku (Active Sleep-AS), yetişkinlerdeki REM uykusu benzeri bir uyku yapısını oluştururken, sakin uyku (Quiet Sleep-QS) yetişkinlerdeki NREM uykusu ile benzer bir yapı taşımaktadır. Fakat bebeklerde sakin uyku olarak adlandırılan

evre, yetişkinlerdeki NREM uykusu gibi dört evreye ayrılmamaktadır. Bebeklerde NREM uykusunun 6. aydan itibaren geliştiği bilinmektedir. Aktif uyku, düşük voltajlı hızlı EEG dalgaları, fazik motor aktivitesi ve otonom düzensizlikler barındıran bir uyku evresidir. Bu evrede ebeveynler, bebeklerinin göz, baş ve kas hareketlerini fark edebilirler. Bebeklerin nefesleri bu evrede düzensizdir. Gözler gözkapaklarının altında ileri geri hareket edebilir. Bebekler ağlama benzeri inleme sesleri çıkarabilir, kollarını ve bacaklarını hareket ettirebilir. Dolayısıyla bebeklerin aktif uyku evresinde oldukça hareketli olduğu söylenebilir. Sakin uyku ise yavaş EEG dalgaları ve sabit motor aktivitesinin görüldüğü bir uyku evresidir. Bebeklerin nefes alışverişleri bu dönemde düzenlidir ve hareket etmezler. Bu yüzden ebeveynler için bebeklerinin göz ve vücut hareketlerini fark etmek aktif uyku evresine göre daha zordur. Fakat bazen korku belirtileri (sıçrama gibi) gösterebilir ve ağızlarını bir şey emiyormuşçasına oynatabilirler. Bebekler sakin uykuya geçtiğinde, bebekleri uyandırmak zor olabilmektedir (Middlemiss, 2004; Mindel, 2004).

Bebeklerin 24 saat içinde uyudukları uyku süresinin değişmesi gibi, uyku durumları/döngüleri de değişmektedir. Uyku durumları/döngüleri yaş ile bağlı olarak değişim göstermektedir. Yeni doğan bebeklerde aktif uyku süresi daha yüksektir. Aktif uyku, bebeklerin uykusunun %50'sini oluşturmaktadır. Bir yaşın sonunda aktif uyku süresinde azalma görülürken, pasif uyku süresinde artma görülmektedir (Anders ve Keener, 1985; Burnham vd., 2002; Mindell, 2004; Thiedeke, 2001). Yeni doğan bebekler, yetişkinlerdeki gibi NREM uykusu ile değil, REM uykusu ile uykuya başlamaktadır. Altıncı aydan sonra bebeklerin uyku yapısı yetişkinlerin uyku yapısına benzemektedir (Thiedeke, 2001).

Bebekler her 50 dakika da REM uykusundan NREM uykusuna geçiş yapmakta ve bu geçiş sırasında sık sık uyanmaktadır. 4 ay civarında bebeklerin büyük bir çoğunluğu bu geçişler sırasında uyanmamakta ve gece boyunca uyumaya başlamaktadır. Altıncı ve dokuzuncu aydaki bebeklerin %80'nin, gece boyunca uyuduğu bilinmektedir (Boran, Ay, Akbarzede, Küçük ve Ersu, 2014).

Unutulmamalıdır ki bebeğin uykusu nörofizyolojik gelişimle bağlantılı olduğu gibi, psikolojik yaşamın yönleriyle de bağlantılıdır. Uyumak, kendini serbest bırakmayı ve vazgeçmeyi içermektedir. Uykuda insan bedeninin kontrolünü bırakır, zevk verici

aktivitelerden ve zamandan belli bir süre ayrı kalmayı kabullenir. Bebek uykuya geçerken ebeveynler, uyku denen rahatlama ve gevşeme deneyiminin düzenleyicisi olmaktadır (Breil vd., 2010).

Bebeğin uykusu, ebeveyn ve çocuk ilişkisini içinde organize edilmektedir. Bion'a göre uykuya geçişte, ebeveynler düşlemleme kapasitelerini bebeğe sunar. Bu sayede bebek, aşırı uyarıcı durumdaki düşünce ve duyumlardan uzaklaşabilmektedir (Breil vd., 2010). Freud, rüyaların uyku bekçileri olduğunu söylemektedir. Bu durumu McDougall (1974) ise şöyle yorumlamaktadır *"çocuğun ruhsal aygıtı gelişip rüya görünceye dek, ebeveynler çocukların uykusunun bekçileridir."* (akt. Breil vd., 2010).

1.3. Bebeklerde ve Çocuklarda Görülen Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları fiziksel veya ruhsal hastalığın bir belirtisi olarak ortaya çıkabileceği gibi, başlı başına da bir hastalık olarak ortaya çıkabilmektedir (Keskin ve Tamam, 2018).

2014 yılında üçüncü versiyonu yayımlanan ICSD-3'te uyku bozuklukları; insomnia, uyku ile ilişkili solunum bozuklukları, hipersomnolensin santral bozuklukları, sirkadiyen ritim uyku uyanıklık bozuklukları, parasomnialar, uyku ile ilişkili hareket bozuklukları ve diğer uyku bozuklukları olmak üzere 7 temel kategoride ele alınmıştır (akt. Keskin ve Tamam, 2018).

DSM 5 TR (2014)'de uyku bozuklukları "Uyku-Uyanıklık Bozuklukarı" başlığı altında; uyku bozukluğu (insomnia), aşırı uykululuk bozukluğu (hipersomnia), narkolepsi, solunumla ilişkili uyku bozuklukları (tıkayıcı uyku apnesi hipopnesi, merkezi-santral uyku apnesi) uyku ile ilişkili hipoventilasyon, sirkadiyen düzenle ilgili uyku uyanıklık bozuklukları, parasomniler (hızlı göz devinimleri uykusu dışında uykudan uyanma bozuklukları, karabasan bozukluğu, hızlı göz devinimleri (REM) uykusunda davranış bozukluğu), huzursuz bacak sendromu, madde/ilacın yol açtığı uyku bozukluğu ve tanımlanmamış diğer uyku bozukları adları altında ele alınmıştır.

Bebeklik ve erken çocukluk döneminde daha çok davranış kökenli çocukluk çağı insomniaları görülürken, onları sırasıyla uykuda solunum bozuklukları ve parasomnialar izlemektedir.

Henüz dili olmayan bir bebekte beden, zihinsel ıstırapların ifade edildiği bir tuval gibidir (Breil vd., 2010). Bebek ne kadar küçükse, sıkıntısını o kadar çok vücuduyla dışa vurur (Pinto, 2014). Tüm organik nedenler elendiğinde uyku bozuklukları erken çocukluk döneminin psikosomatik bozukluklarının bir parçası olarak görülmekte ve böylesi bir durumda, anne-baba ve çocuk üçgeninin kalitesi büyük önem taşımaktadır (Breil vd., 2010). Bebeklerde görülen uyku problemleri yetersiz annelik işlevi sonucunda yetersiz uyarım kalkanı yüzünden de ortaya çıkmaktadır. (Tunaboylu-İkiz, 2005). Rose Angelique Belot (2013), uyku problemi yaşayan bir bebeğin vakasını anlattığı makalesinde, annenin uyarı-kalkan işlevine dikkat çekmektedir. Sigmund Freud (1920) tarafından ortaya konulan bu kavram, iç ve dış arasında bulunan, kişiyi dışarıdan gelen uyarımlara karşı koruyan bir kalkandır. Bu kalkan işlevi bebekte henüz gelişmemiştir. Dolayısıyla annenin uyarı kalkanı işlevi bebeği korumaktadır. Bebek negatif öğelerin dönüştürülmesi için annesinin ruhsal aygıtına sığınmaktadır. Eğer annenin ruhsal aygıtı bu işlevi yapamazsa, bebek gereksiz uyarımlara maruz kalır ve aşırı uyarımlar yüzünden somatik semptomlar gözlemlenir.

Bebek/çocuk uykusu ve bozuklukları konusunda doğru bilgiyi sağlamak oldukça zordur. Çünkü bebek ve çocuk uykusu ve bozuklukları konusunda literatürde birbirini doğrulayan araştırmalar kadar birbiri ile çelişen araştırmalar da mevcuttur (Middlemiss, 2004). Böylesi bir durumun sonucunda sağlıklı bebek uykusunun nasıl olduğu ve bebeklerin sağlıksız uyumasına nelerin sebep olduğu iyi betimlenememiş ve tartışma konusu olarak kalmıştır (Highley ve Dozier, 2009; Middlemiss, 2004). Uyku bozukluğunun başlama yaşını belirlemek için literatür incelendiğinde, uzmanların fikir ayrılığına düştüğü görülmektedir. Bazı uzmanlar uyku problemlerinin doğumdan hemen sonra ortaya çıktığını savunmaktayken, bazı uzmanlara göre bu durum doğru değildir ve ilk aylarda kullanılan (0-3 ay) uyku bozukluğu kavramı, sirkadiyen ritim henüz gelişmediği için yanlıştır. Bazı uzmanlar bu durumun 6. aya kadar uzayabileceğini ifade etmektedir (Breil vd., 2010).

Bebeklerin ve çocukların farklı gelişim dönemlerinde oluşan uyku yapılarındaki önemli değişiklikler yüzünden, bebeklerde ve küçük çocuklarda uyku problemlerini net bir şekilde tanımlamak zordur (Breil vd., 2010). Örneğin 2 aylık bir bebeğin sıklıkla uyanması sorun kabul edilmezken, 2 yaşındaki bir çocuk için bu durum sorun olarak

görülmektedir (Thiedeke, 2001). Ailenin, bebek ve çocukların uyku alışkanlıklarına gösterdikleri tolerans (Thiedeke, 2001) ve uyku ve uyku bozukluğu kavramının ne olduğuna dair ebeveynlerin inancı da (Sadeh, Tikotzky ve Scher, 2010; Sadeh, Mindell ve Rivera, 2011) söz konusu kavramın tanımlanmasını zorlaştıran etkenler arasındadır. Breil vd. (2010)'a göre ebeveynin psikopatolojiye sahip olması da bebek ve çocuklarda uyku bozukluğunun tanımını yapmayı zorlaştırmaktadır. Bazı araştırmacıların bu tanımlama sorununu elemek için video kaydı ve aktigraf kullandığı bilinmektedir.

Her ne kadar birçok uzman bebeklerin gece boyunca uyuduğunu savunsa da bazı uzmanlara göre gece boyunca uyuma veya deliksiz uyuma kavramı aslında yanıltıcı bir kavramdır (Breil vd., 2010; Ockwell-Smith,2015; Wolfson vd., 1992). Gece boyunca uyuma kavramı, bir bebeğin uyuduğu saatten uyandığı saatte kadar hiç uyanmadan uyuduğu uyku için kullanılmaktadır. Fakat birçok bebek, çocuk ve yetişkin, gece periyodik olarak uyanmakta ve bunu fark etmeden tekrar uykuya dönmektedir (Anders, Halpern ve Hua, 1992; Ockwell-Smith,2015; Wolfson vd., 1992). Bu periyodik olarak uyanma durumu, uykunun doğal işleyişidir (Anders, 1979). Gelişimsel araştırmalar, günlük ve video kaydı gibi nesnel ölçümler kullanarak en sağlıklı olarak görülen bebeklerin bile her gece uykusu sırasında ortalama 2 veya 3 sefer uyanmaya devam ettiğini belirlemiştir (Sadeh, 2009).

REM ve NREM uykusu arasındaki geçişlerde bebekler dahil tüm insanların uyandığı, bebeklerdeki uyanmanın ebeveynler tarafından fark edilmediği ve bebeklerde 4 ay civarında gece uyanmasının ardından kendi kendini yatıştırma (self-soothing) yaparak uykuya daldıkları bazı araştırmalarla ortaya konulmuştur. Bebek uykusu üzerine yapılan bu araştırmalarda, bebeklerdeki uyandıktan sonra kendi kendini yatıştırma ve uykuya geçme davranışının yaşla geliştiği de bulunmuştur. Bununla birlikte, her ne kadar uyandıktan sonra kendi kendini yatıştırma ve uykuya geçme davranışı yaş ile gelişse de bazı bebeklerin bu davranışı yapamadığı ifade edilmektedir (Anders ve Keener, 1985; Anders vd.,1992; Burnham vd., 2002; Kenner, Zeanah ve Anders, 1988).

Bir regülasyon becerisi olarak görülen kendi kendini yatıştırma ilişkisel model göz önünde bulundurulduğunda ebeveyn ile bebeğin mizacından ve ebeveyn-çocuk arasındaki ikili iletişimden etkilenmektedir. Bu ikili etkileşimin tutarlı ve öngörülebilir olması, regülasyonun gelişmesinde etkilidir. Bebekler için gece uykuya geçme ve

uykudan uyandığında tekrar uykuya dönebilmek için kendi kendini yatıştırma, sağlıklı bir uyku-uyanıklık döngüsünün gelişiminde en önemli unsurlardan biri olarak görülmektedir. Bu davranış bazı bebeklerde 1 yaşın sonuna doğru gelişse de bazı bebeklerde ise gelişmemektedir (Burnham vd., 2002). Kendini sakinleştirme davranışını yapan bebekler, yapamayan bebeklere göre daha uzun uyku periyodlarına sahiptir ve gece daha uzun uyumaktadır (Anders vd., 1992).

Gece uyandıktan sonra kendini yatıştırma ve tekrar uykuya dönme davranışını yapan bebekler aileleri tarafından "iyi uyuyan bebekler" olarak değerlendirilirken bu davranışı yapamayan bebekler "kötü uyuyanlar" olarak değerlendirilmekte ve gece tek başına uykuya dönemeyen bebeklerin ebeveynleri, gece uyanmalarını rahatsız edici olarak bulmaktadır (Burnham vd., 2002). Ebeveynler gece ağlamaları ve tek başına uykuya dönememe gibi problemler yüzünden uzmanlara ve onların yazdıkları kitaplara başvurmaktadır (Crichton ve Symon, 2016; Sadeh ve Sivan, 2009; Saing, vd., 2018). Gece uyandıktan sonra kendini yatıştırma ve tekrar uykuya dönme davranışını yapamayan bebekler, sadece aileleri tarafından değil uzmanlar tarafından da uyku problemi yaşayan bebekler olarak değerlendirilmektedir (Sadeh ve Sivan, 2009).

Birçok uzman bebeklerde uyku problemini; anne ve babanın yardımı olmadan gece uykuya dalamama olarak tanımlamakta (France ve Blampied, 1999; Ferber, 1985; Highley ve Dozier, 2009) ve ebeveynlerin, bebeklerin tekrar uykuya dönmesi için yaptıkları davranışların (sallama, besleme vb) bebeklerin uyku problemlerini başlattığını ve bu problemlerin sürmesinde kilit taşı niteliğinde olduğunu belirtmektedir (Highley ve Dozier, 2009).

Gece uyandıktan sonra kendini yatıştırma ve tekrar uykuya dönme davranışını sadece bebeğin yaşına indirgemek yeterli değildir. Etkileşimsel modele göre, gece uyandıktan sonra kendini yatıştırma ve tekrar uykuya dönme davranışı, bebeğin karakterinden, ebeveynlerin karakterinden ve bebek ile ebeveynlerin arasındaki etkileşimden etkilenmektedir (Burnham vd., 2002). Breil vd. (2010), uyku problemlerini sadece bebek kaynaklı veya sadece ebeveynin kaynaklı bir sorun olarak tanımlamamakta, tam tersine bu sorunun bebek ve ebeveyn üçgeninden doğan interaktif bir semptom olarak ele almaktadır.

Bebeklerde ve küçük çocuklarda görülen uyku bozuklukları genellikle organik sebepler elendiğinde davranışsal bir problem olarak görülmektedir. Fakat bu sorunu sadece davranışsal probleme indirmek eksik bir bakış açısıdır. Uykuya dalmak aynı zamanda ötekine ayrılığı yaşatmaktır. Bazı bebekler, ebeveynlerinin bu ayrılık ile baş edememesinden dolayı uyku problemi yaşamaktadır (Breil vd., 2010).

Ebeveynlerden kaynaklanan etkenler incelendiğinde annenin ruhsal hastalıkları ve aile içi dinamiklerdeki kopukluğun uyku problemine neden olduğu bulunmuştur. Ebeveynden kaynaklanan etkenler ile ilgili yapılan başka bir araştırmada ise; uyku problemi olan bebeklerin annelerinde güvensiz bağlanma biçiminin görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Benoit, Zeanah, Boucher ve Minde, 1992). Moore (1989)'a göre, bağlanma figürlerinin "koruyan nesne" rolünü kaybetmesi, bebeklik ve çocukluk döneminde kilit rol oynamaktadır. Bebeklik ve çocukluk dönemlerinde uyku bozukluğuna sık rastlanmanın yanı sıra, bu dönemden taşınan ruhsallığın, yetişkin hayatında uyku bozukluğu yaşanmasında rol sahibi olduğu belirtilmektedir. Kronik uyku bozuklukları, erken dönemde içsel kucaklayıcı çevrenin yetersiz gelişmesinden kaynaklanmaktadır (Özer, 2016).

Doğum özellikleri de (normal, sezaryan, çoklu doğum, prematüre doğum vb.) uyku problemlerinin ortaya çıkmasında bir etken olarak ele alınmaktadır (Breil vd., 2010).

Ailedeki bir bireyin uyku problemi, ailedeki diğer bireyleri de etkilemektedir (Dahl ve El-Sheikh, 2007). Uyku sorunu olan bebek ve çocukların ebeveynlerinde uyku yoksunluğu ve stres görülmektedir (Wolfson vd., 1992). Bebeğin gece uyanmasına bağlı uyku yoksunluğunun annede doğum sonrası depresyon riskini artırdığı ve depresif annelerin, depresif olmayan annelere göre bebeklerinin gece uyanması konusunda daha endişeli ve bu uyanmaları daha sık bildirme eğiliminde olduğu bilinmektedir (Karraker ve Young, 2007).

Bebeklerdeki uyku sorunları, annenin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinden hem doğrudan hem de dolaylı olarak aile içi dinamikleri etkilemektedir. Doğum sonrasında annede gelişen depresyonun, ailenin işleyişi üzerinde olumsuz bir etkisi vardır. Söz konusu depresyon eşler arasındaki ilişkilerde zayıflama ve çatışmaya neden olmaktadır.

Buna ek olarak anne ve çocuk arasındaki ilişkiyi zedelemekte, çocuğun sağlıklı gelişimini etkilemekte ve anne-çocuk bağını tehlikeye atmaktadır (Hiscock vd., 2007; Matijasevich vd., 2015). Dahası uykusuzluk yaşayan ebeveynlerin evliliklerinde çatışmalar görülmektedir (Bai vd., 2019).

Annenin depresyonu çocuk üzerinde negatif etkiler bıraktığı uzun zamandır bilinmektedir. Annenin depresyonda olması, anne-bebek ilişkisinde bozulmalara yol açmaktadır. Yaşamın ilk birkaç ayında bebeğin anneye bağımlılığı çok fazladır ve bebeğin beyni ve sosyal davranışları annesel bakımın örüntüleri ile şekillenmektedir. Depresyonda olan annelerin gösterdiği annesel davranışlarda ve annenin bebeğine senkronize olma davranışında azalma görülmektedir. Depresif anneler, çocuğun isteklerine karşı düşük duyarlılığa ve cevap verme yetisine sahiptir. Ayrıca çocukları ile daha az göz teması kurmakta, daha az duygu göstermekte, daha az tensel temas kurmakta ve daha az konuşmaktadır. Bu annesel davranışlar memeliler arasında yaygındır ve sosyalleşmenin, beyin gelişimi ile duygusal gelişimin parçalarıdır. Annesel dokunuş tüm memelilerdeki genel bir davranıştır ve oxytocin hormonunun salgılanmasıyla doğumdan sonra görülmektedir (Granat, Gadassi, Schectman ve Feldman, 2017).

Uyku sorunu olan bebeklerin anneleri üzerinde yapılan araştırmalarda bu annelerin yaşadıkları stres ve yorgunluk yüzünden depresyona yatkın olduğu, duygusal düzensizlikler yaşadıkları, bebeklerine zarar verme düşünceleri olduğu, bebeklerine ceza verdikleri ve hatta bebeklerini öldürdükleri bulunmuştur (Gradisar vd., 2016; Meltezer ve Mindel, 2007).

Atkinson, Vetere ve Grayson (1995) yaptığı araştırmada çocukların yaşadığı uyku problemi ile çocuğun mizacı arasında pozitif yönde korelasyon bulmuştur. Fakat korelasyonun nedensel bir ilişkiyi açıklamada tek başına yeterli olmamasından dolayı çocuğun mizacının yetersiz uyku yüzünden de etkilenebileceğini düşünmüşlerdir.

Bebek açısından bakıldığında bebeğin mizacının gece uykusu ile bağlantılı olduğu ortaya çıkmıştır. Kendini yatıştıran ve yatıştıramayan bebeklerin mizaçları anne ve babaları tarafından değerlendirilmesi istendiğinde babalar kendini yatıştıran bebeklerin mizacının yatıştıramayanlara göre daha sakin başlı olduğunu söylerken anneler böyle bir değerlendirme yapmamıştır (akt. Burnham vd., 2002). Başka bir araştırmada ise zor

mizaç ve uyku problemleri arasında bağlantı olduğu ortaya çıkmış ve zor uyuyan bebeklerin annelerinin anksiyöz ve depresif özellikler sergiledikleri bulunuştur (Minde ve ark.,1993).

Bebeklerde ve çocuklarda görülen uyku problemlerini çözmek için çeşitli yollar vardır. Medikal ve bitkisel ilaç tedavileri, bebek masajı, anne babanın uyku hakkında eğitilmesi, cranial oseopati, kronoterapi ve davranışsal yöntemler (uyku eğitimleri) söz konusu yollar arasında sayılabilir (Afriyanti, 2018; Ferber, 1985; Welford, 2003).

Mevcut araştırmanın odak noktası davranışsal yöntemler başka bir isimle uyku eğitimleri olduğu için, uyku eğitimleri bir sonraki başlık altında ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

1.4. Bebeklerde Uyku Eğitimi

Bebeklerdeki uyku örüntülerini etkileyen etkenler arasında; bebeğin yaşı ve mizacı (Atkinson, 1995; Keener, Zeannah, ve Anders, 1988), emzirilme ve memede uykuya dalma (Karraker, 2008), annenin doğum öncesi, sırası ve sonrasında yaşadığı durumlar (Anders ve ark., 1985), bebeğin düşük kiloda veya prematüre doğması (Coren ve Searleman, 1985; Middlemiss, 2004), kolik, alerji (Linnell 2009; Mindell, 2004), bebeğin diş çıkarması ve gelişime bağlı durumlar (Ferber, 1985), anne ve babanın bebeğin uyanmasına verdiği tepki (Ferber, 1985; Goodlin-Jones, Burnham, Gaylor, ve Anders, 2001; Karraker, 2008; Mindell, 2004; Middlemiss, 2004), bebeğin kardeşi olup olmaması, annenin ve bebeğin bağlanması (Karraker, 2008; Middlemiss, 2004), ebeveyn-bebek ilişkisindeki durumlar (Van Tassel, 1985) bulunmaktadır. Bu gibi sorunların yanı sıra, bazı uzmanlar bebeklerin ayrılma anksiyetesi sergilemeleri ve kâbus görmesi sebebiyle de uyku örüntülerinin etkileneceğini bildirmektedir (Linnel, 2009).

Yukarıda ifade edilen durumlara bağlı olarak bebeklerde geceleri uyku bölünmesi ve sorunları görülmektedir. Bebekler gece uykusu sırasında birkaç sefer uyanmaktadır ve ebeveynlerine haber vermeden tekrar uykuya kendi kendilerine dalmaktadır. Fakat bebekler kendi kendilerini rahatlatamazlarsa uykuya dönmekte problem yaşamakta ve bunun sonucunda da ağlayarak ebeveynlerini uyandırmaktadır. Ağlama davranışı bazı ebeveynler için rahatsız edicidir ve bu yüzden, çözülmesi gereken bir problem olarak görülmektedir. Bunun aksine bazı ebeveynler, gece uyanmalarını uykunun doğal ritmi

olarak görmektedir ve bunu problem olarak tanımlamamaktadır (Karraker ve Young, 2007).

Ebeveynler ve bebekleri üzerinde yapılan araştırmalarda, bebekleri gece sık uyanan ve bu yüzden uykusuz kalan ebeveynlerin, yaşam kalitelerinin ve bebeklerine bakım verme işlevlerinin düştüğü stres düzeylerinin arttığı bulunmuştur (Sadeh vd., 2010). Bebekte ısrarla süren uyku sorunu annede doğum sonrası depresyonu tetiklemekte ve ebeveynlerdeki stres düzeyini artırmaktadır (Crichton ve Symon, 2016). Bebeklerin yaşamın ilk aylarında gece ağlayarak uyanması, ebeveynlerin uykusu ve evlilik ilişkileri üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Meijer ve Van Der Witenboer, 2007).

Bu gibi durumlar göz önünde bulundurulduğunda, ebeveynlerin büyük bir çoğunluğu bebeklerindeki bu problemi çözmek için uyku eğitimine başvurmaktadır. Uyku eğitimi 0-5 yaş arasında bebek ve çocuklara verilen, amacı uykuyu düzenlemek ve uyku kalitesini artırmak olan bir eğitimdir.

1.5. Uyku Eğitiminin Tarihi

Bebeklerin yalnız uyuması gerektiği düşüncesi, sadece bebeklerin sağlıklı olması ve bağımsızlık kazanması ile ebeveynlerin kendilerine zaman ayırması gibi basit sebeplere indirgenemeyecek kadar karmaşıktır. Kültürel yapı, dini inançlar, ekonomik ve politik etkenlerin hepsi bu düşüncenin şekillenmesinde pay sahibidir. Bu açıdan bakıldığında karşımıza karmaşık bir uyku eğitimi tarihi çıkmaktadır.

İnsan bebeğinin, fizyolojik, duygusal, sosyal ve bilişsel olarak normal gelişebilmesi için fiziksel temas ve dokunmanın son derece önemli olduğu bilinmektedir. Fakat bunun bilinmesine rağmen, dokunma ve fiziksel temasın gündüz bakım vermede öneminden bahsedilirken gece bakımında bu durumun göz ardı edildiği görülmektedir (Barry, 2019).

Uykuyu ve uyku düzenlemesini etkileyen etkenlerden bir tanesi evrimdir. Evrimsel bakış açısına göre; insan bebeği gelişmiş bir beyne sahip olmasının karşılığında doğum kanalından geçebilmek için erken doğmak zorundadır ve bu durum insan bebeğinin tam gelişmeden doğmasına sebep olmaktadır. Eğer tam gelişmiş olarak

doğsaydı doğum kanalından geçmesi imkânsız bir hal alırdı (Karp, 2004; Trevathan, 1996;).

Yeni doğan insan yavrusu, yetişkin bir insana kıyasla beyninin sadece %25'ini kullanabilmekte ve bu nedenle nörobiyolojik açıdan yeterince gelişmemiş olarak nitelendirilmektedir. İnsan yavrusu primatlar arasında en yavaş gelişim gösteren ve annesine fizyolojik destek bakımından en bağımlı türdür (McKenna ve McDade, 2005). Yeni doğmuş bir insan yavrusu kendisine bakamaz ve dış tehditlerden kendisini koruyamaz. Bu sebepten dolayı insan yavrusu doğduktan belli bir zamana kadar kendisine bakamaz. Dolayısıyla bakım verenin yardımına muhtaçtır (Mao, Burnham, Goodling-Jones, Gaylor ve Anders, 2004). Bu sebeple bebeklerin doğumdan sonra annelerine yakın olmaları, anneleri ile uyumaları ve gece gündüz sık sık emzirilmeleri beklenmektedir.

Bu noktada değinilmesi gereken bir diğer önemli konu emzirmedir. Anne sütü çabuk enerji vermesi bakımından şeker yönünden zengindir. Fakat kolay sindirebilir olması için de yağ ve protein yönünden fakirdir. Bu iki durum birleştiğinde bebeğin sık sık emzirilmesini gerekli kılmaktadır. Dolayısıyla bir anne, bebeğini gece veya gündüz uzun süre yalnız bırakamamaktadır. Bu durum, uyku açısından değerlendirildiğinde; anne gece acıkan bebeğini emzirmek için bebeği ile "birlikte uyumak" (co-sleeping) zorunda kalmaktadır. Evrimsel açıdan bakıldığında bu durum beklenen bir durum değil, zorunlu bir durumdur (McKenna ve McDade, 2005; McKenna vd., 1993).

Birlikte uyuma (co-sleeping), anne ve bebeğin bir odada aynı veya ayrı yüzeylerde yatmasını tanımlamak için kullanılmaktadır (McKenna, 2007). Birlikte uyuma, antik zamanlardan günümüze kadar gelen karmaşık bir yapıda olan bir davranıştır. Koruma ve beslenme eylemlerinin yararına olduğu için evrimsel olarak günümüze kadar gelmiştir ve birçok kültürde bu davranışı gözlemlemek mümkündür (Barry, 2019; McKenna ve McDade, 2005; McKenna vd., 1993).

Birlikte uyuma konusunda literatürde çelişkili görüşler bulunmaktadır. Birlikte uyumanın zarar-maliyet ilişkisi göz önünde bulundurularak yararlı olduğunu, hatta ani bebek ölümlerini engellediğini savunan uzmanlar olduğu gibi (McKenna ve McDade, 2005; McKenna vd., 1993) birlikte uyumanın ani bebek ölümlerine sebep olduğunu ve bu yüzden yapılmaması gerektiğini savunan uzmanlar da vardır (Nakamura, Wind ve

Danello, 1999). Birlikte uyumanın ani bebek ölümlerine sebep olmasının yanı sıra bebeğin, ebeveynin çıplaklığına ve ebeveynlerin cinsel yaşamlarına tanık olma ihtimaline maruz kaldığı ve ödipal dönemde çocukların sorun yaşama olasılığı olduğu bazı uzmanlar tarafından belirtilmektedir (akt. Okami, 1995).

Uyku biyolojik bir gereklilik olsa da uyku saatinin ve yerinin ayarlanması kültürden kültüre değişiklik göstermektedir (Airhihenbuwa, Iwelunmor, Ezepue, Williams ve Jean-Louis, 2016; McKenna ve McDade, 2005; Mindell, Sadeh, Wiegand, How ve Goh, 2010).

