

**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI  
UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**10 YAŞ ALTI ERKEK SÜNNET ÇOCUKLARININ  
SÜNNETİ ALGILAYIŞLARININ, BU DURUM  
KARŞISINDA YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN VE  
ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Suna Nil KURŞUN**

**Danışman**

**Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ**

**İstanbul-2014**

T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

.....Psikoloji.....Anabilim/Anasanat Dalı Uygulamalı Psikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans  
öğrencisi .....Suna Nil Kurşun..... tarafından hazırlanan  
"10 Yaş Altı Erkek Sünnet Çocuklarının Sünneti Algılayışlarının Bu Durum Kapsiminde  
Yasadıkları Gidüklerin ve Anksiyete Düzeylerinin İncelemesi"  
adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 23/09/2014

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu) :

İmzası :

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. P. Seda Bıkmaz

Danışman: Halic Üniv. Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı  
ASD/ABD Öğr. Üyesi  
Psikoloji ABD

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Özkan Pektaş

Halic Üniv. Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı  
ASD/ABD Öğr. Üyesi  
Psikoloji ABD

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Seda Bayraktar

Akdeniz Üniv. Uygulamalı Psikoloji  
ASD/ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: .....

.....Üniv. .... ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi: .....

.....Üniv. .... ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

## TEŞEKKÜR

Uygulamalı Psikoloji yüksek lisans eğitimim sırasında bilimsel yaklaşımı ile psikolojiyi yeniden ve farklı bir bakış açısıyla tanımamı sağlayan; psikolog olma nosyonunu kazanmam doğrultusunda bana eğitim veren ve tezin yürütülmesi aşamalarında, değerli bilimsel uyarı ve önerileriyle daima yoluma ışık tutan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda Bıkmaz'a bana gösterdiği inanç, sabır, destek ve verdiği emek için çok teşekkür ederim. Yüksek lisans eğitimim, meslek yaşamımda ve hayatımın bütününde etkili olacak değişiklikler yaratmıştır.

Örneklem grubu için seçilen çocuklarda, bilimsel uygulama yapma imkanı tanıyan, örneklem grubunda yer alabilecek çocukları yönlendirerek çok önemli katkı sağlayan, tezimin en yoğun dönemlerinde gerek mesleki donanımı gerekse akademik eleştirileriyle motivasyon kaynağım olan Dr. Çağlar Yıldırım'a desteği ve varlığı için sonsuz teşekkür ederim. Yüksek lisans eğitiminin ders ve tez aşamalarında, iş ortamında karşılaştığım sorunları çözerken, tezimin hazırlanma sürecinde ve her döneminde sabırlı ve güler yüzlü tavrıyla, desteğini esirmeyen dostum Ayşe Doğan'a çok teşekkür ederim.

Ayrıca tezimin istatistik kısmında önemli katkı ve yönlendirmelerde bulunan Muhammed Baysal'a da çok teşekkür ederim.

Canım aileme tüm eğitim hayatım boyunca gösterdikleri sabır ve verdikleri destek, güven, en önemlisi sevgileri için çok teşekkür ederim. Ayrıca yakın çevremde yer alan tüm arkadaşlarıma verdikleri moral desteği, gösterdikleri sabır ve yardımları için çok teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa No</b>
<b>TABLO VE RESİMLER</b>	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>1.GİRİŞ</b>	
1.1. Amaç	2
1.2. Önem	2
1.3. Kapsam ve Sınırlılıklar	3
1.4. Varsayımlar	3
1.5. Kısaltmalar	3
<b>2. LİTERATÜR BİLGİSİ</b>	<b>5</b>
2.1. Sünnet	5
2.1.1. Sünnetin Tanımı	5
2.1.2. Sünnetin Tarihçesi	5
2.1.3. Sünnetin Dini Boyutu	8
2.1.4. Sünnetin Sıklığı	9
2.1.5. Sünnet Yaşı	10
2.2. Anksiyete Bozuklukları	11
2.2.1. Anksiyetenin Tanımı	11
2.2.2. Anksiyetenin Tarihçesi	13
2.2.3. Çocuklarda Görülen Anksiyete Bozuklukları	13
2.2.3.1. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	14
2.2.3.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	16
2.2.3.3. Panik Bozukluk	17
2.2.3.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu	19
2.2.3.5. Özgül Fobi	20
2.2.3.6. Obsesif Kompulsif Bozukluk	22

2.2.3.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	24
2.2.3.8. Akut Stres Bozukluğu	26
<b>3. YÖNTEM</b>	<b>27</b>
3.1. Araştırma Modeli	27
3.2. Evren ve Örneklem	27
3.3. Veri Toplama Araçları	27
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	28
3.3.2. Çocuklarda Anksiyete Duyarlılığı İndeksi	28
3.3.3. Güçler Güçlükler Anketi	28
3.4. İşlem	28
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	29
<b>4. BULGULAR</b>	<b>30</b>
4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular	30
4.1.1. Yaş	30
4.1.2. Ebeveynlerin Birliktelik Durumu	30
4.1.3. Ailenin Gelir Durumu	31
4.1.4. Ebeveynlerin Meslekleri	31
4.1.5. Ebeveynlerin Ruhsal Hastalık Durumu	32
4.2. Çocuklarda Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Sonuçlarına İlişkin Bulgular	33
4.3. Güçler Güçlükler Anketi Sonuçlarına İlişkin Bulgular	36
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>40</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	<b>44</b>
<b>7. KAYNAKLAR</b>	<b>45</b>
<b>8. EKLER</b>	<b>52</b>
8.1 Ek-1 Sosyo Demografik Veri Formu	53
8.2 Ek- 2 Çocuklarda Anksiyete Duyarlılığı İndeksi	55
8.3 EK- 3 Güçler Güçlükler Anketi	56
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>58</b>

## **TABLO ve RESİMLER LİSTESİ**

**Resim 1.** Eski Mısır’ da sünnet uygulamasının tasvir edildiği Ank-Mahor tapınağındaki duvar resmi

**Resim 2.** 1720 yılında şehzadelerin sünnet düğünü.

**Tablo 1.** Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu DSM-IV-TR tanı kriterleri

**Tablo 2.** Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-IV-TR tanı kriterleri

**Tablo 3.** Agarofobisiz Panik Bozukluğu’nun DSM-IV-TR’ye göre tanı kriterleri

**Tablo 4.** Sosyal Anksiyete Bozukluğu’nun DSM-IV-TR tanı kriterleri

**Tablo 5.** Özgül Fobi DSM-IV-TR tanı kriterleri

**Tablo 6.** Obsesif Kompulsif Bozukluk DSM-IV-TR tanı kriterleri

**Tablo 7.** Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-IV-TR tanı kriterleri

**Tablo 8:** Yaş Dağılımı

**Tablo 9:** Ebeveynlerin Birliktelik Durumu Dağılımı

**Tablo 10:** Ailenin Gelir Durumu Dağılımı

**Tablo 11:** Babaların Meslek Durumu Dağılımı

**Tablo 12:** Annelerin Meslek Durumu Dağılımı

**Tablo 13:** Ebeveynlerin Ruhsal Hastalık Öyküsü Dağılımı

**Tablo 14:** Çocuklarda Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Dağılımı

**Tablo 15:** Sünnet Öncesi ve Sonrası Anksiyete Durumundaki Değişiklikler

**Tablo 16:** Sünnet Öncesi ve Sonrası Anksiyete Puanları İçin T Testi

**Tablo 17:** Okul Durumuna Göre Anksiyete Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

**Tablo 18:** Gelir Durumuna Göre Anksiyete Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

**Tablo 19:** Ebeveynlerin Birliktelik Durumuna Göre Anksiyete Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

**Tablo 20:** Güçler ve Güçlükler Anketi Dağılımı

**Tablo 21:** Sünnet Öncesi ve Sünnet Sonrası Güçlük Düzeylerindeki Değişiklikler

**Tablo 22:** Sünnet Öncesi ve Sünnet Sonrası Güçlük Puanları İçin T Testi

**Tablo 23:** Okul Durumuna Göre Güçlük Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

**Tablo 24:** Ailenin Gelir Durumuna Göre Güçlük Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

**Tablo 25:** Ebeveynlerin Birliktelik Durumuna Göre Güçlük Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar

# 10 YAŞ ALTI ERKEK SÜNNET ÇOCUKLARININ SÜNNETİ ALGILAYIŞLARININ, BU DURUM KARŞISINDA YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

## ÖZET

**Amaç:** Çalışma, 10 yaş altı, erkek sünnet çocuklarının, sünneti algılayışlarını, bu durum karşısında yaşadıkları güçlükleri ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Yöntem:** Çalışmaya, 41 erkek çocuk ve aileleri dahil edilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce, uygulama yapmak için, hem çocuklardan hem ebeveynlerinden onam alınmıştır. Çalışmaya alınan çocuklara ölçekler, sünnet girişimi öncesinde ve sünnet sonrasında ilk iki ay içerisinde uygulanmıştır. Katılımcılara, Sosyodemografik Form, Çocuklarda Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADİ) ve Güçler Güçlükler Anketi (GGA) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Çocuğun duygusal ve davranışsal sorunlarını ölçen GGA'nın toplam güçlük skorlarının sünnet öncesi ve sonrası karşılaştırılması sonucunda, sünnet sonrasında görülen güçlük puanları daha yüksek bulunmuştur; fakat anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Çocuklar için anksiyete duyarlılığı ölçeği ile, çocukların sünnet girişiminden önce ve sonra anksiyete duyarlılıklarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. ÇAD ölçeğinde, araştırmaya katılan çocukların sünnet öncesi ve sonrası, anksiyete duyarlılığı indeksi toplam puanları karşılaştırıldığında, sünnet sonrası anksiyete duyarlılığı puanları daha düşük bulunmuştur; fakat sünnet sonrası anksiyete duyarlılığı, sünnet öncesine oranla anlamlı bir fark göstermemiştir.

**Sonuç:** Sünnetin, çocukların duygusal ve davranışsal yaşantılarına herhangi bir olumsuz etkisinin olmadığı, anksiyete düzeylerini arttırmadığı bulunmuştur. Ülkemizde sünnete atfedilen olumlu özelliklerin, sünnetin çocukların ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini engellediği düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** sünnet, çocuk, anksiyete, çocuk ruh sağlığı



## ABSTRACT

**Purpose:** The study is done for determining the perception of circumcision, the difficulties they feel and the level of anxiety in this situation under the age of ten boys.

**Methods:** 41 boys and their families join to the study. Before starting the study for the practice both boys and their families' confirmations had been taken. The scales were applied to the children before the circumcision and two months after the circumcision. The Sociodemographic Form, Sensitivity Anxiety index on Children (ÇADI), and Strengths and Difficulties Questionnaire (GGA) were applied to the participants.

**Findings:** The total difficulty scores GGA, measuring emotional and behavioral problems of children, the result of comparing before and after circumcision, the difficulty scores after the circumcision has been found higher; but a meaningful difference wasn't observed. It was aimed with the sensitivity of anxiety scale, comparing the sensitivities of anxiety before and after the circumcision. In the ÇAD scale, the sensitivity of anxiety index before and after the circumcision of the children joined study, were compare with the total scores, the scores of the sensitivity of anxiety after the circumcision were measured higher; but the sensitivity of anxiety after the circumcision didn't point a meaningful difference in comparison with the scores before the circumcision.

**Conclusions:** It is found that the circumcision hasn't any negative effects on the emotional and behavioral lives of the children and not raising the level of anxiety. In our country it is thought that the attributed positive effect of the circumcision prevents the negative effects on the mental healths of children.

**Key Words:** anxiety, circumcision, children, children's mental health

## 1. GİRİŞ

Sünnet, çoğunlukla çocukluk döneminde gerçekleştirilen, tüm dünyada en eski ve en sık uygulanan cerrahi girişimlerden birisidir. Erkek sünnetinin başlangıcının, insanlık tarihinin en eski dönemlerine kadar uzandığı düşünülmektedir (1,2). Her yıl 13. 3 milyon erkek ve 2 milyon kız çocuğu sünnet edilmektedir (1,2). Tüm Dünyadaki erkeklerin yaklaşık %25'inin sünnetli olduğu tahmin edilmektedir (3).

Sünnet; tıbbi nedenlerle yapılabildiği gibi hiçbir tıbbi neden olmadan toplumların kültürel, sosyal durumları ve özellikle de dini inanışları nedeniyle yapılabilmektedir. Müslümanlar, Yahudiler ve bazı Hıristiyanlarda yaygın olarak uygulanmakta, özellikle Müslüman ülkelerde büyük önem taşımaktadır (3,4,5,6). ABD'de sünnet olanların %80'inin tıbbi sebeplerle olduğu bilinmektedir (7). İngiltere gibi bazı ülkelerde ise; sünnet oranı % 5 gibi oldukça düşüktür (8).

Sünnet, farklı toplumlarda, farklı gelişim dönemlerinde uygulanabilmektedir (9,10). Sünnet Müslümanlar ve Yahudiler için dini inanışın gereğidir ve Yahudilerde doğumdan sonraki 8. gün, Müslümanlarda çocukluk çağının herhangi bir zamanında yapılmaktadır, herhangi bir zaman kısıtlaması yoktur. Ülkemizde sünnet olma yaşının 2 ile 11 arasında değiştiği ve ortalama 7 olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de, sünnet sıklıkla müzik ve eğlencenin de eşlik ettiği törenlerle yapılmaktadır ve bu törenler aile için önemli bir sosyal olgudur (11, 12). Bu törensel sünnet uygulamaları, Ortadoğu'da en az 3.000 yıldır süregelmektedir (13).

Sünnetin, çocuk ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğunu öne süren, çeşitli yayınlar bulunmaktadır.

Genel olarak kabul edilen görüş, sünnetin 2 yaşından önce ya da 6 yaşından sonra yapılmasıdır. Bu yaşlar arasında, özellikle ruhsal açıdan çocukların olumsuz etkilendikleri düşünülmektedir. Bu nedenle araştırmacılar sünnetin ruhsal yönden bireye zarar vermemesi için 2 yaşından önce yapılmasını önemle vurgulamaktadır (4, 5, 6). Yabancı kaynaklarda, sünnetin çocuk ruhsallığı üzerine etkileri konusunda çok sayıda yayın olmasına karşın, ülkemizde çok sık uygulanan bu operasyonun ruhsal etkileri konusunda, çok az sayıda çalışma vardır.

## 1.1. Amaç

Erkek egemenliğinin ağır bastığı ve %95 popülasyonun Müslüman olduğu toplumumuzda sünnete önem verilmektedir ve ilk yaş gruplarında tıbbi nedenlerle, çocukluk döneminde ise; daha çok dinsel nedenlerle sünnet uygulanmaktadır. Sünnet olduktan sonra çocukların, hayatın çeşitli alanlarına dair yaşadıkları güçlüklerde ve anksiyete düzeylerinde, sünnet öncesine göre farklılık var mıdır? Sorusundan hareketle ülkemizde oldukça önemli olan sünnetin, çocukların ruh sağlığı üzerinde etkisi olacağı düşünülmüş ve bu nedenle mevcut bilgiler ışığında araştırma, 10 yaş altı, erkek sünnet çocuklarının, sünneti algılayışlarını ve bu durum karşısında yaşadıkları güçlükleri ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Elde edilen sonuçlar, sünnetin çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri konusunda bilgilenmemize yardımcı olacaktır.

Araştırmanın hipotezi olarak;

1. Sünnet girişimi öncesinde, çocukların anksiyete düzeylerinin, girişim sonrasına oranla düşük olacağı,
2. Sünnet girişimi öncesinde çocukların yaşadıkları güçlüklerin, girişim sonrasına oranla daha az olacağı düşünülmektedir.

## 1.2. Önem

Araştırmada, 10 yaş altı erkek sünnet çocuklarının, sünnet olma ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi konusunun seçilmesinde, araştırmacının çocuklara ilişkin yaptığı gözlemler etkili olmuştur.

Özellikle, sünnetin yaygın olduğu toplumlarda, sünnet olmaya verilen önemin arttığı, bununla birlikte de çocukların sünneti algılayış biçimlerinin anksiyete düzeylerini arttırdığı araştırmacı tarafından gözlenmiştir.