Batılı olmayan kültürlerde uyku düzenlemesinin daha sosyal olduğu ve tek başına uyuma (ebeveynin çocuk ile uyuması) oranın düşük olduğunu belirtilmektedir. Buna ek olarak batılı olmayan kültürlerde uyku zamanının değişken olduğu ve gün içinde kısa uyku (nap) uyunduğu bilinmektedir. Batılı olmayan kültürlerin uyku ortamının düzeninde loş ışığın, dışarıdan gelen sesin normal karşılanmaktadır. Buna karşılık postmodern endüstri ülkelerinde ise durumun tam tersi olduğu belirtilmektedir. Ebeveynlerin çocuklarından ayrı uyudukları görülmekte, uyku ortamının karanlık ve ses geçirmeyen bir şekilde olması gerektiği savunulmaktadır. Bir diğer önemli fark ise batı kültürlerinde uyku zamanının çalışma saatlerine göre ayarlanmış olmasıdır. Bu gibi koşullar uyku düzenlemesini daha zor hale getirmektedir (Worthman, 2011 s. 167-194).

Uyku düzenlemeleri ve kültür ile ilgili yapılan başka bir araştırmada Amerikalı ve Mayalı anne babaların çocuklarının doğumdan itibaren 2 yaşına kadar nasıl bir uyku düzenlemesi yaptıkları araştırılmıştır. Araştırmada Mayalı yeni doğanların anneleri ile yürümeye başlayana kadar beraber uyudukları bulunmuştur. Amerikalı yeni doğanların bazılarının anneleri ile aynı yatakta uyuduğu tespit edilirken bazılarının 3 veya 6 aya kadar anneleri ile uyudukları, sonra başka bir odaya geçirildikleri bulunmuştur. Mayalı ebeveynler uyku düzenlemelerini bebek ile yakınlık kurma adı altında yaptıklarını belirtirken, Amerikalı ebeveynler ise uyku düzenlemelerini bebeklerinin bağımsız birey haline gelmesi için düzenlediklerini belirtmiştir (Morelli, Rogogg, Oppenhem ve Goldsmith, 1992).

Asya ülkelerinde yaşayan çocukların, Avrupa ülkelerindeki yaşıtlarına göre daha geç saatte uyudukları, uyku sürelerinin daha kısa olduğu ve ebeveynlerinin uyku

bozuklukları konusunda artmış algıları olduğu bulunmuştur (Mindell, Sadeh, Wiegand, How ve Goh, 2010).

Uyku araştırmaları, uykunun bireylerin fiziksel ve ruh sağlığı üzerindeki etkilerini incelemelerine rağmen uykunun sosyal boyutunu göz ardı etmiştir (Dahl ve Sheikh, 2007). İnsanlar sosyal varlıklardır ve topluluk halinde yaşamaktadır. İçinde yaşadığımız en küçük topluluk ise ailedir. Uykunun aile içindeki bağlamı birçok araştırmacı tarafından göz ardı edilse de uyku araştırmaları için önemli bir boyut olabileceği düşünülmektedir (Dahl ve El-Sheikh, 2007).

Evrimsel bakış açısı göz önünde bulundurulduğunda, ebeveyn ve ailenin varlığı ile aile içindeki sağlıklı iletişim dinamiklerinin meydana getirdiği güven hisinin, uykunun kalitesini arttırdığı düşünülmektedir. Bunun tam tersi durum da mümkün olabilmektedir. Aile içindeki stres ve çatışmalar, bozulmuş uykuya sebebiyet verebilmektedir (Dahl ve El-Sheikh, 2007).

Bebek uykusu düzenlenmesinde sadece uzmanların görüş bildirdiğini düşünmek eksik bir bakış açısıdır. Tarihçiler, 500 yıl önce Paris, Brüksel, Münih ve Londra gibi şehirlerin kırsal ve kentsel kesimlerinde yaşayan ekonomik düzeyleri düşük olan annelerin, doğum kontrolünü sağlamak ve aile planlanması yapmak için gece uyurken kasıtlı olarak bebeklerinin üzerine yatıklarını rahiplere itiraf ettiklerini yazmışlardır. Bu durumdan dehşete düşen rahipler ise bebeklerin yatağa alınmaması, anne ve babalarından ayrı uyuması gerektiği ile ilgili vaaz vermeye başlamışlardır. Rahiplerin verdikleri bu vaazlar bebekli ailelerin uyku düzenlemesinin değişmesinde etkili olmuş ve bir nevi uyku eğitimi tavsiyesi niteliği taşımıştır. Tarihteki bu durumun, daha sonra anne ve babanın gizliliği, bebeğin özgüven kazanması, bireysellik gibi sosyal normlara dönüştüğü düşünülmektedir (McKenna, Ball ve Gettler, 2007).

1.6. Uyku Eğitimi Uzmanları ve Uyku Eğitimi Türleri

Ebeveyn olmak zordur ve ebeveynlerin birçoğu, çoğu zaman kendilerini sıkışmış ve yardıma muhtaç hissetmektedir. Bu yüzden uzman kaynaklardan yardım arayışına girmektedirler. Ebeveynlerin sıkça yardım aldığı bu uzmanların büyük bir çoğunluğunun doktor ve hemşire olduğu görülmektedir. Bunu klinik psikologlar ve psikolojik danışmanlar takip etmektedir. Bazı akademik araştırmacıların da çocuk yetiştirme

konusunda kitap yazdığı görülmektedir. Geriye kalan kısım ise profesyonel bir altyapısı olmayan insanlardan oluşmaktadır (Ramos ve Youngclarke, 2006).

Günümüzde yardım arayan ebeveynleri sıkça görmekteyiz. Literatür göz önünde bulundurulduğunda bu durumun bizim zaman dilimimizin öncesinde de olduğunu aktarmak son derece önemlidir. Bu bölümde çocuk yetiştirme konusunda büyük çoğunluğu etkileyen geçmişte ve günümüzde popüler olan kişiler anlatılacaktır. Çocuk yetiştirme konusu geniş bir kavram olduğu için, mevcut araştırmanın konusu gereği uyku ve uyku ile bağlantılı kısımlar (beslenme, ağlama gibi) ele alınacaktır. Ayrıca bu bölümde uyku eğitimi türlerinden de bahsedilecek ve psikanalitik ekolün bu eğitimleri nasıl değerlendirdiği de anlatılacaktır.

Davranışçı ve hijyen yaklaşımı benimseyen uzmanların çocukları nesneleştirdiği ve daha az insancıl yöntemlerle onlara yaklaştığı bilinmektedir. Truby King, Emmet Holt ve John Watson'ın yaklaşımları katı bir beslenme ve uyku programı izlemektedir ve çocuklarla duygusal ilişkiden kaçınma konusunda ebeveynleri uyarmaktadır. 1930'ların sonunda psikanalitik görüşün hâkim olmasıyla bu yaklaşımların yumuşadığı, daha liberal ve ebeveyn merkezli yaklaşımların yerine çocuk merkezli hümanist yöntemlerin gündeme geldiği görülmüştür (Bates, 2019). Çocuk merkezli hümanist yöntemlerin meydana gelmesinde Bowlby'nin bağlanma kuramının etkisi olduğunu düşünmek yerinde bir düşüncedir.

1.6.1. Uyku Eğitimi Türleri

Uyku eğitimi türlerini sınıflandırmak için literatür incelendiğinde, çok çeşitli uyku yöntemlerinin olduğunu görmek mümkündür. Bununla birlikte literatürde, tüm uyku eğitimi yöntemlerini içeren kapsamlı bir sınıflandırmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda literatürde yer alan çeşitli uyku eğitimi yöntemleri incelenmiş ve okuyucunun zihninde kolayca kategorize edebilmesine imkân tanıyan bir sınıflandırma yaklaşımı benimsenmeye çalışılmıştır. Bu noktada, bazı uyku eğitimi türlerinin birden fazla başlık altında yer alması da mevcut sınıflandırmanın muhtemel bir sonucudur.

1.6.1.1. Tüketme Yöntemi (Unmodified Extinction)

Tüketme yönteminin amacı, gece istenmeyen davranışı devam ettiren ebeveyn bakımını saf dışı bırakmaktır. Uyku hijyeni sağlandıktan sonra çocuk tek başına uyuması

için yatağa bırakılır. Ağlasa da ebeveyn yanına gitmez (Galland ve Mitchell 2009). Ağlama ve bağırma, ebeveynin olmamasını çocuğun protesto ettiği şeklinde yorumlanmaktadır (Sadeh, 2005). Ağlama davranışı bir süre sonra tükenmeye yol açmaktadır (Sadeh, 2005). Ebeveynin yokluğunun, çocuğun uyku zamanında kendi kendini teskin etmesini sağladığı düşünülmektedir (Sadeh, 2005). Bazı durumlarda ağlama sonrasında bebeklerin kustuğu görülmektedir. Böyle bir durumda ebeveynden istenen bebek ile mümkün olduğunca az iletişime geçip bebeğin üzerini temizlemesidir (Kennedy, 2015). Bu yöntemin dezavantajı uzun süren içli ağlamalara sebebiyet vermesidir. Bu yöntemi uygulayan ebeveynlerin bir süre sonra bu ağlamaları rapor ettiği ve uygularken zorluk yaşadıkları bilinmektedir. Uzun süreli bu programı uygulamanın sakıncalı olabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak, bebeğe yakın ama duygusal olarak bebek bakımına katılmayan birisinin ebeveynlere göre daha başarılı olduğu literatürde belirtilmektedir (Galland ve Mitchell 2009).

1.6.1.2. Aşamalı Tüketme (Graduated Extinction)

Bu yöntem aynı zamanda kontrolü ağlatma veya Ferberizm olarak bilinmektedir ve tüketme yöntemine göre daha kabul edilir görünmektedir. Bu yöntemde bebek/çocuk beşiğe konduktan sonra ağlamaya başlar ise ebeveynin bebeği uzatılmış zaman aralıklarıyla kontrol etmesine izin verilmektedir. Bu zaman aralıkları 5'er dakika olarak arttırılmaktadır. Eğer bebeğin yardıma ihtiyacı varsa örneğin emziği düştüyse emzik verilir, eğer bebek ile ilgilenilmek gerekiyorsa 15 saniyeden 1 dakikaya kadar minimum düzeyde ebeveyn desteğine izin verilir, fakat bunlar yapıldıktan sonra hemen odadan çıkmak önerilmektedir. Bu yöntemin ebeveynler üzerinde, klasik tüketme yöntemine göre daha az stres yarattığı bilinmektedir (Galland ve Mitchell 2009; Sadeh, 2005).

1.6.1.3. Ebeveyn Varlığında Tüketme (Extinction With Parental Presence)

Bu yöntem ayrılma anksiyetesi yaşayan küçük bebek ve çocuklar için etkili ve ebeveynler tarafından daha fazla kabul gören bir yöntemdir. Bu yöntem hemen hemen tüketme yöntemi ile aynı yapıyı takip etmektedir fakat ebeveyn tüketme aşamasında odada kalmalıdır. Ebeveyn bir yer yatağı ile çocuğun odasında kamp yapmaktadır ve kendisini yavaş yavaş odadan silmelidir. Ebeveynin odada olması çocuğa bir güven hissi verdiği ve bebeğin veya çocuğun gece deliksiz uyumasına yardımcı olduğu düşünülmektedir. Bu yöntemde çocuk beşiğine yarı uykulu yerleştirilir ve iyi geceler

dilendikten sonra ebeveyn yerine geçer. Gece bebek veya çocuk ağladığında ebeveyn yalandan uyuyor gibi yapıp cevap vermeyebilir veya orada olduğunu belli edecek bir şey yaparak çocuğa güvence verebilir. Bazı durumlar da ise ebeveyn, çocuğa kısıtlı ilgi gösterebilir. Fakat bu ilginin amacı, çocuğu rahatlatmak değil uyku pozisyonuna tekrar girmesini sağlamak için yapılmaktadır (Galland ve Mitchell 2009; Sadeh, 2005).

1.6.1.4. Ödül ile Geçiş Programı (Bedtime Pass Program)

Özellikle 3 yaş ve üzeri çocuklar için önerilen tüketme yöntemini baz alsa da ondan biraz farklılaşan bir yöntemdir. 3 ve 3 yaş üzerindeki çocuklarda gözlemlenen yatağa gitmeme/uykuya direnme gibi durumlarda uygulanması önerilmektedir. Bu yöntemde çocuğun yatağına gitmesi istenir. Çocuk gitmeye direndiği zaman ise çocuğa yapabileceği bir davranış için izin verilir. Örneğin; çocuk ya ebeveynlerinin odasında belirli bir süre kalacaktır ya da kendi odası dışında belli bir süre geçirecektir. Seçiminden sonra süresi dolduğunda çocuk odasına gitmeli ve odanın dışına hiçbir şekilde çıkmamalıdır. Bu yöntem 3-6 yaş arasında ufak bir örneklem üzerinde denenmiş ve başarılı olduğu görülmüştür (Galland ve Mitchell 2009).

1.6.1.5. Planlanmış Uyandırma (Scheduled Waking)

Bu yöntemde bebeğin veya çocuğun uykusu 1-2 hafta boyunca ebeveyn tarafından izlenir ve bir uyku günlüğü oluşturulur. Ebeveynler uyku günlüğüne bakarak bebeklerinin veya çocuklarının ne zaman uyanacaklarını keşfetmiş olurlar. Bebeğin veya çocuğun uyandığı zaman diliminden 15-60 dakika önce bebeğin veya çocuğun uyandırılması önerilir. Rastgele uyanmanın miktarı düştüğünde çocuğun uykuda geçirdiği sürenin arttığı görülmüştür (Galland ve Mitchell 2009; Sadeh, 2005).

1.6.1.6. Yatma Zamanının Geciktirilmesi (Fadded Bedtime- Bedtime-Fadding)

Bu yöntemde bebeğin veya çocuğun yatma zamanı çocuğun doğal eğilimine (uyku belirtileri gösterdiğinde) göre geciktirilir ve uyku öncesinde sakin ama eğlenceli aktiviteler eklenmektedir. Uyku rutini düzene girdiğinde uyku saatti biraz daha erkene çekilebilir. (Sadeh, 2005).

1.6.1.7. Ebeveyn Odaklı Uyku Eğitimleri (Desteksiz/Ağlatan) ve Eğitimcileri

1.6.1.7.1. Luther Emmet Holt

Emmett Luther Holt bir çocuk doktorudur ve bilinen ilk ebeveynlik uzmanları arasında yer almaktadır. 1894 yılında yayımlanan "Çocuk Bakımı ve Beslenmesi" (The Care and Feeding of Childeren) adlı kitabın yazarıdır.

Kitabında ebeveyni merkeze alan çocuğu nesneleştiren öneriler bulunmaktadır. Saat merkezli beslenmeye önem vermektedir. Bebeklerin belli bir aydan sonra gece beslenmemesi gerektiğini savunmuştur. Bebeklerin ağlamasını ebeveynin dikkatini çekmek için yaptığını belirtmektedir. Ağlama davranışının sallanma, kucaklanma ve beslenme isteği ile bağdaştırmış ve ebeveynlerin bu isteklere karşılık vermesinin kötü alışkanlıklar doğuracağını savunmuştur. Ayrıca ağlamanın akciğerin bir refleksi olduğunu ve bebekler ağladığında akciğerlerinin açılacağını, ağlamaya müdahale edilmemesi gerektiğini de eklemiştir. Bebeklerin gece kapkaranlık bir odada anneden ayrı uyuması gerektiğini belirtmiştir. Bebeğin anne ile uyumasının bebek ölümlerine yol açtığını ve annenin gece bebeğini sık sık emzirmesine yol açacağını bu durumun hem anne hem de bebek için olumsuz sonuçları olduğunun altını çizmiştir. Bebek ile uyumanın bulaşıcı hastalıklara davetiye çıkarmak olduğunun altını çizmiştir. Bebeğin sallanarak, memede veya emzikle uyutulmasına karşıdır (Holt, 1894).

1.6.1.7.2. Sir Frederick Turby King

Frederick Truby King, pediatri ve bebeklerin duygusal/ ruhsal sorunları ile ilgilenen bir sağlık reformcusu ve cerrahtır. Yaşadığı dönemin ebeveynlerine, bebeklerin bakımı ve beslenmesi konusunda doğru bilgileri aktarmak için Plunkett Cemiyetini kurmuştur. Bu cemiyet Karritane Hemşireleri olarak bilinen özel hemşireler ile ebeveynlere bebek bakımı hakkında bilgiler aktarmakta ve halen faaliyet göstermektedir. 1913 yılında yayımlanan "Bebek Bakımı ve Beslenmesi" (Feeding and Care of Baby) kitabının yazarıdır.

Ebeveynlere bebeklerinin ağlama sebeplerini ayırt etmenin önemli olduğunu ve her ağlamanın sakinleştirilmemesi gerektiğini savunmuştur. Bebeklerin üç sebepten dolayı ağladığını belirtmiştir. Acı olmadan bebeğin ağlamasını akciğer refleksine bağlamış ve akciğerlerin gelişmesi için gerekli olduğunu düşünmüştür. Diğer ağlama sebebini ise bebeğin fiziksel acı içinde olmasına bağlamış ve bunu gerçek ağlama olarak

belirtmiştir. Üçüncü ağlama ise ebeveynin dikkatini çekmek için olduğunu, ebeveynin bu durumda bebek ile ilgilenmemesi gerektiğini savunmuştur. Bebeklerin 24 saat içince sadece 6 kere beslenmelerinin yeterli olduğunu, gece beslenmelerinin annenin uykusunu böldüğünün ve bebeğin bir ritme alışmasını engellediğinin altını çizmiştir. Bebeklerin ebeveynlerinden ayrı bir odada uyumasını önermiştir. Eğer farklı oda mümkün değil ise bebeğin beşiğinin oturma odası veya mutfağa konulması önerileri arasındadır. Eğer bu durum da mümkün değil ise o zaman bebeğin beşiğinin, anne ve babanın yatağından uzağa, odanın en uzak köşesine konulmasını önermiştir. Böyle bir yol izleyerek bebeği bulaşıcı hastalıklara karşı korumanın mümkün olduğunu düşünmüştür. (King, 1913).

1.6.1.7.3. John B. Watson

Davranışçılık ekolünün kurucusu olan John B. Watson, 1928 yılında yazdığı "Bebeklerin ve Çocukların Psikolojik Bakımı" (Psychological Care of the Infant and Child) adlı kitabında, davranışçı ekole bağlı olarak çocuk bakımının nasıl olması gerektiğini anlatmıştır. Kitapta ebeveyni merkeze alan bir tutum ve aşırı katı kurallar olduğu görülmektedir.

Watson'a göre bebekler ve çocuklar belli bir günlük rutin izlemelidir. Watson, ebeveynlere bebek ve çocuklarını yetiştirirken katı bir uyku, beslenme ve oyun rutini uygulamalarını önermektedir. Bebekler ve çocuklar, ebeveynleri tarafından her gün aynı saatte yatağına yatırılmalıdır. Gece uyumaya giden bebek ve çocuğa ilgi gösterilmemelidir ve çocuğun hiçbir isteğine cevap verilmemelidir. Ayrıca çocuğun uyuyacağı oda karanlık ve sessiz olmalıdır (Watson, 1928'den akt. Bigelow ve Morris, 2001; akt. Stearns, Rowland ve Giernella, 1996). Bu uyku eğitimi yöntemi/çocuk yetiştirme felsefesini, aşağıdaki gibi yazarın kendi ağzından özetlemek mümkündür:

> "Çocuklarınızı asla kucaklamayın ve onları asla öpmeyin. Kesinlikle kucağınıza oturmalarına müsamaha göstermeyin. Zorunlu olmadıkça, onlar size iyi geceler dedikten sonra onları alınlarından sadece bir kez öpün. Çok zor bir görevi yerine getirseler de başlarını sadece hafifçe okşamakla yetinin. Bunları bir kez deneyin. Bir hafta içerisinde çocuğunuzla mükemmel denebilecek bir derecede nesnel ve arkadaşça bir ilişki kurmanın aslında ne kadar kolay olabileceğini kendiniz göreceksiniz" (Watson, 1928 akt. Schultz ve Shcultz, 2007 s. 420).

1.6.1.7.4. Richard Ferber

Richard Ferber, başta Amerika olmak üzere tüm dünyada tanınan ünlü bir pediatrist ve aynı zamanda Boston Çocuk Hastanesi'nin pediatrik uyku bozuklukları merkezinin yöneticisidir. Aynı zamanda "Çocuğunuzun Uyku problemini Çözün" kitabının yazarıdır. Kitabında anlattığı "Ferbercilik" veya "Ferber yöntemi" olarak bilinen bir uyku yönteminin sahibidir.

Ferber yönteminde bebeğin ebeveynin kucağında uykuya hazır hale gelmesine izin verilmez, bebek beşiğine konur ve beşiğin içinde uykuya geçmesi beklenmeden bebeğe iyi geceler denilerek odadan çıkılır. Bebek ağlamaya başladığında odaya hemen girilmez. Belirli bir süre sonra ebeveynler çocuğu kontrol etmek için odaya girebilir fakat konuşma, ışığı açma veya kucağa alma gibi davranışları yapmalarına izin verilmez. Eğer bebek çok kötü durumdaysa sadece 1 dakika boyunca bebeğe sevgi dolu sözler kısık sesle söylenilebilir ve dokunulabilir. 1 dakikanın sonunda bebek sakinleşmemiş, ağlıyor olsa bile odadan çıkılır. Ebeveynler, belirli aralıklarla; örneğin birinci gün 10 dakika, ikinci gün 20 dakika şeklinde bebeğin yanına gidebilir, bebeği kontrol edebilir (Ferber, 1985).

Ferber yöntemi aslında modifiye edilmiş uyku eğitimi yöntemidir. Tümüyle tüketme yöntemine dayanan, "bırak ağlasın" yönteminden farklı olarak bebeğin uzun süre odada yalnız kalmasına izin verilmez. Ebeveyn belirli aralıklarla bebeği kontrol etmek için odaya girmektedir. Kontrolü ağlatma terimi buradan gelmektedir.

1.6.1.7.5. Gina Ford

Gina Ford, İngiltereli bir doğum hemşiresidir ve ebeveyn odaklı katı uyku eğitimlerini veren uzmanlar içerisindedir. 1999 yılında "Mutlu Küçük Bebek" adlı kitabında Emmet Holt ve Turby King'in yöntemlerine benzer yöntemleri anlatmaktadır. Gina Ford tüm bebeklerin bütün gece boyunca deliksiz uyuyabilme kapasitelerinin olduğunu savunmaktadır. Ford'un yöntemi, bebekler iki haftalıkken başlamakta ve bebeğin gelişim dönemlerine göre değişiklik göstermektedir. Kontrollü ağlatma yöntemini benimsemektedir. Gina Ford, bebeklerin uykuya geçmesini zorlaştıracak uyku koşullanmalarına izin vermez. Örneğin; gece memede veya biberonda bebeğin uyuya kalmasına izin verilmemesi gerektiğini savunmaktadır. Buna ek olarak geleneksel yöntemler olan bebeği sallama ve pış pışlama gibi yöntemlerin de bebeğin uykuya

dalmasında sorun yaratacağını bu yüzden yapılmaması gerektiğini savunmaktadır. (Ford, 2016).

1.6.1.7.6. Tracy Hogg

Tracy Hogg da Gina Ford gibi İngiliz bir bebek hemşiresidir. "Bebek Bakım Sorunlarına Mucize Çözümler" (Secrets of the Baby Whisperer) adlı kitabın yazarıdır. Hogg da meslektaşı Ford gibi bebeklerin tüm gece deliksiz uyuyabilecekleri görüşünü benimsemektedir. Fakat yöntemi diğer uzmanlardan birtakım farklılıklar taşımaktadır. Bunlardan en önemlisi, yönteminde bebeği rahatlatma müdahalesi olarak kucağa alma olmasıdır. Bu yöntem yatır-kaldır yöntemi olarak da bilinmektedir. Yatır-kaldır yönteminde bebek sadece ağladığı zaman ebeveyn tarafından sakinleştirilmek için yatağından kaldırılır. Bebek sakinleştiğinde tekrar beşiğine yatırılır. Bu süreç, bebek yatağında bağımsız uyumayı öğrendiği zamana kadar sürdürülür. Yatır-kaldır yöntemi dışında Hogg'un da önerileri diğer meslektaşları gibidir. Hogg'a göre gece beslenmeleri ve geleneksel bebeği uyutma yöntemi bebeklerin uykuya dalmasını zorlaştırmaktadır (Hogg ve Blau, 2014).

1.6.1.7.7. Kim West

Kim West, özellikle uyku eğitimi alanında kitaplar yazan lisanslı çocuk ve aile terapistidir. Birçok kaynakta kendisinden "Sleep Lady" olarak bahsedilmektedir. Sleep Lady yöntemi (Türkiye'de daha çok "sandalye yöntemi" olarak bilinmektedir.) kendisinin geliştirdiği ve özellikle 6 ay sonrası bebekler ve çocuklar için önerilen yaklaşık olarak 13-14 gün süren bir uyku eğitimi programıdır. Çocukların uyku saatleri, bu yöntemde adım adım düzenlenmektedir. Bırak ağlasın/tüketme yöntemine göre daha yumuşak bir yöntemdir. West bu yöntemin, tek gecede çözüm bulamayacağını çünkü çocuğa bir beceri kazandıran bir yöntem olduğunu belirtmektedir (West, 2019).

Sleep Lady yöntemi, her yaştan çocuk için uygun olsa da daha çok bebekler ve küçük çocuklar üzerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu yöntem ile kötü uyku alışkanlığı (emzik, biberon, sallanma) gibi durumlardan çocuğu vazgeçirmek amaç edinilmektedir. Bu yönteme başlamak için, bebeğin veya çocuğun gündüz uykularının iyi olduğu bir günün akşamı seçilmelidir. Bebeğin veya çocuğun odasının ışığı açık iken genel uyku ritüellerinin, (emzirmek, şarkı söylemek vb.) yapılması önerilir. Daha sonra ışıklar kapatılmalı (oda da loş bir gece lambası olabilir) ve çocuk uykulu ama hafif uyanık

bir haldeyken yatağa yatırılmalıdır. Çocuk bu aşamada ağlayıp karşı çıkabilir, bu durumda annenin bebeği kucağa almadan hafifçe okşaması istenir. Yönteme hazırlık aşamasından sonra yöntemi uygulamak gelmektedir. Anne bebek beşiğinin yanına bir sandalye yerleştirir ve bu sandalyeye oturur. Bebek veya çocuk uykuya dalana kadar sürekli olmamak şartıyla anne bebeği hafifçe okşayabilir. Bebek veya çocuk uykuya daldığı an elin çekilmesi önerilmektedir. Annelere verilen önemli bir mesaj da ‘’dokunuşun annenin kontrolünde olması’’ gerektiğidir. Başka bir ifadeyle bebek veya çocuğun annenin parmağını, elini veya anneye ait başka bir şeyi tutarak uykuya dalmasına izin verilmez. Yöntemin uygulandığı ilk üç gün boyunca bebeğin veya çocuğun uyandığında anneyi yanında görmesi önemlidir o yüzden anneden ilk üç gün odanın dışına çıkması önerilmez. Bebek veya çocuk her uyandığında, annenin yanına gitmesi ve sorunun ne olduğunu anlamaya çalışması önerilir. Eğitimin dördüncü gönünde sandalye yatak ile kapı arasına çekilmelidir. O gün, anne sakinleştirici seslerle bebeği ile konuşabilir ama sandalyeden çok fazla kalkması önerilmez. Beşinci ve altıncı günler için de bu durum uygulanmaktadır. Yedinci ve dokuzuncu geceler ise sandalye odanın içinde fakat kapının yanında/önünde olmalıdır. Loş ışıkta bebeğin/çocuğun anneyi görebileceği bir yer olması önerilmektedir. Mümkün olduğunca az müdahale edilmesi önerilmektedir. Onuncu ve on ikinci gece arasında sandalye odanın dışında koridorda olmalı ve bebeğin/çocuğun odasının kapısı sandalyeyi görebileceği şekilde aralık bırakılmalıdır. Bu aşamada bebeğin/çocuğun çok fazla karşı çıkması beklenmektedir. Ağlayabilir, örtüsünü beşikten aşağıya atabilir. Bu durumda anneden “anne bir defa üstünü örtecek/oyuncağı verecek ve ondan sonra bunu yapmayacak kendin yapmak zorundasın” demesi ve söylediklerini yapması önerilir. Bu yöntemde eğer çocuk histerik bir şekilde ağlamaya başladıysa çocuğun kucağa alınması önerilmektedir. Çocuk sakinleştikten sonra mutlaka beşiğe konulmalıdır. On üçüncü geceye kadar, eğer çocuk histerik bir şekilde ağlamaya başladıysa çocuğun kucağa alınması önerilmektedir. Ancak çocuk sakinleştikten sonra kesinlikle beşiğe konmalı ve anne sandalyesine geri dönmelidir. On üçüncü gece ve sonrasında ise sandalye koridorda biraz daha geriye konumlandırılmaktadır. Bu açı, bebeğin/çocuğun odasının görüş açısının anneyi görmeye yetmeyeceği ama sesini duyabileceği bir yer olmalıdır. Eğer çocuk ağlarsa, kesinlikle çocuğun yanına gidilmemeli, kapı yanında kalarak sakin ve güven verici bakışlar ile anne bebeğine

bakmalıdır. Bu yöntemde çocuk her ne kadar zor bir gece geçirse bile eğitme ara verilmemesi tavsiye edilmektedir (West, 2019).

1.6.1.7.8. Bebek Odaklı Uyku Eğitimi (Destekli/Ağlatmayan) Ve Eğitimcileri

1.6.1.7.8.1. Elizabeth Pently

Pantley yönteminde ebeveynlere bebeklerini ağlatmadan uyku eğitimi vermeyi öğretmek amaçlamaktadır. Pantley'in yöntemi, diğer uyku eğitimi yöntemlerinden daha fazla zaman almakta ve daha fazla tekrar içermektedir. Bebeklerin yaşına göre verdiği tavsiyeler farklıdır. Bu yöntemde ebeveynlere önerilen, bebeklerin memede veya biberonda uykuya dalmalarına izin vermemektir. Bebeğin uyku ile uyanıklık arasında beşiğine yatırılması istenmektedir. Bu yöntemde diğerlerinden farklı olarak bebek ağladığı zaman onu beşiğinde bırakmak ya da beşiğinden çıkarmadan sakinleştirmek yerine, bebeği beşiğinden çıkarıp kucağa almak, sarılmak ve meme veya biberonu vermek önerilir. Bebek sakinleşip tekrar uyku ve uyanıklık arasına geldiğinde bebek beşiğe konulmalıdır. Bu süreç bebeğin kendi başına uykuya dalabilmeyi öğrenmesine kadar devam etmelidir. Bu noktada özellikle ebeveynlerin, acele etmeden, bebeği zorlamadan, ne kadar zaman alması gerekiyorsa o kadar zamanı bebeğe tanıyarak, bebeğin kendi kendine uykuya dalabilmesini öğrenmesine müsaade etmeleri gereklidir. Diğer bir ifadeyle bebeğe uygun esnek bir rutin izlemek yerinde bir davranış olacaktır. Bunlara ek olarak bu yöntemde ebeveynlere bebeklerini hiç ağlatmamaları öğretilmemektedir. Bunun yerine ebeveynlere, bebeklerinin ağlamalarının ne anlama geldiği öğretilmektedir. Bebekler uyurken ağlama benzeri sesler çıkarmakta ve bu sesleri çıkarmaları birçok uzmana göre normal bir durum olarak değerlendirilmektedir. Ebeveynlerin ağlama sesi ve uyku seslerini birbirlerinden ayırt etmeleri önemlidir. Eğer bebek ağlıyorsa ebeveynin onu sakinleştirmesi gerekir. Diğer taraftan bebek uyku sesleri çıkarıyorsa ebeveyn müdahale etmemeli, bebeğin uyumasına izin vermelidir. Bu yöntemde ayrıca ebeveynlerden beklenen bebeklerine gece-gündüz kavramlarını öğretmesi ve uyku takvimlerini ona göre ayarlamalarıdır (Pantley, 2019).

1.6.1.7.8.2. James J. Mckenna

Biyolojik antropoloji uzmanı, Notre Dame Üniversitesi öğretim üyesi ve Notre Dame Üniversitesi Anne-Bebek Uyku Davranışları Laboratuvarı başkanı olan James McKenna, anne ve bebeğin beraber uyumasını (co-sleeping) destekleyen araştırmaları ile

bilinmektedir. Bebek uykusu, emzirme, bilinmeyen ani bebek ölümleri (SIDS) ve insan davranışlarının evrimleşmesi ile ilgili yayımlanmış 139 makalesi bulunmaktadır. McKenna, maymunlardaki sosyal davranışları incelerken, oğlunun doğumu ile dikkati insan yavrusunun gelişimine odaklanmıştır.

McKenna desteksiz/ağlatan uyku eğitimleri hakkındaki görüşlerini belirtirken, bu yöntemlerin bebeği veya çocuğu bağımsız olmaya teşvik etmediğini, aksine bağlanma örüntüsüne zarar verdiğini ve evrimsel açıdan zararlı olduğunu vurgulamaktadır. McKenna, insan yavrusunu değerlendirirken biyopsikososyal bir canlı olarak ele almaktadır. İnsan yavrusunun evrimsel açıdan savunmasız olarak doğduğunu, anne sütündeki besin değerleri düşünüldüğünde uyku dahil annesinden uzun süre ayrı kalamayacağını, yeni doğan bebeklerin vücut ısılarını gece uykusunda yalnız kaldıklarında ayarlayamayacağını ve bebeğin annesinden ayrı uyuduğunda boğulma (hava yolunun battaniye ile kapanması vb. gibi) olasılığının arttığını ve bu tarz durumların bilinmeyen ani bebek ölümlerine yol açtığını savunmaktadır (McKenna vd., 1993).

1.6.1.7.8.3. Harvey Karp

UCLA Tıp Fakültesi Pediatri Bölümün'de asistanlık yapan bir pediatristtir. Ebeveynlere yönelik kitapları ile geniş bir kitleye hitap etmektedir. Bu kitapların ana konuları; çocuk gelişimi, çocuk sağlığında çevre ilişkileri ve anne sütünü içermektedir. Karp, 5s yöntemi olarak da bilinen Beş Temel Prensip yönteminin geliştiricisidir. Disiplin vermenin önemli bir ebeveynlik görevi olduğuna inanmakla beraber, çok küçük bebekler için bu görüşü geçerli değildir. İlk 4 ayda bebeğe disiplin vermektense, Winnicott'un tabiriyle ona *''kucaklayıcı çevre''* sunmayı daha önemli bulmaktadır (Karp, 2004).

1.6.1.7.8.4. Beş Temel Prensip (5s Yöntemi)

Pediatrist Harvey Karp tarafından geliştirilen bir yöntemdir. Genellikle yeni doğan bebekler için önerilmektedir. Bu yöntem aslında tam olarak uyku eğitimi gibi düşünülmemelidir. Yeni doğan bebekler için destekli uyku modeli olarak ele alınması daha doğrudur. Beş Temel Prensipte amaç, yeni doğanın sakinleşme refleksini tetiklemektir. Sakinleşme refleksi, Karp tarafından kullanılan bir terimdir ve bebeğin ağlamasını, huzursuzluğunun giderilmesi için kullanılır. Sakinleşme refleksi, beş temel prensibin uygulanması ile tetiklenmektedir. Bu yöntemde rahim içi hissin tekrarlanması ve bebeğe hissettirilmesi esastır. Bebekler, anne karnındayken onları sarmalayan dar ve

sıcak bir alanda yaşamlarını sürdürmektedir. Annenin hareketleri, bebeklerin hafifçe sallanmasına sebep olmakta ve dışarıdan gelen boğuk sesler bebeğe ulaşmaktadır (Karp, 2004).

Beş temel prensip; kundaklama, yan veya yüzükoyun yatırma, "şşşt" sesi, sallama ve emme aşamalarından oluşmaktadır. Bu yöntemde bebek gece uyumdan önce kundaklanır ve uyutulur. Bebek huzursuz olduğunda ve gece ağlayarak uyandığında ebeveynler bu yöntemleri sırasıyla uygulayarak bebeği sakinleştirmeye çalışmaktadırlar (Karp, 2004).

Harvey Karp da bebeklerin kendi başlarına uykuya dalmayı öğrenmeleri gerektiğini savunmaktadır. Bu yöntem bazı bebeklerde 3-4 ay civarı bırakılabileceği gibi bazı bebeklerde ise 9 ay ile 1 yaş olana kadar sürdürülebilmektedir. Yöntem bırakılırken birden kesilmemeli, aşamalı olarak bırakılmalıdır. İlk bırakılan aşama emme aşaması, sonra sallama aşaması, sonra "şşş" sesi aşaması, sonra sallama aşaması ve en son ise kundaklama aşamasıdır (Karp, 2004).

1.6.2. Uyku Eğitimine Psikanalitik Yaklaşım

Uyku eğitimi kavramı tarih boyunca değişime uğramıştır. Bu değişimlerde kültürel ve sosyal durumlar etkili olduğu gibi eğitimi veren eğitimcinin yaşadığı dönem de etkili olmuştur.

Uyku eğitimi hakkında üzerinde fikir birliğine varılmış belirli bir tanım ve sınıflandırma yoktur. Fakat uyku eğitimlerinin içerikleri psikanalitik literatür dikkate alınarak incelendiğinde uyku eğitim yöntemlerini desteksiz/ağlatan ve destekli/ağlatmayan olarak sınıflandırmak mümkündür.

Uyku eğitimlerinin kökeninde davranışsal öğrenme yatmaktadır. Bebek uyuma davranışını öğrenene kadar uyku eğitimlerinde, uyku eğitimcisi veya uyku eğitimi kitapları tarafından verilen talimatlar aileler tarafından bebeğe uygulanmaktadır. Uyku eğitimlerinin desteksiz/ağlatan ve destekli/ağlatmayan olarak ayrıldığı nokta burasıdır. Desteksiz/ağlatan uyku eğitimleri daha katı bir süreci izlemektedir. Ebeveyn odaklı yöntemler ve ayarlamalar ön plandadır. Bebek zifiri karanlık bir odada uykuya dalana kadar tek başına bırakılmaktadır. Ağlasa bile yanına gidilmemektedir. Desteksiz/ağlatan

uyku eğitimini destekleyen bazı uyku eğitimcileri, eğer bebek ağlamaktan katıldıysa bebeğin yanına gidilmesini ama ten temasına izin verilmeden 1 dakika boyunca bebeğin sakinleştirilmesini önermektedir. Bebek konuşma ile sakinleşmediyse, bebek ağlar vaziyete bırakılmalı ve odadan çıkılmalıdır. Desteksiz/ağlatan uyku eğitimleri çocuk için, Winnicott (1956)'nın bahsettiği tutma çevresini (holding environment) oluşturmaz. Anne adeta çocuğu terk eder. Tutulmayan çocuk boşluğa düşmektedir. Annenin eksikliğinin olduğu ortamda, bebek için çevresindekileri anlamlandıracak yardımcı ruhsal aygıt ortada yoktur bu sebeple alfa işlevi (Bion, 1962) yerine getirilemez. Çocuk için dünya anlamlandırılmamıştır ve bu dünya şimdi çocuk için dehşet vericidir.

Bu tarz yöntemlerin, bağlanma kuramı göz önünde bulundurulduğunda anne bebek bağlanmasına zarar verdiği varsayılmaktadır. Peki anne, bebeğini uyutmak için neden böyle bir yöntem seçmektedir? Erken çocukluk döneminde edinilen bağlanma stilinin yetişkinlik hayatında sürdüğü bilinmektedir (Bowlby, 1980). Eğer bağlanma figürleri sağlıklı bir bağlanmanın olmasına izin vermiyorsa, annenin kendi anne ve babası tutarsız davranıyorsa, anne çocukluğunda yeterince kapsanmadı ve tutulmadıysa güvensiz bağlanma geliştirmesi muhtemeldir. Annenin yaşadığı bu güvensiz bağlanma kendi çocuğu ile bağ kurmasına müdahale etmektedir. Anne kendi travmasını yeni nesle, başka bir ifade ile çocuğuna aktarmaktadır (Freud, 1926). Annenin ruhsal süreçleri bu kadar negatiflik ile doluyken bebeği tutması ve kapsaması muhtemel değildir (Bion, 1962; Winnicott, 1956).

Destekli/ağlatmayan uyku eğitimlerinde ise bebek odaklı yöntemler ve ayarlamalar ön plandadır. Anne bebeğine dokunur, ama yatağından kaldırmaz, kulağına sevgi dolu sözcükler fısıldar. Fakat bebek ağlamaya devam ediyorsa, anne bebeğini kucağına alır ve sakinleşene kadar onunla ten tene temas ile ilgilenir.

Böylesi bir ortamda çocuk, Winnicott'un deyimiyle tutulmaktadır. Anlamlandıramadığı içsel ve dışsal süreçler annenin kapsayıcı işlevi ile anlamlandırılmaktadır (Bion, 1962; Winnicott, 1956).

Desteksiz/ağlatan uyku eğitimi yöntemlerinin özellikleri aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

1. Tüketme (extinction) yöntemine dayanır. Uyku vakti gelen bebek, hafif uykulu bir şekilde beşiğe yatırılır. Bebek yatağında tek başına uyumayı öğrenene kadar

ebeveyn bakımı yoktur veya 1 dakika ile sınırlandırılmıştır (Moore, Patric, Friman, Fruzzetti ve MacAleese, 2007).

2. Bebeğin uzun süre ağlamasına izin verilir. Odaya bebeğe bakmak için girilmez. Odaya girilmesi gerekiyorsa da bebek beşiğinden çıkarılmaz ve kısa süreli sakinleştirme önerilir. Bebek ağlamaya devam etse bile beşiğe bırakılır ve odadan çıkılır.
3. Modifiye edilmiş tüketme yöntemi veya ebeveynin varlığında tüketme yöntemi içeren, tüketme yöntemine göre daha yumuşak olduğu düşünülen yöntemler dahil ebeveynin bebeği sakinleştirme olanağı kısıtlıdır.
4. Ebeveyn merkezlidir. Ebeveynin saat aralıklarına göre düzenlenmektedir.
5. Çoğunlukla 4 gün ila 2 hafta arasında sürmektedir.

Tüketme yönteminin sonucunda bebekte yoğun ağlamalar ve huzursuzluk hali görülmektedir. Tüketme yöntemi uzun süre sürdürüldüğünde ise bebekte kesilme, başka bir deyiş ile tepkisizlik görülmektedir (Moore vd., 2007). Ebeveynlerin bir çoğunluğu bu deneyimi duygusal olarak rahatsız edici bulmakta ve bebeği katıla katıla ağlarken reddetmenin çok zor olduğunu dile getirmektedirler (Moore vd., 2007; Linnell, 2009).

Destekli/ağlatmadan uyku eğitimi yöntemlerinin özellikleri aşağıdaki gibi ifade etmek mümkündür

1. Tüketme yöntemi yerine bağlanma kuramına dayanır. Bebeğe eğitim vermekten çok bebeğe rutin kazandırmak için yapılmaktadır.
2. Bebeğin uzun süre ağlamasına izin verilmez. Bebek ağlarsa, ebeveynin bebeği kucağına alıp sakinleştirmesine izin verilir.
3. Bebek merkezlidir. Bebeğin içsel ihtiyaçlarına göre düzenlenmektedir.

1.6.3. Uyku Eğitimi ile İlgili Daha Önce Yapılan Araştırmalar

Gradisar vd., (2016) yaşları 6 ile 16 ay arasında değişen 27'si kız, 16'sı erkek 43 bebek üzerinde yaptıkları deneyde, bebekleri rastgele deney gruplarına atayarak birinci gruptaki bebeklere kontrolü ağlatma (kademeli tüketme yöntemi) uygulanırken, ikinci gruptaki bebeklere, her gece 15 dakika yatağa geç gitmelerini gerektiren başka bir uyku eğitimi (bedtime fading) yöntemi uygulamıştır. Üçüncü gruptaki bebekler ise kontrol grubu bebeklerdir. Deneyde bebeklerin stres düzeylerine, annelerin duygu durumlarına

ve stres düzeylerine annelerin bakılmıştır. Buna ek olarak 12 ay sonra bebeklerin duygusal ve davranışsal problemlerine ve ebeveyn çocuk bağlanmasına bakışmıştır. Araştırmanın sonucuna göre; kontrolü ağlatma ve her gece yatağa 15 dakika geç gitme yöntemlerinin etkili olduğu bulunmuştur. Araştırmada incelenen uyku eğitimi yöntemlerinin, bebeklerdeki uzun dönem stresi üzerinde etkili olmadığı ve anne çocuk bağına zarar vermediği tespit edilmiştir.

Uyku eğitimi ile ilgili başka bir araştırma ise Moore vd., (2007) tarafından uykuya direnen çocuklar üzerinde yapılmıştır. Bu araştırmada tüketme yöntemlerine dayanan "Bedtime Pass" adı verilen yöntemin etkinliğine bakılmıştır. Araştırmanın sonucunda Bedtime Pass programının uygulandığı çocukların, uygulanmayan çocuklara göre gece odalarından daha az çıktıkları bulunmuştur. Bununla birlikte, küçük çocukların bilişsel kapasiteleri gelişmediği için değiştirilebilir ödül içeriğini anlamadığı, büyük çocukların ise kabul edilemez bulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunlara ek olarak araştırmanın bulguları arasında ebeveynlerin diğer uyku eğitimi yöntemlerine göre bu yöntemi daha uygun buldukları gözlemlenmiştir.

Price, Wake, Ukoumunne ve Hiscock (2012) tarafından yapılan başka bir araştırmada davranışsal yöntemlere dayanan uyku eğitimlerinin, uzun dönemli pozitif ve negatif sonuçlarına bakılmıştır. Araştırmada bebekler 7 aylıktan 5 yaşına kadar izlenmiştir. Araştırmanın sonucunda davranışsal yöntemlere dayanan uyku eğitimlerinin, uzun dönemli pozitif ya da negatif sonuçlarına ulaşılmamıştır. Fakat araştırmacılar, kısa dönemli çözüm elde edebilmek adına uyku eğitimi yöntemlerin uygulanmasında bir sakınca olmadığını da belirtmektedir.

Benzer bir araştırmada Crichton ve Symon (2016), verilen uyku eğitiminin bebeklerin uykusu üzerindeki etkisine ve bebeğin ruhsal durumu üzerinde uzun dönemli etkilerinin olup olmadığını incelemiştir. Araştırma bulguları arasında, bebeğin uykusunun arttığı ve bebek üzerinde uzun dönemli negatif bir sonucun olmadığı bulunmuştur.

Middlemiss, Granger, Goldberg ve Nathans (2012)'ın 25 bebek üzerinde yaptığı araştırmada ise, 5 gün süreyle desteksiz uyku eğitimi veren annelerin ve 5 gün süreyle desteksiz uyku eğitimi alan bebeklerin fizyolojik süreçlerine bakılmıştır. Araştırma

başladıktan 2 gün sonra anneler ve bebeklerinden alınan salya ile kortisol seviyelerine bakılmıştır. İlk gün anne ve bebeğin kortisol seviyesinin aynı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. İkinci gün bebeği desteksiz uykuya hazırlama aşamasında annenin ve bebeğin tekrar kortisol seviyesinin yükseldiği bulunmuştur. Üçüncü gün ise annelerin kortisol seviyesinin düştüğü fakat bebeğin gece desteksiz uykuya geçiş aşamasında yardım çağrısında bulunmadığı ve kortisol seviyesinin yüksek olduğu bulunmuştur.

Uyku eğitimi ile ilgili ülkemizde yapılan araştırmalar ise daha çok tez olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ergenci (2019) tarafından yapılan araştırmada 20 gönüllü anne ve 20 bebeği üzerinde uyku eğitim programının (5s yöntemi-Harvep Karp) etkisine bakılmıştır. 10 anne ve bebeği kontrol grubunu oluştururken 10 anne ve bebeği deney grubunu oluşturmaktadır. Deney grubundaki 10 anneye 5 oturum uyku eğitimi sonrasında eğitimin işe yarayıp yaramadığını belirlemek için test uygulanmıştır. Deneyin sonucunda bebeklere verilen uyku eğitiminin; uyuduğu yer, pozisyon, yatağa gitme rutini sıklığı, uyku rutinine başlama saati, uykuya dalmakta zorlanma sıklığı, gece uyanma sayısı ve sıklığı, gece uyanık kalma süresi, uyanmadan geçirilen en uzun uyku süresi, gece uyunan toplam uyku süresi, gündüz uykusu sayısında ve toplam uyku süresinde, gece uyku kalitesi gibi uyku sürecine ilişkin durumlarda etkili olduğu bulunurken; bebeklerin uykuya geçme şekli, uykuya geçme süresi, gece uyanmalarında annelerin sergilediği uygulamalar, gündüz toplam uyku süresi ve gece uyuma zamanındaki zorluk gibi durumlarda etkili olmadığı görülmüştür.

Cırdı (2019) tarafından yapılan başka bir araştırmada ise 172 bebek 18. Aya kadar boylamsal olarak incelenmiştir. Daha sonra üçüncü Aydan itibaren sağlıklı olarak kabul edilen bebekler arasından rastgele bir şekilde seçilen alt çalışma grubuna bebeklerin yaşlarına uygun olarak uyku eğitimi verilmiştir. Buna ek olarak deneye katılan bebeklerin ailelerine 71 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır. Bebeklere beşinci ve dokuzuncu aylarda Denver Gelişimsel Tarama Testi uygulanmış ve bebeklerin tam kan sayımına ve diğer kan değerlerine bakılmıştır. Bebeklerin annelerine ise Pittsburg uyku kalite ölçeği uygulanmıştır. Araştırmanın sonucunda uyku düzeni oluşturulmasında kültürel özelliklerin etkili olduğu bulunmuş, kontrol grubundaki bebeklerin, deney grubuna göre;

uyku nesnesi kullanma sıklığı, gündüz uyku sürelerinin daha uzun olduğu, gece uykuya yalnız dalma becerisinde daha iyi olmaları gibi sonuçlara ulaşılmıştır.

1.7. Annenin Ruhsal Süreçleri

1.7.1. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramı Bowlby ve Ainsworth'un (1991), ortak çalışmalarından doğmuş bir kuramdır. Bowlby kuramı oluştururken davranış bilimleri, güdü bilimi, gelişimsel psikoloji, psikanaliz ve bilgi işleme süreçlerinden yardım alarak kuramın temel ilkelerini ortaya koymuştur. Bowlby'nin kuramı, anne ve çocuk bağı ve bu bağın ayrılık, yoksunluk ve yas ile tahrip edilmesi hakkındaki fikirler üzerindeki düşünceleri devrim niteliği taşımaktadır. Ainsworth ise Bowlby'nin oluşturduğu kuramı sadece ampirik olarak test etmekle kalmayıp, kuramı geliştirmek için emek harcamıştır (Bretherton, 1992).

John Bowlby uyumsuz çocukların kaldığı yatılı okulda gönüllü olarak çalışırken, iki çocuk dikkatini çekmiştir. Bu çocuklardan bir tanesi; izole olmuş, duygu göstermeyen ve annesi ile sağlam bir ilişki geliştiremeyen bir ergen iken, diğer çocuk ise Bowlby'nin peşinden ayrılmayan anksiyöz bir çocuktur. Bowlby, bu iki çocuğun durumunun merakını uyandırmasıyla araştırmalarını çocuk psikiyatrisi ve psikoterapisine yönlendirmiş ve başvurduğu psikanalitik eğitim programına kabul edilmiştir. Londra'da bir çocuk kliniğindeki deneyimleri, Bowlby'i çocukların ebeveynleri ile olan etkileşimlerinin onların gelişimine katkı sağladığı fikrine ikna etmiştir. Yine aynı klinikte 44 genç yetişkin hırsız üzerinde yaptığı araştırmada uzun süredir devam eden anne yoksunluğunun, bu genç yetişkinlerin ortak noktası olduğunu keşfetmiş ve bu gençlerin, annelerinden erken yaşta ayrılmasıyla suç işlemeleri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu bulmuştur. Bowlby'nin araştırmalarının yönünü belirleyen bu temel araştırma, daha sonra onun anneden erken yaşta ayrılma sorunsalı üzerinde durmaya itmiştir (Ainsworth ve Bowlby, 1991). Bowlby bağlanma kuramını oluştururken, ağırlıklı olarak nesne ilişkileri kuramından ve evrimsel yaklaşımlarından yardım almıştır. Bowlby'nin kuramını endokrin, nörofizyoloji ve duyusal bilginin çevre ile etkileşimi üzerine odaklanan psiko-biyolojik bir kuramdır (Ainsworth, Blehar, Watters ve Wall, 1978 s. 3-4).

Bağlanma kuramına bir diğer katkı sağlayan isim ise Mary (Salter) Ainsworth'dur. Mary Ainsworth (1991), kendisini ve ailesinin onu nasıl yetiştirdiğini anlamak için onur derecesiyle girdiği Toronto Üniversitesi psikoloji bölümünde, William E. Blatz'ın formüle ettiği "güvenlik teorisi" (theory of security) ile ilgilenmiştir. Ainsworth mezun olduktan sonra, Toronto Üniversitesinde Blatz ile bu teori üzerinde tez yazmaya başlamıştır. Ainsworth bilgi edindikçe, Blatz'ın teorisinin sadece bilinçli süreçleri ele alması ve dolayısıyla Sigmund Freud'un bilinçdışı kavramını yok sayması nedeniyle bu teoriyi takip etmeyi bırakmıştır. Toronto Üniversitesinden ayrılıp, Leonard Ainsworth ile evlenen Mary Ainsworth, daha sonra Tavistock Kliniğinde, farklı sebeplerle annesinden uzak, kurumlarda kalan bebek ve çocukları incelemeye başlamıştır. 1950'li yıllarda Ainsworth, Bowlby'nin kurduğu araştırma ekibine katılmıştır. Ainsworth, "Yabancı Durum Deneyi" adını verdiği çalışmasında bakım verenlerinden ayrılmak durumunda kalıp sonra tekrar bir araya gelen bebek ve çocuklarda üç tip bağlanma davranışı gözlemlemiştir. Bunlardan ilki güvenli bağlanma davranışı iken diğer ikisi kaçıngan ve kararsız olmak üzere güvenli olmayan bağlanma davranışıdır (Ainsworth ve Bell, 1970).

Geleneksel tanımını yapmak gerekirse bağlanma; bebek ve annenin arasında karşılıklı gelişen sosyal ilişkide, bebeğin içgüdüsel bir eğilim olarak annesine yakın olma isteği ile ortaya çıkan ve çoğunlukla belirli stres durumlarında (açlık, ayrılık vb.) daha çok belirginleşip ortaya çıkan, süreklilik ve tutarlılık arz eden duygusal bağdır. Bağlanma davranışları yakınlığı aramaya teşvik eden davranışlardır. İnsan yavrusu bakım veren ile yakınlık kurmak istediğinde yakınlığı teşvik edici davranışlar sergilemektedir. Bowlby'e göre bu davranışlar; gülme, ağlama, takip etme, tırmanma, emme ve seslenmedir. Bu davranışlardan ağlama ve gülümseme anneyi yakına çekmek için kullanılır. Takip etme ve tırmanma davranışı ile bebek kendisini annenin yakın tutar, emme davranışının yolu açılır. Seslenme davranışında ise bebek dördüncü aydan sonra annesine kendi dilince seslenir ve onu yakınına çeker. Bebek, kaygı ve korku verici durumlardan korunabilmek için bu duygusal bağa ihtiyaç duymaktadır. Bağlanmanın biyolojik/evrimsel fonksiyonu ise hayata kalmaya yardımcı olmasıdır. Bebek, annesine yakın kalarak hem bakım görmektedir hem de yırtıcılardan nasıl korunacağını öğrenmektedir. Bowlby'e göre bebek, annesinden ayrı kaldığında karşı çıkma, umutsuzluk ve kopma davranışları sergilemektedir. (Ainsworth ve Bell, 1970; Bowlby, 1969; 1980; 1988).

Bowlby (1969) bağlanma için “dependence” (bağımlılık) yerine “attachment” (bağlanma) kelimesini tercih etmiştir. Bowlby’e göre bağımlı olma ve bağlanma farklı kavramlardır. Bebek doğduğunda fiziksel ihtiyaçlar bakımından annesine bağımlıdır fakat henüz bağlanmamıştır. Anne ve bebek arasındaki sosyal ilişki geliştikçe bağlanma davranışı ortaya çıkmaktadır.

Bağlanma kuramının merkezine anne ve bebek bağını konumlandıran Bowlby, bebeğin sağlıklı bir birey haline gelebilmesinde anne ve bebek arasındaki bu bağın niteliğinin belirleyici bir etken olduğunu vurgulamaktadır. Bowlby, bağlanma davranışı için *‘’bağlanma davranışının insan doğasının esas parçası olduğunu ve beşikten mezara kadar insanın hayatını şekillendirdiğini’’* belirtmektedir (Bowlby, 1973 s. 139). Bu ifadeden anlaşılacağı üzere, bağlanma sadece bebeklik dönemine özgü değil, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlikte de devam eden bir örüntüdür.

Çocuktan gelen sinyallere duyarlı bir şekilde cevap veren, bebeği “tutan” bir annenin varlığında, çocukta güvenli bağlanma gelişmektedir. Bunu takiben çocukta neşe, güvenlik ve “değerli bir varlığım, sevilmeye değerim” hissi oluşmaktadır (Bowlby, 1988). Sigmund Freud bu hissi “kuvvetli ego” Erikson ise “temel güven” olarak açıklamaktadır (Güvendeğer-Doksat ve Demirci-Çiftçi, 2016). Fakat bebeği “tutamayan” bir annenin varlığında bu bağ tehdit altındadır. Bebeği tutamayan bir annenin varlığında bebekte kıskançlık, kaygı ve öfke görülürken, bu bağ kırıldığında ise yas ve depresyon görülmektedir (Bowlby, 1988).

Rene Spitz (1965) 6-8 ay arasındaki bebeklerin birbirini izleyen 3 ay boyunca anne bakımından uzak elverişsiz bir ortamda ilk ay ağlayarak ısrarcı bir tutum sergilediklerini, ikinci ay ısrarcı ağlamaların yerini dertli iniltilerin aldığını, üçüncü ayda ise çocuğun donduğunu, öteki ile iletişim kurmadığını hatta kilo kaybettiğini ve gelişiminin durduğundan bahsetmektedir. Bu duruma “anaklitik depresyon” adı verilmektedir. Spitz’in gözlemleri bağlanmanın hayati önem taşıdığını göstermektedir.

Bağlanma örüntüleri belirli bir olay karşısında belirginleşip, gözlemlenebilir bir hale gelirken, diğer belirli bir olay ile (annenin bebeği kucağına alıp sakinleştirmesi gibi) dinmektedir. Çocuğun bağlanma örüntüsü özellikle acı verici durumlarda, tükenmişlik durumunda, hastalık durumlarında, yabancı birinin var olma durumunda, korku ve kaygı

verici herhangi bir durumda ve annenin erişilemez olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır (Bowlby, 1969; 1988).

Anne ve bebeği doğumdan itibaren birlikte geçirdikleri süre zarfında canlı bir sosyal ilişki geliştirmeye başlamaktadır. Anne ve bebeğin etkileşimi karşılıklı olarak birbirlerini görmesiyle başlar, senkronize yüz hareketleri ve ses tonlamasıyla da gelişimini sürdürür. Bebek, annesi ile iletişim halinde kalabilmek için ona gülümser ve annesinin dikkatini çekecek ilgi çekici davranışlarda bulunur. Bu davranışlar; gülümseme, anneyi takip etme, tutunma, sevimli sesler çıkarma ve kollarını sallamadır. (Bebek kollarını havada sallamaya 6. ay civarı başlamaktadır.) Bu davranışlar ise anneyi tekrar aktive etmekte ve sosyal etkileşimin devamını sağlamaktadır. Bebeğin anne ile olan bu etkileşimleri, çocuğun dünyayı tanıması ve keşfetmesi için güvenilir bir alan oluşturmaktadır. Bebek çevresini keşfederken, bu güvenilir alandan dayanak alacak ve tehlikeli bir durum ile karşılaştığında ise onu koruyacak olan bu güvenli alana geri dönecektir. Bowlby'e göre bebek, bir süre sonra annenin güvenli alan konumunu ve onunla olan ilişkini içselleştirmeye başlayarak kendisi ve öteki ile ilgili "içsel çalışan modeller" (internal working models)'ni oluşturmaya başlayacaktır. İçsel çalışan modeller, bebeğin ileriki yaşantısına taşınmakta ve bağlanma örüntüsünün temelini oluşturmaktadır. Bebek, içsel çalışan modeli oluştururken anne, bebeğinin ihtiyaçlarını anlıyor ve bu ihtiyaçlar ile uyumlanabiliyorsa bebek güvenilir bir bağlanma figürünü içselleştirecektir. Bunun tam tersi bir durum da söz konusu olabilmektedir. Anne tutarsız davranıyorsa, bebeğin ihtiyaçları ile uyumlanamıyorsa bebek, güvensiz bağlanma figürünü içselleştirecektir. (Bowlby, 1969; 1973; 1988).