Bu noktada, 10 yaş altı erkek sünnet çocukları ve aileleriyle çalışmak amaçlanmıştır. Erkek çocukların, sünneti nasıl algıladıkları ve nasıl yorumladıklarının ortaya konulması noktasında çalışmanın verimli olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, bu konudaki çalışmaların kısıtlı olması da çalışmanın önemini arttırmaktadır.

### **1.3. Kapsam ve Sınırlılıklar**

Araştırma, 2013 Ekim ile 2014 Nisan tarihleri arasında, İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin üroloji kliniğine, sünnet girişimi için başvuran, 10 yaş altındaki, 41 çocuk ve aileleri ile yürütülmüştür. Örneklem grubundaki çocukların tümü erkek olup, 41 erkek çocuk ve aileleri çalışmaya alınmıştır.

Çalışmaya alınan çocuklara ölçekler, sünnet girişimi öncesinde ve sonrasında uygulanmıştır. Sünnet girişimi sonrasındaki uygulamalar, sünnetten sonraki ilk iki ay içerisinde gerçekleştirilmiştir. Çocuklara ölçekler ve sosyodemografik form verilerek uygulama gerçekleştirilmiştir. Örnekleme dahil edilmek üzere seçilen çocuklardan, bedensel özrü olan çocuklar araştırmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya, ailelerin eğitim seviyesi ve ekonomik düzeyleri açısından herhangi bir sınırlılık getirilmemiştir. Araştırma, kullanılan ölçekler ve ölçeklerin değerlendirdiği boyutlarla sınırlıdır.

### **1.4. Varsayımlar**

- Araştırma için kullanılan kaynakların ve literatürün yeterli olduğu varsayılmıştır.
- Çocuklar ve ailelerinin form ve ölçek sorularına doğru yanıt vermiş oldukları varsayılmıştır.
- Örneklemin, evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
- Araştırma süre olarak, 2013 Ekim-2014 Nisan tarihleri arası ile sınırlıdır.

### **1.5. Kısaltmalar**

AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

ASB: Akut Stres Bozukluğu

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

ÇADİ: Çocuklarda Anksiyete Duyarlılığı İndeksi

DSM-III: Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-III

DSM-IV-TR: Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-IV-TR

GGA: Güçler Güçlükler Anketi

NIMH: Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

ÖF: Özgöl Fobi

SGAİ: Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

## **2. LİTERATÜR BİLGİSİ**

### **2.1. Sünnet**

#### **2.1.1. Sünnetin Tanımı**

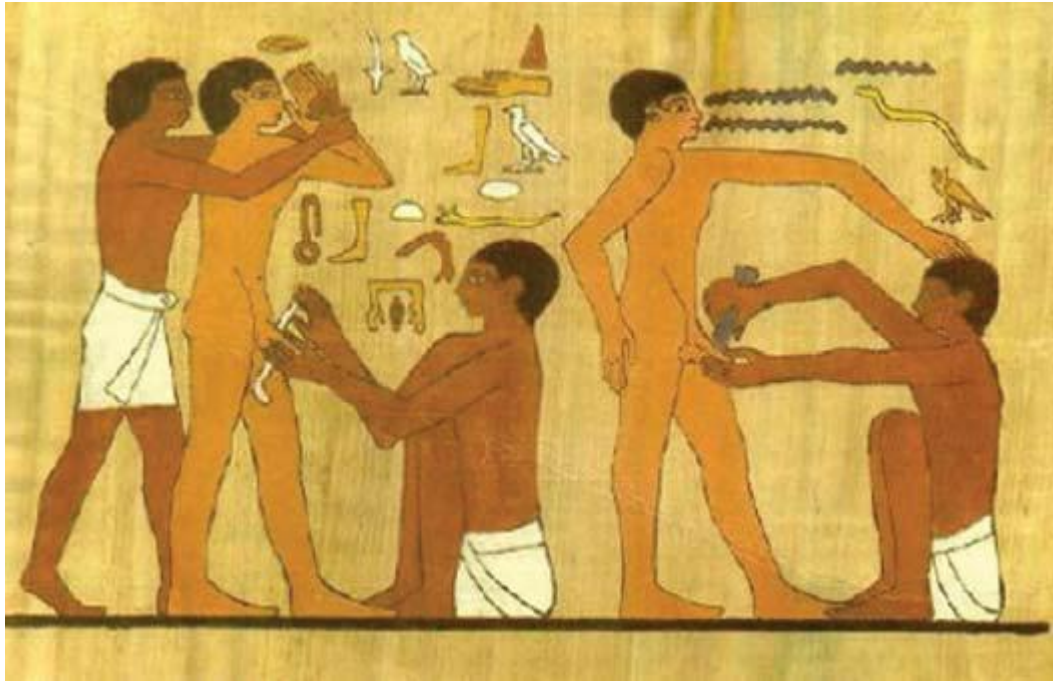
Sünnet, genellikle çocukluk döneminde gerçekleştirilen, erkek çocuklarda penisin baş kısmını saran sünnet derisinin, cerrahi yolla kesilerek alındığı, küçük cerrahi bir işlemdir. Sünnet, halk arasında, dinsel bir uygulama olarak bilinmektedir. Başka bir tanımla; çeşitli toplumlarda yaygın olarak uygulanan, Müslümanlarda Peygamber'in yapılmasını istediği için, sünnet olarak isimlendirilen, cerrahi bir girişimdir (4,6,14).

Sünnet; Müslümanlar, Yahudiler ve bazı Hıristiyanlarda yaygın olarak uygulanmakta, özellikle Müslüman ülkelerde büyük önem taşımaktadır (4,5). Tıbbi endikasyon ile yapılabildiği gibi, hiçbir tıbbi endikasyon olmadan, toplumların dini inanışları, kültürel ve sosyal durumları nedeniyle yapılabilmektedir. Sünnet, dünyada uygulanan cerrahi girişimler içerisinde en sık olanıdır. Sünnetin yapılmasında toplumların; coğrafi, dinsel, geleneksel ve sosyoekonomik özelliklerine göre değişen nedenler vardır. Dini nedenlerle, özellikle Müslümanlıkta ve Musevilik de yaygın olarak uygulanır. Sünnetin farklı kültürlerce ve birbirinden bağımsız olarak uygulandığı bilinmektedir (4,5,6,14).

#### **2.1.2. Sünnetin Tarihçesi**

Sünnet, dünyada en çok uygulanan cerrahi işlemlerdendir ve insanlığın en eski geleneklerinden biridir. Sünnetin tarihi kesin olarak bilinmemekle birlikte, günümüzden 12.000 yıl öncesine kadar dayandığı, göçler sırasında, kültürler aracılığıyla tüm dünyaya yayıldığı düşünülmektedir (15). Tarihte sünneti yapan ilk millet, Mısırlı'lar olmakla beraber, sünnetin farklı kültürlerce ve birbirinden bağımsız olarak uygulandığı bilinmektedir.

Antropologlar, sünnetin ilk defa ne zaman ve hangi toplum tarafından uygulanmaya başlandığı konusunda tam bir fikir birliği içerisinde değildirler. Sünnetin kökeni konusunda araştırma yapan birçok bilim adamına göre sünnet, farklı kültürler tarafından birbirinden habersiz olarak uygulanmaya başlamıştır. Güneydoğu Asya, Afrika kabileleri ve Avustralya yerlileri gibi birçok farklı kültürde, sünnetin yaygın olduğu bilinmektedir (16,17). Taş devri, mağara resimlerinde bile, sünnetli erkek tasvirleri vardır. Mısır mumyaları ve duvar çizimleri, en erken kayıtlı sünnet tarihinin ise en az 6.000 yıl öncesine gittiğini ortaya koymaktadır (17). Eski mısırdaki bulunan, tarih öncesi mezarlardaki bütün erkekler sünnetlidir. Tarih boyunca Mısırlılar, Yahudiler, Babilliler'in sünnetli oldukları görülmüştür (3,18). Törensel sünnet uygulamaları ise, Ortadoğu'da en az 3.000 yıldır süregelmektedir (13).



**Resim. 1: Eski Mısır'da sünnet uygulamasının tasvir edildiği Ank-Mahor tapınağındaki duvar resmi.**

Mısır tarihi üzerine yapılan araştırmalar, sünnet uygulamasının 15.000 yıl önceki heliolitik dönemin bir özelliği olduğunu ileri sürmüştür. Yapılan çalışmalar sonucunda, antik Mısır'da 6.000 yıl önce var olduğu kesinlik kazanmıştır. Tevrat'ta 4.000 yıl önce, doğumun sekizinci günü, dini sünnet yapıldığına dair bilgiler vardır. M.Ö. 2.300 tarihlerine ait, eski Mısır mumyalarının sünnetli olduğu görülmektedir (18,19).

Firavun dönemine ait tapınakların duvarlarındaki sünnetle ilgili resimler, sünnetin geleneksel bir işlem olarak binlerce yıl önce uygulandığını göstermektedir (Resim. 1). Sünnet, Eski Mısır'da, Firavun devrinden sonra köleliğin simgesi olarak da kullanılmıştır. Bazı kültürlerde ise sünnet, tanrılara sunulan bir çeşit kurbandır ve karşılığında bol ürün istenmektedir (16). Sünnet yaraları için, bal kullanımı, antik Mısır' a kadar geriye gitmektedir ve kirli yara için kullanımı Nijerya'da yaygındır (20).

Dünya genelinde, binlerce yıldır yapılmakta olan sünnet, toplumumuzda da yüzyıllardır yapılmaktadır. Tarihimizde, sıklıkla şehzade sünnetlerinden bahsedilmektedir. Kayıtlarda en çok söz edilen sünnet, 1582 yılında 3. Murat'ın oğlu Şehzade Mehmet'in, 52 gün süren sünnet düğünüdür (21) (Resim. 2).



**Resim. 2: 1720 yılında şehzadelerin sünnet düğünü.**

Tahminlere göre, dünyadaki her altı erkekten biri sünnet olmaktadır (22). Toplumumuzda da dini inançlar, örf-adetler ve gelenekler nedeniyle, yaygın şekilde sünnet işlemi yapılmaktadır. Müslümanlar ve Yahudiler için sünnet dini inanışın gereğidir, Yahudilerde doğumdan sonraki 8. gün, Müslümanlarda ise zaman kısıtlaması olmaksızın, çocukluk çağının herhangi bir zamanında ve genellikle törenler ile yapılmaktadır.

ABD'de sünnet olanların %80'i tıbbi sebeplerle olmaktadır (7). Dini sebeplerle sünnet olanların oranı tam olarak bilinmemektedir.



ABD’de, yeni doğan sünnet oranı % 50’den fazladır ve tedavi edici veya sosyal sebeplerden dolayı, sünnet yaygınlaşmaktadır. İngiltere gibi bazı ülkelerde ise, sünnet oranı % 5 gibi oldukça düşüktür (8).

Dünyada, erkek sünneti dışında kadın sünneti de yapılmaktadır. Kadın sünneti, medikal sebepler dışında, dış kadın genital organlarının kısmen veya tamamen çıkarılması veya kadın genital organlarına başka şekillerde zarar verilmesini içeren tüm işlemleri kapsamaktadır. Ülkemizde kadın sünneti yapılmamaktadır. Dünyada kadın sünneti; Senegal, Endonezya, Somali, Cibuti, Eritre, Lübnan, Irak ile İran gibi İslam ülkelerinde uygulanmaktadır (23). Dünya Sağlık Örgütünün raporuna göre, dünyada 1994’te 85-114 milyon kadının sünnet olduğu düşünülmektedir (15).

### **2.1.3. Sünnetin Dini Boyutu**

Dinsel nedenlerle yapılan sünnet, Müslümanlarda, Yahudilerde, Siyah Afrikalılarda, Avustralyalı Aborjinlerde ve diğer birçok etnik gruplarda görülmektedir (17). Hristiyanlıkta sünnet, kilisenin insanlar üzerinde olan gücünü gösterme aracı olarak kullanılmış, kilisenin yetişkinlerin erkek olması üzerinde kontrolünün olduğunu ve çocukların da sünnet ile işaretlenerek kiliseye ait olduğunu ifade etmekte kullanılmıştır (19). Zamanla, Hristiyanlıkta beden değil, kalbin sünnetli olmasının önemli olduğu yönünde yapılan yorumlar ile sünnetten uzaklaşmıştır. Sünnet, Yahudilikte tanrı buyruğu olarak gerçekleştirilmiş, Yahudiliğin vazgeçilmez bir parçası olmuştur. Tevrat’a göre sünnet, Tanrı ile kulu arasında yapılan bir anlaşmadır. İbrahim Peygamber, 99 yaşında kendi kendini sünnet etmiş, aynı anda kavminden birçok erkek ve oğlu İsmail de 13 yaşındayken sünnet olmuştur (15). Oğlu İshak Peygamber ise, doğumdan sonraki sekizinci günde sünnet olmuştur. Sünnet, Yahudilerde cerrahi becerisi ve dini bilgisi olan Mohel denilen kişiler tarafından yapılmaktadır. Gerçek Yahudi olabilmesi için yeni doğan erkek çocuğun, doğumdan sonraki sekizinci günde sünnet edilmesi gerekmektedir (15,16).

Sünnet, Araplarda İslamiyet ile başlamış olmayıp, İslamiyet öncesi dönemde de uygulanan eski bir gelenektir. İslamiyet’te ise sünnet, peygamber geleneğidir (16). Kur’an’da sünnetten bahsedilmemiş olmasına karşın, İslam peygamberi Hz. Muhammed’in hadislerinden hareketle, erkeklerde Müslüman olmanın bir alameti olarak görülmüştür.

Sünnet uygulaması, bazı alimler tarafından farz denecek kadar önemli bir dini emir kabul edilmiştir (24). İslam Peygamberi Hz. Muhammed'in İslamiyeti ileri yaşlarda kabul edenlere bile, sünnet olmayı emrettiğine dair hadisler vardır. Sahabe döneminden itibaren sünnet, ziyafet ve şenliklerle kutlanmış, Türk toplumlarında da bu merasimler “sünnet düğünü” adıyla anılmıştır (24). İslam toplumlarında kadın sünneti de uygulanmaktadır. Erkek sünnetine “Khitan” kız sünnetine de “Khafd” adı verilmiştir (15). Kızların sünnetinden bahsedilen bir hadiste, "Sünnet olmak, erkekler için bir sünnet, kadınlar için ise bir değer ve iyiliktir" denmektedir (24). İslam Peygamberi Hz. Muhammed zamanında, Medine'de kızların sünnet edildiğini ve sünnet etmeyi kendilerine meslek edinmiş kadınların bulunduğu bilinmektedir (24). Kadın sünneti, hala bazı İslami toplumlarda devam etmektedir; ancak ülkemizde yapılmamaktadır. Günümüzde sünnet, hem peygamberin tavsiyesi hem de tıbbî yararından dolayı yapılmaktadır. Sünnet batı ülkelerinde de tıbbi yararından dolayı yapılmaktadır (3,18). Sünnet konusunda, dünya çapında en geniş ve tek kaynak, Vehbi'nin Surnamesi'dir (Surname-i Vehbi). Vehbi'nin Surnamesi' ne göre, Sultan III. Ahmet zamanında (1720) hazırlıklar hariç, sadece kutlamalar yaklaşık 15 gün sürmektedir. Zamanla sünnet, yalnızca dini bir tören olmaktan çıkmış, kutlama, şenlik, güç gösterisi, aşiret ya da eşraf genişliğinin sergilendiği, toplumsal bir tören haline gelmiştir (3,18).

#### **2.1.4. Sünnet Sıklığı**

Sünnet, erkeklerde en sık uygulanan cerrahi işlemdir. Çoğunlukla dini inanç gereği, dünyadaki her altı erkekten biri sünnet olmaktadır. Başka bir ifadeyle; her beş dakikada, 120 kişi sünnet edilmektedir (22).

Din, ülke, ailenin sosyo- kültürel düzeyi ve kırsal-kentsel yaşam, dünyada sünnet olma sıklığı üzerinde oldukça etkilidir. Beyaz ırka mensup, sosyokültürel düzeyi yüksek, ABD vatandaşlarının % 70-85'i, sünnet olurken, sosyokültürel düzeyi düşük, kırsal kesimde oturan siyah ABD vatandaşlarının; ancak %45-62'si sünnet olmaktadır (25,26). 1950' li yıllarda ABD'de bütün erkekler sünnet edilirken, bugün sünnet karşıtı görüşler ve ekonomik yükü nedeniyle, bu oran sadece ebeveynlerin oluru ile % 65'e düşmüştür (25). Güney Kore'de, lise çağındaki erkeklerde, sünnet olma oranı % 90'ın üzerindedir (27). Sünnetli erkek sayısı, Kanada ve Avustralya'da % 35, İngiltere'de % 10, Japonya ve diğer Avrupa ve İskandinav ülkelerinde % 1'in altındadır (25).

Sünnet olma oranı, % 80'in üzerinde olan ülkeler, yüksek prevalanslı, % 20-80 arası orta prevalanslı ve % 20'nin altında olanlar ise düşük prevalanslı olarak sınıflandırılmaktadır. Yüksek prevalanslı grupta, 700 milyon, orta prevalanslı olan grupta 135 milyon, düşük prevalanslı grupta ise 1 milyar 600 milyon erkek bulunmaktadır (28). En düşük sünnet olma oranına, Latin Amerika ve Karayipler'de; en fazla sünnet olma oranına ise, Endonezya, Pakistan, Bangladeş ve Filipinler gibi Müslüman ülkeler ile sünnetin zorunlu olduğu Museviler'de rastlanılmıştır. Müslüman ve Musevi toplumda sünnet olma prevalansı yüksekken, Hristiyan toplumlarda düşük sünnet prevalansı görülmektedir (28). Pakistan'da yaşayan Hristiyanların üçte biri sünnet olmaktadır. Hindular ve Budistler ise sünnetsizdir (15).

Sünnet; sıklıkları farklılık göstermekle birlikte, dünyanın hemen her bölgesinde uygulanmaktadır. Afrika, Ortadoğu ve Avustralya'da yaygınken, Doğu Asya, Hindistan ve Avrupa'da az görülmektedir. Yeni Gine ve Güney Amerika'da ise, oldukça seyrek (29).

#### **2.1.5. Sünnet Yaşı**

Sünnet, toplumumuzda hemen hemen her yaşta yapılmaktadır. Genellikle, dinsel ve geleneksel nedenlerle yapılır ve yaş sınırlaması yoktur. İslam dinine göre, sünnet yaptırmak için belirlenmiş kesin bir zaman aralığı yoktur; ancak Hz. Muhammed, sünnetin erken yaşta yapılmasını istemiştir.

Sünnet olma yaşı, sünnet konusunda, Müslüman olan ve olmayan toplumlar arasındaki en önemli farktır. Yahudi erkek çocukları 8. günde sünnet olurken, sünnetin geleneksel olarak uygulandığı ülkelere Avustralya Aborjinileri ve Zencilerde sünnet, yeni doğan döneminde yapılmaktadır. Bu ülkelere, yeni doğan dönemi dışında sünnet, sadece tıbbi sebeplerle yapılmaktadır (25). Ülkemizde sünnet olma yaşının 2 ile 11 arasında değiştiği ve ortalama 7 olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de, sünnet sıklıkla müzik ve eğlencenin de eşlik ettiği törenlerle yapılmaktadır ve bu törenler aile için önemli bir sosyal olgudur (11, 12).

Sünnet olma yaşı ile çocuk psikolojisinin değerlendirilmesi amaçlı, kıyaslamalı çalışmalar bulunmamaktadır. Sünnete, geçirilmesi zorunlu bir cerrahi işlem gözüyle bakıldığı zaman, çocuğun canının yanmasına neden olacak bu işlemin, onun en az sıkıntı çekeceği bir yaşta yapılması önerilmektedir.

Kastrasyon kompleksi, benlik ve vücut bütünlüğü duygularının incinmesi olarak düşünülmektedir ve bu psikolojik nedenlerden dolayı, 4-6 yaş grubunda, sünnet yapılması uygun görülmemektedir. Sünnet için ya duygusal olarak hiçbir şey hissetmeyeceği yeni doğan dönemi ya da sünnetin ne olduğunu tam kavradığı, ilkokul dönemi, en uygun dönem olarak kabul edilebilir.

Toplumumuzda yaygın olarak yapılan sünnet düğünleri ve alınan hediyeler, çocuğun sünnet olma isteğini arttırmakta ve sünnetin bir eğlence olarak algılanmasına katkı sağlamaktadır.

## **2.2. Anksiyete Bozuklukları**

Anksiyete, canlılarca deneyimlenen kaygı, korku, gerilim, sıkıntı halidir. Korku ve stres ile birlikte ele alındığında, insanın hayatta kalması ve soyunu sürdürmesi açısından doğal bir tepkidir (30). Canlıların, dış ortama uyumunda koruyucu bir tepki olarak değerlendirilebilir. Anksiyete Bozukluğu tanısı olan kişilerde, kişilerin kaygıları, normal bir hayat sürdüremeyecek kadar yoğundur. Anksiyete, kişinin denetimi dışına çıkıp, işlevselliğini aksattığında, Anksiyete bozuklukları olarak değerlendirilir.

Anksiyete Bozukluğu, ergenlik öncesi dönemde, çocuklarda sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur (31). Yapılan çalışmalar, ergenlik öncesi dönemde, çocukların en az %3'ünde anksiyete bozukluğu tanısının olduğunu göstermiştir (32).

Anksiyete bozukluğu; benlik saygısı, sosyal ilişkiler ve akademik başarı gibi kişinin çeşitli yaşam alanlarını önemli ölçüde etkileyen psikiyatrik bir bozukluktur. Anksiyete bozukluğu tanısı olan çocuklar; gelecekte duygu durum ve anksiyete bozuklukları açısından büyük bir risk taşımaktadır. Bu açılarından, anksiyete bozukluğunun tedavisi ayrı bir önem taşımaktadır.

### **2.2.1. Anksiyetenin Tanımı**

Anksiyete, bireyin kendisine tehlike arz edecek durumlarda yaşadığı, yoğun paniği ve buna bağlı olarak ortaya çıkan; titreme, kalp çarpıntısı, nefes darlığı gibi fiziksel; başına kötü bir şey geleceğini düşünme, rezil olmaktan veya komik duruma düşmekten korkma gibi düşünsel semptomları belirten bir terminolojidir. Duygusal açıdan, korku ve panik hissine neden olur. Kişi, her şeyi olabilecek en olumsuz yönüyle ele alır. Davranışsal olarak ise; kişi, anksiyete kaynağından kaçma eğilimi gösterir.

Bu endişeler ve fiziksel belirtiler yoğunlaşarak kişinin yaşamını olumsuz yönde etkileyecek düzeye geldiğinde, bireye anksiyete bozukluğu tanısı konabilir. Klein'e göre (1978) , patolojik kaygıyı tanımlamada üç klinik özellik ön plana çıkmaktadır. Bunlar; çaresizlik, işlevsizlik ve düşüncedeki esnekliğin yitimidir. Başka bir deyişle, anksiyete, somatik belirtilerin eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik ve korku halidir. Korku ise, dışarıdan gelebilecek, kaynağı belli gerçek bir tehlike karşısında verilen ruhsal ve bedensel bir tepkidir (33). Gerçek bir tehlike ile karşılaşan kişi şiddetli korku duygusuyla beraber fiziksel tepkiler de gösterebilir. Anksiyete, içsel bir tehlike ya da tehdit karşısında gösterilen, nedeninin tam olarak bilinemediği psikolojik bir tepki olmasına rağmen, korkuda olduğu gibi bedensel belirtiler de eşlik eder. Bu durum, değişik yoğunluklarda yaşanabilir. Bu açıdan anksiyete, gelecekte gerçekleşebilecek olumsuz olaylara karşı, hazırlıklı olunması düşüncesi üzerine gelişir.

Anksiyetenin, organizmayı uyarıcı, koruyucu ve motive edici özellikleri vardır ve anksiyete kişinin zor durumlarla başa çıkabilmesine yardımcı olur. Anksiyetenin patolojik olabilmesi için, anksiyete ile uyarının şiddetinin orantılı olmaması, zamanla azalmak yerine değişmemesi ya da şiddetlenmesi, klinik görünüme ağırlıklı olarak anksiyetenin fiziksel belirtilerinin hakim olması, anksiyeteye katlanılamaması ve işlevselliğin bozulması gerekir. Bu durumda anksiyete, kişinin mesleki ve ailevi yaşantısını etkilemeye başlar, kişilerarası ilişkilerinde bozulmalara neden olur, gün içinde sık sık ortaya çıkar. Kişi bu durumu kontrol edemez ve başa çıkamaz. Bu belirtilerle birlikte; huzursuzluk, gerginlik, sıkıntı, çabuk yorulma, odaklanma güçlüğü, baş ağrısı, baş dönmesi, ağız kuruluğu, çarpıntı, nefes darlığı, çeşitli ağrılar, yorgunluk ve gastrointestinal yakınmalar da görülebilmektedir. Anksiyete, kişinin denetimi dışına çıkar, aşırı boyutlara ulaşırsa, anksiyete bozuklukları arasında sınıflandırılabilir (34).

Anksiyete bozuklukları, çocuk ve ergen psikiyatrisinin en yaygın problemlerinden biridir. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, çocukluk çağının en iyi tanımlanan problemlerinden biri olmakla beraber; Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Özgül Fobi gibi diğer anksiyete bozuklukları da sıklıkla çocuklukta ortaya çıkmaktadır. Genellikle, çocuk ve ergenlerdeki anksiyete bozukluğu belirtileri, çevresel koşullara ve strese tepki olarak kabul edilebilir görüldüğünden, çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluğu tanısı gözden kaçabilmektedir (35).

### **2.2.2. Anksiyetenin Tarihçesi:**

Anksiyete bozukluğu, bilimsel yayınlara ilk olarak nevroz kelimesi ile girmiştir. 19. yüzyılda, nevrozlar, psikozların minör hali olarak görülmüştür. Descartes ve de la Mettrie'nin çalışmalarıyla birlikte anksiyete, psikolojik bir sorun olarak ele alınmaya başlanmıştır. Nevrozlar, ruhsal bozuklukların sınıflandırılmasında uzun süre önemli bir başlık olarak yer almış ve daha sonra yerini anksiyete bozukluklarına bırakmıştır (36). Çocukluk çağı anksiyete bozuklukları ise, ilk kez Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-III' te (DSM-III) yer almıştır (37).

### **2.2.3. Çocuklarda Görülen Anksiyete Bozuklukları**

DSM-IV-TR'de çocuklarda Anksiyete Bozukluğu sınıflaması; Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu (AAB), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), Panik Bozukluğu (PB), Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB), Fobi, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)'nu kapsar. AAB dışındaki anksiyete bozuklukları için yetişkin tanı ölçütleri kullanılmaktadır (37).

DSM-5'te ise, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu sınıflandırmasından çıkarılmıştır. Özgül Fobi ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu A tanı ölçütündeki 'aşırı ve anlamsız korku' ifadesi yerine 'karşılaşılan tehlike durumuna uygunsuz düzeyde korku' ifadesi kullanılmıştır. Sosyal Anksiyete Bozukluğu'ndaki 'yaygın' belirteci yerine 'performansla sınırlı' belirteci gelmiştir. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, ilk kez çocuklukta tanı konulan bozukluklar kategorisinden çıkartılmış ve Anksiyete Bozuklukları sınıfına dahil edilmiştir. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu'nda '18 yaşından önce başlama' ölçütü değiştirilerek 'son 6 aydır süren ifadesi' eklenmiştir. Agorofobili Panik Bozukluk, Agorofobisiz Panik Bozukluk ve Agorofobi yerine, DSM-5'te Agorofobi ve Panik Bozukluk tanıları ayrı ayrı yer almaktadır. DSM-5'te yer alan son bir değişiklik de Selektif Mutizmin, Anksiyete Bozukluğu sınıfına dahil edilmesidir (38).

### 2.2.3.1. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

DSM-IV-TR'de 'genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar' grubu içinde yer alan, tek çocukluk çağı anksiyete bozukluğudur (39). Evden veya birinci bağlanma nesnelereinden ayrı kalındığında ortaya çıkan, çok şiddetli korku ve anksiyete, AAB'nin en belirgin belirtisidir. AAB'de anksiyete düzeyi, çocuğun yaşının ve gelişimsel düzeyinin çok üzerinde bir şiddettedir(40, 41, 42, 43). Bu bozukluğu olan çocuklar; sıklıkla kaybolma, anne-babasını kaybetme korkusu yaşarlar. Çocuklar bağlandıkları kişilerden ayrıldıklarında, kendilerinin veya bağlandıkları kişilerin başlarına kötü bir şey geleceğine ilişkin sürekli ve aşırı kaygı yaşarlar. Bildikleri çevreden uzaktaki bir yere tek başlarına gitmekten kaçınırlar. Bu bozukluğu olan çocuklar gece kabusları görebilirler ve uyuyana kadar yanlarında birinin olmasını isterler. Ayrılıkta, bedensel yakınmaları olur. Çarpıntı, baş dönmesi ve halsizlik hissi gibi kalple ilgili belirtiler küçük çocuklarda nadir olmakla birlikte, daha ileri yaşlarda yaygın olarak gözlenebilir (44).

Çocuğu, ciddi düzeyde ilk kez ayrılma kavramı ile karşı karşıya getiren faktörlerden biri de okula başlamaktır. Çocuklarda okula gitmek istememe durumu, okul korkusu olarak isimlendirilmektedir (45). İlkokula başlayan çocuklarda, okul korkusu sık görülür. Okul korkusunun kaynağı genellikle anneden ayrılma korkusudur (46). Okul korkusunun, ilkokul çocuklarında %5, ortaokul çocuklarında %2 oranında olduğu ve bu çocukların büyük bir bölümünün ayrılık anksiyetesi tanısı aldığı bildirilmektedir (47).

Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, küçük çocuklarda daha yaygın olup, erkek ve kız çocuklarda eşit sıklıktadır. Başlangıç okul öncesi yıllarda olabilir, ancak en sık 7-8 yaşlarında görülür (48). Çocuk ve ergenlerin ortalama %4'ün de görülür ve daha çok ailesel ve genetik etkenlerden kaynaklanmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre, AAB görülme olasılığı, ailesinde Anksiyete Bozukluğu tanısı olanlarda, ciddi hastalıklar veya ölüm deneyimi olanlarda, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Özgül Öğrenme Güçlüğu gibi akademik başarı sorunu olan çocuklarda daha yüksektir (49). Klinik çalışmalarda, AAB'nin; Sosyal Anksiyete Bozukluğu, DEHB, Majör Depresyon, Davranım Bozukluğu ile birlikteliği gözlenmiştir (48). AAB'nin sağaltımında, anne babaların önemli bir rolü vardır.

Bununla birlikte, AAB ve diğer çocukluk çağı anksiyete bozukluklarının tedavisinde Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SGAİ) ile de umut verici sonuçlar elde edilmiştir (50).