Bowlby'nin bağlanma kuramı için yaptığı çalışmalarını ampirik olarak test eden Ainsworth ve Bell, literatüre "Yabancı Durumlar Deneyi" (Strange Situation Experiment) olarak geçen deneylerinin gözlemleri sonucunda güvenli bağlanma sınıfına giren çocukların; bakım verenin ayrılıp geri gelmesinden sonra gerginlik veya stres belirtileri göstermelerine rağmen, yakınlık aradığını ve yakınlık görünce sakinleştiğini gözlemlemiştir. Kaygılı bağlanma kategorisine giren çocukların, bakım veren ayrılıp geri geldiğinde aşırı kaygı gösterdiği ve bakım verene karşı ikircikli davranışlar sergilediği görülmüştür. Kaçıngan bağlanma grubuna giren çocukların ise bakım vericileri ile

yakınlaşmadıkları, bakım veren ayrılıp odaya girdiğinde bile kayıtsız kaldıkları gözlemlenmiştir (Ainsworth ve Bell, 1970).

Bowlby (1977) bağlanmanın ömür boyu sürdüğünü ve yetişkinlikte de devam ettiğini söylemiştir. Main ve arkadaşları yetişkinlikteki bağlanma biçimlerini ortaya çıkaran, yarı yapılandırılmış bir test olan "Yetişkin Bağlanma Görüşmesi"ni (Adult Attachment Interviews) geliştirmiştir. Main ve arkadaşlarının yetişkin bağlanma biçimlerini araştırması, bağlanma kuramında ikinci bir devrim olarak görülmektedir (Wallin, 2007, s.25). Main ve arkadaşları yaptıkları araştırmalarda bağlanmanın nesilden nesle aktarıldığını, ebeveynlerin kendi anne ve babası ile deneyimlediği bağlanma biçimlerinin, kendi çocukları ile kuracakları bağlanma biçimleri üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur (Main, Casidy ve Kaplan, 1985).

Yetişkinlikte bağlanmanın nasıl olduğuna dair bir başka araştırmada ise Hazan ve Shaver (1987), Ainsworth'un çalışmasından yola çıkarak, bebeklikte görülen üç tip bağlanma davranışının, yetişkinlikte de var olduğunu ve yetişkinlerin romantik ilişkilerinde belirleyici bir etken olduklarını ortaya koymuştur. Yazarlar, "romantik sevgiyi" (romantic love) yetişkin insanların yaşadığı bir çeşit bağlanma olarak görmektedir.

Bartholomew ve Horowitz (1991), John Bowlby'nin öne sürdüğü kendilik ve ötekine ilişkin değerlendirmeler ve Ainsworth'un üçlü bağlanma modeli üzerinde çalışmalar yapmış ve Ainsoworth'un üçlü bağlanma modeline "düzeni bozulmuş bağlanma" (disorganize attachment) biçimini ekleyerek, "dörtlü bağlanma modelini" literatüre kazandırmıştır. Bartholomew ve Horowitz (1991), diğer bağlanma kuramcıları gibi, bebeklik dönemindeki birincil bağlanma figürlerinin yetişkinlik dönemindeki bağlanma stillerinin temel yapı taşları olduğunu ve bu yapı taşlarının sağlam olup olmamasının yetişkinlikte yaşanan bağlanma biçimini etkileyeceğini söylemiştir.

1.7.2. Bağlanma Kuramı, Annelik ve Travmanın Ruhsal Olarak Aktarılması

Bakım veren ile kurulan bağın etkisi yaşamın ilerleyen zamanlarında da kendisini gösterecektir (Bowlby, 1980). Ebeveynin, kendi anne ve babası ile olan bağlanması

ebeveynin; çocuğu ile olan bağlanmasında ve ebeveynlik tarzlarında etkilidir (Main, Casidy ve Kaplan, 1985; Serbin ve Karp,2003; Van Ijzendoorn, 1992).

Anneler üzerinde yapılan bir araştırmada annelerin bağlanma biçimlerinin, annelerin bebek bakım davranışları üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Güvensiz bağlanan annelerin, bebeklerine bakarken evde kalmakta zorlandığı, bebeklerinin yakınlık davranışlarına karşı çıktığı ve bebeği stresli durumlarda rahatlatmakta zorluk yaşadığı bulunmuştur (Karie, 2001). Bu durumda bakılması gereken nokta annenin ruhsal süreçleridir. Annenin, annelik rolünü üstlenememesi, bebeğini tutmada ve kapsamada zorluk yaşaması ve bebeğin yakınlık arayışına dair kayıtsız kalması, kendi çocukluğundan getirdiği yaşantıları düşündürmektedir. Arnoux (2007)'ye göre bir kişinin ruhsallığı, sahip olduğu ailenin geçmişinden etkilenmekte ve izler taşımaktadır. Anne çocukluğunda kendi annesi tarafından kapsanmamış ve kendi annesi ile çatışmalı bir ilişki yaşıyorsa, patolojik olarak annesine çok yapıştıysa ve sağlıklı ayrışmada sorun yaşıyorsa bu patolojik tasarımlar anne tarafından kendi bebeğine yansıtılabilir (Atak, 2019).

Annenin ruhsal süreçlerini bebeğine aktarması "nesiller arası aktarım kavramını akıllara getirmektedir. Geçmiş travmalar, kayıplar bireyin ruhsallığında iz bırakmaktadır. Travmalar ve kayıplar anlaşılmaz, yeterince üzerinde çalışılmaz ise bunların sonraki nesillere aktarılması ve sonraki nesillerde patoloji olarak ortaya çıkması söz konusudur (Parman, 2009). Başka bir ifade ile "travmanın tekrarı" kaçınılmaz olmaktadır (Freud, 1926).

Sigmund Freud "Tekinsiz" adlı makalesinde bilinçdışının, yineleme zorlantısı (repetition compulsion) adını verdiği özelliğinden bahsetmektedir. Yineleme zorlantısı temelini dürtülerden almaktadır ve haz ilkesinin özelliklerini bozmaktadır (Freud, 1919). Sigmund Freud (1920) "Haz İlkesinin Ötesi" adlı makalesinde yineleme zorlantısı kavramını tekrar ele alıp ölüm dürtüsü ile kompulsif yineleme arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Freud (1926)' ya göre yineleme zorlantısı hazdan uzak travmatize edici bir olayı bilinçdışı bir şekilde tekrar yaşama dürtüsüdür. Yineleme zorlantısı haz değeri taşımaktadır ve travmatize eden durumun acısını hafifletmek için kullanılır (Freud, 1926). Freud, yineleme zorlantısını açıkladığı makalelerinde aslında bu kavram ile ruhsal travmanın aktarılmasına gönderme yapmaktadır.

1.7.3. Annenin Kapsayıcılığı –Kapsayıcı İşlev

Wilfred Bion, Melanie Klein'ın analizanı ve öğrencisidir. O da hocası Klein gibi erken dönem patolojisine ilgi duymaktadır. Şizofrenik hastalarla yaptığı çalışmalar ile psikanalitik kurama katkı sağlamış, psikozun anlaşılmasında önemli bir rol oynamıştır. Psikotik hastaların düşünce ve dil bozukluklarını inceleyerek düşüncenin doğuşu hakkında psikanalitik kavram geliştiren ilk psikanalisttir (Tükel, 2015). Bunlara ek olarak Melanie Klein'ın 1946 yılında ortaya attığı, yansıtmalı özdeşim kavramının geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir (Mitchell ve Black, 2012).

Gözlerini dünyaya yeni açan bir bebek hem içeriden hem de dışarıdan gelen uyaranlara karşı savunmasızdır. Onu bu uyaranlardan koruyacak ve dağılmasını engelleyecek bir birime ihtiyaç duymaktadır. Bion, bebeğin bu nüfuz edici uyaranlardan korunabilmesi için annenin dönüştürücü işlevine, başka bir ifade ile kapsayıcı işlevine vurgu yapmaktadır (Bion, 1962).

Bion, bebeğin içeriden (açlık, susuzluk) ve dışarıdan (ses, ışık) nüfuz eden beta elemanlarıyla (uyaranlar) başa çıkabilecek ve onları işleyip anlamlandırabilecek bir ruhsal aygıta sahip olmadığını belirtmektedir. Bu dönemde dönüştürücü bir ruhsal aygıttan yoksun bir bebeğin en önemli ihtiyacı, onun bu çiğ duyumlarını dışarı yansıttığında içine alıp işleyecek ve dönüştürecek bir annenin varlığıdır (Bion, 1959).

Anne bebekten gelen çiğ duyumları ruhsallığına alıp işlediğinde "reverie" adı verilen düşlemleme kapasitesini bebeğine sunar. Anne adeta bebeğin anlamlandıramadığı ham, işlenmemiş beta öğelerini alır ve onları bebeği için sindirip anlamlandırarak başka bir ifade ile alfa öğelerine çevirerek bebeğine sunar. Bu dönüştürücü işleve "kapsayıcı işlev" (containing function) denilmektedir. Bu dönüştürücü işlevde anne kapsayan, bebek ise kapsanandır. Bion (1962), dönüştürücü bir eylem olan kapsayıcı işlevi bebeği ile uyum sağlamış annelerin yapabildiğini dile getirmektedir.

Bion, kapsayıcı işlev sırasında dikkat edilmesi gereken bir nokta olduğunu belirtmektedir. Bu önemli nokta, annenin bebeğin ihtiyaçlarına uygun bir şekilde cevap vermesidir. Eğer anne, kendi ruh sağlığında sağlıklı değilse, bebeğin ihtiyaçlarını görmezden geliyorsa veya bebeğin ihtiyacına göre cevap veremiyorsa, bebeği yanlış bir şekilde sakinleştirmeye çalışıyorsa bebek yoğun beta uyaranlarına maruz kalmakta ve

boşluğa düşmektedir. Bebeği için duygusal açıdan ulaşılamaz olan bir anne (düşleme yetisi olmayan, tutma yetersizliği olan bir anne), bebeğin katlanamadığı negatif öğeleri bebeğine geri yansıtabilir. Bu durumda bebek "isimsiz dehşet" denilen bir korku durumuna itilmiş olur. Bir süre sonra bebek, annenin bu kayıtsızlığını içe alma savunması ile içselleştirir. Bu durum gelişme sürecinde beta öğelerini alfaya dönüştürememe durumuna yol açmaktadır. Dolayısıyla simgeleştirme kapasitesi etkilenmektedir. Alfaya dönüşmeyen beta unsurları, bebeğin zihninde dönüştürülmemiş olarak kalmakta ve anlam oluşturmasını engellemektedir. Beta elemanları ruhsal aygıtta fazlalaşmaya başladığında simgeleştirme kapasitesi gelişemez ve bu durum düşünme yetisinde bozulmalara sebebiyet vermektedir. Bu açıdan bakıldığında annenin kapsayıcı işlevi, bebeğin ve çocuğun simgeleştirme kapasitesi üzerinde önemli bir rol oynamaktadır (Bion, 1965; 1962; 1967).

Kapsayıcı işlev kavramı, Spitz'in "yardımcı ego" ifadesine benzemektedir. Spitz'e göre bebek anne rahminin içinde kurduğu fizyolojik bağı, anne rahminden dışarıya çıktıktan sonra da psikolojik olarak devam ettirmektedir. Bebek, annesi ile adeta simbiyotik bir bağ içindedir. Bebek hayatını kendi başına anlamlandıracak ve idare edecek ego kapasitesi geliştirene kadar annesine muhtaçtır. Bebek ego kapasitesini geliştirene kadar, anne, hayatı bebeği için anlamlandırarak (betaları alfaya çevirerek) bebeği için yardımcı ego işlevi görmektedir (Mitchell ve Black, 2012).

1.7.4. Annenin Tutma İşlevi ve Birincil Annelik Tasası

Winnicott, psikanalist olmadan önce çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanıydı. Pediatrist olduğu için anne ve bebek birimini birçok defa yakından inceleme fırsatına sahip olmuş ve bu durum, analist olduğunda kuramını ağırlıklı olarak erken dönem anne-bebek ilişkisi üzerine inşa etmesine olanak tanımıştır (Tükel, 2011).

Bir bebeğin ileride ruhsal açıdan sağlıklı bir yetişkin olmasını belirleyen en temel unsur, erken dönem yaşantısında annesi ile olan ilişkisinin niteliğidir. Winnicott sağlıklı bir birey olabilmek için anne ve bebek ilişkisinin niteliğini vurgularken, "Birincil Annelik Meşguliyeti" (primary maternal preoccupation) ve "Yeterince İyi Annelik" (good enough mother) adını verdiği iki kavramdan bahsetmektedir (Winnicott, 1956; 1960).

Winnicott'a göre başlangıçta bir bebek yoktur, bebek ile birisi (annesi) vardır. Başka bir ifade ile bebek annesinden bağımsız olarak düşünülemez. Bebek sürekli onun çevresinde olan, ihtiyaçlarını karşılayan bir annenin yanındadır. Bebeğin ihtiyaçlarını karşılayan ve ona kucaklayıcı bir çevre sunan anne yoktan var olmamıştır. Winnicott'a göre birincil annelik meşguliyeti, gebelik süreci ile başlamakta ve annenin gebelik yolculuğunun sonuna kadar aşamalı bir şekilde artmaktadır. Gebeliğin sonuna doğru birincil annelik meşguliyeti, aşırı bir duyarlılık haline gelmekte ve bebek dünyaya geldikten sonra da birkaç hafta boyunca devam etmektedir. Anne, bu süreçte bebek daha dünyaya gelmeden önce kendisini bebeğinin ihtiyaçlarını karşılayabilecek bir şekilde hem fizyolojik hem de psikolojik olarak hazırlamaktadır. Bu dönemde annenin bebeği ile olan ve neredeyse patolojik olarak değerlendirilebilecek aşırı duyarlılığını, Winnicott "normal delilik" olarak belirtmektedir. Birincil annelik meşguliyeti yaşayan bir anne, kendi düşlemleme kapasitesini bebeğin hizmetine sunarak bebeğin ihtiyaçlarını anlamakta ve onları karşılamaktadır. Bu süreçte bebek ve anne ayrılmaz bir bütündür. Winnicott böylesi bir ortamın bebek için kucaklayıcı, tutan bir çevre olduğunu belirtmektedir. Anne hem bebeğini fiziksel olarak (handling) tutarken, hem de bebeğinin ihtiyaçlarını, duygularını zihninde tutarak bebeği ruhsal olarak da (holding) tutmaktadır (Winnicott, 1956). Bebeğin fiziksel olarak tutulması rahimde başlamakta ve bebeğin doğumu ile hem fiziksel hem de ruhsal olarak devam etmektedir (Winnicott, 1960).

Annenin zihninde taşındığını, tutulduğunu hisseden bir bebekte ''tümgüçlülük'' (omnipotance) kavramı gelişmektedir. Tümgüçlülük bebeğin ihtiyaç duyduğu ve arzuladığı bir şeyin hemen o anda bebek istediği için meydana gelmesidir. Eğer bebek acıktıysa sihirli bir şekilde meme belirmekte ve onu beslemektedir. Tümgüçlülük durumunun deneyimlenmesi gelişimsel süreç için gerekli olup sağlıklı, ruhsal gelişimin bir parçasıdır. Çünkü tümgüçlülük aslında birincil narsisizmin ortaya çıkması için ön koşuldur (Winnicott, 1960).

Winnicott'a göre annenin yaşadığı birincil annelik meşguliyeti, zamanla azalarak bebeğe belli bir özerklik kazandıracaktır (Winnicott 1956; 1958). Bebek zamanla annesinin yanında "bir" olmayı öğrenecektir ve böylece sağlıklı ruhsal yaşamın bir göstergesi olan "yalnız olma kapasitesini" geliştirecektir (Winnicott, 1958).

Anne, bebeği zihninde özel olarak tutmasının yanı sıra kendi hayatı ve ilgi alanlarına da yönelmeye başlamaktadır. Böylesi bir durumu Winnicott yeterince iyi anne kavramı ile açıklamaktadır. Yeterince iyi annelik kavramı ile anlatılmak istenen bebeğin ihtiyaçlarına, bebek ile uyum içinde karşılık veren bir annedir. Bu durum bebekteki tümgüçlülüğün kırılmasına sebep olarak bebekte hüsran deneyimlerinin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Zira sağlıklı zihinsel gelişim açısından tümgüçlülük duygusunun bir noktada kırılması gerekmektedir. Böylece bebek, anneden ayrışma dönemine girmekte ve bireyselleşme sürecinin tohumları atılmakta ve simgeleştirme kapasitesinin önü açılmaktadır (Winnicott, 1958; 1960).

Eğer anne, bebeğinden ayrışması gereken süreçte ayrışmaz delilik halini sürdürürse nüfuz eden bir nesne haline dönüşmektedir. Öte yandan bebeği ile uyumlanmayan, tutma işlevinde yetersiz kalan bir anne, bebeğin "olma halini" (going on being) sekteye uğratmaktadır. Böyle durumlarda ise bebek, tümgüçlülük duygusundan çıkmakta zorluklar yaşamakta, bireyselleşme, simgeleştirme kapasitesi sekteye uğramakta ve başta "sahte kendilik" (false-self) olmak üzere birçok patoloji geliştirmektedir (Winnicott, 1960).

1.7.5. Mizaç Kavramı

Mizaç, karakter ve kişilik kavramları birbirleri yerine kullanılsa da özünde birbirlerinden farklı kavramlardır. Mizaç, bireye kalıtım yolu ile geçen ve yaşam boyunca değişmeyen bir özellikler bütünüdür. Karakter, çevresel şartlardan ve kişinin aile içindeki yetiştirilme tarzından etkilenen öğrenilmiş tutumlardır. Kişilik ise doğuştan gelen mizaç ile sonradan edinilen karakterin birleşmesi ile oluşmaktadır. (akt. Sayın ve Arslan, 2005).

Mizaç'ın İngilizce karşılığı olan "temperament" karışım anlamına gelen "temperare" sözcüğünden türetilmiştir. Halk dilinde huy olarak da bilinen mizaç, bireyin hayatı boyunca değişmeyen genetik ve doğuştan getirdiği tavır ve davranışlardır (Çoşkun, 2011; Kesebir, Vahip, Akdeniz ve Yüncü, 2005; Kılıç, 2013). Mizacın temel unsurları hayatın ilk yıllarında ortaya çıkmaktadır ve bu temel unsurlar biyolojik etkenler tarafından etkilenmektedir. Gelişim ilerledikçe mizacın dışavurumu, çevre ve deneyimlerden etkilenmektedir (Goldsmith vd., 1987).

Eski çağlarda düşünürler, doğuştan gelen özelliklerin psikolojik sorunlara yol açtığını düşünmüşler ve bu düşüncelerini açıklamak için bazı çalışmalar yapmışlardır. Mizaç kavramının kökenleri Hipokrat'a kadar uzanmaktadır. Hipokrat mizaç ve kişilik tiplerini biyolojik olarak ele almış, dört sıvı kuramıyla mizaç ile kişilik kavramlarını açıklamaya çalışmıştır. Vücutta bulunan dört sıvı (kara safra, sarı safra, kan ve lenf) ile kişilik ve huy tiplerini bağdaştırmış ve bunları açıklamaya çalışmıştır. (Çoşkun, 2011; Sayın ve Aslan, 2005). Hipokrat mizaç kavramından bahsetse de mizaç kavramını ilk defa formüle ederek ruh sağlığı alanına sunan kişi Kreapelin'dir (Çoşkun, 2011).

Kreapelin 1921'de depresif, manik, irritabl ve siklotimik olmak üzere dört temel duygulanım tanımlamış ve bu duygulanımların, duygu durum bozuklukları için yatkınlık yarattığını savunmuştur. 1958 yılında Schneider, Kreapelin'in tanımladığı dört temel duygulanımı genişletmiş, depresif ve hipomanik adını verdiği mizaçları tanımlamıştır. Schneider, Kreapelin'inin aksine tanımladığı bu iki mizacın duygu durum bozukluklarıyla bir bağlantısı olmadığını savunmuştur. Kretschmer'in gözlemlerine göre duygulanım mizaçları keskin sınırlarla ayrılmamıştır ve psikopatolojiler normal mizaçların patolojik olarak belirgin hale gelmiş türevleridir (akt. Sayın ve Arslan, 2005).

Kreapelin ve Schneider'ın tanımlamalarına ek olarak Hagop Akiskal literatüre "afektif mizaç" kavramını kazandırmıştır. Akiskal'ın mizaç kavramını açıklamasına göre; afektif mizaç duygu durum bozukluklarının kökenini oluşturmaktadır. Akiskal'ın tanımladığı afektif mizaç tipleri sırasıyla; depresif, siklotomik, hipertimik, irritabl ve anksiyöz'dür (akt. Binbay, 2011).

Kişide bir veya birden fazla baskın afektif mizaç olabilir, buna karşılık kişide baskın afektif mizaç olmayabilir (Vahip, Kesebir, Yazıcı, Akiskal ve Akiskal, 2005). Bu mizaç özellikleri aşağıda kısaca anlatılacaktır.

Hipertimik mizaca sahip bireylerin özellikleri: Erken başlangıç yaşı 21 yaş altı olarak belirlenmiştir. Nadiren gözlemlenen normal duygu durumuna ek olarak aralıklı gözlemlenen eşik altı hipomanik özellikler sergilemektedirler. Bu bireylerde az uyuma alışkanlığı görülmektedir ve inkâr savunma mekanizmasını sıklıkla kullanmaktadırlar. Schneiderian hipomanik kişilik özelliklerine göre ise bu bireyler; irritabl (sinirli), neşeli, aşırı iyimser veya coşkulu, saf, kendine fazla güvenen, övüngen, abartılı, gösterişli,

gayretli, çok plan yapan, tedbirsiz ve bitmez tükenmez bir dürtüyle hareket eden, aşırı konuşkan, sıcakkanlı, insan arayan veya dışa dönük, aşırı karışan veya başkalarının işine burnunu sokan, baskılanamayan, uyaran arayan veya rastgele cinsel ilişkide bulunan bireyler olabilmektedir (akt. Binbay, 2011).

Distimik/Depresif mizaca sahip bireylerin özellikleri: Erken başlangıç yaşı 21 yaş altı olarak belirlenmiştir. Başka bir duruma bağlanamayan düşük şiddette seyreden depresyon görülmektedir. Bu bireylerde çok uyuma alışkanlığı görülmektedir. Sabah saatlerinde daha belirgin düzeyde görülen derin düşüncelere dalma, hiçbir şeyden zevk alamama ve psikomotor aktivitelerde düşüklük görülmektedir. Schneiderian depresif kişilik özelliklerine göre bu bireylerde şunlar gözlenmektedir. Söz konusu bireyler ümitsiz, kötümser, neşesiz ve eğlenmeyen, sessiz, pasif, kararsız, şüpheci, aşırı eleştiren veya şikâyet eden, derin derin düşünen ve endişelenen, vicdanlı, kendi kendini disipline eden, kendini eleştiren, kendini cezalandıran, kendini küçülten, başarısızlıkları, yetersizlikleri ve olumsuz olaylar hakkında fazla kafa yoran bireyler olabilmektedir (akt. Binbay, 2011).

İrritabl (Sinirli) mizaca sahip bireylerin özellikleri: Erken başlangıç yaşı 21 yaş altı olarak belirlenmiştir. Bu bireylerin durumu antisosyal kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu veya nöbet bozukluğu ölçütleri ile açıklanmamaktadır. Bu bireylerde nadiren normal duygu durumu görülürken, çoğunlukla karamsarlık ve irritabl/sinirli duygu durum görülmektedir. Derin düşünceye dalmaya meyilli bir yapıdadırlar. Aşırı eleştiren ve mizah yoksunu şakalar yapmaktadırlar. Ötekinin sınırlarına girme meyilleri vardır ve istenmeyen duygudurum içerisinde bulunmaktadırlar.'' (akt. Binbay, 2011).

Siklitomik mizaca sahip bireylerin özellikleri: Erken başlangıç yaşı 21 yaş altı olarak belirlenmiştir. Bir uçtan bir uca ani değişimlerin olduğu, iki uçlu duygudurum dönemleri olduğu gözlenmektedir. Bu bireylerde nadiren normal duygu durumu gözlenmektedir. Bu mizaca sahip bireyler ruhsal olarak; bitkin, halsiz veya canlı, öfarik, kötümserlik veya iyimserlik, zihinsel karmaşa veya zihnin keskinleşmesi ve benlik saygısının kendine aşırı güvenme ve güvenmeme arasında değişmesi gibi özellikler sergilemektedir. Bununla birlikte siklotimik mizaca sahip bireyler davranışsal olarak; çok konuşma veya az konuşma, aşırı uyku veya uyanıklık hali, nedensiz ağlama veya aşırı şakacı davranma,

kendi içine aşırı dönme veya dışarıya fazla açılma, fazla üretken olma veya hiç üretken olmama gibi özellikler göstermektedir (akt. Binbay, 2011).

Anksiyöz mizaca sahip bireylerin özellikleri: Anksiyöz mizaca sahip bireylerde; davranışsal ketlenmeye yatkınlık, yeni ve farklı uyaranlara ve mücadele gerektiren durumlara karşı tepkisellik, anksiyete belirtilerinin ciddi ve zararlı fiziksel ve psikolojik sonuçları olacağını düşünme, günlük değişimlere uyumlanmada zorluk çekme, psikosomatik rahatsızlıklar yaşama ve uykuya zor dalma ve dinlendirici uyku uyuyamama gibi özellikler gözlemlenmektedir (akt. Binbay, 2011).

Annenin mizaç özelliğinin bebek ve çocukların üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Ayrılık anksiyetesinden mustarip çocuklar ve anneleri üzerinde yapılan araştırmada ayrılık anksiyetesi yaşayan çocuklarının annelerinin depresif, anksiyöz, irritabl (sinirli) ve siklotomik mizaç puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Erermiş vd, 2009).

Ayrıca 4 ay-1 yaş aralığında kabızlık tanısı almış bebeklerin anneleri üzerinde yapılan bir araştırmada annelerin; depresif, anksiyöz ve irritabl mizaç sergiledikleri bulunmuştur (Öznalçın, 2018).

1.7.6. Depresyon

Depresyon; hastalık derecesinde boş vermiş olma ve ümitsizlik hali olarak tanımlanmakta ve depresyon kelimesi kökenini Latince bir kelime olan “depressus”tan almaktadır. Depresyon kelimesi, aşağı ve bastırmak, sıkıştırmak (premere) anlamına gelen kelimelerden meydana gelmektedir (Sönmez, 2011).

DSM-5 tanı kriterlerine göre depresyonun kısa tanımı; aralıksız 2 hafta boyunca hemen hemen her gün depresif duygu durumu gösterme ve zevkli aktivitelere olan ilginin yitimi ile bu duruma fiziksel belirtilerin de (iştahsızlık, uykusuzluk vb.) eklendiği klinik bir tablodur.

Depresyonun ne olduğunu tanımlama ve kategorize etme çabaları çok eski dönemlere uzanmaktadır. Antik çağlardan itibaren depresyon ve melankoliye dair birçok örnek, tarih sayfalarında yer almaktadır. Mitolojik hikâyelerden (ağlayan bir taş ile sembolize edilen Niobe) edebiyata kadar (Shakespeare’in oyunları; Hamlet ve Macbeth) depresyonu görmek mümkündür (Sönmez, 2011).

Melankolinin Anatomisi adlı eserinde Robert Burton, depresyonun günümüzdeki tanımına benzer semptomatolojisinden bahsetmiş ve yoğun bir şekilde melankoliye sebebiyet veren fakirlik, korku ve yalnızlık gibi psikolojik ve sosyolojik etkilerden söz etmiştir (akt. Sönmez, 2011).

1.7.7. Psikanalitik Kuram Işığında Depresyon

1.7.7.1. Sigmund Freud Yas ve Melankoli

Sigmund Freud (1917) "Yas ve Melankoli" adlı makalesinde yas ve melankolinin hem benzerliklerini vurgularken hem de farklılıklarından bahsetmiştir.

Freud yas kavramın; "sevilen bir insanın ya da onun yerine konmuş bir nesnenin veya idealin kaybedilmesine verilen tepki" olarak tanımlamıştır. Melankoli kavramını ise acı verici derin bir huzursuzluk, yoğun üzüntü ve keyifsizlik hali, haz verici her türlü etkinliği yapmaktan kaçınma ve dış dünyaya yönelik ilginin azalması veya ortadan kaybolması, libido ile bağlantılı sevme becerisinin yitirilmesi, kişinin özsaygısında ve özgüveninde azalma olarak tanımlamaktadır. Freud, özsaygı ve özgüvende yaşanan düşüşlerin; "kendini suçlama", "kendini azarlama" ve "cezalandırılma beklentisi" olarak dışarıya vurulmakta olduğunu belirtmektedir. Freud, bu özelliklerin yas kavramının içinde de olduğunu savunmakla birlikte aralarında tek bir farklılığın olduğunu belirtmektedir. Bu farklılık, melankoli kavramındaki özsaygı ve özgüvende görülen azalmanın yas kavramında olmayışıdır. Özgüven ve özsaygıdaki bu azalma egonun yoksullaşması anlamına gelmektedir. Sigmund Freud yas yaşandığında insanın iç dünyasının fakir ve boş olduğunu, fakat melankoli yaşanırken egonun boş ve fakir olduğunu söylemektedir.

Sigmund Freud (1917) melankolide kişinin kendisine yaptığı acımasız eleştirilere de dikkat çekerek, melankolik bireyin kendini eleştirmesinin aslında sevgi nesnesine yönelik eleştiriler olduğunu söylemektedir. Narsistik bir özdeşim yoluyla nesnenin kaybı benlik kaybına dönüşmektedir. Bu durumda melankolik bireyin kendine olan saygısındaki azalma aslında içe atılan nesne ile bağlantılıdır (Sönmez, 2011).

Yas kavramı gerçek bir nesnenin kaybını gösterirken, melankolide ise ne olduğu bilinmeyen, gerçekte bir kayıp olmamasına rağmen hissedilen bir kayıp yaşantılanmaktadır (Freud,1917).