**Tablo1. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri**

<p>A. Aşağıdakilerden üçünün ( ya da daha fazlasının) olması ile belirli, kişinin ya da bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygunsuz ve aşırı anksiyetenin olması:</p> <p>(1) Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici bir biçimde aşırı sıkıntı duyma.</p> <p>(2) Bağlandığı başlıca kişileri yitireceğine ya da onların başına bir iş geleceğine ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyma.</p> <p>(3) Kötü bir olayın, bağlandığı başlıca kişiden ayrılmasına yol açacağına ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyma.</p> <p>(4) Ayrılma korkusundan ötürü, sürekli olarak, okula ya da başka bir yere gitmek istememe ya da gitmeyi reddetme.</p> <p>(5) Tek başına kalma, evde bağlandığı başlıca kişiler olmaksızın kalma ya da kendisi için önemli erişkin insanlar olmadan diğer ortamlarda bulunma konusunda isteksizlik gösterme ya da bu konuda sürekli ve aşırı bir korku duyma.</p> <p>(6) Bağlandığı başlıca kişinin yakınında olmadan ya da evin dışında uyuma konusunda sürekli bir isteksizlik gösterme ya da uyumayı reddetme.</p> <p>(7) Ayrılma konusunda sürekli kabus görme</p> <p>(8) Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici bir biçimde fiziksel semptom yakınmaları getirme (baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı ya da kusma gibi).</p> <p>B. Bu bozukluğun süresi en az 4 haftadır.</p>
<p>C. Başlangıcı 18 yaşından önce olur.</p>
<p>D. Bu bozukluk klinik açıdan önemli bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulda (mesleki) ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.</p>
<p>E. Bu bozukluk sadece bir Yaygın Gelişim Bozukluğu, şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve Agorafobi ile giden Panik Bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz.</p> <p>Varsa belirtiniz:</p> <p>Erken Başlangıçlı: Başlangıcı 6 yaşından önce olursa.</p>



### 2.2.3.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

YAB'da kişi yoğun ve kontrol edilemeyen kaygı yaşar. Kısa süreli, çeşitli yaşam olaylarına tepki olarak ortaya çıkan kaygı durumları bu tanım içinde yer almaz. Yaygın anksiyete bozukluğu olan çocuklar, nedeni belli olmayan bir endişe içindedirler ve kötü bir şey olacağına dair korku yaşarlar. Sıradan gündelik olaylar karşısında bile yoğun anksiyete yaşamaktadırlar. Yaşanan sıkıntı ve huzursuzluk duygusu dış etkenlerle açıklanamamaktadır. Anksiyetenin sürekliliği ve yoğunluğu günlük işlevleri engellemekte, ağır bir durum karşısında yaşam tümüyle olumsuz yönde etkilenmektedir (51). Yaygın Anksiyete Bozukluğunda, genellikle kaygı bir alanla sınırlı değildir. Çocuk ve ergenlerde tipik olarak; yeterlilik, onay görme, gelecekle ilgili olaylar, yeni ya da tanıdık olmayan ortamlar kaygı nedenleridir. Bir işi zamanında yerine getirmeyle ilgili kaygılar da görülebilir. Bu çocukların kaygısının sıklıkla başkaları tarafından yatıştırılması gerekir; ancak bu durum kaygının azalmasında kısa süreli bir iyilik meydana getirir (52). YAB tanısı olan çocuklar, genellikle toplum kurallarına uyan ve mükemmeliyetçi çocuklardır. Bu çocukların çoğu, avuç içlerinde belirgin olan terleme, ateş basması, ağız kuruluğu ya da tükürük salgısında artma, yutma güçlüğü, soluk alma güçlüğü, çarpıntı, bulantı, kulak çınlaması, baş dönmesi, uyuşmalar gibi bedensel belirtilerden yakınmaktadır. Bununla birlikte, sıklıkla kendilerini diken üstünde hissederler, tepkileri aşırıdır. 10-11 yaş grubunda normal çocuklar, gelişimsel süreçte kendilerini yaşitları ile başarı açısından kıyaslamaya başlar ve YAB da tam bu dönemde başlayabilmektedir. Çok az sayıda 4-7 yaşlarında başlayan olgular bildirilmiştir (51). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun sıklığı %2. 9- 4. 6 arasında değişmektedir. Hayat boyu görülmesi ise %3.7 olarak bulunmuştur. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır. 7-11 yaş grubu çocuklardaki sıklık %4.6 olarak tespit edilirken, ergenlerde bu oran %7 olarak saptanmıştır. Ergenlik dönemine kadar kızlar ve erkeklerde eşit sıklıkla görülürken, ergenlikle beraber kızlarda sıklığı artmaktadır. Bu grup çocukların yarısında genellikle fobi ve majör depresyon görülmektedir (53). Yaygın Anksiyete Bozukluğunun sağaltımında olguların bir kısmında dinamik, iç görü yönelimli psikoterapötik girişimler etkili olurken, daha büyük bir oranında Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yöntemleri gerekmektedir. BDT yöntemleri bireysel olarak uygulanabileceği gibi, YAB sağaltımında grup çalışmaları ve aile yönelimli yaklaşımların da olumlu sonuçları olduğu bulunmuştur (54).

**Tablo 2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri**

A- En az 6 ay süreyle, hemen her gün, birçok olay ya da etkinlik hakkında (iş başarısı, okul başarısı vs.) aşırı kaygılanma ve kuruntulara kapılma
B- Kişi kendini kuruntulara kapılmaktan alıkoyamaz
C- Kaygı ve kuruntu, aşağıdaki 6 semptomdan en az üçüne eşlik eder:  1-Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe  2- Kolay yorulma  3-Düşüncelerini odaklayamama ya da zihnin durmuş gibi olması  4-İrritabilite  5-Kas gerginliği  6-Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ve sürdürmekte güçlük çekme, huzursuz ya da dinlendirmeyen uyku)
D- Kaygı ve kuruntunun odağı bir eksen I bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir.
E- Kaygı, kuruntu ve fiziksel yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

### **2.2.3.3. Panik Bozukluğu**

Panik bozukluk, tekrarlayan, beklenmedik panik atakların olması ve başka atakların olacağına dair sürekli kaygı duyma, atağın yol açabileceği sonuçlarla ilgili olarak, üzüntü duyma ve ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliğinin olması ile kendini gösteren bir bozukluktur (52). Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma, çarpıntı, titreme ya da sarsılma, terleme, soluğun kesilmesi, bulantı ya da karın ağrısı, uyuşma ya da karıncalanma, kızarma ya da ürperme, ölüm korkusu ve elinde olmadan bir şey yapacağı korkusu, atak sırasında oluşabilecek bulgular arasındadır (53). Çocuklar kendi yakınmalarını iyi ifade edememektedirler, bu tanının çocuklarda az konulmasının önemli bir sebebi budur.

PB olan çocuklar ilk panik atakları duruma bağlı olmayan, beklenmedik diye tanımlarlar. İstatistikler bu çocuklarda %100 somatik belirtiler rapor etmiştir (51). Panik bozukluk, çocuk ve ergenlerde, psikososyal ve akademik sorunların eşlik ettiği bir durumken; yetişkinlik döneminde başka bozuklukların (depresyon, madde kullanımı vb.) ortaya çıkmasında risk etkeni oluşturan bir durumdur (54). Kimi araştırmacılar çocuk ve ergenlerde Panik Bozukluğu olmayacağını belirtirken, bazı araştırmacılar, çocuk ve ergenlerde PB' nin görüldüğünü ve yetişkinle benzerlik gösterdiğini savunmaktadırlar (45). Toplumda ergenlerde panik atak %35.9 ile %63.3 arasında görülmektedir. PB ise %0.6 ile %4.7 arasındadır (52). Yapılan bir çalışmada erişkinlerin %40' ı, PB' nin 20 yaş öncesinde başladığını bildirmiştir. Psiko eğitimsel yaklaşım çocuk ve ergenlerde genel olarak kabul görmektedir (54). Panik kontrol tedavisi, bilişsel-davranışçı temellidir ve Panik Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde etkindir (55).

**Tablo3. Agorafobisiz Panik Bozukluğu'nun DSM-IV-TR'ye göre tanı ölçütleri**

Aşağıdakilerden hem (1) hem (2) vardır:
1. Yineleyen beklenmedik panik atakları
2. Ataklardan en az birini, bir ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler:
a. Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı
b. Atığın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (ör. Kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak sıkıntı duyma.
c. Ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme
A- Agorafobinin olmaması
B- Panik atakları bir maddenin (ör. kötüye kullanılabilen bir ilaç, sağaltım için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (ör. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
C- Panik atakları, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Özgül Fobi, obsesif kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

#### 2.2.3.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu

SAB, genel olarak hemen tüm sosyal ortamlardan kaçınma ya da toplum içinde konuşma, yemek yeme, birileriyle tanıştırılma gibi özel durumlarda ortaya çıkmaktadır (56). Çocuk ve ergenlerde, anksiyete oluşturan durumlardan kaçınma görülebilir ve bu durum sıkıntıya yol açabilir. Çocuk ve ergenlerde SAB tanınmamakta ve daha az tanı konulmaktadır. Bu çocuklar daha çok utangaç olarak tanımlanmaktadır (52). Çocuk ve ergenlerde sıklıkla, sınıfta arkadaşlarının önünde konuşma, tahtaya yazı yazma, öğretmen ya da karşı cinsten arkadaşlarıyla konuşma, okul tuvaletlerini kullanma, toplu halde yemek yeme ile ilgili belirtiler görülmektedir (56). SAB olan çocuk ve ergenler çoğunlukla, başkalarınınca değerlendirilecekleri durumlardan da korkarlar. Bu da sınav anksiyetesi ya da sınıftaki katılımlardan kaçınmaya, dolayısıyla okul başarısındaki düşüşe neden olabileceği gibi okuldan atılma ile de sonuçlanabilir. Okul korkusunun görüldüğü anksiyete bozuklukları içinde SAB, AAB' den sonra ikinci sırada yer almaktadır.

Çocuklarda anksiyete, ağlama, huzursuzluk, donakalma ya da tanıdık olmayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışa vurabilir (57). Yapılan çalışmalarda SAB' nin sıklığı için %1-1.5 arasında değişen sonuçlar verilmektedir. Kadınlarda erkelerden daha çok görüldüğü saptanmasına karşın, kliniğe başvuranlar daha çok erkeklerdir. Yaşam boyu sıklığı ise; %3-13 arasındadır (58). Çocuk ve ergenlerde görülen SAB' de en sık görülen belirtiler ise; biriyle konuşmak %23.3, sosyal toplantılara katılmak %14.5, yabancılarla konuşmak ya da yeni biri ile tanışmak %13.7, kalabalıkta yemek yemek %7 ve yazmak %5 şeklindedir. SAB olan çocukların, sosyal becerileri daha zayıftır ve birçoğu aktivitelere katılmayı reddettiğinden karşıt olma karşıt gelme bozukluğu gibi algılanabilir (52). SAB' de bilişsel davranışçı teknikler kullanılabilir. Çocuk ve ergende görülen Sosyal Anksiyete Bozukluğunda, bilişsel davranışçı teknikleri grup içinde kullanmanın etkili olduğu gözlenmiştir (59).

**Tablo 4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu'nun DSM-IV-TR tanı ölçütleri**

A- Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyma. Kişi, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar
B- Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkinlık gösterilen bir panik atağı biçimini alabilir.
C- Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. (çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.)
D- Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.
E- Kaçınma, kaygılı beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.
F- 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

### **2.2.3.5. Özgül Fobi**

Özgül Fobi, toplumda fazla gözlenmekle beraber, kliniklere başvurusu az olan özel bir anksiyete bozukluğudur (60). Çerçevesi belirli nesne ya da durumlarla karşılaşıldığında belirgin ve sürekli bir korku duyma, özgül fobinin başlıca özelliğidir. Özgül Fobisi olan ergenler ve yetişkinler korkularının aşırı ya da anlamsız olduğunu bilseler de, çocuklar için durum böyle olmayabilir. Özgül Fobisi olan bireyler bazen korkuyla buna katlanıyor olsalar bile, çoğu zaman fobik uyarandan kaçınırlar (61). Kişi özgül bir nesne ya da durumun varlığında ya da bunlarla karşılaşmayı beklerken belirgin, sürekli ve aşırı ya da anlamsız korku duyar. Korku odağı söz konusu nesne ya da durumun bir yönünden zarar görme beklentisi de olabilir (62). Çocuklarda; ağlama, hırçınlık, donakalma, sıkıca yanındaki kişiye sarılma korku tepkisi olarak ortaya çıkabilir. Çocuklar çoğu zaman korkularının aşırı ya da anlamsız olduğunu bilmezler. Bu yüzden çocuklarda Özgül Fobi tanısının konması için korkunun aşırı ya da anlamsız olduğuna dair iç görü olmayabilir; iç görü ilerleyen yaşlarla birlikte ortaya çıkar (63).

Çocuk ve ergenlerde Özgül Fobi sıklığını araştıran çalışmalar, %2. 5 ile %5.1 arasında değişen sonuçlar elde etmiştir (64). Fobide, korku ya da kaçınma odağını göstermek için alt tipler belirtilir. Bunlar:

-Hayvan Tipi: Bu alt tip genellikle çocuklukta başlar. Korkuyu hayvanlar ya da böcekler başlatır.

-Doğal Çevre Tipi: Bu alt tip genellikle çocuklukta başlar. Korkuyu, fırtına, yüksek yerler ya da su gibi doğal çevredeki nesnelere başlatır.

-Kan-Enjeksiyon-Yara Tipi: Bu alt tip ileri derecede aileseldir. Korkuyu; kan, yara görme ya da enjeksiyon ve fiziksel olarak tıbbi işlem yapılması başlatır.

-Durumsal Tepki: Bu alt tipin başlangıç yaşı dağılımı iki kez doruğa ulaşır; birinci doruk çocuklukta, diğer doruk yirmili yaşların ortalarında olur. Korkuyu, toplu taşıma araçlarında bulunma, uçakla uçma, araba kullanma ya da kapalı yerler gibi özgül bir durum başlatır.

-Diğer Tip: Korkuyu diğer uyaranlar başlatır ve korkmaya ya da soluğun kesilmesine, kusmaya ya da bir hastalığa yakalanmaya yol açabilecek durumlardan kaçınmaya neden olabilir.

Fobiler, panik ataklarla birlikte görülebilir (65). Erişkinlerin fobi ve kaygı bozukluklarına yönelik, birçok bilişsel davranışçı girişimler geliştirilmiştir. Bu girişimlerin çocuklara uygulanmaları, gelişimsel döneme uyarlanarak olabilmektedir.

**Tablo 5. Özgül Fobi DSM-IV-TR tanı ölçütleri**

A-Özgül bir nesne yada durumun (uçakla seyahat etme, yüksek yerler, hayvanlar, enjeksiyon yapılması, kan görme gibi) varlığı ya da böyle bir durumla karşılaşacak olma beklentisi ile başlayan aşırı ya da anlamsız, belirgin ve sürekli korku.
B- Fobik uyaranlarla karşılaşma hemen her zaman birden başlayan bir anksiyete tepkisi doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağı biçimini alabilir.(çocuklarda anksiyete; ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma, sıkıca sarılma olarak dışavurabilir.)
C- Kişi, korkusunu aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.(çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.)
D- Fobik durumdan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla buna katlanılır.

E- Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan durumda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.
F- 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.
G-Özgül bir nesne ya da duruma eşlik eden anksiyete, panik atakları ya da fobik kaçınma, OKB, TSSB, ayrılma anksiyetesi bozukluğu Sosyal Anksiyete Bozukluğu agorafobi ile birlikte Panik Bozukluk ya da Panik Bozukluk öyküsü olmadan agorafobi gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

### **2.2.3.6. Obsesif Kompulsif Bozukluk :**

Obsesyon (saplantı); sıkıntı yaratan, kişiyi rahatsız eden, yineleyici düşünce, dürtü ya da düşlemleridir. Kompulsiyon (zorlantı) ise; bir obsesyona tepki olarak ya da katı kurallara göre yapılan eylemlerdir. Kişi tarafından aşırı ya da anlamsız olduğu bilinir, olmasından korkulan şeyi önleme amacına yöneliktir (66). Obsesyonlar; tekrarlayıcı kelime, düşünceler, korku, anılar, resimler ya da dramatik sahneler olabilir. Obsesif-kompulsif bozuklukta (OKB), obsesyon ya da kompulsiyonlar veya her ikisi birlikte görülmektedir (51). Yapılan bir araştırma, ilkökul çağı çocuklarında sayma ve simetri, erken ergenlikte aşırı yıkanma, geç ergenlikte, seksüel düşünce ve tekrarlayıcı davranışların en sık görülen kompulsiyonlar olduğunu ortaya koymuştur (51). OKB' nin başlangıç yaşı, ilkökul dönemi olarak belirtilmekle beraber, pek çok özelliğin varlığı, okul öncesi döneme de yansımaktadır (66). Yetişkin hastaların % 80'inde, OKB' nin 18 yaşından önce başladığı, kompulsif davranışların ise 2 yaş gibi çok erken bir dönemde de görülebildiği bildirilmektedir. Erkeklerde görülme sıklığı, kızlara göre daha yüksektir ve çeşitli çalışmalar başlangıç yaşını 10 olarak saptanmıştır (67).

Psikoanalitik kurama göre, obsesif kompulsif belirtiler, bilinçdışı bir çatışmadan kaynaklanır ve tekrarlayıcı davranışlar yasaklanmış duygular veya rahatsız edici yaşantıları önlemektedir. Öğrenme kuramı, bu belirtilerin oluşumunda öğrenmenin rolü olabileceğini vurgularken, pek çok çalışmada genetik geçişin varlığını onaylamaktadır (68).

Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün (NIMH) örnekleminde, bozukluğun yaşa bağlı olarak değiştiği ve çocukluk döneminde erkeklerde daha sık görüldüğü ortaya konmuştur; fakat ergenlik dönemi ile birlikte kızlarda artış gösterdiği belirtilmektedir (68). Çocuk ve ergenlerin bir kısmı belirtilerini saklama eğilimindedir. Uzun saatler ödev yapar, yazdıklarını sürekli silip yeniden yazar, kelimelere, harflere, ayrıntılara takılmaktan ödevlerini bitirmekte güçlük çekerler (51). Obsesif-kompulsif Bozukluk tanısı alan çocuklarda tik bozukluğu, özel gelişimsel bozukluk, major depresyon, basit fobi, DEHB ve ayrılık anksiyetesi eşlik edebileceği belirtilmiştir (47).

En sık tedavi yaklaşımları, BDT ve başta SGAİ' ler olmak üzere ilaç tedavileridir. Bu uygulamalar tek başına ya da aile tedavisi, aile desteği ve eğitimi, çocukla diğer terapiler ile birlikte kullanılabilir (69). Tedaviye başlamadan önce, ailelere ve çocuklara OKB hakkında bilgi vermek önemlidir. Bu durumun, kendi haline bırakıldığında düzelmeyeceği, başka psikiyatrik bozuklukların da eşlik edebileceği, tedavisinin mümkün; ancak tedavi sürecinin zor, uzun ve uyum gerektiren bir süreç olduğu bilgisi verilmelidir (70).

**Tablo 6. Obsesif kompulsif bozukluk DSM-IV-TR tanı ölçütleri:**

<p>A) Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:</p> <p>Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:</p> <p>(1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler,</p> <p>(2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.</p> <p>(3) Kişi bu düşünce, dürtü ve düşlemlerine önem vermemeye ya da baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.</p> <p>(4) Kişi, obsesyon düşüncelerini, dürtü ve düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür.</p> <p>Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:</p> <p>(1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (el yıkama, düzene koyma, kontrol etme gibi) ya da zihinsel eylemler (dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma gibi),</p>
--



(2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da varolan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.
B- Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman, kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. (çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.)
C- Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten fazla zaman alır) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar.
D- Başka bir eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir.
E- Bu bozukluk bir madde kullanımı ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

### 2.2.3.7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Ani, ürkütücü, korku verici boyuttaki, bireyin yaşamını doğrudan tehdit eden tüm yaşantılar travma yaşantısı olarak adlandırılır. Travmanın neden olduğu etkiler ve belirtiler travma anında pek görülmez de; travmanın hemen sonrasında yoğun bir korku, endişe, dehşet, çaresizlik ve kalp atış hızında artma, göğüs ağrıları gibi fiziksel belirtilerle kendini gösterir (71). TSSB, belirli bir nedene bağlı olan ruhsal bozukluklardan biridir. Bir stres faktörü olmadan tanı konamaz; ancak travmanın varlığı da tek başına yeterli değildir. Olay ve mağdur arasında bir ilişki olmalıdır. Kişi travma yaratan olay karşısında, aşırı korku, çaresizlik ya da dehşet duygusu ve düşünceleri gösterir. Travmatik olay sürekli olarak, yeniden yaşanır. Travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan, sürekli kaçınma ve genel tepki düzeyinde azalma ortaya çıkar ve aşırı uyarılmışlık hali bulunmaktadır. Belirtiler, 3 aydan daha kısa sürüyor ise bozukluk akut; 3 aydan daha uzun süredir sürüyor ise kronik olarak kabul edilir. Stresli olayın üzerinden, 6 aydan daha uzun bir süre geçtikten sonra ortaya çıkan bozukluk gecikmeli başlangıçlı olarak kabul edilir.

TSSB' nin yaşam boyu görülme sıklığı konusunda yapılan çalışmalar, %1 ile %14 arasında değişen sonuçlar vermektedir (37).

Değerler arasındaki bu farklılıkta, travmatik olayın özellikleri ve travmadan sonra geçen zaman gibi faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (72). Çocuklar, eğer kendilerine özgül ve doğrudan sorular yöneltmezse, travmaya gösterdikleri ruhsal tepkileri genellikle bildirememektedirler (73). Psişik travma, çocuklukta ortaya çıkarsa, sıklıkla duygusal gelişimde duraklama ile sonuçlanır (47).

Erişkin çalışmaları, TSSB tedavisinde en iyi yöntemin BDT olduğunu ileri sürmektedir. İstismar mağduru çocuklarla ve tek olaylı travmalar sonrasında, bu yöntemin etkili olduğuna dair çalışmalar vardır (73).

**Tablo 7. Travma sonrası stres bozukluğu DSM-IV-TR tam ölçütleri**

<p>A- Aşağıdakilerin her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:</p> <p>(1) Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.</p> <p>(2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. (çocuklar; bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler)</p>
<p>B- Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:</p> <p>(1) Olayı, elde olmadan tekrar tekrar anımsatan sıkıntı veren anılar; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır. (çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler.)</p> <p>(2) Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme</p> <p>(3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme</p> <p>(4) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma</p> <p>(5) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme</p>
<p>C- Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)</p> <p>(1) travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları</p> <p>(2) travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları</p> <p>(3) travmanın önemli bir yönünü anımsayamama</p> <p>(4) önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması</p> <p>(5) insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları</p> <p>(6) duygulanımda kısıtlılık</p> <p>(7) bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama gibi)</p>

D- Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:  (1) uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük (2) iritabilite ya da öfke patlamaları (3) düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmakta zorluk çekme (4) hipervijilans (5) aşırı irkilme tepkisi gösterme
E- Bu bozukluk (B,C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.
F- Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

#### 2.2.3.8. Akut Stres Bozukluğu

ASB, travmatik olaydan hemen sonraki dönemde ortaya çıkar. Bir travma yaşandıktan hemen sonra ortaya çıkan ya da bir zaman geçtikten sonra yaşanan belirtiler arasındaki farklar DSM-IV-TR' de formüle edilmiş, ASB ve TSSB ayrımı tanımlanmıştır. ASB, travmadan sonraki 1 ay içinde görülen psikopatolojiyi ifade ederken, TSSB ilk 1 aydan sonra devam eden psikopatolojiyi ifade eder. ASB' li çocuklarda çoğunlukla; duyarsızlaşma, duygusal yanıt vermede azalma, travmatik olayın ayrıntılarını anımsamada zorlanma görülür. Bu çocuklar yeniden yaşantılamaya eğilimlidir, olayı hatırlatan uyaranlar karşısında aşırı uyarılabilirler ve bu uyaranlardan kaçınmaya çalışabilirler. Birçok araştırma, erken dönemde Akut Stres Bozukluğu tanısı alan çocuklarda daha yüksek oranlarda TSSB görüldüğünü ortaya koymuştur (74, 75). Bazı çalışmalarda da ASB'li çocuklarda, TSSB gelişim riskinin daha yüksek bildirilmiştir (76, 77).

## **3.YÖNTEM**

### **3.1. Araştırma Modeli**

Bu araştırma, ileriye dönük bir araştırmadır. Çalışmaya sünnet olması planlanan 41 erkek çocuk ve aileleri katılmıştır. Çalışmaya dahil edilen çocukların tümü 10 yaş altındadır. Çocuklar ve ebeveynleriyle, sünnet girişiminden önce ve sonra görüşmeler yapılmış ve deneklere çalışmada kullanılan gereçler uygulanmıştır.

### **3.2. Evren ve Örneklem**

Çalışma evrenini, İstanbul'da yaşayan 10 yaş altı erkek sünnet çocukları oluşturmuştur. Araştırma kapsamında, İstanbul Anadolu yakası sınırları içerisinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesine, sünnet girişimi için başvuran 41 çocuk ve ailesiyle görüşülüp, uygulama yapılmıştır. Çalışmaya katılan çocukların tümü dini ve kültürel nedenlerle sünnet edilmiş olup, tıbbi nedenlerle sünnet olan çocuk yoktur. Örneklem dahil edilmek üzere seçilen çocuklardan, bedensel özürlü olan çocuklar araştırmaya dahil edilmemiştir. Örneklem için 55 çocuk değerlendirmeye alınmış; ancak bunlardan 14 tanesi araştırmanın ölçütlerine uymadığı için değerlendirme dışı bırakılmıştır. Çalışmaya, ailelerin eğitim seviyesi ve ekonomik düzeyleri açısından herhangi bir sınırlılık getirilmemiştir. Örneklem seçiminde, seçkisiz örneklem yöntemi kullanılmıştır.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplamak amacıyla, katılımcıların bazı demografik özelliklerini tanımlayabilmek için, araştırmacı tarafından geliştirilen 'Sosyodemografik Veri Formu' , anksiyete duyarlılığını belirlemek için, 'Çocuklarda Anksiyete Duyarlılığı İndeksi', çocukların yaşadıkları duygusal ve davranışsal sorunları belirlemek için, 'Güçler Güçlükler Anketi' kullanılmıştır.

### **3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu:**

Çalışmaya katılan çocukların yaşı, okulu, kardeş sayısı, baba mesleği, anne mesleği, ailelerinin gelir durumu, psikiyatrik ve tıbbi öyküleri ile ilgili veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan, sosyodemografik veri formu ile değerlendirilmiştir.

### **3.3.2. Çocuklarda Anksiyete Duyarlılığı İndeksi**

Anksiyete duyarlılığı (AD), anksiyeteye bağlı belirtilere karşı aşırı bir korku olarak tanımlanır ve zararlı fiziksel ve/veya toplumsal sonuçları olduğuna inanılır. İlk kez Reiss ve McNally (1985) tarafından tanımlanmıştır (78).

Çocuklarda anksiyete duyarlılık ölçeği, çocuklarda anksiyete duyarlılığını ölçmek amacıyla Silverman, Fleisig, Rabian, ve Peterson (1991) tarafından geliştirilmiş, Jokić-Begić, Jurin ve Korajlija (2011) tarafından gözden geçirilmiş olan 18 maddeden oluşan likert tipi bir ölçme aracıdır. Ülkemizde de ölçeğin güvenirlik ve geçerlik çalışmaları çocuk ve ergenler üzerinde gerçekleştirilmiştir (79).

### **3.3.3. Güçler ve Güçlükler Anketi**

Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), 1997 yılında Robert Goodman tarafından geliştirilmiştir (80, 81, 82). Güvenir ve arkadaşları tarafından, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (83). Ölçekte 25 soru yer alır. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik, Davranış Sorunları, Duygusal Sorunlar, Akran Sorunları ve Sosyal Davranışlar olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır. Bu alt başlıklardan ilk 4'ü yaşanan güçlükleri değerlendirirken, sosyal davranışlar ise güçlü yanları sorgulamaktadır. Her alt başlık kendi içinde değerlendirilip her biri için ayrı puan elde edilebildiği gibi, ilk dört başlığın toplamı ile “toplam güçlük puanı” da bulunabilmektedir.

## **3.4. İşlem**

Örnekleme grubundaki çocukların tümü erkek olup, 41 erkek çocuk ve aileleri çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya başlamadan önce, uygulama yapmak için hem çocuklardan hem ebeveynlerinden onam alınmıştır. Çalışmaya alınan çocuklara ölçekler, sünnet girişimi öncesinde ve girişim sonrasındaki iki ay içerisinde uygulanmıştır. Çocuklara ölçekler ve sosyodemografik form verilerek uygulama gerçekleştirilmiştir.

Katılımcılara çocuklarda anksiyete duyarlılığı indeksi ve güçler güçlükler anketi uygulanmıştır. İlkokula gitmeyen ve ilkokula devam edip okuma yazma öğrenemeyen çocuklar, soruları anlayıp cevaplamakta sorun yaşayabilecekleri için, ebeveynlerinden bu noktada yardım istenmiştir. Uygulama esnasında zaman zaman, bazı maddelerin doldurulmadığı görülmüş, bu duruma hemen müdahale edilerek eksik kısımların tamamlanması istenmiştir.

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Tüm uygulamalar sonucunda elde edilen verilerin analizi, Sosyal Bilimler için İstatistik Programı (Statistical Program for Social Sciences - SPSS) ile yapılmıştır. Veri toplama amacıyla kullanılan, ölçeklerdeki tüm soruların frekans ve yüzdeler dağılımları bulunarak tablolaştırılmıştır. Veriler, bağımsız örneklem için t testi (Independent Sample t test) ve eşleştirilmiş iki grup için t testi (Paired t test) kullanılarak analiz edilmiştir. Tüm analizlerde, istatistiksel anlamlılık değeri  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

## 4.BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Araştırmaya, çalışmayı kabul eden 41 çocuk ve ebeveynleri katılmıştır. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri aşağıda verilmiştir.

#### 4.1.1. Yaş

Araştırmaya katılan çocukların yaş grupları, 7 yaş altı (okul öncesi) ve 7 yaş ve üstü (okul dönemi) olarak 2 gruba ayrılmıştır. Araştırmaya katılan çocuklardan, 7 yaş altında (okul öncesi) olanların oranı %36.60 (n=15), 7 yaş ve üzeri (okul dönemi) olan çocukların oranı ise %63.40 (n=26) olarak hesaplanmıştır (tablo 8).

**Tablo 8: Yaş Dağılımı**

	N	%
<b>Yaş</b>		
• Okul Öncesi	15	36.60
• Okul Sonrası	26	63.40

#### 4.1.2. Ebeveynlerin Birliktelik Durumu

Araştırmaya katılan çocukların ebeveynlerinin birliktelik durumunda, anne-babası evli olanların oranı %92.70 (n=38) iken, boşanmış olanların oranı %7.30 (n=3) olarak belirlenmiştir (tablo 9).

**Tablo 9: Ebeveynlerin Birliktelik Durumu Dağılımı**

	N	%
<b>Anne-Baba</b>		
• Evli	38	92.70
• Boşanmış	3	7.30

#### 4.1.3. Ailenin Gelir Durumu

Çocukların kendi ifadesi ile gelir durumlarının dağılımı, %9.80'i (n=4) iyi gelirli, %73.20'si (n=30) orta gelirli ve %17.00'ü gelir durumu kötü olanlar şeklindedir(tablo10).

**Tablo 10: Ailenin Gelir Durumu Dağılımı**

	N	%
<b>Gelir Durumu</b>		
• İyi	4	9.80
• Orta	30	73.20
• Kötü	7	17.00

#### 4.1.4. Ebeveynlerin Meslekleri:

Araştırmaya katılan çocukların babalarının %46.30'u (n=19) işçi, %7.30'u (n=3) memur, %19.50'si (n=8) kendi işinde, %4.90'ı (n=2) emekli ve %22.00'si ise birbirinden farklı işlerde çalışmaktadırlar. Araştırmaya katılan çocukların babaları arasında çalışmayan babaya rastlanmamaktadır(tablo 11).



**Tablo 11: Babaların Meslek Durumu Dağılımı**

	N	%
<b>Baba meslekler</b>		
• İşçi	19	46.30
• Memur	3	7.30
• Kendi İşi	8	19.50
• Emekli	2	4.90
• Diğer	9	22.00
• İşsiz	0	0.00

Araştırmaya katılan çocukların annelerinin, %12.20'si (n=5) işçi, %4.90'ı (n=2) memur, %12.20'si (n=5) kendi işinde, %29.30'u (n=12) birbirinden farklı işlerde çalışmaktadır. Araştırmaya katılan çocukların annelerinin %41.50'si (n=17) ise ev hanımlarından oluşmaktadır. Çocukların anneleri arasında emekli anneye rastlanmamıştır (tablo 12).

**Tablo 12: Annelerin Meslek Durumu Dağılımı**

	N	%
<b>Anne İş</b>		
• İşçi	5	12.20
• Memur	2	4.90
• Kendi İşi	5	12.20
• Emekli	0	0.00
• Diğer	12	29.30
• İşsiz	17	41.50

#### **4.1.5. Ebeveynlerin Ruhsal Hastalık Öyküsü:**

Çocukların babalarının %4.80'i (n=2) daha önce psikolojik tedavi almış, %95.20'si (n=39) ise daha önce psikolojik tedavi almamıştır.