1.7.7.2. Melanie Klein ve Depresif Konum

Melanie Klein 1935 yılında yayımlanan "manik depresif durumların psikogenezine bir katkı" adlı makalesinde depresif konumdan bahsetmektedir. Melanie Klein'ın kuramına göre yaşanan duygusal problemler, dış dünyanın etkisinden çok libidinal ve agresif dürtüler arasındaki çatışmaların bir sonucudur (Klein, 1935).

Melanie Klein'a göre insan yaşamının ilk 4 ayında şizo-paranoid (paranoid şizoid konum) adı verilen arkaik bir konumda yaşamaktadır. Paranoid terimi; dışarıdan gelen, kötü bir niyetten korkmaya, zulüm görme kaygısına karşılık gelirken, şizoid terimi ise bölme savunmasına (spliting) iyi nesneyi kötü nesneden ayırmaya karşılık gelmektedir (Klein, 1935).

Bu dönemde dış dünya ile tek iletişim yolu yalnızca ağlamak olan bir bebek nesneleri ruhsallığında iyi ve kötü olarak ayırarak yaşantısını sürdürmektedir. Bebeğe doyum veren nesneler bebek tarafından iyi nesneler olarak algılanmakta ve yaşantılanmaktadır. Bebek oral dönemde yaşantısını sürdürdüğünden düşlemsel olarak kanibalistik (yamyamsal) bir biçimde iyi olarak algıladığı nesneyi kendi bedeninin içine alarak saklamaya ve korumaya çalışmaktadır. Bebeğe doyum vermek yerine onu hoşnut olmadığı deneyimler yaşatan bir nesne ise bebek tarafından kötü nesne olarak algılanmakta ve yaşantılamaktadır. Bebek bu nesne ile baş edebilmek için ya nesneden kaçma yoluna başvuracak ya da o nesneyi tahrip edip yok etmeye çalışacaktır (Klein, 1946).

Bir bebek yeni doğduğunda annesini bir bütün olarak değil parça parça algılamaktadır. Yeni doğan bir bebeğin annesi ile kurduğu ilişki annenin memesi ile başlamaktadır. Bebeğin ilk en önemli ruhsal nesnesi anne memesidir. Annenin memesi bir bebeğin ruhsallığında, bebeğe doyum veren iyi meme ve bebeğe hoşnutsuzluk veren kötü meme şeklinde iki nesneye denk gelmektedir. 0-1 yaş döneminde bir bebek için dış gerçeklik nasıl olursa olsun, bebek bu yaşantısını tamamıyla iyi ve tamamıyla kötü olarak yaşayacaktır (Klein, 1946).

Klein'ın (1946), burada dikkat çektiği nokta ilkel egonun, kendisine yönelik dürtülerin bir kısmını dışarıya göndermekte ve kötü memeyi yaratmakta olduğudur. Bebek ise kötü niyeti kendi içinde hissetmek yerine, dışarıdaki bir nesnede hissetmeyi tercih etmektedir. Saldırgan dürtülerin bir kısmı dışsallaştırma ve yansıtma ile bu dış nesneye gönderilir. Böylece kötü meme yaratılmış olur. Fakat kötülerin olduğu bir dünyada yaşamak bir bebek için katlanılmaz ve korkunç olacağından, bebek sevgi dürtülerini dış nesnelere yansıtarak iyi memeyi yaratmaktadır. Bu tümgüçlü fanteziler, çocuğun tehlikeli bir dış dünyada kendisini aciz görüp, bu tehlikelerden korunması için gelişmektedir.

Bebeğe doyum veren iyi nesneler ve iyi meme, içeri yansıtma (introjection) savunması ile adeta yutularak bedenin içine alınıp muhafaza edilecek, bebeğe hoşnutsuzluk yaşatan nesneler ve kötü meme ise adeta tükürülerek dışarı yansıtma (projection) savunması ile bedenin dışına atılacaktır. İdealizasyon savunması ile iyi nesne idealize edilerek muhafaza edilecek ve bebek için sonsuz bir doyum nesnesi haline gelecektir (Klein, 1946).

Paranoid kaygı azaldıkça bölme savunma mekanizmasına (splitting) duyulan ihtiyaç da azalmaktadır. Fakat bebeğe bu dönemde yeni sorunlar eşlik etmektedir. Bebek iyi ve kötü nesnelerin bir bütün olarak algılanıp yaşantılamaya başlamasıyla depresif konuma geçmiş bulunmaktadır. Depresif konum 6. aydan başlayarak 12. aya kadar yoğun bir şekilde devam etmektedir (Klein, 1946).

İyi ve kötü nesnenin sentezlenerek bütün bir nesne halinde algılanması bebekte nesne kaybını ve depresif endişeyi tetiklemektedir. Depresif konumda olan bir bebek için tümüyle iyi bir nesnenin var olduğuna dair inancını kaybolurken aynı zamanda nesne sürekliliği kavramı içselleştirildiği için bütün bir nesnenin yok olabileceğinin de bilincindedir. Libidinal ve agresif dürtüler bölünmüş nesneler yerine tek bütün bir nesnede bir araya geldikleri için bebek nesne ile ilgili ikircikli (ambivalans) duygular yaşamaktadır. Bebeğin yıkıcı dürtülerinin gücü her ne kadar azalsa da sevilen bütün nesne için tehlike arz etmektedir. Sevilen nesnenin bebeğin kendisi tarafından yok edilebileceğine dair duyduğu korku, suçluluk duygusunun başlamasına neden olmaktadır. Bebek bastırmakta zorlandığı yıkıcı/agresif dürtülerin bütün nesnesine vereceği zarardan (tümgüçlü düşünce) dolayı persekütif endişe yaşamaktadır (Klein, 1946).

Bütün nesne iyi ve kötü olarak bölünmüyorsa nesne zarar görebilir, yok olabilir. Bebek "ben nesneme zarar verebilirim" korkusu karşısında depresif konuma girmektedir. Klein çocuğun bütünleşmiş nesnesine hem sevgi hem de nefret duyduğu yaşantı örgütlenmesine depresif konum adını vermektedir. Depresif konum, depresyon gibi bir hastalık değil bir gelişimsel süreçtir ve yaşanması gereklidir (Klein 1946).

1.7.7.3. Donald Winnicott ve Depresif Konum

Donald Winnicott psikopatolojide kullanılan depresif teriminin normal gelişim sürecini anlatmak için kullanılması konusunda isteksiz olsa da bu gelişim dönemini açıklamak için daha iyi bir terimin olmadığını da savunmaktadır. Winnicott, depresif konum terimini; bebeğin annesi ile olan ilişkisinde ikircikli duygular taşıdığını fark etmesi ve bebeğin nesnesi için edişe duyması olarak tanımlamaktadır. Winnicott, bebeği memeden kesme sırasında bir sorun olmadığında bebeğin birinci yaşının yarısında depresif konumun oluşması gerektiğini belirtmektedir. Fakat bazen depresif konumun oluşmasının daha uzun sürdüğünü ve hatta bazı bebeklerin bu konuma hiçbir zaman ulaşamadıklarını ifade etmektedir. Donald Winnicott, Melanie Klein'ın aksine depresif konumu bir evre olarak görmek yerine başarılı bir şekilde ulaşılan bir konum olarak görmektedir. Winnicott için depresif konumun, bebeğin hayatında ne kadar erken oluşursa bebek için o kadar iyi olacağını savunmaktadır (Winnicott, 1955).

Winnicott'un görüşüne göre bebek depresif konuma başarılı bir şekilde ulaştığında, yaşadığı kayıp karşısında acı ve üzüntü ile tepki verirken, depresif konuma ulaşmada başarısızlıklar yaşadığında ise depresyon oluşması muhtemeldir.

Winnicott 1964 yılında yayımlanan makalesinde bireyin gelişiminde depresyonun değerinden bahsetmektedir. Bu makalede; kendiliğin, nesnelerden ve çevreden ayrışmasını ve bu durumu takip eden bütünleştirme sürecini ele almaktadır. Gelişimin ve olgunluğun meydana gelebilmesi için önemli olanın ''yeterince iyi bir çevre'' olduğunu vurgulamaktadır. Bebek ve çocuk bir kimlik oluşturduğunda ve egosu güçlendiğinde, kaynağını kendi ruhsal gerçekliğinden alan sıkıntıları ve zorlukları kapsayarak depresif olmaktadır. Winnicott'a göre depresif duygulanım agresif/yıkıcı dürtüleri kontrol altına alabilen yeterince güçlü bir zihinsel örgütlenmenin göstergesi olarak ele alınmaktadır (akt.Alsancak-Sönmez, 2011).

Donald Winnicott depresyon teriminin psikopatolojiye ait olduğunu ve depresyonun farklı düzeylerde yaşantılandığını savunmaktadır. Buna ek olarak yas tutmanın ve suçluluk hissinin olgunlaşma süreçleri olduğunu ve normallik ucuna denk geldiğini savunmaktadır (Abram, 1996; Winnicott, 1955; 1956).

1.7.7.4. Andre Green ve Ölü Anne

Andre Green (1980) tarafından tanımlanan ölü anne kavramı annenin fiziksel olarak ölmesi değildir. Çocuğun içselleştirdiği canlı anne imgesi annenin yaşadığı depresyon, kayıp ve yas ile değişime uğramıştır. Eskiden canlı olarak yaşantılanan anne artık soğuk ve uzak adeta ölü bir varlık olarak yaşantılanmaktadır. Bu durum bebek için erken bir kayıptır ve felaket olarak deneyimlenmektedir. Anne imgesinin canlıdan cansıza dönüşmesi anidir ve bu ani dönüşüm bebekte narsisistik bir travmaya neden olmaktadır. Canlı anne imgesinin bu ani kaybı bebekte bir nesne kaybına yol açtığı gibi aynı zamanda anlam kaybına da yol açmaktadır. Annesinden henüz ayrışamamış bir bebek, olan biteni anlamlandırabilecek kadar olgun değildir. Annenin aniden ortadan kaybolmasıyla bebek, annenin ardında bıraktığı "boşluk" ile özdeşleşmektedir.

1.7.7.5. Rene Spitz ve Anaklitik Depresyon

Rene Spitz, "Hospitalism" adlı belgeselinde erken dönemde annelerinden ayrılmak zorunda kalan bebekler ve çocuklar üzerinde gözlem yaparak, erken dönemdeki ayrılıkların, birey üzerindeki en ağır etkisi olan anaklitik depresyon kavramını literatüre kazandırmıştır.

Spitz (1965) doğum sonrası bir bakım evine terk edilmiş bebekler üzerinde yaptığı gözlemlerde fiziksel ihtiyaçları karşılanmasına rağmen, bu bebeklerin kilo kaybettiklerini, hastalandıklarını görmüştür. Üç ay boyunca, annesel bakımdan uzak elverişsiz bir ortamda yaşayan bebeklerin birinci ayda ısrarlı ağlamalar sergilediklerini, ikinci ayda ısrarlı ağlamaların yerini iniltilere bıraktığını, uyku sorunları olduğunu ve bebeklerin kilo kaybetmeye devam ettiklerini gözlemlemiştir. Üçüncü ayda ise bebeklerde çökkünlük ve içine kapanıklık halleri dikkat çekmiş, hemşirelerin sıcak davranışlarına rağmen bebeklerin tepki vermediği gözlemlenmiştir. Bu duygusal yoksunluk üç aydan fazla sürdüğünde bebeklerin kas ve motor kapasitelerinde gerileme, başka bir değişle "donuk" bir bedensel duruş gözlemlendiği rapor edilmiştir. Bakım evine

terk edilen bebeklerin üçte birinin 2 yılın sonunda öldüğü, hayata kalıp 4 yaşına girenlerin ise çok az bir kesiminin motor kabiliyetlerini kaybetmediği rapor edilmiştir. Spitz, bu durumun annenin ilk üç ayda bebeğinin yanına geri dönmesi veya annesel bakımın düzenli bir şekilde bebeğe verilmesiyle geri döndürülebilir olduğunu belirtmektedir. Spitz, bebeklerin yaşadığı bu durumu "anaklitik depresyon" olarak adlandırmaktadır. Anaklitik depresyonun meydana gelmesi için gerekli koşulun ayrılık öncesinde anne ve bebeğin arasında iyi bir ilişkinin varlığı olmasıdır. Spitz, bu depresyon türünün bebeğin annesine hayati bir şekilde ihtiyaç duyduğu bir dönemde gerçekleştiğini söylemektedir.

1.7.7.6. Depresyonun Öteki Yüzü Manik Savunma

Psikanalitik ekole göre depresyon, nesne kaybı sonucunda oluşan yetersizlik, umutsuzluk ve motive olamama hisleri ile vücut bulan bir acıdır (Doğangün ve Pirinççi, 2011).

Klein'a göre depresif kişiler erken dönemde yaşanması gereken depresif konumu başarılı bir şekilde aşamamış insanlardır. Bu yüzden erken dönemde kendi yıkıcılıkları sonucunda yok ettiklerini düşündükleri sevilen nesnelerin yasını sürdürmektedirler. Yitirilmiş sevilen nesnelere karşı duyulan yastan kurtulmak için manik savunmaya başvurmaktadırlar (Sönmez, 2008).

Klein (1935) manik savunmayı en iyi karakterize eden duygunun tümgüçlülük duygusu olduğunu belirtmektedir. Tümgüçlülük, inkâr mekanizmasına dayanmaktadır. İnkâr savunma mekanizmasının temeli, gelişmemiş egonun kontrol altına alınamayan kaygıya başka bir deyişle içselleştirilmiş zalim nesnelere ile altbenliğe karşı savunmaya çabaladığı erken dönemdedir. İlk önce ruhsal gerçeklilik inkâr edilirken daha sonra dış gerçekliğin önemli bir kısmı inkâr edilmektedir.

Klein (1935) manik savunmada inkarın aşırı etkinlik ile ilişkilendirildiğinde belirtmektedir. Böylesi bir durumda çatışmanın kaynağı benliğin içsel iyi nesnelerinden vazgeçmeye isteksiz ve aciz olmasına rağmen, kötü nesnelere olduğu kadar iyi nesnelere de bağımlı olma tehlikesinden korkmasıdır. Manik savunmada tümgüçlülük duygusu nesneler üzerinde hakimiyet sağlamak ve nesneleri denetlemek için kullanılmaktadır. Klein'ın bu ifadelerini başka bir ifade ile anlatmak gerekirse manik savunma ebeveyn

çocuk ilişkisini tersine çevirme, ebeveyne karşı zafer kazanma isteğini simgelemektedir (Sönmez, 2008).

Winnicottt (1935) manik savunmanın iç dünyadaki boşluktan, acıdan kaçınma, başka bir ifade ile iç dünyadaki gerilimi azaltmak için yapılmakta olduğunu belirtir. Manik savunmanın özellikleri arasında tümgüçlü kontrol, küçümseyici değersizleştirme, yadsıma sayılabilir. Yas, manik savunmada deneyimlenmez, yasın yerine yadsınan bir gerçeklik söz konusudur. Manik savunma sırasında gerçeklik yadsındığı için kişi depresyona karşı savunduğunu hissetmez, kendisini mutlu, meşgul, heyecanlı, neşeli, bilgili, kısacası hayat dolu olarak hissetmektedir. Winnicott (1935) bu sebeple manik savunma için "depresyonun duyumlarının inkârı" demektedir. Ağırlık ve üzüntü duyumları karşıt duyum olan hafiflik, neşelilik ile inkâr edilmektedir.

Winnicott 'a (1935) göre manik savunma kendini farklı olsa da birbiri ile ilişkili yollarla göstermektedir. Bu yollar sırasıyla; içsel gerçekliğin inkâr edilmesi, içsel gerçeklikten dışsal gerçekliğe kaçma ve içsel gerçekliğin insanlarını uzaklaştırılmış canlandırmada tutmadır. Manik savunmalar, depresif endişeler azaldıkça ve içsel iyi nesnelere olan inanç artıkça daha az şiddetli ve daha az başvurulur hale gelmektedir (Winnicott, 1935).

1.8. Problem

Ebeveynlerin en çok göze çarpan sorunlarından bir tanesi bebeklerinin gündüz ve gece uyudukları uykunun miktarı ve uykunun düzenlenmesidir (Wolfson, Lacks ve Futterman, 1992). Eğer bebek gün içinde uyuması gereken saatte uyumuyorsa ve gece sık sık uykusundan uyanıyorsa bebeğin uyku miktarında ciddi düşüşler meydana gelmektedir.

Uyku, sadece uyanık olma halinin mevut olmaması değil, aynı zamanda gelişmekte olan bir beynin öncelikli aktivitesi olan nörofizyolojik bir süreçtir. (Bathory ve Tompoulos, 2017). Uyku, yaşamın devamı için gereklidir. Uyku sırasında sinir siteminin gelişimi ve onarımı sağlanmakta ve hücreler yenilenmektedir (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013). Uyku, insanı ertesi güne hazırlamaktadır. Uyku, insan hayatı için önemli bir biyolojik unsur olmakla birlikte sosyo-kültürel yapıdan da etkilenmektedir (Koçak, Albayrak, Erol ve Şanlı, 2011).

İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalarda yetersiz uykunun özellikle bebek ve erken çocukluk döneminde; normal büyüme ve gelişme üzerinde, çocuğun davranışı ve duygulanımı üzerinde (Hiscock, 2010; Mindell, Owens ve Carskadon, 1999) annesel ve ebeveynsel iyi oluş hali üzerinde, ebeveynlerin depresyon düzeylerinde ve uyku kaliteleri üzerinde (Karraker ve Young, 2007; Mindell vd., 1999; Wolfson vd., 1992) etkili olduğu görülmüştür. Aynı zamanda çocuklukta uyunan uykunun kalitesi yetişkin yaşamında sağlıklı bir hayatın önemli bir belirleyicisidir.

Gece uyanıp, ebeveyn yardımı olmadan uykuya dönemeyen ve gece boyunca uyumayan, ağlayan bir bebek ebeveynler için problem meydana getirmektedir. Böylesi bir durum hem ebeveynler hem de uzmanlar tarafından sorun olarak görülmektedir. Ebeveynler bu durum için sıkça uzmanları ziyaret etmektedir (Crichton ve Symon, 2016; Sadeh ve Sivan,2009; Saing, Parkinson, Church ve Goodall, 2018). Fakat gece boyunca deliksiz uyuma kavramı bebek uykusu için yanıltıcı bir kavramdır. Çünkü bebekler de tıpkı yetişkinler gibi gece uyanmaktadır (Wolfson vd., 1992). Burada dikkat çekilmesi gereken nokta bazı bebekler uyandıktan sonra ebeveyn yardımına ihtiyaç duymadan kendi kendini teskin ederek uykuya geri dönebilmekteyken bazıları dönememektedir.

Bebeğin gece kendini yatıştıramaması, ebeveynin bebeğe gece bakım vermesini gerektirmektedir. Ebeveynler gece bebeğe bakım verdiğinde, özellikle annenin uykusunda düşüş meydana gelmektedir (Bai, Whitesell ve Teti, 2019). Ayrıca yetersiz uykunun ebeveynlerin ruhsal ve fiziksel sağlıkları ile (Karraker ve Young, 2007; Mindell vd., 1999; Wolfson vd., 1992) çocuklarına bakım verme davranışları üzerinde negatif etkiler bıraktığı bilinmektedir (Bai vd., 2019). Böylesi bir durum ebeveynlerin günlük işleyişleri ve işe gidişleri açısından sorun teşkil etmektedir.

Uykunun aynı zamanda kültürel bir olgu olması, politik ve ekonomik etkenlerden de etkilenmesine neden olabilmektedir. İstihdam ile bağlantılı olarak politik ve ekonomik baskılar çoğunlukla batı toplumlarında uykunun ele alınış şeklini etkilemektedir. Bu toplumlarda gün 24 saat olarak tanımlanmış ve eşit 8 saatte bölünmüştür (Rudzik, 2015). Birçok batı ülkesinde insanların kesintisiz 8 saat uydukları inancı kabul görmektedir. Günün 8 saatti uykuda geçmekteyse geri kalan 8 saat içerisinde insanlar çalışmaktadır. Geriye kalan üçüncü 8 saat ise bir insanın kendisine ayırması istenilen zaman dilimidir. Bu durum ebeveynlerin ailelerinde uyku düzenlemesi yapmaya teşvik etmekte ve

bebeklerinin uyku düzenini bu 8 saatte göre ayarlama ihtiyacı hissetmelerine neden olmaktadır (Tomori, 2015).

Ruhsal-fiziksel sağlık ve kültürel-ekonomik değişkenlerin yanı sıra ebeveynlerin birçoğu, bebeklerinin büyüdükleri zaman bağımsız, kendi kendine yetebilen bireyler haline gelmesini istemektedir. Bu düşünce ile bebeklikten başlayan bir bağımsızlaştırma anlayışı ile bebeklerini yalnız uyuma konusunda teşvik etmektedirler.

Tüm bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda ebeveynler, bebeklerinin uykusunu düzenlemek için uyku eğitimi (sleep training) yöntemlerine başvurmaktadır.

Uyku eğitiminin belirli kabul görmüş bir tanımı olmamasına rağmen kısaca ‘’uyku eğitimi 0-5 yaş arası bebek ve çocuklara, uzmanlar veya ebeveyn kitapları eşliğinde aileler tarafından verilen, amacı çocuğun uyku davranışını ayarlamak ve düzenlemek olan bir eğitim’’ olarak tanımlanabilir (Ferber,1985; Ford, 2016; Galland ve Mithcell 2010; Honaker, Schwichtenberg, Kreps ve Mindell, 2018; Hogg ve Blau, 2014; Holt, 1894; Karp, 2004; King, 1913; Sadeh, 2005; Pantley, 2019; West, 2019).

Ebeveynlerin bebek ve çocuklarının uykularını düzenlemek için kullandıkları uyku eğitimleri temel olarak davranışsal yöntemlere dayanmaktadır (Honaker, Schwichtenberg, Kreps ve Mindell, 2018). Uyku eğitimlerinin amacı, bebeğe ve çocuğa bağımsız bir şekilde uyuyabilme ve gece uyandıktan sonra, ebeveyn yardımına ihtiyaç duymadan ve istenmeyen davranışları (ağlama vb.) sergilemeden uykuya dönebilme becerisi kazandırmaktır (Galland ve Mithcell 2010). Uyku eğitimi geniş bir çatı kavramdır ve bu kavramın altında birçok yöntem bulunmaktadır. Tüketme, aşamalı tüketme, ebeveyn varlığında tüketme, çocuğun yatağında kalması için ödül verme ve planlanmış uyandırma gibi çoğunlukla bebeğin/çocuğun görmezden gelindiği yöntemlerin (Ferber, 1985) yanı sıra tüketme yöntemine dayanmayan, bebeğin/çocuğun ihtiyaçlarının göz önünde tutulduğu yöntemler de mevcuttur (Karp, 2016; Pantley, 2002). Bu yöntemlerin yanı sıra bebeklerin ebeveynin eşliğinde gece kendi kendini sakinleştirmeyi öğrendiğini savunan yöntemler de mevcuttur (McKenna, 2007). Bu yöntemlerin uygunluğu aileden aileye değişiklik göstermektedir (Galland ve Mithcell 2010).

Bilindiği gibi, bazı uzmanlar desteksiz uyku eğitimini ailelere önerse de bazı anneler bebeğin ağlamasına, uyku sırasında yardımsız kalmasına dayanamazken bazı anneler bu duruma göz yummakta, bebeğini ağlamaya bırakmakta ve desteksiz uyku eğitimini katı bir şekilde uygulamaktadır. Mevcut araştırmanın temel sorusu da bu noktadan hareketle geliştirilmiştir. Neden bazı anneler uyku sırasında desteksiz ilişkiyi benimsemezken, bazı anneler bu desteksiz ilişkiyi benimsemekte ve katı bir şekilde uygulamaktadır? Bebeklerin uyuması için verilen uyku eğitiminin arkasında sadece kültürel olguların ve bebeğin fiziksel sağlığının olduğunu düşünmek ne kadar doğrudur? Bu iki etken dışında ebeveynleri özellikle anneyi uyku eğitimi vermeye iten, başka olgular yok mudur? Eğer bu olgular var ise, uyku eğitimi verme kararından sonra hangi türde uyku eğitimi verileceğini de etkilemekte midir? Ebeveynlerin geçmişlerinin bu eğitimin verilip verilmemesindeki payı üzerine düşünüldüğünde, Freiberg, Adelson ve Shapiro (1975)'e göre ebeveynlerin geçmişlerinden gelen izler, bebek odasında hayalet olarak ortaya çıkmaktadır. Ebeveynlerin geçmişlerinde yaşadıkları erken dönem deneyimler, bebeğin beslenmesi, uykusu ve tuvalet eğitimi gibi bakım faaliyetleri üzerinde etki bırakabilmektedir. Bu bağlamda çocuğuna desteksiz uyku eğitimi veren ve uyku eğitimi vermeyen annelerin sahip olduğu mizaç özellikleri ve bağlanma biçimleri arasında fark var mıdır? Ayrıca bahsedilen bu iki grup arasında annenin kapsayıcı işlevi açısından bir farklılık var mıdır?

Bu araştırmanın konusu bu sorulardan hareketle belirlenmiş olup, 0-1 yaş aralığında çocuğuna desteksiz uyku eğitimi veren ve uyku eğitimi vermeyen anneleri bağlanma biçimleri, mizaç özellikleri ve kapsayıcı işlevleri açısından karşılaştırılarak incelenmesidir. Bu bağlamda araştırma grubu, çocuğuna 0-1 yaş aralığında desteksiz uyku eğitimi veren annelerden oluşmaktadır. Kontrol grubu ise çocuğuna uyku eğitimi vermeyen annelerden meydana gelmektedir. Böylelikle, iki grup arasındaki bu farklılıktan hareketle, annenin ruhsal süreçlerinin desteksiz uyku eğitimi verme davranışındaki rolünü incelemek mümkün olacaktır.

Uyku eğitimi bağlamında literatür tarandığında, annelerin bağlanma biçimleri, mizaç özellikleri ve kapsayıcı işlevleri açısından inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda mevcut araştırmanın, 0-1 yaş döneminde çocuklarına desteksiz uyku eğitimi veren ve uyku eğitimi vermeyen annelerin bağlanma biçimleri,

mizaç özellikleri ve kapsayıcı işlevlerini karşılaştırarak, çocuklarına desteksiz uyku eğitimi verme davranışında annenin ruhsal süreçlerinin rolünü ortaya koyması ve bu sayede literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

1.9. Amaç

Bu araştırmanın amacı 0-1 yaş döneminde çocuklarına desteksiz uyku eğitimi veren anneler ile vermeyen annelerin bağlanma biçimleri, mizaç özellikleri ve kapsayıcı işlevleri açısından karşılaştırarak, çocuklarına desteksiz uyku eğitimi davranışı vermede annenin ruhsal süreçlerinin rolünü saptayabilmektir.

Yukarıda ifade edilen genel amacın gerçekleşebilmesi için cevaplandırılmaya çalışılan sorular şunlardır:

- Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve uyku eğitimi vermeyen annelerin bağlanma biçimleri arasında farklılık var mıdır?
    - Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin kaçıngan bağlanma biçimleri açısından aralarında fark var mıdır?
    - Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin kaygılı bağlanma biçimleri açısından aralarında fark var mıdır?
- Çocuğuna 0-1 yaş döneminde çocuğuna desteksiz uyku eğitimi veren ve uyku eğitimi vermeyen annelerin kapsayıcı işlev düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
    - Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin katı kuralcı ilişki açısından aralarında fark var mıdır?
    - Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin kapsanmayan ilişki açısından aralarında fark var mıdır
- Çocuğuna 0-1 yaş döneminde çocuğuna desteksiz uyku eğitimi veren ve uyku eğitimi vermeyen annelerin mizaç özellikleri arasında farklılık var mıdır?
    - Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin depresif mizaç açısından aralarında fark var mıdır?
    - Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin siklotimik mizaç açısından aralarında fark var mıdır?

- Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin hipertimik mizaç açısından aralarında fark var mıdır?
- Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin iritabl mizaç açısından aralarında fark var mıdır?
- Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin anksiyöz mizaç açısından aralarında fark var mıdır?

1.10. Önem

Uyku, bebeklerin ve çocukların zihinsel ve duygusal gelişimi için hayati önem taşımaktadır. Bu önem göz önünde bulundurulduğunda, çocukların daha sağlıklı uyumalarını isteyen ebeveynler uyku eğitimine başvurmaktadır. Uyku eğitimi Amerika ve Avrupa ülkelerinde son birkaç yıldır yaygınlaşmasına rağmen hakkında yerli ve yabancı literatür tarandığında, kapsamlı bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Kapsamlı bir çalışma olmamasına rağmen birkaç araştırmada "tüketme" yöntemine dayanan ve bu araştırmada "desteksiz/ağlatan" olarak tanımlanan uyku eğitiminden bahsedildiği görülmüştür (Burnham vd., 2002; Crichton ve Symon, 2016; Mao vd., 2004). Bu araştırmaların odak noktası; ebeveynin uyku düzeni, psikolojik rahatsızlığı (çoğunlukla annenin maternal depresyonu) olup olmaması ve ebeveynin çalışıp çalışmaması üzerine olduğu görülmektedir. Ancak bu araştırmalarda annelerin ruhsal işleyişlerine bakılmamıştır. Yerli literatür taramasında ise uyku eğitimi hakkında tez çalışması olarak yapılan 2 araştırmaya rastlanmıştır. Bu araştırmalarda uygulanan uyku eğitim yöntemlerinin işe yarayıp yaramadığına bakışmıştır (Cırdı, 2019; Ergenci, 2019). Mevcut araştırma ise çocuklarına desteksiz uyku eğitimi veren annelerin ruhsal işleyişlerini ele alan ilk araştırma olması nedeniyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

1.11. Varsayımlar

- Katılımcıların tüm araştırma sorularına doğru ve objektif bir biçimde yanıt verdiği varsayılmaktadır.
- Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının ve demografik bilgi formunun, katılımcılardan yeterli bir şekilde bilgi topladığı varsayılmaktadır.

1.12. Sınırlılıklar

- Araştırmanın anakütlesi, çocuklarına 0-1 yaş aralığında uyku eğitimi veren ve vermeyen anneler ile sınırlıdır.
- Bu araştırmanın sonuçlarına, tesadüfi olmayan bir örnekleme yöntemi ile elde edilen bir araştırma grubu üzerinden ulaşıldığı için elde edilen sonuçlar üzerinde çalışılan araştırma grubu açısından geçerlidir. Bu bağlamda elde edilen sonuçlar anakütleye genellenemez.
- Bu araştırma, katılımcıların Demografik Bilgi Formu, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II, Ebeveyn-Çocuk Kapsayıcı İşlev Ölçeği ve TEMPS-A Mizaç Ölçeği 'ne verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.
- Bu araştırma kullanılan ölçüm araçlarının ölçtüğü özellikler ile sınırlıdır.
- "Desteksiz uyku eğitimi" teriminin araştırmaya katılan gönüllü katılımcılar üzerinde etkisinin olabileceği düşünüldüğünden, katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilirken, araştırmadan "desteksiz" ibaresi çıkarılmış ve onun yerine "uyku eğitimi" denilmiştir.
- Kapsayıcı işlev ölçeğinde annenin idealize edilmiş benliği, yargılanma düşüncesi ve benzeri psikolojik olguların annenin sorulara doğru yanıt vermesini engelleyebileceği düşünülmektedir.
- Araştırmada kullanılan olan ölçeklerin toplam soru sayısı 181'dir. Cevaplama süresi ortalama 20 dakika sürmüştür. Dolayısıyla araştırma sorularını cevaplayan annelerin bir süre sonra yorulmuş ve sıkılmış olması muhtemeldir. Annelerde oluşabilecek bu durumun araştırmayı etkilemiş olması olasıdır.

1.13. Tanımlar

Bağlanma: Bebek ve anne/bakım veren arasında karşılıklı gelişen sosyal ilişkide, bebeğin içgüdüsel bir eğilim olarak annesine veya bakım verenine yakın olma isteği ile ortaya çıkan ve çoğunlukla açlık, ayrılık vb gibi belirli stres durumlarında daha çok belirginleşip ortaya çıkan, süreklilik ve tutarlılık arz eden duygusal bağa bağlanma denilmektedir (Bowlby, 1969; 1980;1988).

Kapsayıcı İşlev: Bion (1962), bebeğin içeriden (açlık, susuzluk vb.) ve dışarıdan (ses, ışık vb.) beta öğeler (uyaranlar) ile baş edebilecek bir ruhsal aygıta sahip olmadığını

belirtmektedir. Bu dönemde bebek annenin ruhsal aygıtının dönüştürücü işlevine ihtiyaç duymaktadır. Annenin, bebeğinden gelen çiğ duyumları (beta öğeler) kendi ruhsal aygıtı ile dönüştürerek bu dönüştürülen öğeleri (alfa öğeler) bebeğine sunar. Bu dönüştürücü işleve kapsayıcı işlev denilmektedir.

Mizaç: Mizaç, bireye kalıtım yolu ile geçen ve yaşam boyunca değişmeyen bir özellikler bütünüdür (akt. Sayın ve Arslan, 2005).

Uyku Eğitimi: Uyku eğitimi 0-5 yaş arasında bebek ve çocuklara verilen, amacı uykuyu düzenlemek ve uyku kalitesini artırmak olan bir eğitimdir (Ferber,1985; Ford, 2016; Galland ve Mithcell 2010; Honaker vd., 2018; Hogg ve Blau, 2014; Holt, 1894; Karp, 2004; King, 1913; Sadeh, 2005; Pantley, 2019; West, 2019).

BÖLÜM 2. YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli

Araştırma modelleri, amaçları itibariyle sınıflandırıldığında keşfedici, tanımlayıcı ve açıklayıcı araştırmalar olmak üzere üç başlık altında ele alınabilmektedir. Tanımlayıcı araştırmalarda incelenen konu, olgu ya da olayın düzgün bir portresinin ortaya koyulması amaçlanmaktadır (Altunışık, Çoşkun, Yıldırım ve Bayraktaroğlu, 2002). Tanımlayıcı araştırmalarda çoğunlukla "nasıl" sorusu üzerinde durulmaktadır (Böke, 2011). Mevcut araştırmada ise 0-1 yaş döneminde çocuğuna uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin bağlanma biçimleri, kapsayıcılık işlevleri ve mizaçları değerlendirilmekte, farklı iki grup arasında ifade edilen değişkenler itibariyle bir farklılık olup olmadığı belirlenmeye çalışılmaktadır. Bu bağlamda araştırma konusunun mevcut durumuna ilişkin bir resim ortaya koyulmaya gayret edilmektedir. Dolayısıyla mevcut araştırma bir tanımlayıcı araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 0-1 yaş arasında çocuğuna desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen anneler oluşturmuştur. Araştırmada tesadüfi olmayan örnekleme yöntemleri arasında yer alan kartopu örnekleme yönteminden yararlanılmıştır. Tesadüfi olmayan bir örnekleme yöntemi kullanıldığı için araştırma örneklemi yerine araştırma grubu ifadesi kullanmak ve yapılacak olan genellemelerin sadece araştırma grubu itibari ile geçerli olacağını kabul etmek daha uygun bir yaklaşım olacaktır.

Kartopu örnekleme yöntemi özellikle araştırma evreninin sınırlarının net olarak bilinmediği durumlarda kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemde öncellikle araştırma evrenine dahil olduğu kesin olarak bilinen ilk birimle temas kurulur ve ardından temas kurulan ilk birimden elde edilen bilgilerle ikinci, üçüncü ve sonraki birimlere ulaşılmaya çalışılır. Bu şekilde, arzu edilen örneklem büyüklüğü yakalanıncaya kadar devam edilir. (Altunışık vd., 2002). Bunun dışında kartopu örnekleme yönteminin bir diğer uygulanış biçimi, anketörlerin arzu edilen nitelikteki katılımcılara ilk defa ulaşıp daha sonra bu

katılımcılardan araştırmaya dahil edilebilecek nitelikteki diğer potansiyel katılımcılara anket formlarının ulaştırılmasına dayanır (Salganik ve Heckathorn, 2004). Bu bağlamda öncelikle araştırmacı tarafından çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi verdiği ve vermediği bilinen annelere ulaşılmış ve bu annelerden kendilerine yapılan açıklamalar ışığında uygun nitelikteki potansiyel katılımcılara anket formlarını iletmeleri istenmiştir. Bununla birlikte araştırmacının çevresinde yer alan ve araştırmaya gönüllü olarak destek vermek isteyen kişiler tıpkı anketörler gibi araştırma kapsamına girebilecek nitelikteki potansiyel katılımcılara anket formlarını ulaştırmıştır.

Örneklem oluşturmanın en güç aşaması örneklem büyüklüğünün belirlenmesidir. Bu konuda net bir sayı vermek yerine, yaklaşık hesaplamalar ile yetinilir. Amaç, temsil yeterliğini zedelemeyecek en küçük sayıyı bulmaktır (Karasar, 2020). Araştırmada tesadüfi olmayan bir örnekleme yöntemi kullanıldığı için örnek büyüklüğünün belirlenmesinde araştırmanın doğası, araştırmada yer alan değişkenlerin sayısı, yararlanılan istatistiki analizler, araştırmanın sahip olduğu kısıtlar vb. gibi kalitatif faktörleri göz önünde bulundurmak mümkündür (Malhotra, 2010). Bu bağlamda araştırmanın bir yüksek lisan tezi olması nedeniyle sahip olduğu zaman ve bütçe kısıtları ile verilerin analiz edilmesinde kullanılacak olan istatistiki analizlerin varsayımları göz önünde bulundurularak örnek büyüklüğü belirlenmeye çalışılmıştır.

Araştırmacının, araştırma verileri için öngördüğü hassasiyet derecesi, hata marjı, uygulayacağı istatiksel analiz ve evrenin büyüklüğü, örneklemin büyüklüğünün temel belirleyicisidir. Bahsedilen bu faktörler dikkate alındığında, örneklem için belirlenen büyüklüğün ayrıntılı hesaplamalardan çok araştırmacının yargısına bağlı olduğu söylenebilir. Ancak belli istatiksel analizlerin uygulanabilmesi için en az 30 katılımcının olması gerektiği konusunda yaygın bir kabul vardır. 30 katılımcıdan az sayıdaki örnek kütlelere uygulanabilecek sağlıklı istatiksel analizlerin sayısı çok azdır ve bu analizlerden yapılacak genellemeler eleştiriye açıktır (Altunışık vd.,2002). Bu bağlamda her iki araştırma grubu için minimum 30 kişi ile çalışılması hedeflenmiştir.

Sonuç olarak mevcut araştırmada 183 kişiye ulaşılmış, veriler ve toplanması başlığında detaylı olarak açıklanacak olan çeşitli sebepler nedeniyle 94 katılımcıdan elde edilen bilgiler araştırma kapsamına dahil edilmeyerek, çocuğuna 0-1 yaş arasında desteksiz uyku eğitimi veren 37 ve vermeyen 52 anneden oluşan araştırma grubu elde

edilmiştir. Araştırmada yer alan katılımcıların demografik bilgileri Tablo 1'de olduğu gibidir:

Tablo 1. Araştırma Grubunun (Örneğinin) Demografik Özellikleri İtibariyle Dağılımı

Annenin Yaşı	Uyku Eğitimi Veren		Uyku Eğitimi Vermeyen	
	N	%	N	%
35 yaş ve altı	22	59,5	36	69,2
35 yaş üstü	15	40,5	16	30,8
Toplam	37	100	52	100
Çocuğun Yaşı	Uyku Eğitimi Alan		Uyku Eğitimi Almayan	
	N	%	N	%
1 yaşından küçük	7	18.9	12	23,1
1-3 yaş aralığında	18	48,7	15	28,8
3 yaşından büyük	12	32,4	25	48,1
Toplam	37	100	52	100
Annenin Eğitim Düzeyi	Uyku Eğitimi Alan		Uyku Eğitimi Almayan	
	N	%	N	%
İlkokul	0	0	2	2,2
Lise	2	5,4	5	7,9
Üniversite	20	54,1	27	52,8
Yüksek Lisans	12	32,4	13	28,1
Doktora	3	8,1	5	9,0
Toplam	37	100	52	100
	Uyku Eğitimi Veren		Uyku Eğitimi Vermeyen	
Annenin Çalışma Durumu	N	%	N	%
Çalışıyor	15	40,5	23	44,2
Çalışmıyor	5	13,5	12	23,1
Önceden çalışıyor (doğum öncesi)	17	46,0	17	32,7
Toplam	37	100	52	100
	Uyku Eğitimi Veren		Uyku Eğitimi Vermeyen	
Medeni Durum	N	%	N	%
Evli	36	97,3	50	96,6
Boşanmış	1	2,7	2	3,4
Toplam	37	100	52	100
	Uyku Eğitimi Veren		Uyku Eğitimi Vermeyen	
Hane Halkı Sayısı	N	%	N	%
2-3 kişilik aile	23	62,2	33	63,5

4 kişi ve fazlası	14	37,8	19	36,5
Toplam	37	100	52	100

	Uyku Eğitimi Veren		Uyku Eğitimi Vermeyen	
Kardeş Sahipliği	N	%	N	%
Var	12	32,4	17	32,7
Yok	25	67,6	35	67,3
Toplam	37	100	52	100

2.7. Veriler ve Toplanması

Mevcut araştırma kapsamında kullanılacak veri toplama araçları Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'na sunulup onay alınmasının ardından veri toplanmaya başlanmıştır.

Araştırma evrenini oluşturan çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelere ulaşmak için üç farklı kanal kullanılmıştır. Öncellikle uyku eğitimi veren pedagog veya psikologlar ile görüşülerek araştırma için uygun nitelikte katılımcılar bulunmuştur. Sonrasında bulunan bu katılımcılara anket formları ulaştırılmış ve kendilerinden, tıpkı kendileri gibi çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren veya vermeyen annelere anket formunu ulaştırması istenmiştir. İkinci kanal olarak sosyal medya sitelerinden ve anne-bebek bloglarından araştırma ile ilgili paylaşımlar yapılmış ve uygun nitelikteki katılımcılar araştırmaya davet edilmiştir. Bu şekilde çalışmaya dahil olan katılımcılardan yine kendilerine benzer nitelikteki potansiyel katılımcılara anket formlarını iletmeleri istenmiştir. Katılımcılara ulaşmak için kullanılan üçüncü kanal ise araştırmacının çevresinde bulunan ve çalışmaya destek vermek isteyen kişilerdir. Bu kişiler araştırma kapsamına girebilecek potansiyel katılımcılara anket formlarını ulaştırarak araştırmaya destek vermiştir.

Araştırma verilerinin toplanması covid-19 küresel salgın dönemine denk gelmiştir. Bu nedenle pek çok katılımcı yüz yüze anket cevaplamayı kabul etmemiştir. Bu bağlamda yüz yüze anket cevaplamayı reddeden katılımcılar, kendilerine ulaştırılan bağlantı (link) aracılığıyla hazırlanan online ankete yönlendirilmiştir. Dolayısıyla içinde bulunulan salgın koşulları araştırma verilerinin bir kısmının yüz yüze anket bir kısmının da online anket yöntemiyle toplanmasını mümkün kılmıştır.

Araştırmaya hangi katılımcıların dahil edilip edilmeyeceğini belirlemek üzere katılımcılara bir dizi filtre soru yöneltilmiştir. Bu filtre sorulardan ilki olarak katılımcılara çocuklarına uyku eğitimi verip vermedikleri sorulmuştur. Buna göre katılımcılar çocuklarına uyku eğitimi verenler ve vermeyenler olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Çocuklarına uyku eğitimi verdiklerini belirten anneler ikinci filtre soruya yönlendirilmiştir. Bu filtre soruda ise annelerin çocuklarına verdikleri uyku eğitiminin türü belirlenmeye çalışılmıştır. Kendilerine sunulan seçenekler arasından desteksiz nitelikte uyku eğitimi verdiğini belirten anneler, araştırma kapsamına dahil edilirken destekleyici nitelikte uyku eğitimi veren anneler araştırmanın kapsamı dışında bırakılmıştır.

Araştırmada 157'si online 26'sı yüz yüze olmak üzere toplamda 183 kişiye anket formu ulaştırılmıştır. Araştırmaya online olarak katılan 157 katılımcı arasından 71'i anket sorularının %80'inden fazlasına cevap vermediği için elenirken, 12 tanesi destekli uyku eğitimi verdikleri için, 7 tanesi ise çocuklarına 0-1 yaş dönemi dışında uyku eğitimi verdikleri için araştırma kapsamına dahil edilmemiştir. Yüz yüze anket formlarından 4 tanesi ise anket sorularının yarısından fazlasının cevaplanmamış olmasından dolayı elenmiştir. Bu bağlamda 37'si çocuğuna 0-1 yaş arasında desteksiz uyku eğitimi veren, 52'si ise çocuğuna 0-1 yaş döneminde uyku eğitimi vermeyen toplam 89 katılımcıdan elde edilen veriler ile analizler gerçekleştirilmiştir.

Eksik veri kaynağının nedenlerini anlayabilmek için araştırmacının çevresinden araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişiler ile görüşülmüş ve anket formunu doldurup doldurmadıklarına dair geri bildirim istenmiştir. Anket formunu doldurmayanlardan sağlanan geri bildirimlere göre katılımcılardan bir kısmı anket formunun çok uzun olduğunu ve bu nedenle yanıtlamayı yarıda kestiklerini ifade ederken, bir kısmı da anket formunda yer alan bazı soruların kendilerinde yarattığı bir takım olumsuz duygu veya düşünceler nedeniyle bu anketi cevaplamayı bıraktıklarını bildirmiştir.

Araştırmada kullanılan anket formu üç bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde uygun nitelikte katılımcıları belirlemek üzere hazırlanmış filtre sorulara yer verilirken, ikinci bölüm demografik sorulardan oluşmuştur. Anketin üçüncü bölümünde ise annelerin ruhsal süreçlerini değerlendiren ölçeklere yer verilmiştir. Anket formu toplam 181 sorudan oluşmaktadır.

2.7.1.Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmaya dahil olmadan önce tüm katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Bu formda katılımcıların bilgilerinin gizli tutulacağı, katılımcılardan toplanan verilerin sadece akademik amaçlar ile kullanılacağı ve istedikleri takdirde araştırmadan çekilebileceklerine dair bilgilere yer verilmiştir.

2.7.2. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından katılımcıların demografik özellikleri hakkında bilgi almak amacıyla hazırlanmıştır. Formun ilk bölümünde katılımcıların çocuklarının uyku problemi olup olmadığı, katılımcıların çocuklarına uyku eğitimi verip vermediği ile ilgili sorulara yer verilirken, formun ikinci bölümünde katılımcıların yaşı, çocuklarının yaşı, katılımcıların medeni durumları, eğitim düzeyleri ve aile yapıları (kardeş sayısı ve hane halkı sayısı) gibi sorulara yer verilmiştir. Kişisel bilgi formu, yapılan literatür incelemesi ve uzman görüşü alınarak tez danışmanının onayı ile hazırlanmıştır.

2.7.3. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE-II)

Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri 2000 yılında, Fraley ve arkadaşları tarafından bağlanma için önemli olan kaygı ve başkalarından kaçınma boyutlarını ölçmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 7'li likert olup (1=hiç katılmıyorum, 7=tamamen katılıyorum) 36 maddeden oluşmaktadır. Her boyut 18'er madde ile ölçülmektedir. Ölçekteki kaçınma skorunu hesaplamak için çift sayılı maddelerin ortalamaları alınmaktadır. Kaygı skorunu hesaplamak için ise tek sayılı maddelerin ortalamaları alınmaktadır. Ölçekteki 4, 8, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 30, 32, 34, 36. maddeler ters kodlanmaktadır. Bu ölçeğin Türkçe 'ye uyarlaması, Selçuk, Günaydın, Sümer ve Uysal (2005) tarafından yapılmıştır. Kaçınma ve kaygı boyutlarının Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,90 ve 0,86'dır. Bu bağlamda mevcut çalışmada YİYE ölçeğinin kaçınma ve kaygılı boyutlarının Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,863 ve 0,786 olarak bulunmuştur.

2.7.4. Ebeveyn Çocuk Kapsayıcı İşlevler Ölçeği (KİÖ)

Bu ölçek ebeveynlerin, çocukları için ne kadar kapsayıcı olduklarını ölçmek için Zabcı, Erol ve Şimşek (2018) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 5'li likert olup, 36 madde ve 5 alt boyuttan (endişe ve ayrılığa hassasiyet, eş ile ilişki, kapsanamayan ilişki, doyum

odaklılık, katı kuralcı ilişki) oluşmaktadır. Ölçeğin katı kuralcı alt boyutu, kapsanamayan ilişki alt boyutu, doyum odaklılık alt boyutu ve endişe ve ayrılığa hassasiyet alt boyutundan alınan yüksek puan kapsayıcılığın düşük olduğunu gösterirken, eş ile ilişki alt boyutundan alınan puanlar ters kodlanmaktadır. Yapılan geçerlilik ve güvenirlilik çalışmalarında ölçeğin cronbach alfası 0,81 olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda mevcut araştırmada KİÖ ölçeğinin endişe ve ayrılığa hassasiyet, eş ile ilişki, kapsanamayan ilişki, doyum odaklılık, katı kuralcı ilişki boyutlarına ait Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,837; 0,781; 0,820; 0,803 ve 0,805 olarak bulunmuştur. KİÖ ölçeğinin toplamına ait Cronbach alfa değeri ise 0,858 olarak hesaplanmıştır.

2.7.5. Memphis Pisa Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS-A)

Akiskal ve çalışma arkadaşları tarafından 1997'de geliştirilen Memphis Pisa Paris San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi, bireylerdeki baskın mizacı (depresif, siklotomik, anksiyöz, irritabl ve hipertimik) değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Anketin orijinal formu kadınlar için 110, erkekler için 109 maddeden oluşmaktadır (akt. Binbay, 2011). Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları 2005 yılında Vahip, Kesebir, Yazıcı, Akiskal ve Akiskal tarafından yapılmıştır. Anketin Türkçe formu 100 maddeden oluşmaktadır. Anketi cevaplayan kişi, yaşamının tümünü göz önünde bulundurarak anketteki soruları doğru ve yanlış olarak cevaplamaktadır. Ölçekte depresif mizaç için 18 madde, siklotimik mizaç için 19 madde, hipertimik mizaç için 20 madde, irritabl mizaç için 18 madde ve anksiyöz mizaç için 24 madde bulunmaktadır. Mizaç özelliklerinden baskın olanı ortaya çıkarmak için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13, ve 18 puandır. Ölçeğin Türkçe formunda her bir mizaç tipi için test- yeniden test güvenirliği 0,73-0,93 ve Cronbach-Alpha katsayısı 0.77-0.85 arasında olduğu bulunmuştur. Kişide bir veya birden fazla baskın afektif mizaç saptanabilirken, buna karşılık kişide baskın afektif mizaç saptanmayabilir (Vahip vd., 2005). Bu bağlamda mevcut araştırmada TEMPS-A ölçeğinin depresif, siklotimik, hipertimik, irritabl ve anksiyöz boyutlarına ait Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,759; 0,765; 0,749; 0,853 ve 0,849 olarak elde edilmiştir.

2.8. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Bu bölümde, araştırmada toplanan verilerin test edilmesinde kullanılan analizler hakkında bilgi verilmiştir. Elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov Simirnov testi ile incelenmiş ve verilerin normal dağılım varsayımını karşılamadığı görülmüştür. Bu nedenle parametrik testler yerine ilgili testlerin parametrik olmayan (Non-parametric) alternatiflerinden yararlanılmıştır.

Araştırmada, annelerin ve çocuklarının demografik özellikleri ile araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı özelliklerini ortaya koymaya yönelik olarak tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Diğer taraftan, uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin bağlanma biçimleri, kapsayıcı işlevleri ve mizaç özellikleri arasındaki farklılıkların belirlenmesinde ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Verilerin çözümlenmesinde yararlanılan farklılık testleri, annelerin ve çocuklarının demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler ile araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri SPSS 26 paket programı aracılığyla gerçekleştirilmiştir.

BÖLÜM 3. BULGULAR VE YORUMLAR

Araştırmanın bu bölümünde, önce araştırmanın amaçlarını yansıtan belli başlıklar halinde, elde edilen bulgulara; sonra onların kümeler ve bütün halinde anlamlandırılmaya çalışıldığı yorumlara yer verilmiştir.

3.1. Bulgular

3.1.1. Kullanılan Ölçeklere Ait Tanımlayıcı Analiz Bulguları

Araştırmada kullanılan ölçekler aracılığıyla elde edilen veriler, araştırma hipotezlerinin test edilmesinde, ölçeklerin hipotetik faktör yapıları göz önünde bulundurularak ele alınmıştır. Bu bağlamda, araştırma hipotezlerinin test edilmesine geçilmeden önce araştırma değişkenlerine ait minimum değer, maksimum değer, ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık gibi tanımlayıcı analiz bulguları, ölçeklerin hipotetik faktör yapıları dikkate alınarak, Tablo 2'de okuyucunun bilgisine sunulmuştur:

Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Tanımlayıcı Analiz Bulguları

Ölçekler	Alt Boyutlar	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık
Bağlanma	Kaçınmacı	89	1,00	4,67	2,4501	,89964	,377	-,533
	Kaygılı	89	1,56	5,17	2,9994	,73643	,523	,263
Kapsayıcı İşlev	Endişe-Ayrılığa Hassasiyet	89	21,00	53,00	36,3371	8,45031	,273	-,665
	Eş ile İlişki	89	7,00	30,00	17,3483	5,37482	,018	-,588
	Kapsanamayan İlişki	89	6,00	28,00	15,0562	5,54396	,304	-,741
	Doyum Odaklılık	89	6,00	24,00	12,3258	4,36613	,861	,304
	Katı-Kuralcı İlişki	89	7,00	29,00	13,3596	5,35819	,892	,253
	KİÖ Toplam	89	61,00	146,00	93,3933	17,90798	,488	,205
Mizaç	Depresif	89	,00	15,00	5,0112	3,32858	,667	,136
	Siklotimik	89	,00	17,00	6,0449	3,75654	,729	,494
	Hipertimik	89	1,00	20,00	9,5393	4,07893	,440	-,151
	İrritabl	89	,00	15,00	3,8315	3,81455	1,281	1,072
	Anksiyöz	89	,00	20,00	5,9551	4,77424	1,035	,591

3.1.2. Bağlanma Biçimleri ile İlgili Hipotezlerin Test Edilmesine Dair Bulgular

Araştırmada annelerin bağlanma stillerine ilişkin olarak iki hipotez öne sürülmüştür. Birinci hipotez, çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin kaçıngan bağlanma biçimi açısından aralarında fark var mıdır? İkinci hipotez ise çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin kaygılı bağlanma biçimi açısından aralarında fark var mıdır?

Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin kaçıngan bağlanma biçimi açısından aralarında fark olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar Tablo 3'te olduğu gibidir. Buna göre iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (U=904,5; p=,632).

Tablo 3. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin YİYE Ölçeğinin Kaçıngan Bağlanma Alt Boyutuna İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Uyku Eğitimi Veren	37	43,45	1607,5	904,5	,632
Uyku Eğitimi Vermeyen	52	46,11	2397,5		

Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin kaygılı bağlanma biçimi açısından aralarında fark olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar Tablo 4'te yer almaktadır. Tablo 4 incelendiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu anlaşılmaktadır (U=603,5; p=,003). Bu bulguya göre çocuklarına uyku eğitimi veren annelerin kaygı boyutuna ilişkin ortalamasının ($\bar{x}$=3,30), vermeyen annelerinkinden ($\bar{x}$=2,78) yüksek olduğu ve bu farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin YİYE Ölçeğinin Kaygılı Bağlanma Alt Boyutuna İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Uyku Eğitimi Veren	37	54,69	2023,5	603,5	,003
Uyku Eğitimi Vermeyen	52	38,11	1981,5		

3.1.3. Kapsayıcı İşlev ile İlgili Hipotezin Test Edilmesine Dair Bulgular

Araştırmada annelerin kapsayıcı işlevleri ile ilgili üç hipotez ileri sürülmüştür. Bu doğrultuda birinci hipotez, çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin KİÖ ölçeğinin kapsanamayan ilişki boyutu açısından aralarında fark var mıdır? İkinci hipotez, çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin KİÖ ölçeğinin kapsanamayan ilişki boyutu açısından aralarında fark var mıdır? Üçüncü hipotez ise, çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin KİÖ ölçeğinin toplam puanı açısından aralarında fark var mıdır?

Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin kapsanamayan ilişki açısından aralarında fark olup olmadığını belirlemek üzere Mann-Whitney U testi gerçekleştirilmiş olup elde edilen sonuçlar Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin KİÖ Ölçeğinin Kapsanamayan İlişki Boyutuna Dair Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Uyku Eğitimi Veren	37	55,96	2070,5	556,5	,001
Uyku Eğitimi Vermeyen	52	37,20	1934,5		

Tablo 5 incelendiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu anlaşılmaktadır (U=556,5; p=,001). Bu bulguya göre çocuklarına uyku eğitimi veren annelerin, KİÖ ölçeğinin kapsamayan ilişki boyutundan aldıkları ortalama puanın ($\bar{x}$=17,48), vermeyen annelerinkinden ($\bar{x}$=13,32) yüksek olduğu ve bu farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin katı-kuralcı ilişki açısından aralarında fark olup olmadığını belirlemek üzere Mann-Whitney U testi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen sonuçlar Tablo 6'da olduğu gibidir.

Tablo 6. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin KİÖ Ölçeğinin Katı-Kuralcı İlişki Boyutuna Dair Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Uyku Eğitimi Veren	37	57,07	2111,5	515,5	,000
Uyku Eğitimi Vermeyen	52	36,41	1839,5		

Tablo 6 incelendiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu anlaşılmaktadır (U=515,5; p=,000). Bu bulguya göre çocuklarına uyku eğitimi veren annelerin, KİÖ ölçeğinin katı-kuralcı ilişki boyutundan aldıkları ortalama puanın ($\bar{x}$=16,08), vermeyen annelerinkinden ($\bar{x}$=11,42) yüksek olduğu ve bu farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Çocuğuna 0-1 yaş arasında desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin KİÖ ölçeğinin toplam puanı açısından aralarında fark olup olmadığını belirlemek üzere Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 7'de olduğu gibidir.

Tablo 7. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin KİÖ Ölçeğinin Toplamına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Uyku Eğitimi Veren	37	52,03	1925	702	,030
Uyku Eğitimi Vermeyen	52	40,00	2080		

Tablo 7'de yer alan sonuçlar incelendiğinde, iki grup arasında KİÖ ölçeğinin toplamı itibariyle elde edilen skorlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu anlaşılmaktadır (U=702; p=,030). Buna göre, çocuğuna 0-1 yaş arasında uyku eğitimi veren annelerin KİÖ ölçeğinin toplamından aldığı puanlar ($\bar{x}$=98,40), uyku eğitimi vermeyen annelerin aldığı puanlardan ($\bar{x}$=89,82) anlamlı bir şekilde daha yüksektir.

Araştırmada KİÖ ölçeğinin diğer boyutlarına dair bir hipotez ileri sürülmemektedir. Ancak ölçek ile ilgili bütüncül bir yaklaşım sağlayabilmek adına diğer

boyutlar özelinde de çocuklarına 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin karşılaştırmaları yapılmış ve bunların tamamına ait sonuçlar Tablo 8'de özet olarak okuyucunun bilgisine sunulmuştur.

Tablo 8. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin KİÖ Ölçeğinin Endişe-Ayrılığa Hassasiyet, Eş ile İlişki ve Doyum Odaklılık Boyutlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Endişe-Ayrılığa Hassasiyet					
Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Uyku Eğitimi Veren	37	42,09	1557,5	854,5	,370
Uyku Eğitimi Vermeyen	52	47,07	2447,5		
Eş ile İlişki					
Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Uyku Eğitimi Veren	37	43,35	1604	901	,611
Uyku Eğitimi Vermeyen	52	46,17	2401		
Doyum Odaklılık					
Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Uyku Eğitimi Veren	37	45,86	1697	930	,789
Uyku Eğitimi Vermeyen	52	44,38	2308		

Tablo 8'de yer alan sonuçlar incelendiğinde, KİÖ ölçeğinin endişe-ayrılığa hassasiyet (U=854,5; p=,370), eş ile ilişki (U=901; p=,611) ve doyum odaklılık (U=930; p=,789) boyutları açısından her iki grup arasında anlamlı herhangi bir farklılığın olmadığı görülmüştür.

3.1.4. Mizaç ile İlgili Hipotezlerin Test Edilmesine Dair Bulgular

Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin depresif mizaç açısından aralarında fark olup olmadığını belirlemek üzere Mann-Whitney

U testi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 9'da olduğu gibidir. Tablo 9 incelendiğinde depresif mizaç özelliği açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (U=901,5; p=,613).