Çocukların annelerinin %7.30'u (n=3) daha önce psikolojik tedavi almış, %92.70'i (n=38) ise daha önce psikolojik tedavi almamıştır (tablo 13).

**Tablo 13: Ebeveynlerin Ruhsal Hastalık Öyküsü Dağılımı**

	N	%
<b>Baba Psikolojik Tedavi</b>		
• Evet	2	4.80
• Hayır	39	95.20
<b>Anne Psikolojik Tedavi</b>		
• Evet	3	7.30
• Hayır	38	92.70

#### 4.2. Çocuklarda Anksiyete Duyarlılığı İndeksi'ne İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan çocukların, sünnet öncesi ve sünnet sonrası, anksiyete duyarlılığı indeksi puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırma kapsamında yer alan çocukların anksiyete düzeyleri, anksiyete duyarlılığı indeksi kullanılarak değerlendirilmiş ve anksiyete duyarlılığı indeksi maddelerine ilişkin bulgular aşağıda belirtilmiş, frekanslar ve parantez içinde yüzde değerleri gösterilmiştir (tablo 14).

**Tablo 14: Çocuklarda Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Dağılımı**

	Sünnet Öncesi			Sünnet Sonrası		
	Hiç Uygun Değil	Biraz Uygun	Çok Uygun	Hiç Uygun Değil	Biraz Uygun	Çok Uygun
Korktuğumu başkaları fark etsin istemem	19 (46.30)	17 (41.50)	5 (12.20)	15 (36.60)	19 (46.30)	7 (17.10)
Dikkatimi ödevlerime toplayamadığımda aklımı kaçırıyor olabilirim diye düşünerek endişelenirim	17 (41.50)	19 (46.30)	5 (12.20)	18 (43.90)	18 (43.90)	5 (12.20)
Titrediğimi hissettiğim zaman korkarım	19 (46.30)	11 (26.80)	11 (26.80)	19 (46.30)	17 (41.50)	5 (12.20)
Bayılacak gibi hissettiğim zaman bu durum beni korkutur.	15 (36.60)	18 (43.90)	8 (19.50)	14 (34.10)	16 (39.00)	11 (26.80)
Duyularımı kontrol altında tutmaya dikkat ederim.	8 (19.50)	15 (36.60)	18 (43.90)	12 (29.30)	17 (41.50)	12 (29.30)
Kalbim hızlı çarptığı zaman bu beni korkutur	13 (31.70)	17 (41.50)	11 (26.80)	13 (31.70)	13 (31.70)	15 (36.60)
Karnım guruldayınca bu beni utandırır	22 (53.70)	9 (22.00)	10 (24.40)	22 (53.70)	11 (26.80)	8 (19.50)

Kusacakmışım gibi hissettiğim zaman korkuya kapılırim	12 (29.30)	12 (29.30)	17 (41.50)	12 (29.30)	20 (48.80)	9 (22.00)
Kalbimin hızlı çarptığını fark ettiğimde bir hastalığım var zanneder ve kaygılanırım	21 (51.20)	14 (34.10)	6 (14.60)	17 (41.50)	17 (41.50)	7 (17.10)
Nefesimi almakta zorluk çektiğimde bu beni korkutur.	7 (17.10)	13 (31.70)	21 (51.20)	8 (19.50)	19 (46.30)	14 (34.10)
Karnım ağrıdığında gerçekten hasta olabilirim diye endişelenirim	8 (19.50)	18 (43.90)	15 (36.60)	8 (19.50)	23 (56.10)	10 (24.40)
Dikkatimi ödevlerime toplayamadığım zaman bu beni korkutur	19 (46.30)	16 (39.00)	6 (14.60)	18 (43.90)	16 (39.00)	7 (17.10)
Başka çocuklar titrediğimi fark ederler	27 (65.90)	13 (31.70)	1 (2.40)	30 (73.20)	9 (22.00)	2 (4.90)
Vücudumda alışık olmadığım bir şeyler hissetmek beni korkutur	14 (34.10)	15 (36.60)	12 (29.30)	9 (22.00)	23 (56.10)	9 (22.00)
Korktuğum zaman aklımlı kaybettiğimi düşünüp endişelenirim	20 (48.80)	17 (41.50)	4 (9.80)	20 (48.80)	14 (34.10)	7 (17.10)
Kedimi huzursuz hissetmek beni korkutur	18 (43.90)	20 (48.80)	3 (7.30)	15 (36.60)	22 (53.70)	4 (9.80)
Duyularımı belli etmekten hoşlanmam	14 (34.10)	16 (39.00)	11 (26.80)	11 (26.80)	20 (48.80)	10 (24.40)
Vücudumdaki tuhaf hisler beni korkutur	13 (31.70)	19 (46.30)	9 (22.00)	9 (22.00)	22 (53.70)	10 (24.40)

Çocukların sünnet öncesi anksiyete duyarlılığı puanı ortalaması, **33.24±6.77** olarak gözlemlenirken, sünnet sonrası **33.12±6.62** olarak gözlemlenmektedir (tablo 15).

**Tablo 15: Sünnet Öncesi ve Sünnet Sonrası Anksiyete Durumundaki Değişiklikler**

	Ortalama	N	Standart Hata	Std. Hata Ortalaması
S. Öncesi	33,24	41	6,778	1,059
S. Sonrası	33,12	41	6,623	1,034

Sünnet öncesi anksiyete puanları ile sünnet sonrası anksiyete puanları arasında, anlamlılık değeri [ $p=0.861$ ] > **0.05** olduğu için, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (tablo 16).

**Tablo 16: Sünnet Öncesi ve Sonrası Anksiyete Puanları İçin T Testi**

	T	Df	Sig. (2-tailed)
Önce- Sonra	,177	40	,861

Sünnet sonrasında, okul öncesi sünnet olanlar ile okul döneminde sünnet olanlar arasında, anlamlılık değeri [ $p=0.014$ ] < **0.05** olduğu için, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (tablo 17). Okul öncesi dönemde sünnet olan çocukların anksiyete duyarlılığı, okul döneminde sünnet olan çocukların anksiyete duyarlılığına oranla, ortalamaya göre daha düşük olarak gözlemlenmektedir.

**Tablo 17: Okul Durumuna Göre Anksiyete Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar**

	Varyans Eşitliği İçin Levene Testi		Ortalama Eşitliği İçin T Testi			
	F	Anlamlılık	T	Serbestlik Derecesi	Anlamlılık	Ortalama Farkı
Anksiyete Duyarlılığı	,647	,426	2,571	39	,014	5,169
			2,642	31,831	,013	5,169

Ailesinin gelir durumu iyi olanlar ile gelir durumu kötü olan çocukların sünnet sonrası anksiyete duyarlılıkları arasında, anlamlılık değeri [ $p=0.218$ ] > **0.05** olduğu için, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (tablo 18). Ailesinin gelir durumu iyi olan çocukların, gelir durumu kötü olan çocuklara göre anksiyete duyarlılıklarının daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

**Tablo 18: Gelir Durumuna Göre Anksiyete Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar**

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Karesi	F	Anlamlılık
Gruplar Arası	135,066	2	67,533	1,585	,218
Gruplar İçi	1619,324	38	42,614		
Toplam	1754,390	40			

Anne-babası evli olan çocuklar ile anne-babası boşanmış olan çocukların sünnet sonrası anksiyete duyarlılıkları arasında, anlamlılık değeri [ $p=0.668$ ]  $> 0.05$  olduğu için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (tablo 19). Anne-babası evli olan çocukların anne-babası boşanmış olan çocuklara göre, anksiyete duyarlılıklarının daha fazla olduğu gözlemlenmiştir.

**Tablo 19: Ebeveynlerin Birliktelik Durumuna Göre Anksiyete Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar**

	Varyans Eşitliği İçin Levene Testi		Ortalama Eşitliği İçin T Testi			
	F	Anlamlılık	T	Serbestlik Derecesi	Anlamlılık	Ortalama Farkı
Anksiyete Duyarlılığı	1,396	,245	,753 ,493	39 2,121	,456 ,668	3,009 3,009

$p < 0.05$

### 4.3. Güçler Güçlükler Anketi'ne İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan çocukların, sünnet öncesi ve sünnet sonrası, güçler ve güçlükler anketi puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Araştırma kapsamında yer alan çocukların yaşadıkları duygusal ve davranışsal sorunlar, güçler ve güçlükler anketi kullanılarak değerlendirilmiş ve güçler ve güçlükler anketi maddelerine ilişkin bulgular aşağıda belirtilmiş, frekanslar ve parantez içinde yüzde değerleri şeklinde sunulmuştur (tablo 20).

**Tablo 20: Güçler ve Güçlükler Anketi Dağılımı**

	Sünnet Öncesi			Sünnet Sonrası		
	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranırım.	38 (92.70)	2 (4.90)	1 (2.70)	26 (63.40)	15 (36.60)	0 (0.00)
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum	1 (2.40)	16 (39.00)	24 (58.50)	3 (7.30)	19 (46.30)	19 (46.30)
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur	32 (78.00)	9 (22.00)	0 (0.00)	32 (78.00)	8 (19.50)	1 (2.40)
Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum	22 (52.70)	18 (43.90)	1 (2.40)	14 (34.10)	24 (58.50)	3 (7.30)
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim	0 (0.00)	3 (7.30)	38 (92.70)	2 (4.90)	1 (2.40)	38 (92.70)
Genellikle kendi başımayım	35 (85.40)	5 (12.20)	1 (2.40)	26 (63.40)	11 (26.80)	4 (9.80)
Genellikle bana söyleneni yaparım	1 (2.40)	1 (2.40)	39 (95.10)	0 (0.00)	5 (12.20)	36 (87.80)
Çok endişelenirim	0 (0.00)	22 (53.70)	19 (46.30)	2 (4.90)	18 (43.90)	21 (51.20)
Eğer birisi incinmiş ise ona yardım ederim	18 (43.90)	2 (4.90)	21 (51.20)	14 (34.10)	0 (0.00)	27 (65.90)
Sürekli oturduğum yerde kıpırdanıp dururum	1 (2.40)	5 (12.20)	35 (85.40)	2 (4.90)	9 (22.00)	30 (73.20)
En az bir yakın arkadaşım var	1 (2.40)	7 (17.10)	33 (80.50)	2 (4.90)	5 (12.20)	34 (82.90)
Çok kavga ederim	27 (65.90)	13 (31.70)	1 (2.40)	22 (53.70)	16 (39.00)	3 (7.30)
Sıkça mutsuz, kederli ve ağlamaklıyım	2 (4.90)	16 (39.00)	23 (56.10)	4 (9.80)	16 (39.00)	21 (51.20)
Yaşıtlarım beni genelde sever	35 (85.40)	6 (14.60)	0 (0.00)	32 (78.00)	7 (17.10)	2 (4.90)
Dikkatim kolayca dağılır	2 (4.90)	16 (39.00)	23 (56.10)	3 (7.30)	14 (34.10)	24 (58.50)
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim	7 (17.10)	13 (31.70)	21 (51.20)	9 (22.00)	12 (29.30)	20 (48.80)
Kendimden küçüklere iyi davranırım	34 (82.90)	6 (14.60)	1 (2.40)	30 (73.20)	9 (22.00)	2 (4.90)
Sıkla hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım	5 (12.20)	9 (22.00)	27 (65.90)	6 (14.60)	13 (31.70)	22 (53.70)
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar	18 (43.90)	21 (51.20)	2 (4.90)	14 (34.10)	24 (58.50)	3 (7.30)
Sıkça başkalarına yardım etmeye istekli olurum	30 (73.20)	11 (26.80)	0 (0.00)	32 (78.00)	9 (22.00)	0 (0.00)
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm	8 (19.50)	28 (68.30)	5 (12.20)	5 (12.20)	26 (63.40)	10 (24.40)
Bir yerden benim olmayan şeyleri alırım	21 (51.20)	19 (46.30)	1 (2.40)	19 (46.30)	21 (51.20)	1 (2.40)
Erişkinlerle yaşıtımdan	30 (73.20)	9 (22.00)	2 (4.90)	31 (75.60)	9 (22.00)	1 (2.40)

daha iyi geçinirim.						
Pek çok korkum var	1 (2.40)	14 (34.10)	26 (63.40)	1 (2.40)	14 (34.10)	26 (63.40)
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	0 (0.00)	1 (2.40)	40 (97.60)	2 (4.90)	3 (7.30)	36 (87.80)

Çocuklarda, sünnet öncesinde görülen güçlüklerdeki puan ortalaması **49.12±4.60**, sünnet sonrası görülen toplam güçlük puan ortalaması ise **49.54±4.51** olarak belirlenmiştir (tablo 21).

**Tablo 21: Sünnet Öncesi ve Sünnet Sonrası Güçlük Düzeylerindeki Değişiklikler**

	Ortalama	N	Standart Hata	Std. Hata Ortalaması
Önce	49,12	41	4,605	,719
Sonra	49,54	41	4,512	,705

Sünnet öncesi, toplam güçlük puanları ile sünnet sonrası toplam güçlük puanları arasında, anlamlılık değeri [**p=0.253**] > **0.05** olduğu için, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (tablo 22).

**Tablo 22: Sünnet Öncesi ve Sünnet Sonrası Güçlük Puanları İçin T Testi**

	t	Df	Sig. (2-tailed)
Önce – Sonra	-1,159	40	,253

Okul öncesi dönemde sünnet olanlar ile okul döneminde sünnet olanların yaşadığı güçlükler arasında, anlamlılık düzeyi [**p=0.891**] > **0.05** olduğu için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (tablo 23). Okul döneminde sünnet olanların, okul öncesi sünnet olanlara göre, daha az duygusal ve davranışsal güçlük yaşadığı görülmektedir.

**Tablo 23: Okul Durumuna Göre Güçlük Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar**

	Varyans Eşitliği İçin Levene Testi		Ortalama Eşitliği İçin T Testi			
	F	Anlamlılık	T	Serbestlik Derecesi	Anlamlılık	Ortalama Farkı
Güçlük Düzeyi	,239	,627	,138	39	,891	,205
			,138	29,006	,891	,205

p < 0.05

Ailesinin gelir durumu iyi olanlar ile gelir durumu kötü olan çocukların sünnet sonrası yaşadıkları güçlükler arasında, anlamlılık değeri [ $p=0.685$ ] > **0.05** olduğu için, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (tablo 24). Ailesinin gelir durumu kötü olan çocukların, gelir durumu iyi olan çocuklara göre daha fazla duygusal ve davranışsal sorun yaşadıkları gözlemlenmiştir.

**Tablo 24: Ailenin Gelir Durumuna Göre Güçlük Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar**

	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalama Karesi	F	Anlamlılık
Gruplar arası	16,067	2	8,033	,382	,685
Grup içi	798,129	38	21,003		
Toplam	814,195	40			

$p < 0.05$

Evli ailelerin çocukları ile boşanmış ailelerin çocuklarının sünnet sonrası yaşadıkları güçlükler arasında, anlamlılık değeri [ $p=0.755$ ] > **0.05** olduğu için, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (tablo25). Boşanmış ailelerin çocuklarının, evli ailelerin çocuklarına göre sünnet sonrasında daha fazla duygusal ve davranışsal sorun yaşadığı gözlemlenmektedir.

**Tablo 25. Ebeveynlerin Birliktelik Durumuna Göre Güçlük Düzeyleri Arasındaki Farklılıklar**

	Varyans Eşitliği İçin Levene Testi		Ortalama Eşitliği İçin T Testi			
	F	Anlamlılık	T	Serbestlik Derecesi	Anlamlılık	Ortalama Farkı
Güçlük Düzeyi	1,072	,307	-,314	39	,755	-,860
			-,207	2,122	,854	-,860



## V. TARTIŞMA

Bu çalışmada, sünnet olan erkek sünnet çocuklarının, sosyodemografik özellikleri, anksiyete duyarlılıkları ve sünnet sonrasında yaşadıkları güçlükler değerlendirilmiştir. Çalışma, İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin üroloji kliniğine sünnet olmak amacıyla müracaat eden, 10 yaş altındaki erkek çocuklar ve ebeveynleriyle gerçekleştirilmiş olup, elde edilen veriler literatür bilgilerinin ışığı altında tartışılmıştır.