Tablo 9. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin TEMPS-A Ölçeğinin Depresif Mizaç Boyutuna İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Uyku Eğitimi Veren	37	43,36	1064,5	901,5	,613
Uyku Eğitimi Vermeyen	52	46,16	2400,5		

Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin siklotimik mizaç açısından aralarında fark olup olmadığını belirlemek üzere Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 10'da gösterilmektedir. Tablo 10 incelendiğinde siklotimik mizaç özelliği açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (U=932; p=,801).

Tablo 10. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin TEMPS-A Ölçeğinin Siklotimik Mizaç Boyutuna İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Uyku Eğitimi Veren	37	45,81	1695	932	,801
Uyku Eğitimi Vermeyen	52	44,42	2310		

Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin hipertimik mizaç açısından aralarında fark olup olmadığını belirlemek üzere Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 11'de olduğu gibidir.

Tablo 11. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin TEMPS-A Ölçeğinin Hipertimik Mizaç Boyutuna İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Uyku Eğitimi Veren	37	52,82	1954,5	672,5	,016
Uyku Eğitimi Vermeyen	52	39,43	2050,5		

Tablo 11 incelendiğinde, iki grup arasında hipertimik mizaç boyutu açısından istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunduğu anlaşılmaktadır (U=672,5; p=,016). Bu bulguya göre, çocuklarına uyku eğitimi veren annelerin hipertimik mizaç boyutuna dair ortalamasının ($\bar{x}$=10,75), vermeyen annelerinkinden ($\bar{x}$=8,67) yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin irritabl mizaç açısından aralarında fark olup olmadığını belirlemek üzere Mann-Whitney U testi yapılmış olup elde edilen sonuçlar Tablo 12' de gösterilmektedir.

Tablo 12. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin TEMPS-A Ölçeğinin İrritabl Mizaç Boyutuna İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Uyku Eğitimi Veren	37	56,06	2075	552	,001
Uyku Eğitimi Vermeyen	52	37,12	1930		

Tablo 12 incelendiğinde, iki grup arasında irritabl mizaç boyutu açısından istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunduğu anlaşılmaktadır (U=552; p=,001). Bu bulguya göre, çocuklarına uyku eğitimi veren annelerin irritabl mizaç boyutuna dair ortalamasının ($\bar{x}$=5,40) vermeyen annelerinkinden ($\bar{x}$=2,71) yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin anksiyöz mizaç açısından aralarında fark olup olmadığını belirlemek üzere Mann-

Whitney U testi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 13'te gösterilmektedir. Tablo 13 incelendiğinde anksiyöz mizaç özelliği açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmaktadır (U=854; p=,367).

Tablo 13. Çocuklarına Uyku Eğitimi Veren ve Vermeyen Annelerin TEMPS-A Ölçeğinin Anksiyöz Mizaç Boyutuna İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Grup	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	P
Uyku Eğitimi Veren	37	47,92	1773	854	,367
Uyku Eğitimi Vermeyen	52	42,92	2232		

3.2. Yorumlar

Desteksiz uyku eğitimi bazı uzmanlar tarafından tavsiye edilse de birçok annenin önerilen bu uygulama biçimine hiç başvurmadığı veya bunu sürdürmediği, bazı annelerin ise katı bir biçimde benimsediği görülmektedir. Bu doğrultuda, bu iki farklı ilişki biçimini benimseyen annelerin bağlanma biçimleri, mizaç özellikleri ve kapsayıcı işlev düzeyleri arasında bir farklılık olup olmadığının sorgulanması, mevcut araştırmanın temel sorusunu oluşturmuştur. Bu çalışmanın bulguları desteksiz uyku eğitimi veren annelerin uyku eğitimi vermeyen annelere göre daha kaygılı bağlanma biçimi gösterdiği ve kapsayıcı işlevlerinin daha düşük olduğunu söylemektedir. Bu bulgulara ek olarak çocuklarına desteksiz uyku eğitimi veren annelerin, uyku eğitimi vermeyen annelere göre daha hipertimik ve irritabl mizaç özellikleri taşıdıkları söylenebilir. Bunun yanı sıra, Araştırma bulguları, çocuğuna desteksiz uyku eğitim veren ve uyku eğitimi vermeyen annelerin bağlanma biçimleri, mizaç özellikleri ve kapsayıcı işlev düzeyleri açısından farklılaştığı yönündedir.

Yukarıda ifade edilen farklılıklar psikanalitik literatür ışığında, ayrı başlıklar altında ele alınarak aşağıda farklı başlıklar altında tartışılmıştır.

3.2.1. Çocuğuna 0-1 yaş döneminde uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin bağlanma biçimlerine ait bulguların yorumlanması

Çocukluk yaşantısında içselleştirilen anne baba imgelerinin yetişkinlik dönemine önemli yansımaları olduğu bilinmektedir. Anne ve babaların, erken çocukluk döneminde kendi ebeveynleri ile yaşadığı deneyimler, onların yetişkinlikte hangi bağlanma stiline sahip olacağının belirleyicisidir (Ainsworth ve Bowlby, 1991). Araştırmada bebeğine desteksiz uyku eğitimi veren annelerin, YIYE-II ölçeğinin kaygılı bağlanma boyutundan aldıkları puanın kontrol grubundaki annelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Buradan hareketle çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren annelerin, vermeyen annelere göre kaygılı bağlanma biçimleri açısından farklılaştığını söylemek mümkündür. Araştırmaya katılan annelerin, kendi ebeveynleri ile olan bağlanma tecrübelerini özümsedikleri ve bu bağlanma tecrübelerini kendi çocukları ile tekrar yaşadıkları düşünülmektedir. Kaygılı bağlanan çocuk, annenin yokluğunda kaygıya kapılmakta ve anne geri geldiğinde kolayca sakinleşememektedir. Anneleri ile temasa geçmek istemelerine rağmen öfkelerini sert bir şekilde dışarıya yansıtmakta (ağlamakta) ve ihtiyaçlarının anneleri tarafından karşılanıp karşılanmayacağından emin olmamaktadırlar (Ainsworth ve Bell, 1970). Özellikle desteksiz uyku eğitimi sırasında bebekler ağlamaya bırakılmaktadır ve annelerden bebeklerine kısıtlı veya hiç müdahale etmemeleri beklenmektedir. Belot (2013) bebeğin reddedilen ağlamalarının, annenin yeterince işlenmemiş ayrılık ve terkedilme endişelerini tetiklediğini, dışavurduğunu ve boşalım sağladığını söylemektedir. Böylesi bir durumda kaygılı bağlanan annelerin, çocuklarına desteksiz uyku eğitimi vererek geçmişlerinde maruz kalan durumundan maruz bırakan konumuna geçtikleri ve bu sayede ruhsallıklarını tekrarlama kompülsyou ile tamir etmeye çalıştıkları düşünülebilir. Freud (1926)'a göre tekrarlama kompülsiyonu haz değeri taşır ve travmatize eden durumların acısını hafifletmek için kullanılır. Başka bir ifade ile desteksiz uyku eğitimi veren annelerin travmalarını bu kez maruz bırakılan değil, maruz bırakan etkin bir konumda çocukları üzerinden tekrar ettikleri söylenebilir.

3.2.2. Çocuğuna 0-1 yaş döneminde uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin kapsayıcı işlev düzeylerine ait bulguların yorumlanması

Bebeğe alan açan ve onun ruhsal ihtiyaçlarına karşı duyarlı olan bir anne, bebeğin en temel ihtiyacıdır. Bebek "tutulduğunu" (Winnicott, 1956) ve "kapsandığını" (Bion, 1962) hissettiğinde sağlıklı gelişim gösterme yolunda ilk adımlarını atarken tersi durumlarda ruhsal işleyiş sekteye uğramakta ve patoloji gelişme riski doğmaktadır. Annenin alfa işlevinin eksikliği söz konusu olduğunda bebeğin ruhsal kapasitesinin gelişmesi için kucaklayıcı çevre oluşamaz ve bebek iç ve dış uyaranlara karşı savunmasız kalır, boşluğa düşer. Araştırmada bebeğine desteksiz uyku eğitimi veren annelerin ebeveyn çocuk kapsayıcı işlev ölçeğine göre katı-kuralcı ve kapsanamayan ilişki boyutlarından yüksek puan aldığı saptanmıştır. Buna ek olarak desteksiz uyku eğitimi veren annelerin kapsayıcı işlev ölçeğinin toplam puanından yüksek puan almıştır. Başka bir ifade ile çocuğuna desteksiz uyku eğitimi veren annelerin kapsayıcılık işlevlerinin uyku eğitimi vermeyen annelere göre düşük olduğu söylenilebilir. Sala (2009)'e göre, erken dönem anne-kız (anne-oğul) ilişkisinin anlamı annenin kızına (ve oğluna) zihinsel dünyanın temel örgütlenmesinin oluşabilmesi için elzem olanı iletmesidir. Bu iletilen parçalar kız çocuğunun ruhsallığında deneyimlenen bir anne imgesine dönüşmekte ve kız çocuğu, anne olduğunda "anne imgesinin'' onun çocuğuna nasıl annelik yaptığını etkileyecektir. Bu durum bebeğin uykuya geçebilmesi için yapılan düzenlemeleri etkileyecektir (Roncolato ve McMahon, 2013).

Ebeveynler çocukları için birer prototip niteliğindedir. Çocuklar ebeveynlerini model olarak alır, onlarla özdeşleşir. Böylelikle ebeveynler kendi değerlerini, inançlarını, davranışlarını ve ebeveynlik tutumlarını çocuklarına aktarmış olurlar (akt. Ahmadova, 2019). Çocuklar ebeveynlerinden aldıkları bu "mirasları" kendi ebeveynlik yaşamlarında kullanırlar (Main, Kaplan ve Casidy, 1985; Serbin ve Karp, 2003; Şen ve Kavlak, 2012; Karadağ, 2018). Çocuk yetiştirme tutumları ve bağlanmanın nesiller arası aktarımı göz önünde bulundurulduğunda, çocuklarına desteksiz uyku eğitimi veren annelerin çocukluğunda "kucaklayıcı çevre" ortamının yetersiz olduğu düşünülebilir. Bu eksiklik kendi kapsayıcılık işlevlerine etki etmekte ve kendi çocuklarına duygusal yokluk olarak yansıtılmaktadır.

Kucaklayıcı çevre ortamında yeterince iyi bakım gören ve tahammül edilmesi zor olumsuz duyguları annesi tarafından anlaşılan ve karşılık bulan, kapsanan bir kız çocuğu annesinin yaptığı bu dönüştürücü işlevi içselleştirir. Ötekinin varlığında kendini sakinleştirmeyi öğrenen kız çocuğu öteki olmadığında da kendini sakinleştirebilecek yetiyi edinir. Kız çocuğu ileride anne olduğunda, kendi annesinin yaptığı gibi o da ruhsal aygıtını kendi bebeğine ödünç verir. Fakat çocukluğunda kucaklayıcı çevreden ve yeterince iyi bakımdan yoksun, kapsanmamış bir anne bu işlevleri yerine getiremez. Bebeğini kapsayamadığı gibi kendi ruhsallığındaki eksikliği ona yansıtma tehlikesi de vardır (Tunaboylu-İkiz, 2007). Çocukluğunda yeterince kucaklayıcı çevre göremeyen ebeveynlerin, çocuk yetiştirme tutumlarının daha sert ve ihmalkâr olduğu bilinmektedir (Zajac, Raby ve Dozier, 2019). Çocuğuna desteksiz uyku eğitimi veren annelerin kapsayıcı işlev ölçeğinin katı-kuralcı ilişki alt boyutundan aldıkları yüksek puanlar bu tutum ile ilişkilendirilebilir. Uyku saatinde bebeğin uykusunun olmaması veya uykuya direnmesi annenin çocukluğunda deneyimlediği yaşantıları, travmaları tetiklemekte ve çocuk üzerinde bir denetim kurması gerektiği düşüncesini doğurmaktadır. Annenin bu desteksiz eğitim sayesinde maruz kalan durumundan maruz bırakan konumuna geçmesi ile onu tetikleyen travması üzerinde kontrol sağladığı, rahatladığı düşünülebilir (Freud, 1926). Bu sebeple bu annelerin daha katı bir çerçeve benimseyen desteksiz uyku eğitimi yöntemlerini seçtikleri düşünülmektedir.

3.2.3. Çocuğuna 0-1 yaş döneminde uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin mizaç özelliklerine ait bulguların yorumlanması

Desteksiz uyku eğitimi veren annelerin mizaç özelliklerine bakıldığında irritabl ve hipertimik mizaç puanlarının uyku eğitimi vermeyen annelerin puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür.

İrritabl mizaca sahip bireylerde disforik duygu durumu gözlemlenmektedir. İrritabl mizaç puanı yüksek olan annelerin kendi ruhsal dünyalarında öfke duygusunu işleyemedikleri ve dışarıya çıkması için de işlevsel bir yol bulamadıkları düşünülmektedir. Annenin kendi öfkesini kapsayamaması ruhsal olarak işlenemeyen öfkesi kendi çocukluğunda kapsanmadığının bir işareti olarak düşünülebilir.

Belot'a (2016) göre bebeğin bedeni ve dürtüselliği annedeki birçok dürtüsel haraketi tetiklemektedir. Annenin böyle bir durumda bebeğinden gelen uyarımlara karşı bir savunma düzeneği, uyarılım kalkanı oluşturması gerekmektedir. Bu kalkan yeterince güçlü olmadığında anne bebek ile etkileşimden kaçacak veya bebeğini ve kendini sakinleştiremeyen bir uyarı hattının içinde kalacaktır. Bu açıdan düşünüldüğünde desteksiz uyku eğitimi veren annelerin kendilerini sakinleştiremedikleri için bebeklerine desteksiz uyku eğitimi vererek bebekleri ile etkileşimden kaçtıkları düşünülebilir.

Hipertimik mizaca sahip bireyler normal duygu durumu özelliklerine ek olarak ara sıra gözlemlenen eşik altı hipomanik özellikler sergilemektedirler. Buradan hareketle hipertimik mizaca sahip annelerin depresyona karşı manik savunma kullandıkları söylenebilir.

Winnicott, manik savunmanın doğası gereği bu savunma mekanizması devredeyken iç gözlem aracılığı ile bu savunmayı bireyin görmesinin mümkün olmadığını söylemekte ve bireyin kendisini depresyona karşı savunduğundan haberi olmadığını belirtmektedir. Kişi manik savunmayı kullandığında daha coşkulu, mutlu, meşgul, heyecanlı, neşeli, bilgi yüklü kısacası "hayat dolu" hissetmektedir (Winncott, 1935). Kişi her ne kadar hayat dolu hissetse de manik savunmanın altında depresif duygulanım yatmaktadır. Manik savunma ile ötekilere yönelik saldırgan ve yıkıcı eğilimler yadsınır, bunun sonucunda ise kişide neşeli ve mutlu bir görünüm ortaya çıkar fakat bu görünüm kişinin içsel gerçekliğinin karşıtıdır. Başka bir ifade ile manik savunmada başvurulan yöntem inkâr ve eyleme dökmedir (McWilliams, 2013).

Manik savunmayı aşırı derecede kullanan bireylerin erken çocukluk döneminde duygusal açıdan işlenmemiş tekrarlayan travmatik ayrılıklar örüntüsü olduğu bilinmektedir. Buna ek olarak bu bireylerde ötekine yatırım, öteki ile ilişki kurma küçümsenmektedir. Çünkü sevgi bağlarının hayal kırıklığı yaratabileceğini düşünmektedirler (McWilliams, 2013).

Bebeğine desteksiz uyku eğitimi veren annelerin erken çocukluk dönemlerinde yaşadıkları kayıp endişeleri sonucunda tümgüçlü düşlemler ile içsel gerçekliklerini inkâr ederek manik savunmaya başvurdukları düşünülmüştür. Habip (2019)'a göre nesnenin üzerinde kurulan kontrol, nesnenin önemini yadsıma, nesneyi aşağılama ve üstün gelme

gibi zafer duyguları, kişinin kendi ruhsal gerçekliğinin inkarını ayakta tutabilmesi için kurulan mekanizmalardır. Desteksiz uyku eğitimi veren annelerin bebeği ağlamaya bırakması, annenin nesneyi (bebeği) kontrol etmesi ve ona üstün gelmesi anlamına gelmektedir. Maruz bırakan konumunda olan anne bu sayede kendi ruhsal mekanizmalarını tamir etmektedir. Anne kendi içsel gerçekliğini yadsıdığında bebeği için kucaklayıcı çevre oluşturamamakta ve kendi yaşadığı travmalar bebeği ile olan etkileşimini etkilemektedir.

BÖLÜM 4. SONUÇ

Bu bölümde araştırmanın kimliği ve kurgulanma süreci ve araştırmadan elde edilen sonuçlar özetlenmiş ve ileride yapılacak araştırmalar için önerilere yer verilmiştir.

4.1. Özet

Mevcut araştırmada, çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren ve vermeyen annelerin bağlanma biçimleri, kapsayıcı işlev düzeyleri ve mizaç özellikleri açısından aralarında fark olup olmadığı incelenmiştir. Araştırma, çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren 37 ve uyku eğitimi vermeyen 52, toplamda 89 anne ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, Maltepe Üniversitesi"nden etik kurul onayı alındıktan sonra toplanmıştır. Katılımcılara üç farklı kanal kullanılarak ulaşılmıştır. Öncellikle uyku eğitimi veren pedagog veya psikologlar ile görüşülerek araştırma için uygun nitelikte katılımcılar bulunmuştur. Sonrasında bulunan bu katılımcılara anket formları ulaştırılmış ve kendilerinden, tıpkı kendileri gibi çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren veya vermeyen annelere anket formunu ulaştırması istenmiştir. İkinci kanal olarak sosyal medya sitelerinden ve anne-bebek bloglarından araştırma ile ilgili paylaşımlar yapılmış ve uygun nitelikteki katılımcılar araştırmaya davet edilmiştir. Bu şekilde çalışmaya dahil olan katılımcılardan yine kendilerine benzer nitelikteki potansiyel katılımcılara anket formlarını iletmeleri istenmiştir. Katılımcılara ulaşmak için kullanılan üçüncü kanal ise araştırmacının çevresinde bulunan ve çalışmaya destek vermek isteyen kişilerdir. Bu kişiler araştırma kapsamına girebilecek potansiyel katılımcılara anket formlarını ulaştırarak araştırmaya destek vermiştir. Araştırma verilerinin toplanması covid-19 küresel salgın dönemine denk gelmiştir. Bu nedenle pek çok katılımcı yüz yüze anket cevaplamayı kabul etmemiştir. Bu bağlamda yüz yüze anket cevaplamayı reddeden katılımcılar, kendilerine ulaştırılan bağlantı (link) aracılığıyla hazırlanan online ankete yönlendirilmiştir. Dolayısıyla içinde bulunulan salgın koşulları

araştırma verilerinin bir kısmının yüz yüze anket bir kısmının da online anket yöntemiyle toplanmasını mümkün kılmıştır. Araştırmaya hangi katılımcıların dahil edilip edilmeyeceğini belirlemek üzere katılımcılara bir dizi filtre soru yöneltilmiştir. Bu filtre sorulardan ilki olarak katılımcılara çocuklarına uyku eğitimi verip vermedikleri sorulmuştur. Buna göre katılımcılar çocuklarına uyku eğitimi verenler ve vermeyenler olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Çocuklarına uyku eğitimi verdiklerini belirten anneler ikinci filtre soruya yönlendirilmiştir. Bu filtre soruda ise annelerin çocuklarına verdikleri uyku eğitiminin türü belirlenmeye çalışılmıştır. Kendilerine sunulan seçenekler arasından desteksiz nitelikte uyku eğitimi verdiğini belirten anneler, araştırma kapsamına dahil edilirken destekleyici nitelikte uyku eğitimi veren anneler araştırmanın kapsamı dışında bırakılmıştır. Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YIYE-II), Ebeveyn-Çocuk Kapsayıcı İşlev Ölçeği (KİO) ve Memphis Pisa-Paris San Diego Mizaç Değerlendirme Anketine (TEMPS-A) verdikleri yanıtlar doğrultusunda elde edilmiştir. Elde edilen verilerin analizinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırma bulguları çocuğuna 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren anneler ve vermeyen annelerin bağlanma biçimleri, kapsayıcı işlev düzeyleri ve mizaç özellikleri açısından farklılaştığını söylemektedir. Elde edilen bulgular psikanalitik literatür ışığında tartışılmıştır.

Sonuç olarak mevcut araştırma uyku eğitimi veren annelerin ruhsal süreçlerini inceleyen ilk araştırma olduğundan bu alanda çalışan araştırmacılara fayda sağlayacağı, yol göstereceği düşünülmektedir.

4.2. Yargı

Bu araştırma örnekleminde yer alan çocuklarına 0-1 yaş döneminde desteksiz uyku eğitimi veren annelerin kaygılı bağlanma biçimine sahip olduğu, kapsayıcılık işlevlerinin düşük olduğu ve hipertimik ve irritabl mizaç türlerine sahip olduğu bulunmuştur.

4.3. Öneriler

Mevcut araştırma uyku eğitimi veren annelerin ruhsal süreçlerini inceleyen ilk araştırma olduğundan bu alanda çalışan araştırmacılara fayda sağlayacağı, yol göstereceği düşünülmektedir.

Yapılacak benzer araştırmalarda örneklem büyüklüğünün genişletilerek araştırmaya daha fazla katılımcı eklenmesinin literatüre katacağı bilgiler açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte tesadüfi örnekleme yöntemleri kullanılarak yapılacak olan araştırmalardan elde edilecek sonuçların, çocuklarına uyku eğitimi veren annelerin tamamına genelleyebilecek bilgiler sağlayacağı göz önünde bulundurulmalıdır.

İleride yapılacak benzer araştırmalarda, objektif ölçeklerden elde edilen verilerin yanı sıra projektif testler kullanılarak elde edilen verilere yer verilmesi veya araştırmanın sadece projektif testler kullanılarak tekrar edilmesi araştırmanın güvenirliliğini artıracaktır. Buradan hareketle, mevcut araştırmada sadece objektif ölçeklerin kullanılması, anneleri kendilerine yöneltilen sınırlı cevaplar arasından tercih yapmaya yönlendirmiş olabileceğinden, projektif testlerle yapılacak araştırmaların, annelerin, bilinçdışı süreçleri ve ruhsal işleyişlerini daha detaylı bir şekilde ortaya koymada başarılı olacağı düşünülmektedir.

Uyku zamanı anne bakımından mahrum kalan bebeğin depresif semptomlar göstermesi muhtemeldir. Bu sebeple ileride yapılacak araştırmalarda, desteksiz uyku eğitimi alan çocukların nasıl bir ruhsal işleyiş sergiledikleri objektif ve projektif testler ile değerlendirilmesinin literatüre katkı sağlayacağı ve uyku eğitimi hakkındaki tartışmalı görüşlere ışık tutacağı düşünülmektedir.

EKLER

EK-1

KATILIMCI ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma, Dr. Öğretim Üyesi Neslihan ZABCI danışmanlığında, T.C. Maltepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Psikolog İrem Gamze ARSLAN tarafından yüksek lisans tez çalışması adı altında yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, 0-1 yaş döneminde çocuklarına uyku eğitimi veren annelerin ve uyku eğitimi vermeyen annelerin psikolojik profillerini incelemektir. Araştırmanın ortalama cevaplama süresi: 15-20 dakikadır. Araştırma ile ilgili sorularınız için; psk.iremarslan@gmail.com adresine yazabilirsiniz.

Araştırmada kişisel verilerinize (ad, soyad, adres vb..) yer verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Araştırma sorularını yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma için sizden istenen, size ilettiğimiz formlardaki soruları tek tek okuyarak, içtenlikle, eksiksiz ve kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan size en uygun yanıtı vermenizdir. Soruların tek bir doğru veya yanlış cevabı yoktur. Bu nedenle soruları yanıtlarken dürüst ve samimi olmanız araştırma açısından önemlidir. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel araştırma amacı ile bilimsel yayımlarda kullanılacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

İmza

EK-2

Kişisel Bilgi Formu

1) Bebeğinize/çocuğunuza uyku eğitimi verdiniz mi?

Evet ☐ **(Cevabınız "Evet" ise lütfen ikinci (2.) sorudan devam ediniz)**

Hayır ☐ **(Cevabınız "Hayır" ise lütfen dördüncü (4.) sorudan devam ediniz)**

2) Bebeğinize/çocuğunuza uyku eğitimi verdiğinizde bebeğiniz/çocuğunuz kaç aylıktı?

0-12 aylık ☐ 13-24 aylık ☐ 25 ay ve üzeri ☐

3) Bebeğinize uyku eğitimi verirken nasıl bir yol izlediniz? Lütfen size en çok uyan maddeleri işaretleyiniz. Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz. **(Bu soruyu cevapladıktan sonra lütfen dördüncü (4.) sorudan devam ediniz.)**

Ağladığında kendi kendine susmasını bekledim, fiziksel temas kurmadım (kucağa alma, dokunma) yanına hiç gitmedim.	
Ağladığında ilk gün 5 dk. bekleyerek yanına gittim. İkinci gün ağladığında 10 dk. bekleyerek yanına gittim. Üçüncü gün ağladığında 15 dk. bekleyerek yanına gittim. Dördüncü gün ağladığında yanına gitmeyerek bu eğitimi verdim.	
Ağladığında hiç bekletmeden onun yanına gittim ve kucağıma alarak sakinleştirdim.	
Ağladığında hiç kucağıma almadım ama hemen yanına giderek sadece o yatağın içindeyken sırtına dokunarak ve hafif bir ses tonunda konuşarak sakinleştirdim.	
Ağladığında onunla sakin bir tonda konuşmak veya fiziksel temas kurmak yerine (dokunma, kucağa almak) sakinleşmesi için müzik açtım.	
Beşiğine bıraktım, odayı kapkaranlık yaptım ve uykuya dalmasını bekledim. Bu süre zarfında müdahalede bulunmadım.	
Sandalye yöntemini uyguladım.	
Harvey Karp 5s metodunu uyguladım.	
Diğer (Lütfen yöntemi kısaca yazınız)	

4) Yaşınız? (Lütfen Belirtiniz) …….
5) Bebeğinizin/çocuğunuzun yaşı? (Lütfen Belirtiniz) ……
6) Medeni Durumunuz? Evli ☐ Boşanmış ☐ Dul ☐
7) Eğitim Durumunuz? (En Son Mezun Olduğunuz Okulu işaretleyin) İlk Öğretim ☐ Lise ☐ Önlisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora ☐
8) Çalışma durumunuz? Çalışıyorum ☐ Hiç çalışma hayatına katılmadım ☐ Doğum öncesinde çalışıyordum. Şu an çalışmıyorum ☐
9) Hanenizde siz dahil kaç kişi yaşıyor? ……
10) Kaç çocuğunuz var? …….

EK-3

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri 2 (YIYE-II)

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Bu araştırmada sizin ilişkinizde yalnızca şu anda değil, genel olarak neler olduğuyla ya da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi kastedilmektedir. Eğer halihazırda bir romantik ilişki içerisinde değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplandırınız. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılarındaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz. 1----------2----------3----------4----------5----------6----------7 Hiç Katılmıyorum — Kararsızım/Fikrim Yok — Tamamen Katılıyorum							
1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.	1	2	3	4	5	6	7
27. Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7
36.Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.	1	2	3	4	5	6	7

EK-4

Ebeveyn Çocuk Kapsayıcı İşlev Ölçeği (KİÖ)

Aşağıda, çocuğunuzla ilgili bazı duygu ve davranışlara ilişkin ifadeler yer almaktadır. Çocuğunuzla genel durumunu göz önüne alarak, aşağıdaki derecelendirmeye göre ifadeleri cevaplayınız. 1----------2----------3----------4----------5 Hiçbir zaman Nadiren Ara sıra Sık sık Her zaman					
1. Çocuğumdan ayrılmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
20. Çocuğum öfkelenip bağırınca ben de ona bağırırım.	1	2	3	4	5
24. Bebekliğinde bir dönem uyku eğitimi verdim, yatağında ağladığında yanına gitmezdim.	1	2	3	4	5
25. Eşim sakin biridir.	1	2	3	4	5
36. Çocuğumu uslu, başarılı çocuklarla karşılaştırır, onları örnek gösteririm.	1	2	3	4	5

EK-5

Memphis Pisa Paris San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS-A)

Lütfen her cümleyi dikkatle okuduktan sonra yaşamınızın büyük bir bölümü için size uyup uymadığına karar verin. "Nasıl birisi olduğunuzu, çevrenizdeki insanların sizi nasıl anlattığını, çocukluğunuzda ve gençliğinizde nasıl birisi olduğunuzu, bu özelliklerin sizin huyunuzu suyunuzu anlatıp anlatmadığını'' düşünerek: Eğer cümle size "kesinlikle uyuyorsa" (D) Doğru'yu daire içine alınız. Eğer cümle size "tam olarak uymuyorsa" ya da "yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa" (Y) Yanlış'ı daire içine alınız. Her cümleyi "Doğru" ya da "Yanlış" olarak cevaplayınız. Lütfen boş bırakmayınız. Bu cümlelerin herkes için geçerli doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Size uyan cevabı işaretleyiniz.		
1.Üzgün, mutsuz bir insanım.	**D**	**Y**
20.Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.	**D**	**Y**
32.Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.	**D**	**Y**
58.Huysuz (sinirli) bir kişiyim.	**D**	**Y**
76.Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.	**D**	**Y**

Anketimiz bitmiştir teşekkür ederiz.

KAYNAKÇA

Abdulkadiroğlu, Z., Bayramoğlu, F., & İlhan, N. (1997). Uyku ve uyku bozuklukarı. *Genel Tıp Dergisi, 7*(3), 161-166.

Ahmadova, P. (2019). Annenin bağlanma özelliği ile ebeveyn tutumları ve çocukların ruhsal davranışsal durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yayımlanmış yüksek lisans tezi*. İstanbul: Aydın Üniversitesi.

Ainsworth, M. (1989). Attachments beyonf infancy. *American Psychologist, 44*(4), 709-716. doi:https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709

Ainsworth, M. D., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist, 46*(4), 333-341. doi: https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333

Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Watters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Airhihenbuwa, C., Iwelunmor, J. I., Ezepue, C. J., Williams, N. J., & Jean-Louis, G. (2016). I sleep, because we sleep: a synthesis on the role of culture in sleep behavior research. *Sleep Medicine, 18*, 67-73. doi:https://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.07.020

Akıncı, E., & Orhan, F. (2016). Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 178-189. doi:https://doi.org/10.18863/pgy.81775

Algın, D., Akdağ, G., & Erdinç, O. (2016). Kaliteli uyku ve uyku bozuklukları. *Osmangazi Tıp Dergisi, 38*(1). doi:https://doi.org/10.20515/otd.40263

Allsopp, R. (2016). On sleep. *A Journal of the Performing Arts, 21*(1), 1-5. doi:https://doi.org/10.1080/13528165.2016.1138756

Alsancak-Sönmez, B. (2011). Çocuk depresyonu. *Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi - Çocuk ve Ergen Depresyonu*, 9-24.

Altunışık, R., Çoşkun, R., Yıldırım, E., & Bayraktaroğlu, S. (2002). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri spss uygulamalı.* Sakarya: Sakarya Yayıncılık.

Amerikan psikiyatri birliği, ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı (DSM-5) (Beşinci baskı b.). (2014). (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Anders, T. F., & Keener, M. (1985). Developmental course of nighttime sleep-wake patterns in full-term and premature infants during the first year of life. *Sleep, 8*(3), 173-192. doi: DOI: 10.1093/sleep/8.3.173

Anders, T. F., Halpern, L. F., & Hua, J. (1992). Sleeping through the night: A developmental perspective. *Pediatrics, 90*(4), 554-560.

Arnoux, D. J. (2007). İletilebilen ruhsal yaşama dair. *Psikanaliz Yazıları 15: Psikanaliz ve Aile* (E. Abreavaya, Çev., s. 13-36). içinde İstanbul: Bağlam Yayınları.

Askitopoulou, H. (2015). Sleep and dreams: From myth to medicine in Ancient Greece. *Journal of Anesthesia History, 1*, 70-75. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.janh.2015.03.001

Atak, İ. E. (2019). Yaşama tutunduğumuz yer: Annenin bedenindeki başlangıç. D. Tunç (Dü.) içinde, *Psikanaliz Defterleri 2 Çocuk, Ergen ve Ailesi* (s. 15-29). İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

Atkinson, E., Vetere, A., & Grayson, K. (1995). Sleep distruption in young children. The influence of temperament on sleep patterns of pre-school children. *Child: Care, Health and Development, 21*(4), 233-246. doi:https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1995.tb00754.x

Bai, L., Whitesell, C. J., & Teti, D. M. (2020). Maternal sleep patterns and parenting quality during infants' first 6 months. *Journal of Family Psychology, 34*(3), 291-300. doi:https://doi.org/10.1037/fam0000608

Barry, E. S. (2019). Co-sleeping as a proximal context for infant development: The importance of physical touch. *Infant Behavior and Development, 57*, 1-15. doi:https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.101385

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(2), 226-244. doi: https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226

Basınlı Ergenci, K. B. (2019). Uyku eğitim programının bebeklerin uyku alışkanlıkları üzerindeki etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Karabük: Karabük Üniversitesi.

Bates, R. (2019). Democratic babies? Françoise Dolto, Benjamin Spock and the ideology of post-war parenting advice. *Journal of Political Ideologies, 24*, 201-219. doi:https://doi.org/10.1080/13569317.2019.1589950

Bathory, E., & Tomopoulos, S. (2017). Sleep regulation, physiology and development, sleep duration and patterns, and sleep hygiene in infants, toddlers, and preschool-age children. *Current problems in pediatric and adolescent health care, 47*(2), 29-49. doi:https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001

Belot, R. A. (2013). Ebeveynin uyarı-kalkanı sistemi ve bebeğin somatik dışavurumu arasındaki bağlara teorik-klinik katkılar. T. İkiz, & D. Drieu (Dü) içinde, *Beden ve Ailenin Acıları* (G. Kural, & N. Zabcı, Çev., s. 25-35). İstanbul: Bağlam.

Belot, R. A., Maidi, H., Givron, S., & Arcangeli, E. (2016). De´ pression maternelle et processus de co-identification me`re–be´be.L'archaı¨que en soi dans la rencontre primordiale. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 174*, 748–756. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2016.04.011

Benoit, D., Zeanah, C., Boucher, C., & Minde, K. K. (1992). Sleep disorders in early childhood: Association with insecure maternal attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*(1), 86-93. doi:DOI:https://doi.org/10.1097/00004583-199201000-00013

Bigelow, K. M., & Morris, E. K. (2001). John B. Watson's advice on child rearing: Some historical context. *Behavioral Development Bulletin, 10*(1), 26-30. doi:http://dx.doi.org/10.1037/h0100479

Binbay, Z. (2011). Major depresyonu olan hastaların birinci dereceden yakınlarında depresyon varlığının araştırılması, stresle başa çıkma yöntemleri, mizaç ve karakter özellikleri. *Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi.

Bion, W. R. (1959). Bağlara saldırılar. *Tereddütlü Düşünceler* (N. Erdem, Çev., s. 118-135). içinde İstanbul: Metis Yayınları.

Bion, W. R. (1962). *Yaşayarak öğrenmek.* (L. İşcanlı Ekin, & T. Güvenir, Çev.) İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

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

Bion, W. R. (1989). Notes on memory and desire. E. B. Spillius (Dü.) içinde, *Melanie Klein Today: Mainly Practice* (Cilt 2, s. 15-18). Taylor & Francis Group.

Boran, P., Ay, P., Akbarzade, A., Küçük, S., & Ersu, R. (2014). Translation into Turkish of the expanded version of the Brief Infant Sleep Questionnaire and it's application to infants. *Marmara Medical Journal, 27*, 178-183. doi:DOI:10.5472/MMJ.2014.03606.2

Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss: Volume I:. *Attachment. The International Psycho-Analytical Library.* içinde London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. http://www.pep-web.org adresinden alındı

Bowlby, J. (1973). Attachment and Loss: Volume II: Separation, Anxiety and Anger. The International Psycho-Analytical Library. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. http://www.pep-web.org adresinden alındı

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry, 130*, 201-210. doi:https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201

Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss: Volume III: Loss, Sadness and Depression. The International Psycho-Analytical Librar. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. http://www.pep-web.org/ adresinden alındı

Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development.* New York: Basic Books.

Böke, K. (Dü.). (2011). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri.* İstanbul: Alfa Yayıncılık.

Breil, F., Rosenblum, Q., & Nestour, A. L. (2010). Les Troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant: Revue de la littérature et analyse psychodynamique. *Devenir, 22*(2), 133-162.

Bretherton, I. (1992). The origin of attachment theory John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology, 28*(5), 759-775. doi:DOI: 10.1037/0012-1649.28.5.759

Burnham, M. M., Goodlig-Jones, B. L., Gaylor, E. E., & Anders, T. F. (2002). Night time sleep wake patterns and self soothing from birth to one year of age a longitudunal intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*(6), 713-725. doi:https://doi.org/10.1111/1469-7610.00076

Cırdı, G. (2019). Yaşamaın ilk 18 ayında sağlıklı bebeklerin uyku düzeni, uyku düzenini etkileyen faktörler ve uyku eğitiminin etkinliği. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi.

Coren, S., & Searleman, A. (1985). Birth stress and self-reported sleep difficulty. *Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine, 8*(3), 222–226. doi: https://doi.org/10.1093/sleep/8.3.222

Crichton, G. E., & Symon, B. (2016). Behavioral management of sleep problems in infats under 6 months-what work? *Journal of Developmental & Behaviroal Pediatrics, 37*(164), 164-171. doi:doi: 10.1097/DBP.0000000000000257

Çakan-Çelik, Y. (2018). Anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde uyku bozukluğu sıklığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.

Çoşkun, K. Ş. (2011). Hızlı döngülü bipolar I hastalarının afektif mizaç özellikleri. *Kocatepe Tıp Dergisi*(12), 86-94.

Dahl, R. E., & El-Sheikh, M. (2007). Considering sleep in a family context :Introduction to the special issue. *Journal of Family Psychology, 21*(1), 1-3. doi:https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.1.1

Daşdemir, F. (2012). Yaşamın ilk üç yılında uyku sorunları ve etkili uyku ekolojisi etmenleri. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi.

Davis, K. F., Parker, K. P., & Montgomery, G. L. (2004). Sleep in infants and young childeren:Part one: Normal sleep. *Journal of Pediatric Health Care, 18*(2), 65-71. doi:https://doi.org/10.1016/S0891-5245(03)00149-4

Erermiş, S., Bellibaş, E., Özbaran, B., Büküşoğlu, N. D., Altıntoprak, E., Bildik, T., & Çetin, S. K. (2009). Ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan okul öncesi yaş grubu çocukların annelerinin mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi, 20*(1), 14-21.

Ertuğrul, A., & Rezaki, M. (2004). Uykunun nörobiyolojisi ve bellek üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi, 15*(4), 300-308.

Ford, G. (2016). *Mutlu bebek bakımı: Sakin ve kendine güvenen ebeveyn olmanın sırları.* (Ş. Tansu, Çev.) İstanbul: Epsilon Yayınevi.

France, K. G., & Blampied, N. M. (1999). Infant sleep disturbance:desxription of a problem behavior process. *Sleep Medicine Reviews, 3*(4), 265-280. doi:https://doi.org/10.1053/smrv.1999.0071

Freiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghost in the nursery: A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant- mother relationships. *Journal of American Academy of Child Psychiatry, 14*(3), 387-421.

Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. . *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works* (s. 237-258). içinde

Freud, S. (1919). The Uncanny. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XVII (1917-1919): An Infantile Neurosis and Other Works* (s. 217-256). içinde

Freud, S. (1920). *Haz ilkesinin ötesinde: Ben ve id.* (A. N. Babaoğlu, Çev.) İstanbul: Metis Yayınları.

Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, volume XX (1925-1926): An autobiographical study, inhibitions, symptoms and anxiety, the question of lay analysis and other works* (s. 75-176). içinde

Galland, B. C., & Mitchell, E. A. (2010). Helping childeren sleep. *Archives of Disease in Childhood, 95*(10), 850-853. doi:http://dx.doi.org/10.1136/adc.2009.162974

Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, K. M., Alexander, T., Chess, S., . . . McCall, R. B. (1987). Roundtable: What is temperament? *Child Development, 58*(2), 505-529. doi:https://doi.org/10.2307/1130527

Goodlin-Jones, B., Burnham, M. M., Gaylor, E. E., & Anders, T. F. (2001). Night waking, sleep-wake organization, and self-soothing in the first year of life. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 22*(4), 226–233.

Gökçay, B., & Arda, B. (2013). Tıp tarihi açısından uyku ve uyku araştırmaları. *Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 3*(1), 70-78.

Gradisar, M., Jackson, K., Spurrier, N. J., Gibson, J., Whitham, J., Williams, A. S., . . . Kennaway, D. J. (2016). Behavioral interventions for infant sleep problemds: a randomized controlled trial. *Pediatrics, 137*(6), e2 0151486. doi:DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2015-148

Granat, A., Gadassi, R., Gilboa-Schechtman, E., & Feldman, R. (2017). Maternal depression and anxiety, social synchrony and infant regulation of negative and positive emotion. *Emotion, 17*(1), 11-27. doi:https://doi.org/10.1037/emo0000204

Green, A. (1986). The Dead Mother. *On Private Madness.* içinde London: Hogart Press and the Instutute of Psychoanalysis.

Gürses, C. (2009). *Uyku hastalıkları*. http://www.itfnoroloji.org/uyku/uyku.htm adresinden alındı

Güvendeğer-Doksat, N., & Demirci-Çiftçi, A. (2016). Bağlanma ve yaşamdaki izdüşümleri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 25*(4), 489-501. doi:https://doi.org/10.17827/aktd.253561

Habip, B. (2019). Manik depresif psikozlar ve nesne ile kurulan ilk ilişkiler. *Kuram ile klinik buluşunca:Tekinsizlik, sonradanlık, rüya, bağların kurulması ve ilk nesne ilişkileri* (s. 112-121). içinde İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psycholog, 52*(3), 511-524. doi:https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511

Highley, E., & Dozier, M. (2009). Nighttime maternal responsiveness and infant attachment at one year. *Attachment Human Development, 11*(4), 347-363.

Hiscock, H. (2010). Rock-a-bye baby? Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews, 14*(2), 85-87. doi:https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.10.005

Hiscock, H., Bayer, J., Gold, L., Hampton, A., Ukoumunne, O. C., & Wake, M. (2007). Improving infant sleep and maternal mental health: a cluster randomised trial. *Archives of Disease in Childhood, 92*, 952-958.

Hogg, T., & Blau, M. (2014). *Bebek bakım sorunlarına mucize çözümler.* (Y. G. Okyar, Çev.) İstanbul: Gün Yayıncılık.

Holt, L. E. (1894). *The care and feeding of childeren: A catechisim for the use of mothers and childeren's nurses.* New York: New York, D. Appleton and Company.

Honaker, S. M., Schwichtenberg, A. J., Kreps, T. A., & Mindell, J. A. (2018). Real world implementation onf infant behavioral sleep interventions: results of a parental survey. *The Journal Of Pediatrics*(199), 106-111.

Karadağ, F. (2018). İhmal edilen çocukların annelerinin özelliklerinin incelenmesi: Bir karma yöntem araştırması. *Yayımlanmamış doktora tezi*. Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.

Karadağ, M. (2007). Uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-2). *Akciğer Arşivi, 8*, 88-91.

Karasar, N. (2020). *Bilimsel araştırma yöntemleri: Kavramlar ilkeler teknikler* (32. Basım b.). Ankara: Nobel.

Karp, H. (2016). *Mahallenin en mutlu bebeği.* (Ö. M. Düzgün, Çev.) İstanbul: Yakomaz Kitap.

Karraker, K. H., & Young, M. (2007). Night waking in 6 month old infants and maternal depressive symptoms. *Journal of Developmental Applied Psychology, 28*(5-6), 493-498.

Keener, M. A., Zeanah, C. H., & Anders, T. F. (1988). Infant temperament, sleep organization, and nighttime parental interventions. *Journal of The American Academy of Pediatrics, 81*(6), 762-71.

Kennedy, J. K. (2015). *Bebeğiniz mışıl mışıl uyusun.* (D. G. Eröztoprak, Çev.) İstanbul: Yakamoz Yayıncılık.

Kesebir, S., Vahip, S., Akdeniz, F., & Yüncü, Z. (2005). Bipolar bozuklukta mizaç ve klinik özelliklerin ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 16*(3), 164-169.

Keskin, N., & Tamam, L. (2018). Uyku bozuklukları: Sınflama ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 27*(2), 241-260.

Kılıç, F. (2013, Yayımlanmamış ytıpta uzmanlık tezi). Obsesif kompulsif bozukluk eşlik eden ve etmeyen bipolar bozukluklu hastalarda mizaç ve dürtüsellik. Elazığ: Fırat Üniversitesi.

King, F. T. (1913). *Feeding and care of baby.* London: London : Macmillan and co., limited.

Klein, M. (1935). A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States. *International Journal Of Psychoanalysis, 16*, 145-174.

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *Journal of Psychoanalysis*(27), 99-110.

Koçak, Ü., Albayrak, M., Erol, R., & Şanlı, C. (2012). Çocuklarda uyku özellikleri ve uyku bozukluklarının değerlendirilmesi: Kırıkkale'den bir ön çalışma. *Çocuk Hastalıkları Dergisi, 6*(2), 81-87.

Kutlu, Y. M. (2018). Uyku kliniğine başvurmuş ve uyku bozukluğu tanısı almış bireylerde uyku kalitesi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin incelenmesi. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*. İstanbul: Haliç Üniversitesi.

Lafçı, D. (2009). Müziğin kanser hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisi. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*. Adana: Çukurova Üniversitesi.

Linnell, J. (2010). *Complete guide to helping your baby sleep through the night so you can too: 101 tips & tricks every parent needs to know.* Florida: Atlantic Publishing.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*(1-2), 66-104. doi:https://doi.org/10.2307/3333827

Malhotra, N. K. (2010). *Marketing research: An applied orientation global edition.* New Jersy: Pearson.

Matijasevich, A., Murray, J., Cooper, P. J., Anselmi, L., Barros, A. J., Barros, F. C., & Santos, I. S. (2014). Trajectories of maternal depression and offspring

psychopathology at 6 years: 2004 Pelotas cohort study. *Journal of Affective Disorders, 174*(2015), 424-431.

McKenna, J. J. (2007). *Sleeping with your baby: A parent's guide to cosleeping.* Washington DC: Platypus Media.

McKenna, J. J., & McDade, T. (2005). Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Pediatric Respiratory Review, 6*(2), 134-152. doi:https://doi.org/10.1016/j.prrv.2005.03.006

McKenna, J. J., Ball, H. L., & Gettler, L. T. (2007). Mother–infant cosleeping, breastfeeding and sudden infant death syndrome: What biological anthropology has discovered about normal infat sleep and pediatric sleep medicine. *Yearbook of Pyshical Anthropology, 50*, 133-161. doi:DOI 10.1002/ajpa.20736

McKenna, J. J., Thoman, E. B., Anders, T. F., Sadeh, A., Schechtman, V. L., & Glotzbach, S. F. (1993). Infant—Parent Co-Sleeping in an Evolutionary Perspective: Implications for Understanding Infant Sleep Development and the Sudden Infant Death Syndrome. *Sleep, 16*(3), 263–282. doi:https://doi.org/10.1093/sleep/16.3.263

McWilliams, N. (2013). *Psikanalitik tanı: Klinik süreç içerisinde kişilik yapısını anlamak.* (E. Kalem, Çev.) İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Meijer, A. M., & van den Witenboer, G. L. (2007). Contrubution of infant's sleep and crying to marital relationship of first time parent couples in the 11st year after childbirth. *Journal of Family Psychology, 21*(1), 49-57.

Mickelson, S. A. (2010). Normal sleep phsiology. K. Yaremchuk, & P. A. Wardrop (Dü) içinde, *Sleep medicine* (s. 19-30). Plural Publishing, Incorporated. ProQuest Ebook Central https://ebookcentral.proquest.com adresinden alındı

Middlemiss, W. (2007). Infant sleep: a review of normative and problematic sleep and interventions. *Early Child Development and Care, 174*(1), 99-122. doi:https://0-doi-org.opac.bilgi.edu.tr/10.1080/0300443032000153516

Middlemiss, W., Granger, D. A., Goldberg, W. A., & Nathans, L. (2012). Asynchrony of mother–infant hypothalamic–pituitary–adrenal axis activity following extinction of infant crying responses induced during the transition to sleep. *Eraly Human Development*, 227-232. doi:doi:10.1016/j.earlhumdev.2011.08.010

Minde, K., Popiel, K., Leous, N., Falkner, S., Parker, K., & Handley-Derry, M. (1993). The evaluation and treatment of sleep disturbances in young children. *Journal of or Child Psychology and Psychiatry, 34*(4), 521-533.

Mindell, A. J. (2004). *Sleep Through The Night. Gece Boyunca Uyumak.* (A. Güneri, Çev.) İstanbul: Aura Kitapları.

Mindell, J. A., Owens, J. A., & Carskadon, M. A. (1999). Developmental features of sleep. *Child and Adolescent Psychiatric Cinics of North America, 8*(4), 695-725.

Mindell, J. A., Sadeh, A., Wiegand, B., How, T., & Goh, D. Y. (2010). Cross-cultural differences in infant and toddler sleep. *Sleep Medicine, 11*(3), 274-280. doi:https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.04.012

Mitchell, S. A., & Black, M. J. (2012). Ego psikolojisi. *Freud ve Sonrası* (A. Eğrilmez, Çev., s. 42). içinde İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Moore, B. A., Friman, P. S., Fruzzetti, A. E., & MacAleese, K. (2007). Brief report: Evaluating the bedtime pass program for child resistance to bedtime—a randomized, controlled trial. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(3), 283–287. doi:https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl025

Morelli, G., Ragoff, B., Oppenheim, D., & Goldsmith, D. (1992). Cultural variation in infants' sleeping arrangements: Questions of independence. *Developmental Psychology, 28*(4), 604–613. doi:https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.4.604

Nakamura, S., Wind, M., & Danello, M. A. (1999). Review of hazards associated with children placed in adult beds. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 153*(10), 1019-1023. doi:doi:10.1001/archpedi.153.10.1019

Ockwell-Smith, S. (2015). *Çocuğum neden uyumuyor.* (D. Dalgakıran, Çev.) İstanbul: Doğan Kitap.

Okami, P. (1995). Childhood exposure to parental nudity parent-child co-cleeping and primal scenes: A review of clinical opinion and empirical evidence. *The Journal of Sex Research, 32*(1), 51-64.

Örsal, Ö., Eren, H. K., & Duru, P. (2019). Psikiyatri hastalarının uyku kalitesini etkileyen faktörlerin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 10*(1), 55-64.

Öznalçın, B. (2018). 4 ay - 1 yaş aralığında kabızlık tanısı almış bebeklerin annelerinin mizaç, tutum ve ruhsal özelliklerinin incelenmesi. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi.

Pantley, E. (2019). *Uyku rutini: Bebeğinizin uyumasına yardımcı olmanın yolları.* (S. S. Mutlu, Çev.) İstanbul: Doğan Kitap.

Parman, T. (2009). Kökenlerin utancı: Tenten ve sırları. *Psikanaliz Buluşmaları 4: Kuşaklararası İletim* (Cilt 4, s. 81-87). içinde İtanbul: Bağlam Yayınları.

Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotogal, S., Lloyd, R. M., . . . Wise, M. S. (2016). Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal Of Clinical Sleep Medicine, 12*(6), 785–786.

Pıçak, R., İsmailoğulları, S., Mazıcıoğlu, M. M., Üstünbaş, H. B., & Aksu, M. (2010). Birinci basamakta uyku bozukluklarına yaklaşım ve öneriler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary care, 4*(3), 12-22.

Price, A. M., Wake, M., Ukoummune, O. C., & Hiscock, H. (2012). Five-year follow-up of harms and benefits of behavioral infant sleep intervention: Randomized

trial. *Pediatrics, 130*(4), 643-651. doi:DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2011-3467

Ramos, K. D., & Youngclarke, D. M. (2006). Parenting Advice Books About Child Sleep: Cosleeping and Crying It Out. *Sleep, 29*(12), 1616–1623. doi:https://doi.org/10.1093/sleep/29.12.1616

Roncolato, W., & McMahon, C. (2013). Facilitators and regulators: infant sleep practices and maternal subjective well-being. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 31*(2), 134-147. doi:https://doi.org/10.1080/02646838.2013.766922

Rubertson, C., Pallant, J. F., Sydsjö, G., Haines, H. M., & Hildingsson, I. (2015). Maternal depressive symptoms have a negative impact on prenatal attachment – findings from a Swedish community sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology,, 2*(33), 153-164.

Rudzik, A. E. (2015). Normal infant sleep and parental expectations. *International Journal of Birth and Parent Education, 2*(2), 7-10.

Sadeh, A. (2005). Cognitive–behavioral treatment for childhood sleep disorders. *Clinical Psychology Review, 25*(5), 612-628. doi:https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.006

Sadeh, A., & Sivan, Y. (2009). Clinical practice: sleep problems during infancy. *European Journal of Pediatrics, 168*, 1159–1164.

Sadeh, A., Mindell, J., & Rivera, L. (2011). My child has a sleep problem: A cross-cultural comparison of parental definitions. *Sleep Medicine, 12*(5), 478-482. doi:https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.10.008

Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews, 14*, 89–96. doi:doi:10.1016/j.smrv.2009.05.003

Saing, S., Parkinson, B., Church, J., & Goodall, S. (2018). Cost effectiveness of a community delivered consultation to improve infant sleep problems and maternal well being. *Value in Health Regional Issues*(15), 91-98.

Sala, J. (2009). Çocuk arzusu Sylvie Faure-Pragier'nin yazısının tartışması. T. Parman (Dü.) içinde, *Psikanaliz Yazıları 19* (s. 35-53). İstanbul: Bağlam Yayınları.

Salganik, M. J., & Heckathorn, D. D. (2004). Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling. *Sociological Methodology, 34*(1), 193-240. doi:https://doi.org/10.1111/j.0081-1750.2004.00152.x

Samuel, M. A. (2010). Normal sleep phsiology. K. Yaremchuk, & P. A. Wardrop (Dü) içinde, *Sleep Medicine* (s. 19-30). Plural Publishing, Incorporated.

Sarı, H. Y. (2012). Çocuklarda uyku. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 28*(1), 81-90.

Sayın, A., & Aslan, S. (2005). Duygudurum bozuklukları ile huy, karakter ve kişilik ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 16*(4), 276-283.

Schultz , D. P., & Schultz, S. E. (2007). *Modern psikoloji tarihi.* (Y. Aslay, Çev.) İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Serbin, L., & Karp, J. (2003). Intergenerational studies of parenting and the transfer of risk from parent to child. *Current Directions in Psychological Science, 12*(4), 138-142. doi:https://doi.org/10.1111/1467-8721.01249

Sevim, M. (2015). 0-3 Aylık bebeklerde uyku alışkanlığı. *Yayımlanmamış uzmanlık tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi.

Sontag-Padilla, L., Schultz, D., Reynolds, K. A., Lovejoy, S. L., & Ray, F. (2013). Maternap depression:implications for systems serving mother and child. *RAND Corporation*.

Sönmez, F. (2008). Manik tepeler depresif yamaçlar. *Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi -Psikoz*(9-10), 25-40.

Spiegel, K., Tesalt, E., Penev, P., & Van Cauter, E. (2004). Brief communication: sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels andincreased hunger and appetite. *Annals of Internal Medicine, 141*, 846-850.

Spitz, R. A. (1965). *The first year of life: A psychoanalytic study of normal and deviant development of object realtions.* New York: International Universities Press.

Stearns, P. N., Rowland, P., & Giarnella, L. (1996). Children's sleep: sketching historical change. *Journal of Social History, 30*(2), 345-366.

Stores, G. (2001). A Clinical guide to sleep disorders in childeren and adolescent. ProQuest Ebook Central https://ebookcentral.proquest.com adresinden alındı

Şahin, L., & Aşçıoğlu, M. (2013). Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi, 22*(1), 93-98.

Şen, S., & Kavlak, O. (2012). Transgenerational attachment in Manisa, Turkey. *Contemporary Nurse, 41*(1), 126-132. doi:https://doi.org/10.5172/conu.2012.41.1.126

Teti, D. M., Gelfand, D. M., Messinger, D. S., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of the early attachment an examination of infant, preschoolers and their mothers. *Developmental Psychology, 31*(3), 364-376. doi:https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.3.364

Thiedke, C. C. (2001). Sleep disorders and sleep problems in childhood. *American Family Physician, 63*(2), 277-284.

Tomori, C. (2015). Nighttime brastfeeding and capitalist temporal regimes. C. Tomori içinde, *Nighttime breastfeeding: An American cultural dilemma* (s. 208-239). Berghahn Books. Nisan 11, 2020 tarihinde http://www.jstor.org/stable/j.ctt9qctqf adresinden alındı

Trevathan, W. R. (1996). The evolution of bipedalism and assisted birth. *Medical Anthropology Quarterly, 10*, 287-290. doi:https://doi.org/10.1525/maq.1996.10.2.02a00100

Tunaboylu-İkiz, T. (2005). Anne-çocuk ilişkisinde kendini sakinleştirme yöntemleri. *Psikanaliz Yazıları 11* (s. 77-88). içinde İstanbul: Bağlam Yayınları.

Tunaboylu-İkiz, T. (2007). "Anne Ol(a)mama". *Psikanaliz Yazıları 14- Annelik* (s. 61-68). içinde İstanbul: Bağlam Yayınları.

Tükel, R. (2011). Bebek ve anne arasındaki mekanda öznenin yaratılması Winnoctt'un çalışmalarına bir bakış. *Psikanaliz Yazıları 23: Donald Winnicott* (s. 15-35). içinde İstanbul: Bağlam Yayınları.

Tükel, R. (2015). Yeniden Wifred Ruprecht Bion. *Psikanaliz Yazıları Wifred R. Bion* (s. 11-20). içinde İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Vahip, S., Kesebir, S., Alkan, M., Yazıcı, O., Akiskal, K. K., & Akiskal, H. S. (2005). Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey:İnitial psychometric data on the TEMPS-A. *Journal of Affective Disorders*, 113-125. doi:doi:10.1016/j.jad.2003.10.011

Van Tassel, E. B. (1985). The relative influence of child and environmental characteristics on sleep disturbances in the first and second years of life. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 6*(2), 81-85. doi:https://doi.org/10.1097/00004703-198504000-00006

Walker, M. P., & Stickgold, R. (2006). Sleep, memroty and plasticity. *Annual Review of Psychology,, 57*, 139-166. doi:doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070307

Watters, K. A., Suresh, S., & Nixon, G. M. (2013). Sleep disorders in childeren. *Medical journal of Australia, 199*(8), 31-35. doi:doi: 10.5694/mja13.10621

West, K. (2010). *The Good Night, Sleep Tight Workbook. İyi Uykular Tatlı Rüyalar El Kitabı.* (Cilt 9. baskı). (N. Erman, Çev.) İstanbul: Lal Kitap Yayın.

Winnicott, D. W. (1935). Manik Savunma. *Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi -Psikoz*(9-10), 227-241.

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

Winnicott, D. W. (1956). Birincil annelik tasası. *Psikanaliz Yazıları 4. Dürtü* (A. Salgın, Çev., s. 101-107). içinde İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alone. *The International Journal of Psychoanalysis, 39*, 416–420.

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis, 41*, 585-595.

Wolfson, A., Lacks, P., & Futterman, A. (1992). Effects on parent training on infant sleep patterns, parent's stress and percieved parental competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(1), 41-48. doi:https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.1.41

Worthman, C. M. (2011). Developmental cultural ecology of sleep. C. M. Worthman, & M. El-Sheikh (Dü.) içinde, *Sleep and Development: Familial and Socio-Cultural Considerations* (s. 167-194). doi: 10.1093/acprof:oso/9780195395754.001.0001

Zabcı, N., Erol, E., & Şimşek, Ö. F. (2018). Ebeveyn çocuk kapsayıcı işlev ölçeği geliştirme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 8*(51), 190-212.

Zandona, B., Matos, S., Bernardi, R. J., Goldani, Z. M., Kieling, R. R., & Silva da, C. H. (2020). Influence of intra- and extrauterine factors on infant sleep in the first 6 months of life. *Jornal de Pediatria*. doi:DOI:10.1016/j.jped.2020.01.007