Sünnet dünya genelinde, çok sık uygulanan bir cerrahi girişimdir. Her yıl 13.3 milyon erkek ve 2 milyon kız çocuğunun sünnet edildiği bilinmektedir (1,2). Ülkemizde, özellikle yaz aylarında binlerce erkek çocuk sünnet olmaktadır. Ülkemizde sünnet yaşının 2-11 aralığında ve ortalama 7 olduğu bilinmektedir (10). Sünnet ile ilgili, çocuk ruhsallığı alanında az sayıda yayın bulunmaktadır. Yayınlanmış araştırmaların, sünnet çocuk ruhsallığı üzerine etkileri konusunda önemli katkıları olmakla birlikte, çalışmaların çoğunun inançlar, kişisel deneyimler ve görüşler üzerine temellendiği görülmektedir.

Mevcut araştırmada, daha nesnel sonuçlar elde etmek için, deneklerle sünnet girişiminden önce ve sonra görüşmeler yapılmış ve ölçekler uygulanmıştır. Araştırmanın, sünnetin çocuk ruh sağlığı üzerine etkileri konusundaki bilgilerimize katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya, çalışmayı kabul eden 41 çocuk katılmıştır. Çocukların tümü erkek olup, 10 yaş altındadır. Çocukların yaş grupları, 7 yaş altı okul öncesi dönem, 7 yaş ve üzeri okul dönemi olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır. Çalışmaya katılan çocuklardan 15'i (%36.60) okula gitmezken, çocuklardan 26'sı (%63.40) ilköğretime gitmektedir. Mevcut çalışmada, katılımcıların yaş ortalaması 7 olarak bulunmuştur. Yapılan bir araştırma, ülkemizde sünnet olma yaşının 2-11 aralığında ve ortalama 7 olduğunu belirtmektedir (10). Araştırmaya katılan çocukların, 4'ünün (%9.80) gelir durumları kendi ifadeleri ile iyi, 30'unun (%73.20) gelir durumları orta, 7'sinin (%17.00) ise gelir durumları kötüdür. Çalışmaya katılan çocukların hepsinin babası bir işte çalışmakta ve çalışmayan babaya rastlanılmamaktadır, annelerin ise, 17'si (%47.50) herhangi bir işte çalışmamakta ve emekli anneye rastlanılmamaktadır.

Araştırmaya katılan çocukların ebeveynlerinin birliktelik durumunda, anne babası evli olanların oranı %92.70 iken, boşanmış olanların oranı %7.30 olarak belirlenmiştir.

Çocuklar için anksiyete duyarlılığı ölçeği ile, çocukların sünnet girişiminden önce ve sonra anksiyete duyarlılıklarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. ÇAD ölçeğinde, araştırmaya katılan çocukların sünnet öncesi ve sonrası, anksiyete duyarlılığı indeksi toplam puanları karşılaştırıldığında, sünnet sonrası anksiyete duyarlılığı puanları daha düşük bulunmuştur. Sünnet sonrası anksiyete duyarlılığı, sünnet öncesine oranla anlamlı bir fark göstermemiştir. Ailesinin gelir durumu iyi olan çocukların, ailesinin gelir durumu kötü olan çocuklara oranla anksiyete duyarlılığının daha yüksek olduğu; annesi babası evli olan çocukların, annesi babası boşanmış olan çocuklara oranla anksiyete duyarlılığının daha fazla olduğu gözlenmiştir; fakat sünnet sonrasında sünnet öncesine oranla anksiyete duyarlılığında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Cansever, sünnet sonrasında anksiyete ile etkin şekilde baş etme kapasitesinin azaldığını belirtmiştir (84). Literatürden farklı olarak, mevcut araştırmada, sünnetin çocuk anksiyete düzeylerine olumsuz yönde bir etkisi olmamıştır.

Çalışmamızda, çocuğun duygusal ve davranışsal sorunlarını ölçen GGA'nın toplam güçlük skorları, sünnet öncesi ve sonrası karşılaştırılması sonucunda, sünnet sonrasında görülen güçlük puanları daha yüksek bulunmuştur; fakat anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Ceylan ve ark.(85), Türkiye'de sünnetin genellikle evlerde, sağlık merkezlerinde ya da okullarda yapıldığını ve özellikle kırsal alanlarda, genellikle deneyimsiz bir personel tarafından ve anestezi olmadan uygulandığını belirtmişlerdir. Daha fazla yan etki olması çocuğun sosyal yeterlilik alanlarında daha uzun süre sıkıntı yaşamasına yol açabilir. Mevcut çalışmada sünnet olan çocukların hepsi bir doktor tarafından, sağlık kuruluşunda sünnet edilmiş ve sonunda herhangi ciddi bir yan etki görülmemiştir.

Mevcut araştırmanın sonuçları incelendiğinde, sünnetin çocukların duygusal ve sosyal yaşantılarını, anksiyete düzeylerini olumsuz yönde etkilemediği görülmektedir. Bu sonuçlar yazındaki bilgilerden farklı gözükmemektedir.

Sünnetin ruhsal sonuçlarını değerlendirirken, sosyal faktörleri de göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Ülkemizde, sünnet çocukluktan erkeklığe geçiş olarak yorumlanmakta, sünnete oldukça olumlu anlamlar yüklenmektedir.

Şahin ve ark.(88), sünnetin toplumda sosyal bir baskı oluşturduğunu, çocukların sünnet olmadan kendilerini tam erkek olarak hissetmediklerini belirtmiştir. Çocuklar genellikle operasyona haftalar öncesinden bu olumlu bakış ile hazırlanmaktadır (11,12). Öztürk, Türk toplumunda sünnet olmamanın kabul edilmediğini, erkek çocukların bu durumdan utanç duyduklarını ve kendilerini kusurlu hissettiklerini belirtmiştir. Sünnetin etkilerinin ortaya çıkışında çocuğun, sünnet hakkında ne bildiğinin önemli olduğunu ve Türkiye’de sosyal faktörlerin sünnetin olumsuz etkilerini sınırlandırdığını öne sürmüştür (88). Kırımlı (2009), sünnet sonucunda “fiziksel olarak kaybedilmiş olanın toplumsal olarak kazanıldığını” vurgulamıştır (89).

Önemli faktörlerden bir diğeri ise; sünnetin uygulanma yaşıdır. Museviler’ de ve Batı toplumlarında sünnet, yeni doğan döneminde yapılmaktadır. Bu durumda çocuğun sünnet olma kararı, ebeveynleri tarafından verilmektedir. Price, özellikle sünnetin henüz kendi kararını veremeyecek olan çocuklar için uygulandığını ve bunun yasal olmadığını vurgulamıştır (90). Türkiye’de ise sünnet olma yaşının ortalama 7 olduğu bildirilmiştir (11). Bu araştırmaya katılan denekler 10 yaşın altındadır. Çocuğun sünnet olma kararı ebeveynleri tarafından verilmiştir. Ama genellikle çocuğa haftalar önceden sünnet olacağı bilgisi verilmektedir. Çocuğun kendisine uygulanacak işlem hakkında bir ön bilgisi olmaktadır. Sünnetin toplumdaki olumlu algısı, çocukların bu girişim için kaygılarını azaltmaktadır.

Çocukluklarında, onayları olmadan sünnet edilen erişkinler duygularını şiddet, işkence, kötü muamele ve cinsel saldırı kelimeleri ile tarif etmişlerdir (91, 92, 93). Erken çocuklukta çocuğun onayı alınmadan yapılan sünnetin yaratabileceği olumsuz sonuçlar, bu çalışmadaki deneklerde, çocuğun operasyon hakkında kısmi bilgisi ve onayı nedeniyle görülmemiş olabilir.

Sünnetin bazı çocuklarda psikiyatrik bozukluklara sebep olmasında, çocuğun kişilik özellikleri, sünnet öncesi dönemde çocuğun sünnete nasıl hazırlandığı, operasyon sırasında ve sonrasında yaşadığı fiziksel sıkıntılar rol oynuyor olabilir. Ailelerin sünneti nasıl algılayıp çocuklarına nasıl yansıttıklarını da önemli bir faktör olabilir.

Araştırma sürecinde, araştırmanın konusundan ve yönteminden kaynaklanan zorluklarla karşılaşmıştır.

Çocuklarla sünnet oldukları gün yapılacak görüşmelerin hem hastane koşulları, hem de ailelerin telaşı nedeniyle pratikte çok zor olması, ailelerin sağlık kuruluşlarına başvuru gün ve saatlerinin tam bilinmemesi nedenleriyle ve de çocukların sünnet oldukları gün ölçeklere verecekleri cevapların operasyon kaygısından oldukça etkilenebileceği düşünülerek, sünnet edilen çok sayıda çocuk çalışmaya dahil edilememiştir. Araştırmaya dahil edilen çocuklarla ise operasyon sonrasında, ölçeklerin doldurulması konusunda iletişim kurmak oldukça zor olmaktadır. Ailelerle ve çocuklarla tekrar görüşmek, özellikle İstanbul gibi büyük şehirlerde, pratik olarak mümkün olmamaktadır. Bununla beraber, ruh sağlığı alanında yapılacak bir araştırmaya dahil olma konusunda çocuklar ve aileler isteksiz olmakta ya da dahil olduktan sonra ölçekleri doldurmayı ruhsal problemleri olmadığını belirterek reddetmektedirler. Bu nedenlerle denek sayısı düşük tutulmuştur. Bu zorluklar nedeniyle deneklerin kolay ulaşılabilecek ve kolay uyum sağlanabilecek ailelerden seçilmesi amaçlanmıştır.

Denek sayısının düşük olmasının yanında araştırmanın bir diğer kısıtlılığı ise 6 aylık bir süreyi kapsamasıdır. Olumsuz yaşantıların etkilerini uzun sürede gösterebileceği ve daha uzun süreli çalışmalarda farklı sonuçların ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle çalışmanın sonuçları dikkatli yorumlanmalıdır.

## VI. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sünnet, dünyada en çok uygulanan, aynı zamanda üzerine en çok tartışma yapılan cerrahi yöntemlerden birisidir. Ülkemizde de, tıbbi, dini ve geleneksel nedenlerle hemen her çocuk sünnet edilmektedir. Çocuğun kendisine uygulanacak operasyon hakkında karar verebilecek yaşa ulaşmadığı anda yapıldığı ve sünnet sonucunda tıbbi bir neden olmadan, bedenin işlevsel bir parçasının çıkarıldığı sebebiyle, sünnet hakkında tüm dünyada ciddi eleştiriler yapılmaktadır. Operasyon sonucunda çocuğun ruhsal yapısının olumsuz etkileneceği, davranış problemleri, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkabileceği bildirilmiştir.

Mevcut araştırmanın sonucunda sünnetin çocukların kaygı düzeylerini olumsuz yönde etkilemediği, sünnet sonrasında yaşamlarının herhangi bir alanında güçlükler yaşamadıkları bulunmuştur. Çalışma sonucunda ülkemizde sünnete atfedilen olumlu özelliklerin, sünnetin çocuk ruh sağlığı üzerine olumsuz etkilerini engellediği düşünülmüştür.

Bireysel farklılıklar, çocukların sünnet ile ilgili kaygılarının dikkatle değerlendirilmesi sünnet öncesinde her çocuğun öznel olarak operasyona hazırlanması, sünnetin çocuk ruhsallığı üzerindeki olumsuz etkilerinin ortadan kalkması konusunda önemli olabilir. Risk altındaki çocukların sünnet girişimi öncesinde, bir uzman tarafından değerlendirilmesi bu alanlarda ortaya çıkabilecek olumsuz durumları da engelleyebilir.

## VII. KAYNAKLAR

1. Dekkers W, Hoffer C & Wils JP (2005) Scientific contribution, bodily integrity and male and female circumcision. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 179-191.
2. Denniston GC (1999) An analysis of circumcision advocacy. *Male and Female Circumcision, Medical, Legal and Ethical Considerations in Pediatric Practice*. Eds: Denniston GC, Hodges FM & Milos MF, 221-40.
3. Koçak, İ., Özkök, S., Dündar, M., Özeren, B., Erol H.: Bir Toplu Sünnet Uygulaması ve Sonuçlarının Medikolegal Yönden Değerlendirilmesi, *Türk Üroloji Dergisi*, 27(1): 65-69, 2001.
4. Dağoğlu, T., Görak, G.: Temel Neonatoloji ve Hemşirelik Ölkeleri, Ed: Türkan D., Gülay G., Nobel Matbaacılık, s. 743-744, İstanbul, 2002.
- 5) Ekmekçioğlu, O., Nas, H., Yılmaz, U., Demirci, D., Tatlışen, A.: Prepusyum Retraktilitesi ve Sünnetle İlişkisi, *Türk Üroloji Dergisi*, 25(2): 174-177, 1999.
6. Walsh, P.C.: Campbell Üroloji, Ed: Alan R., Darracott V., Alan W., Çeviri Ed: Kadri A., Önder Y., Güneş Kitabevi, s. 2336-2337, İstanbul, 2005.
7. Cathcart P, Nuttall M, van der Meulen J, Emberton M, Kenny SE. Trends in paediatric circumcision and its complications in England between 1997 and 2003. *Br J Surg* 2006; 93: 885–90.
8. Şenel FM, Demirelli M, Öztekin Ş. Minimally invasive circumcision with a novel plastic clamp technique: a review of 7,500 cases. *Pediatr Surg Int* 2010; 26: 739–45.
9. Zoske J (1998) Male circumcision: A gender perspective. *Journal of Men's Studies*, 189-208.
10. Rhinehart J (1999) Neonatal circumcision reconsidered. *Transactional Analysis Journal*, 215-221.
11. Şahin F, Beyazova U & Aktürk A (2004) Attitudes and practices regarding circumcision in Turkey. *Child: Care, Health & Development*, 275-280.
12. Sarı N, Büyükkunal C & Zülfiyar B (1996) Circumcision ceremonies at the Ottoman Palace. *Journal of Pediatric Surgery*, 920–924.
13. Samad A, Khanzada TW, Kumar B. Plastibell circumcision: a minor surgical procedure of major importance. *J Pediatr Urol* 2010; 6: 28-31.
14. Reader, S.J., Martin, L.L., Koniak-Griffin, D.: *Maternity Nursing, Family Newborn and Women's Health Care*, Ed: Sarah A., 18 Edition s.744-745 U.S.A, 1997.

15. Rizvi SA, Naqvi SA, Hussain M, Hasan AS. Religious circumcision: a Muslim view. *BJU Int* 1999; 83: 13-16.
16. Çaman Ş. Prepusyumda balanitis xerotico obliterans varlığının araştırılması. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Uzmanlık Tezi, s.8-24, Bursa,2005.
17. Kaicher DC, Swan KG. A cut above: Circumcision as an ancient status symbol. *Urology* 2010; 76: 18-20.
18. Warnen JP, Bigelow J. The case against circumcision. *BJ Sexual Medicine* 1994;21:68.
19. Dunsmur WD, Gordon EM. The history of circumcision, *BJU Int.* 1999; 83: 1-12.
20. Bode CO, Ikhisejioje S, Ademuyiwa AO. Penile injuries from proximal migration of the plastibell circumcision ring. *J Pediatr Urol* 2010; 6: 23-7.
21. Korkmaz GE. Surnamelerde 1582 Şenliği, Ankara Bilkent Üniversitesi, Türk Edebiyatı Bölümü Uzmanlık Tezi, s.47, Ankara,2004.
22. Williams N, Kapila L. Complications of circumcision. *Br J Surg.* 1993; 80: 1231-6.
23. Avşar AF, Kanuncu S, Keskin HL. Kadın Sünneti. *Türkiye Klinikleri J Gynecal Obst* 2008; 18: 321-6.
24. Canan İ. Hadis Ansiklopedisi Kütüb-i Sitte. cilt-1: s312-315,cilt-7: s41-44,2.Basım, Akçağ Yayınevi, İstanbul, 1993.
25. Başaklar AC. Bebek ve Çocukların Cerrahi ve Ürolojik Hastalıkları. s: 59, 129, 1537, Palme Yayıncılık, Ankara, 2006.
26. Başaklar AC. Çocuk Cerrahisi Ders Notları. s: 265-266, İlke Yayınevi, Ankara, 2007.
27. Kim DS, Lee JY, Pang MG. Korea Male circumcision: a South Korean perspective. *BJU Int.* 1999;83: 28-33.
28. Drain PK, Halperin DT, Hughes JP, Klausner JD, Bailey RC. Male circumcision, religion, and infectious diseases: an ecologic analysis of 118 developing countries. *BMC Infect Dis.* 2006; 6: 172.
29. Barlas U. Karabük ve Safranbolu yörelerinde sünnet. *Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları* 1998; 4: 165-180.
30. Ohman A. Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive and clinical perspectives. *Handbook of emotions.* New York: The Guilford Press, 2000: 573-593.
31. Cartwright-Hatton S, McNicol K, Doubleday E. Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in preadolescent children. *Clin Psychol Rev.* 2006; 26: 817- 833.

32. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42: 1203- 1211.
33. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.
34. Şenel FM, Demirelli M, Öztekin Ş. Minimally invasive circumcision with a novel plastic clamp technique: a review of 7,500 cases. *Pediatr Sug İnt* 2010; 26: 739-45.
35. Berstein GA, Layne AE. Ayrılık Anksiyetesi ve diğer anksiyete bozuklukları, Sadock BJ, Sadock VA (editörler) Aydın H, Bozkurt A(çeviri editörleri). *Comprehensive Textbook Psychiatry içinde Lippincot William Wilkins ve Güneş Kitabevi*;2007;3292-3302.
36. Sürmeli, A. (1997). Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış *Psikiyatri Temel Kitabı* [ed. Köroğlu E.; Güleç, C.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 449- 460.
37. Köroğlu, E. (1994). *Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukları Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, [DSM IV], [4. Baskı]*,Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
38. DSM 5 American Psychiatric Association 2013.
39. Amerikan Psikiyatri Birliği: *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı. Gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). E. Köroğlu (2000'den çeviri), Ankara Hekimler Yayın Birliği, 2001.*
40. Anderson JC, Williams S, McGee R. DSM-III disorders in preadolescent children Prevalance in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44: 69- 76.
41. Benjamin RS, Costello EJ, Warren M. Anxiety disorders in a pediatric sample. *J Anxiety Disord* 1990;293-316.
42. Bowen RC, Offord DR, Boyle MH. The prevalence of over anxious disorder and seperation anxiety disorder: Results from the Ontario Child Health Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 759-765.
43. Costello EJ. Developments in child psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 836-841.
44. Tükbay, T.ve Söhmen, T. (2001). Ayrılık Kaygısı Bozukluğunda Bireysel ve Ailesel Etmenler, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8(2):77-84.
45. Öztürk, M. (1997). *Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları ve Bozukluk, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, [7. Basım], [ed. Öztürk, O.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 421-451.
46. Öztürk, O.(1997). *Nevrotik Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar-I, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, [7. Basım], [ed. Öztürk, O.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 261-289.



47. Miral, S. ve Baykara, A. (1997). Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenliğin Diğer Bozuklukları Psikiyatri Temel Kitabı [ed. Köroğlu E, ; Güleç, C.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 449-460.
48. Kaplan, H.I. ; Sadock, B.J. ve Greb, J.A. (1994). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins.
49. Karaceylan, F. (2004). Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Kocaeli.
50. F. Neslihan İnal Emiroğlu, Burak Baykara. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Özgül Fobi, Sosyal Fobi. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı 2008; 320-330
51. Motavallı, N.M. (2000). Çocukluk Çağı Anksiyete Bozuklukları, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi [ed. Polvan, Ö.], İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitabı: Nobel Tıp Kitapevleri, 120-143.
52. Yorbık, Ö. (1998). Seçici Konuşmazlık Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Bir Belirtisi mi? Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 5: 93-98.
53. Semerci, B. (1999). Çocuk ve Adolesanda Panik Bozukluğu, Ben Hasta Değilim [ed. Ekşi, A.], Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 314-320.
54. Diler, R.S. ; Birmaher, B. ve Brent, D.A. (2004). Phenomenology of Panic Disorder, Behav Res Ther, 34: 363-374.
55. Brent DA, Poling K, McKain B, Baugher MA. Psychoeducation program for families of affectively ill children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32: 770-4.
56. Renaud J, Birmaher B, Wassick SC, Bridge J. Use of selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of childhood panic disorder: A pilot study. J Child Adolesc Psychopharmacol 1999;9: 73-83.
57. Karacan, E. ; Şenol, S. ve gener g. (1999). Çocukluk ve Ergenlik Çağında Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Ben Hasta Değilim [ed. Ekşi, A.], Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 310- 314.
58. Livingston, R. (1991). Anxiety Disorders, Child and Adolescent Psychiatry, [ed. Lewis, M.], 673-685.
59. Albano AM, Marten PA, Holt CS, Heimberg RG, Barlow DH. Cognitive behavioural group treatment for social phobia in adolescents. A preliminary study. J Nerv Ment Dis 1995;183:649-656.
60. Erkman, H. (1997). Özgül Fobi, Psikiyatri Temel Kitabı [ed. Köroğlu E, ve Güleç, C.] Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 479-492.
61. Rosen, J.B. ve Schulkin, J. (1998). From Normal Fear to Pathological Anxiety, Psychological Review, 105(2):325-350

62. Erol, N. ve Öner, Ö. (1999). Anksiyeteye Yeni Bakışlar, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 6(1):52-60.
63. Ollendick, T.H. ; Mattis, S.G. ve King, N.J. (1994). Panic in Children and Adolescents: A Review, Journal of the Psychology and Psychiatry, 35(1):113-134.
64. Schniering, C.A. ; Hudson, J.L. ve Rapee, R.M. (2000). Issues in The Diagnosis and Assessment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents, Clinical Psychology Review, 20(4):453-478.
65. Berstein GA, bOrchdart CM, Perwien AR. Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 1110-1119.
66. Şahin, A.R. (1997). Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Psikiyatri Temel Kitabı, [ed. Köroğlu E.; Güleç, C.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 493-504.
67. Demirok, D. ; Ünal, F. ve Pehlivan Türk, B. (2001). Çocuk ve Ergenlerde Obsesif-Kompulsif Bozukluk: Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 8(1):11-19.
68. Swedo, S.E. ve Rapoport, J.L (1989). Phenomenology and Differential Diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder Impulsive Disorder in Children and Adolescents, American Psychiatric Pres, Washington.
69. Türkbay T, Söhmen T (2000) Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Psikotik Bozukluğun Karışması: Bir olgu sunumu Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 7: 106-112.
70. Coffey BJ, Schechter RL(2006) Treatment of Comorbid Obsessive Compulsive Disorder, Mood and Anxiety Disorders. Adv Neurol 99: 208-221.
71. Türk Psikologlar Derneği (1999). Depremin El Kitabı ve Uygulama Kılavuzu, Ankara. Battal, S. ve Özmenler, N. (1997). Posttravmatik Stres Bozukluğu, Psikiyatri Temel Kitabı [ed. Köroğlu E. ; Güleç, C.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 505-516.
72. Frederick, W.N. ve Schafer, L.C. (1995). Somatic Symtoms in Sexually Abused Children, Journal of Pediatric Psychology, 20(5):661-670.
73. Oğuz, F. ve Kılıç, E.Z. (1999). Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 6(3):1999.
74. Harvey A.G., Bryant R.A. (2000): Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury, Am J Psychiatry, 157, 626–628.
75. Holeva V., Tarrier N., Wells A. (2001): Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: thought control strategies and social support, Behav Ther, 32, 65–83.
76. Daviss W.B., Money D., Racusin R. et al. (2000): Predicting posttraumatic stress after hospitalization for pediatric injury, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 39, 576-583.

77. Saxe G., Stoddard F., Sheridan R. et al. (1999): PTSD in children with burns, A longitudinal study, Paper presented at the International Society for Traumatic Stress Studies annual meeting, Miami.
78. Reiss, McNally RJ(1985) Expectancy model of fear.Theoretical issues in behavior therapy.S Reiss, RR Botzin (Eds). San Diego, CA: Academic Press, s.107-121.
79. Mantar A,Yemez B, Alkın T (2010) Anksiyete Duyarlılığı İndeksi'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik çalışması.Türk Psikiyatri Dergisi 21(3):225-234.
80. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: A research note. J Child Psychol Psychiatry 1997; 38: 581-586.
81. Goodman R. The extended version of the strengths and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. J Child Psychol Psychiatry 1999; 40: 791-801.
82. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40: 1337-1345.
83. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncebaş S. Güçler ve güçlükler anketi'nin (GGA) türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi 2008; 15: 65-74.
84. Cansever G (1965) Psychological effects of circumcision. British Journal of Medical Psychology, 321-31.
85. Ceylan K, Köseoğlu B, Yüksel Y, Şaban C, Alpaslan K & Güneş M (2007) Severe complications of circumcision: an analysis of 48 cases. Journal of Pediatric Urology, 32-35.
86. Bensley AG & Boyle GJ (2000) Physical, sexual and psychological effects of male infant circumcision: an exploratory survey. Understanding circumcision: a multidisciplinary approach to a multidimensional problem, 207-231.
87. Maguire P & Parkes CM (1998) Coping with loss: Surgery and loss of body parts. British Medical Journal, 1086-1088.
88. Öztürk O (1973) Ritual circumcision and castration anxiety. Psychiatry, 49-59.
89. Kırımlı Y (2009) Yetişkinliğe ilk adım: Sünnet. İğdiş, Sünnet, Bedene Şiddet Kitabı Eds: Naskali-Gürsoy E, Koç A, 151-163.
90. Price C (1999) Male non-theraphotic circumcision. The legal and ethical issues. Male and Female Circumcision. Medical, Legal and Ethical Considerations in Pediatric Practice. Eds. Denniston GC, Hodges FM & Milos MF, 425-55.
91. Boyle G, Goldman R, Svoboda ST & Fernandez E (2002) Male circumcision: Pain, travma, psychosexual sequelae. Journal of Health Psychology, 329-343.
- 92.Hammond T (1997) Long-term consequences of neonatal circumcision. Sexual Mutilations: A Human Tragedy. Eds: Denniston GC & Milos MF, New York: Plenum Publishers.

93.Hammond T (1999) Preliminary poll of men circumcised in infancy or childhood.  
British Journal of Urology International, 85-92.

## **EKLER**

## **EK 1: Sosyodemografik Veri Formu**

1)Çocuğun adı- soyadı:

2)Yaşı

3)Okul: ..... sınıf

4)Kaç kardeş:                      Kaçıncı çocuk:

5)Anne baba:

a) Evli   b) Boşanmış   c) Ayrı yaşıyor   d) Anne hayatta değil   e) Baba hayatta değil

6) Baba ne iş yapıyor?

a) İşçi   b) Memur   c) Kendi işi   d) Emekli   e) Diğer   f) İşsiz

7) Anne ne iş yapıyor?

a) İşçi   b) Memur   c) Kendi işi   d) Emekli   e) Diğer   f) İşsiz

8) Aylık gelir (kendi ifadesi ile)

a) İyi   b) Orta   c) Kötü

9) Baba kronik hastalık tedavisi alıyor mu?

a) Kardiyovasküler sistem hastalığı

b)Endokrin sistem hastalığı

c)Sinir sistemi (Epilepsi vs...)

d)Diğer

10) Baba geçmişte veya şimdi psikiyatrik tedavi almış mı/alıyor mu?

a)Evet                      b) Hayır

11) Hangi psikiyatrik hastalık?

a) Depresyon

b) Anksiyete Bozukluğu (Panik Bozukluk vs...)

c) Obsesif Kompulsif Bozukluk

d) Psikotik Bozukluk (Şizofreni ve diğer)

e) Alkol ve diğer madde bozuklukları

f) Somatoform Bozukluk (konversiyon ve diğer)

e) Mizaç Bozuklukları (Bipolar afektif bozukluk ve diğer)

9) Anne kronik hastalık tedavisi alıyor mu?

a) Kardiyovasküler sistem hastalığı

b) Endokrin sistem hastalığı

c) Sinir sistemi (Epilepsi vs...)

d) Diğer

10) Anne geçmişte veya şimdi psikiyatrik tedavi almış mı/alıyor mu?

a) Evet      b) Hayır

11) Hangi psikiyatrik hastalık?

a) Depresyon

b) Anksiyete Bozukluğu (Panik Bozukluk vs...)

c) Obsesif Kompulsif Bozukluk

d) Psikotik Bozukluk (Şizofreni ve diğer)

e) Alkol ve diğer madde bozuklukları

f) Somatoform Bozukluk (konversiyon ve diğer)

e) Mizaç Bozuklukları (Bipolar afektif bozukluk ve diğer)

## Ek 2: Çocuklarda Anksiyete Duyarlılığı İndeksi

### Çocuklarda Anksiyete Duyarlılığı İndeksi

Aşağıda çocukların kendilerini anlatmakta kullandıkları cümleler var. Her cümleyi dikkatle okuyun ve cümlenin karşısındaki kutulardan size uygun olanı yuvarlak içine alın. Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur. Unutmayın, size en uygun cevabı işaretleyin.

	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
1. Korktuğumu başkaları farketsin istemem	Hiç	Biraz	Çok
2. Dikkatimi ödevlerime toplayamadığımda aklımı kaçırıyor olabilirim diye düşünerek endişelenirim.	Hiç	Biraz	Çok
3. Titrediğimi hissettiğim zaman korkarım.	Hiç	Biraz	Çok
4. Bayılacak gibi hissettiğim zaman bu durum beni korkutur.	Hiç	Biraz	Çok
5. Duygularımı kontrol altında tutmaya dikkat ederim.	Hiç	Biraz	Çok
6. Kalbim hızlı çarptığı zaman bu beni korkutur.	Hiç	Biraz	Çok
7. Karnım guruldayınca bu beni utandırır.	Hiç	Biraz	Çok
8. Kusacakmışım gibi hissettiğim zaman korkuya kapılırım.	Hiç	Biraz	Çok
9. Kalbimin hızlı çarptığını fark ettiğimde bir hastalığım var zanneder ve kaygılanırım.	Hiç	Biraz	Çok
10. Nefesimi almakta zorluk çektiğimde bu beni korkutur.	Hiç	Biraz	Çok
11. Karnım ağrıdığında gerçekten hasta olabilirim diye endişelenirim.	Hiç	Biraz	Çok
12. Dikkatimi ödevlerime toplayamadığım zaman bu beni korkutur.	Hiç	Biraz	Çok
13. Başka çocuklar titrediğimi fark ederler.	Hiç	Biraz	Çok
14. Vücudumda alışık olmadığım bir şeyler hissetmek beni korkutur.	Hiç	Biraz	Çok
15. Korktuğum zaman aklımı kaybettiğimi düşünüp endişelenirim.	Hiç	Biraz	Çok
16. Kendimi huzursuz hissetmek beni korkutur.	Hiç	Biraz	Çok
17. Duygularımı belli etmekten hoşlanmam.	Hiç	Biraz	Çok
18. Vücudumdaki tuhaf hisler beni korkutur.	Hiç	Biraz	Çok



### Ek 3: Güçler Güçlükler Anketi

Pantop

**GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)** E 11-17

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamazsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız: ..... Kız / Erkek

Doğum Tarihi: .....

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle başkalarıyla paylaşırım (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi v.s.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle bana söyleneni yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok endişelenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaşıtlarım genelde beni sever.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

**Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var**

Pastor

Genel olarak, çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bir önceki soruda bahsettiğiniz bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor ya da moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arkadaş ilişkileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sınıf içi öğrenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boş zaman etkinlikleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İmza: .....

Tarih: .....

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):

Yardıminiz için teşekkür ederiz

© Robert Goodman, 2005

## ÖZGEÇMİŞ

1989 yılında doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Kocaeli’de tamamladı. Haliç Üniversitesi Psikoloji Bölümü’nden (burslu) 2012 yılında lisans derecesi aldı. Oxford Türk Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Balıklı Rum Hastanesi, Balıklı Rum Hastanesi Anatolia 1 Kliniği, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde stajyer olarak bulundu. Bu süre zarfında, Prof. Dr. Tefrika TUNABOYLU İKİZ’ den Rorschach Testi Eğitimi aldı. 2012-2013 yılları arasında Prof. Dr. Hakan TÜRKCAPAR’dan aldığı ‘Kognitif Davranışçı Terapi Eğitimi’ ni tamamladı. 2012 yılından beri, Özel Dünya Boğaziçi Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi’nde Çocuk Psikoloğu olarak çalışmaktadır.